Wagner dos Santos Figueiredo

**Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde
dos homens na atenção primária**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências**

**Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilia Blima Schraiber**

**São Paulo
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Figueiredo, Wagner dos Santos

Masculinidades e Cuidado : diversidade e necessidades de saúde dos homens na
atenção primária / Wagner dos Santos Figueiredo. -- São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schreiber.

Descritores: 1.Gênero e saúde 2.Saúde do homem 3.Necessidades e demandas de
serviços de saúde 4.Assistência integral à saúde 5.Atenção primária à saúde

USP/FM/SBD-164/08

WAGNER DOS SANTOS FIGUEIREDO

Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária

Tese apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ **Assinatura** _____

AGRADECIMENTOS

Aos professores que muito contribuíram com este trabalho:

Lilia Blima Schraiber, orientadora, pela generosidade e firmeza nos ensinamentos;

José Ricardo Ayres,

Ana Flávia P. L. d'Oliveira.

Às professoras integrantes da Banca de Qualificação:

Márcia Theresa Couto,

Cynthia Sarti,

Maria Novaes.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Violência e Gênero nas Práticas de Saúde, especialmente, àqueles que participaram diretamente da pesquisa de campo: Heloísa Hanada, Sonia Hotimsky, Tarcísio Braz, Ricardo Góes, Júlia Durand e Lígia Kiss.

À Direção e aos funcionários do CSE Butantã, especialmente, à equipe da Saúde do Adulto.

À Direção e aos funcionários do CSE Barra Funda.

Aos usuários do CSE Butantã e do CSE Barra Funda.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Aos amigos Pedro Di Domenico, Luiz Torres, Chica Mendonça, Luciana Araújo.

Ao apoio de Orlando De Marco.

A Samuel Paiva, pela presença constante.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

As coisas em geral não são tão fáceis
de apreender e dizer como normalmente
nos querem levar a acreditar; a maioria
dos acontecimentos é indizível,
realiza-se em um espaço que nunca
a palavra penetrou...

Rainer Maria Rilke

RESUMO

Figueiredo, W. S. Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Estudou-se a relação do exercício das masculinidades com o cuidado em saúde para homens na atenção primária, para se compreender como são percebidas e apreendidas as necessidades de saúde masculina nas interações entre homens e profissionais de saúde, tomando como referência a identidade masculina. Partiu-se do pressuposto de que o exercício das masculinidades pode representar riscos para a saúde dos homens e que os serviços de saúde não incorporam os referenciais culturais de masculinidades nas práticas de saúde efetivadas. Foram estudados dois serviços de atenção primária à saúde por meio de observação direta das atividades assistenciais e de entrevistas com homens usuários e profissionais de saúde. Encontrou-se uma diversidade de modelos de masculinidade que definem diferentes formas para pensar o cuidado de saúde dos homens. O estudo aponta que a identidade masculina de gênero passa por diferentes dimensões, as quais devem ser consideradas na apreensão das necessidades e nas práticas de cuidados de saúde empreendidas aos homens. No entanto, os padrões hegemônicos de gênero socialmente construídos criam dificuldades para o bom cuidado da saúde masculina. Não obstante, a população masculina procura as unidades básicas de saúde. Embora presente, percebe-se barreiras no uso desses serviços, relacionadas à invisibilidade e à não identificação dos homens com os serviços de atenção primária. Observou-se que as necessidades de saúde dos homens estão pautadas por questões como o trabalho, a sexualidade, a estrutura corporal, a vida comunitária e as relações familiares. Discute-se que as necessidades de saúde das masculinidades e suas particularidades não são acolhidas integralmente nas práticas de cuidado dos serviços de atenção primária à saúde.

Descritores: 1. Gênero e saúde 2. Saúde do homem 3. Necessidades e demandas de serviços de saúde 4. Assistência integral à saúde 5. Atenção Primária à saúde.

ABSTRACT

Figueiredo, W. S. Masculinities and Care: diversity and health needs of men in primary care. 2008. Thesis (Ph D) – School of Medicine, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2008.

This thesis studied the relation between the exercise of masculinities and health care of men in primary health care services. It consists of an attempt to comprehend how male health needs are apprehended in the interactions between men and health professionals. It was presumed that the exercise of masculinities could represent a risk to men's health and that health care services do not incorporate masculinities' cultural references in effectuating health practices. Two primary health care services were studied by means of direct observation of assistential activities and interviews with men utilizing the services and health professionals. A diversity of models of masculinity that define different forms of reflecting upon men's health care was encountered. The interviews indicate that gendered masculine identity permeates different dimensions and that these dimensions should be taken into consideration when apprehending the needs and practices with respect to health care undertaken by men. The socially constructed hegemonic patterns of gender create difficulties for men to attain good health care. Nonetheless, the masculine population seeks the primary health care services for care. Although they are present, barriers related to invisibility or to the lack of identification of men with the primary health care services were perceived. This study indicates that men's health needs are regulated by issues such as work, sexuality, corporal structure, community life and family relationships. Masculinities and their needs are not entirely taken into account, as discussed, within the health care practices undertaken by the health services wherein this research was conducted.

Descriptors: 1. Gender and health 2. Men's health 3. Needs and demands with respect to health care services 4. Integral health assistance 5. Primary health care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	001
CAPÍTULO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO MASCULINA	007
CAPÍTULO 2 - GÊNERO, MASCULINIDADES E SAÚDE	036
CAPÍTULO 3 - AS PRÁTICAS DE SAÚDE: NECESSIDADES, TRABALHO E INTERAÇÃO	056
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	098
CAPÍTULO 5 – SER HOMEM, SER MULHER: AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO DOS SUJEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	120
CAPÍTULO 6 – MASCULINIDADES E SAÚDE: CONSTRUINDO GÊNERO E (DES) CUIDANDO DA SAÚDE	155
CAPÍTULO 7 – OS HOMENS E OS USOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	187
CAPÍTULO 8 – AS PRÁTICAS DE SAÚDE: A EMERGÊNCIA E OS ACOLHIMENTOS DAS NECESSIDADES E DEMANDAS DOS HOMENS	214
CONSIDERAÇÕES FINAIS	265
REFERÊNCIAS	269
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Uma das primeiras inquietações a nos mobilizar na direção do processo investigativo acerca da saúde dos homens foi dada pela leitura de diferentes estudos sobre o perfil de morbidade e mortalidade masculina. Vários estudos indicavam uma maior taxa de mortalidade masculina quando comparada às taxas apresentadas pelas mulheres. Eles apontavam para a permanência do mesmo perfil em todas as idades e para praticamente todas as causas de morte. Entre essas causas, as doenças cardiovasculares, os agravos relacionados à violência e as neoplasias eram as principais responsáveis pelas altas taxas na população masculina. Os autores chamavam também a atenção para outros problemas importantes que afetavam a saúde masculina, como, por exemplo, as enfermidades relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas e os altos índices de incidência do HIV/aids.

Esses resultados epidemiológicos suscitavam questões instigantes na direção de um estudo sobre a problemática “saúde dos homens”. Por que razão os homens morrem mais? Quais motivos contribuiriam para que os homens fossem mais vulneráveis à morte para a maioria dos problemas de saúde?

Os estudos tomados como premissas, e outros mais, apontavam na direção da perspectiva de gênero para a compreensão dos padrões de morbi-mortalidade masculina. Assinalavam que, na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde, ao adotar posturas e comportamentos em suas vidas cotidianas considerados pouco saudáveis. Ou seja, as características epidemiológicas da população masculina, confrontadas com a perspectiva de gênero, levantavam a questão das necessidades de saúde dos homens, contextualizadas nas relações socioculturais em que eles vivem.

No entanto, existia mais uma questão pontual de que se desdobrava o estudo das necessidades de saúde dos homens. Fazendo parte de um serviço de atenção primária à saúde, chamava a atenção do nosso trabalho como pesquisador o fato de que muitas das causas de morte relacionadas à população masculina poderiam ser prevenidas e controladas por meio de intervenção em atitudes e práticas habituais que jogassem peso considerável na ocorrência desses problemas. Na verdade, os serviços de atenção primária já dispunham de tecnologias apropriadas à abordagem de muitos dos problemas identificados. Tais serviços se mostravam mais eficientes para lidar com atitudes e comportamentos que pudessem se manifestar como necessidades de saúde, pois, no seu dia-a-dia já vinham desenvolvendo ações voltadas para essas questões.

Além disso, em que pese o reconhecimento de vários autores para a articulação entre gênero e saúde, é notória a incipiência dos estudos com o enfoque de gênero acerca das necessidades de saúde no âmbito da atenção primária, principalmente, no que tange à saúde dos homens. Assim, chegamos a um primeiro recorte no interesse de um estudo a ser implementado com o objetivo de investigar as necessidades de saúde dos homens na perspectiva de gênero e na atenção primária em saúde.

Tomando essa questão como objeto para o projeto de pesquisa, partimos, então, para o estudo das características da atenção primária como espaço privilegiado no reconhecimento de necessidades de saúde. Ao procurar nos informar a respeito do modo como se dá a organização das práticas em atenção primária, surgiram novos questionamentos. Dois aspectos fundamentais emergiram como problemáticas que também precisavam ser enfrentadas no desenvolvimento do trabalho. Tais questões diziam respeito especificamente ao papel desempenhado pelos serviços de atenção primária no universo da saúde dos homens, estando relacionadas (1) à presença restrita dos homens no serviço e (2) às barreiras do serviço à presença dos homens.

O primeiro problema, relacionado à limitada presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, era um fato, associado por muitos, a uma característica da identidade dos homens vinculada a seu processo de socialização de gênero. Por sua vez, a ausência dos homens, ou sua invisibilidade no serviço, introduzia uma nova série de questões para o conhecimento acerca das necessidades de saúde masculinas e suas relações com os referenciais de gênero, pois, tal situação já se configurava como uma necessidade de saúde. Por que os homens não procuram os serviços de atenção primária? E se não usam as unidades básicas, que outros serviços utilizam? Quais seriam as dificuldades dos homens no uso de serviços básicos de saúde?

Quanto ao segundo problema, observamos que as próprias características das unidades de atenção primária representavam impedimentos ao trabalho de reconhecimento das necessidades de saúde masculinas. Os espaços do serviço constituíam contextos desfavoráveis à presença dos homens. Em parte, porque o ambiente poderia ser considerado como feminilizado, sendo um lugar destinado quase que exclusivamente a mulheres, idosos e crianças. Em sua estrutura organizativa, há programas e ações bastante sedimentadas para a atenção dessas pessoas, especialmente. Tal constatação indicava, mesmo que indiretamente, a existência de dificuldades no serviço de saúde no lidar com os homens, gerando novas questões para a investigação. Ou seja, a segunda questão dizia respeito à visibilidade que os profissionais confeririam às necessidades de saúde e demandas dos homens caso estes procurassem o serviço. Parecia que, no seu processo de organização, os serviços de atenção primária e, conseqüentemente seus profissionais, tinham pouca clareza acerca das necessidades masculinas, sobre suas interações com as concepções de gênero. Ou então as habilidades dos profissionais reforçavam ou ignoravam os valores de gênero instituídos.

Assim, constatamos a necessidade de proceder a um ajuste de rota no projeto a ser desenvolvido, reorientando o processo de pesquisa e reconstruindo o próprio objeto a ser investigado. Em vez de procurarmos captar somente a saúde dos homens e suas necessidades e demandas referidas, seria mais pertinente estudar as relações entre os homens e a saúde. Em outros termos, evidenciava-se que o foco a ser estudado estava nas interações dos homens com os serviços de atenção primária à saúde, para, então, a partir daí alcançarmos as questões acerca do modo de lidar com as necessidades de saúde masculinas.

Portanto, percebemos que seria necessário um olhar investigativo de mão dupla. De um lado, os homens, suas necessidades e suas formas de usar serviços de saúde. De outro, os serviços e seus profissionais no processo de lidar com tais necessidades. Essas novas percepções mobilizaram outros arranjos no pensar a pesquisa. Novas concepções conceituais eram solicitadas, outras hipóteses eram aventadas, assim como novas possibilidades de procedimentos eram cogitadas. Foi dessa forma que chegamos aos conceitos acerca do trabalho em saúde e suas conexões com a identificação de necessidades de saúde, articulando-os com os referenciais de gênero.

Todavia, no processo de redefinição dos objetivos foi-se delineando uma particularidade importante, que se apresentava até certo ponto de forma nebulosa, não muito clara, para os propósitos da pesquisa. À medida que avançávamos nos estudos sobre o trabalho em saúde e procurávamos relacioná-los aos referenciais de gênero, arrolados por diferentes autores para a compreensão dos perfis de saúde e adoecimento, como também para conceber a construção das necessidades de saúde dos homens, fomos tomando consciência da relevância dos pressupostos de gênero também no processo de produção das ações e intervenções em saúde. Ou seja, tornou-se mais evidente que nas práticas e ações técnicas do trabalho em saúde são reproduzidas as construções sociais de gênero, criando possibilidades para, no exercício profissional, afirmarem-se valores e juízos – dos homens e também dos

profissionais – que sustentam as relações e desigualdades de gênero. Percebíamos que a invisibilidade das necessidades de saúde dos homens nas interações destes com os serviços de atenção primária não era apenas fruto de um desconhecimento ou falta de habilidade técnica para suas considerações. A invisibilidade era perpassada pelas concepções de gênero que regem toda a sociedade e, por conseguinte, influenciam comportamentos e idéias também no cuidar da saúde.

Assim, foi redefinido um maior aprofundamento nos objetivos do estudo. Definimos como objeto de pesquisa as relações entre masculinidades e saúde na perspectiva do cuidado da saúde dos homens na atenção primária, compreendendo as masculinidades como as configurações de gênero construídas em torno da posição dos homens na estrutura social. O objetivo ficou assim definido: compreender como nas interações entre usuários do sexo masculino e profissionais de serviços de atenção primária é articulada a noção de cuidado de saúde com a identidade masculina (ser homem). Assim, esperamos conhecer as necessidades de saúde da população masculina e as percepções dos profissionais acerca dessas necessidades e como elas são incorporadas nas ações práticas de cuidado de saúde.

Para tanto, este trabalho está estruturado da seguinte maneira: na primeira parte, com uma aproximação ao objeto em perspectiva interdisciplinar, são considerados os estudos que abordam a questão da saúde masculina a partir da epidemiologia, seguidos dos estudos que tematizam o assunto por meio dos trabalhos de gênero. Depois, serão discutidas as práticas de saúde como um referencial teórico importante na fundamentação da pesquisa, priorizando-se as necessidades de saúde e os modos que instruem a apreensão dessas necessidades, como os processos de trabalho compreendidos em seus momentos de interação. Em seguida, são apresentadas as características mais gerais dos campos de estudo e os procedimentos metodológicos empregados.

Os resultados estão distribuídos em quatro capítulos, em que são tratadas as seguintes questões: as concepções de gênero de profissionais e usuários dos serviços estudados; as relações entre essas concepções e os modos de cuidar da saúde; a identificação dos homens que usam os serviços de atenção primária e o modo como eles utilizam esses serviços; e, por fim, os dados sobre quais são as necessidades de saúde dos homens usuários dos serviços e sobre como essas necessidades aparecem e são acolhidas pelos serviços.

Capítulo 1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO MASCULINA

No plano da produção do conhecimento científico existem diversas possibilidades no modo de produzir e apresentar o conhecimento. A depender da finalidade a que se propõe e dos saberes implicados para o alcance dessas finalidades, o estudo a ser empreendido recorrerá a determinados arranjos que produzirão modelos de Ciências diferentes. Assim, a forma de definição do objeto de estudo como também o modo de escolha dos procedimentos para problematizá-lo serão necessariamente também distintos. As várias Ciências existentes têm variados modos de apresentar seus estudos à comunidade científica, com estilos de linguagem diversos.

Ocorre que ao tratar da temática das masculinidades e suas relações com o cuidado em saúde importa discutir estudos que lidam com o tema utilizando-se de modalidades de produção e apresentação científica situadas em mais de um campo do conhecimento, cada qual com diversificados modos de aproximação ao objeto, com desenhos de pesquisa e forma de coleta de dados também diferentes, informando seus resultados por meio de uma linguagem distinta uma das outras.

Por um lado, temos os estudos de gênero e das masculinidades, objeto do conhecimento mais afeito ao campo das Ciências Humanas e Sociais e cuja prática de pesquisa privilegia estudos de cunho mais qualitativo e interpretativo. Por outro lado, há os estudos da saúde, situados no terreno das Ciências Médicas e de Saúde Pública, com fundamentações científicas para a produção do conhecimento voltadas para uma aplicabilidade aos danos à saúde, nas quais a intervenção técnica assume um papel-chave, caracterizando-se, assim, como Ciências aplicadas e tecnológicas.

Ao nos colocar, nesta pesquisa, no terreno da interdisciplinaridade, deparamo-nos diante de um desafio: a necessidade de empreender uma discussão que permita articular tais campos. De um lado, é fundamental considerar as contribuições das Ciências Médicas e de Saúde Pública para subsidiar o processo de conhecimento que permite capacitar a geração de estratégias tecnológicas direcionadas para a intervenção assistencial e de saúde pública. De outro, considerar a vocação das Ciências Sociais e Antropológicas na produção do conhecimento de fatos relacionados aos comportamentos socioculturais e, por meio de seus referenciais teóricos, ampliar as possibilidades de intervir em temas médico-sociais. Reconhecemos, portanto, que, isoladamente, as disciplinas descritas acima são insuficientes para dar conta de questões sociais que necessitam de intervenções de teor técnico, como é o caso da discussão acerca das masculinidades e saúde¹.

Se os estudos epidemiológicos informam características importantes no processo de adoecimentos dos homens, não problematizam, contudo, as relações desses adoecimentos com seus comportamentos sociais. Esses comportamentos são discutidos com mais propriedade nos estudos de gênero. Assim, achamos importante tematizar a discussão das masculinidades e saúde com a contribuição tanto da epidemiologia quanto dos estudos de gênero, embora cada qual apresente linguagem e modos de apreensão do conhecimento distintos. Assim, em seguida, apresentaremos o perfil epidemiológico da população masculina e, no próximo capítulo, discutiremos gênero, masculinidades e saúde.

¹ Para essa discussão tomamos como referência SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. e COUTO, M.T. **Violência em interface com a saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas com base em estudo da violência contra a mulher**. Submetido a Cadernos de Saúde Pública (2008).

O Padrão de Morbi-Mortalidade Masculina

Um primeiro modo de aproximação ao conhecimento sobre como se dá a relação entre os sujeitos do sexo masculino e o campo da saúde pode ser conseguido ao se analisar o padrão de morbi-mortalidade dessa população. Ou seja, para se compreender a articulação entre cuidados de saúde e homens, o estudo sobre os diferentes perfis epidemiológicos nas diversas partes do mundo pode funcionar como uma série de fotografias que ajudam a avançar para tal compreensão. Neste capítulo serão apresentados alguns estudos, como também dados provenientes de diferentes instituições, tanto do Brasil como de outras partes do mundo, acerca das características do padrão de adoecimento e morte, focando principalmente aquelas que dizem respeito aos indivíduos do sexo masculino.

Sabe-se que a distribuição populacional das doenças não acontece uniformemente e que vários fatores podem contribuir para uma maior ou menor ocorrência desses eventos em determinados agrupamentos populacionais. Tais fatores são de diversas ordens, entre as quais podem ser citadas características biológicas, psicológicas, ambientais, econômicas, religiosas, socioculturais, dentre outras. Na maioria das vezes, essas características não participam isoladamente na determinação dos problemas de saúde. Ao contrário, o que acontece é uma conjunção de fatores, contribuindo para o surgimento e manutenção de questões que dizem respeito ao processo de saúde-doença. Um dos diferenciais mais reconhecidos na caracterização em saúde é a distribuição das doenças entre homens e mulheres.

O campo da saúde pública admite que os homens apresentam riscos diferenciados para inúmeros problemas de saúde. Esses riscos são representados por alguns indicadores epidemiológicos, o que pode ser comprovado em inúmeras pesquisas desenvolvidas ao redor do mundo (WHO, 2006; LAURENTI, 1998; LAURENTI et al. 2005; WHITE & CASH,

2004; WALDRON, 1995; STILLION, 1995; WHITE & HOLMES, 2006). Tais estudos demonstram por meio de diferentes indicadores que a população masculina apresenta condições de saúde desfavoráveis quando comparada aos índices alcançados pelas mulheres.

A Esperança de Vida e os Padrões de Mortalidade Masculina

Um dos indicadores considerados por pesquisadores e profissionais de saúde pública como um excelente marcador do grau de desenvolvimento social de uma população, tendo como referência o estado da saúde, é a esperança de vida ao nascer, ou vida média. Representa o número esperado de anos de vida para uma determinada população, nascida num dado ano, desde que sejam mantidas as condições gerais de vida.

De um modo geral, a esperança de vida vem crescendo em todas as áreas do mundo e para todas as parcelas da população, principalmente, a partir da segunda metade do século XX. Em sua maior parte, o aumento do tempo de vida média da população mundial é devido aos avanços alcançados pelo desenvolvimento tecnológico da medicina e de outros serviços de proteção à saúde. No entanto, em que pese tal crescimento, o que se percebe é que a esperança de vida da população masculina é sempre menor. Por exemplo, STILLION (1995) e LAURENTI (1998) demonstram que, nos Estados Unidos, onde a disponibilidade de dados desde o início do século XX permite uma análise temporal mais apurada, é possível verificar claramente o aumento da esperança de vida desde 1900 até 1990. Porém, a vida média dos homens é sempre menor que a das mulheres, desde o início do período até os tempos atuais. Além disso, o acréscimo alcançado pelos homens neste período é relativamente menor ao acréscimo conseguido pelas mulheres.

O padrão norte-americano parece não ser muito diferente do encontrado em outras regiões do planeta. STILLION (1995) apresenta informações, relativamente atualizadas, sobre a esperança de vida para homens e mulheres de dezoito países. Duas características são claramente percebidas nos dados oferecidos pela autora. A primeira diz respeito à correlação existente entre esperança de vida e nível socioeconômico. Países com níveis de pobreza mais elevados, como, por exemplo, Quênia e Paquistão, apresentam uma vida média tanto de homens quanto de mulheres menor que a encontrada em países mais desenvolvidos, como Japão e Suíça. A outra característica observada é que a esperança de vida dos homens é sempre menor que a das mulheres em todas as regiões estudadas, considerando-se que eles vivem sob as mesmas condições socioeconômicas.

Resultados similares foram achados por WHITE e CASH (2004) em pesquisa sobre as condições da saúde dos homens em dezessete países da Europa Ocidental. Segundo esse estudo, desde a década de 1980, a expectativa de vida dos homens no continente tem crescido, em média, 6,5%. Embora a taxa de crescimento da vida média dos homens seja maior que a das mulheres, em nenhum país aproxima-se da expectativa de vida das mulheres.

Para os países das Américas, LAURENTI (1998) afirma que, embora não estejam disponíveis séries históricas, como acontece na Europa e nos Estados Unidos, dados esparsos apontam um comportamento similar na expectativa de vida dos homens. Utilizando-se de material publicado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com dados oficiais dos países pesquisados e com dados de revistas científicas, o autor demonstra que, nos diferentes países estudados, a esperança de vida ao nascer foi sempre menor entre os homens quando comparada à das mulheres. Nesse trabalho, também são percebidas as diferenças entre áreas mais e menos desenvolvidas tanto socioeconomicamente quanto do ponto de vista da saúde pública.

LAURENTI (1998) estudou dados de dois períodos diferentes (quinqüênio 1950/55 e quinqüênio 1985/90). À exceção da Guatemala, que apresentou no quinqüênio 1950/55 a vida média feminina praticamente igual à masculina, a desvantagem masculina nesse período variou entre 3,8% e 8,8%. Após três décadas, observou-se um crescimento na esperança de vida ao nascer de homens e de mulheres em todas as áreas estudadas. Não obstante, percebeu-se que, em média, as diferenças entre os sexos intensificaram-se. Por exemplo, na Colômbia, no primeiro período, o prejuízo da população masculina era de 3,9%, ao passo que, no período 1985/90, os homens viviam 9,2% menos que as mulheres. Em Cuba, porém, notou-se uma diminuição dessa desvantagem, quando comparados os dois períodos, pois a diferença relativa entre a vida média de mulheres e homens passou de 5,7% para 4,7%.

No Brasil, como em outras partes do mundo, a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e para ambos os sexos. Segundo dados do Ministério da Saúde (RIPSA, 2005), no ano de 2004, a esperança de vida média da população brasileira era de 71,74 anos, sendo a dos homens de 68,04 anos e a das mulheres de 75,62 anos. A menor vida média da população masculina é percebida em todas as regiões do país e nos diferentes anos analisados.

Uma análise mais pormenorizada dessas transformações no padrão de saúde do Brasil e a compreensão de sua especificidade nas características da saúde dos homens brasileiros são conseguidas quando se observa a evolução histórica da esperança de vida ao nascer. Segundo pesquisa realizada por SIMÕES (2002) acerca do perfil de saúde e mortalidade no Brasil, a esperança de vida no Brasil vem aumentando desde os anos 1940, embora ocorra de forma desigual entre as diversas regiões do país. Em seis décadas, o ganho de anos na esperança de vida ao nascer foi algo em torno de 24 anos para a população brasileira em geral, sendo que para as mulheres o aumento foi de mais de 25 anos, enquanto que para os homens foi de 22 anos. Percebe-se ainda que a diferença entre homens e mulheres tem aumentado com o tempo.

Essa diferença, que era de 4,4 anos em 1940, passa para 7,8 anos em 1990. Na região Sudeste, o diferencial é ainda maior, passando de 2,9 anos para 9,2 no decorrer do mesmo período.

Para o ano de 2004, segundo dados do Ministério da Saúde (RIPSA, 2006), a estimativa da esperança de vida ao nascer no Brasil era de 71,74 anos para a população geral, 75,62 anos para a população feminina e 68,04 anos para a população masculina. Regionalmente, é no Sudeste que o diferencial entre homens e mulheres apresenta-se mais aumentado (8,23 anos), sendo que no Rio de Janeiro essa diferença atinge 9 anos.

Sendo a estimativa da esperança de vida ao nascer um indicador, por assim dizer, indireto da mortalidade, os resultados da vida média, apresentados anteriormente, demonstram claramente a sobremortalidade masculina, mesmo com os avanços alcançados, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto da tecnologia na área de saúde pública, nas diversas regiões do mundo. Muito embora essas informações já indiquem uma característica do processo saúde-doença, essa maior mortalidade dos homens pode ser percebida com maior nitidez quando se olha mais diretamente para os padrões de mortalidade, tendo-se como referência indicadores específicos de mortalidade. É disso que trataremos a seguir.

WHITE e HOLMES (2006) traçam um amplo panorama do padrão de mortalidade de homens e mulheres, com idade entre 15 e 44 anos, em 44 países dos cinco continentes do planeta. A partir da publicação do banco de dados de mortalidade do Serviço de Informações Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (WHOSIS), publicado em 2005, os autores analisaram o padrão de morte prematura nessas populações, comparando esse padrão para diferentes causas entre homens e mulheres. Foram selecionadas seis categorias de morte consideradas potencialmente evitáveis: acidentes e efeitos adversos, suicídio, neoplasias malignas, doenças do sistema circulatório, homicídios e doença crônica do fígado e cirrose. A seguir apresentaremos alguns resultados encontrados nesse estudo.

O que chama mais a atenção nos resultados é a grande diferença de padrão de mortalidade existente entre os diferentes países e entre homens e mulheres, mesmo dentro de cada país. No primeiro caso, destacam-se as mais altas taxas de morte prematura nos países em desenvolvimento, ou então, naqueles em fase de transição econômica, notadamente os países do leste europeu. Já no segundo caso, percebe-se que as taxas de mortalidade de homens com idade de 15 a 44 anos são duas vezes ou mais que as taxas para as mulheres nesse mesmo agrupamento etário.

Também foi encontrada uma grande variabilidade entre os países estudados ao se observar a proporção que as mortes na população de 15 a 44 anos de idade representa no total de mortes ocorridas em cada país. A Tailândia foi o país que apresentou o maior percentual de mortes neste grupo etário, tanto para os homens quanto para as mulheres (35% e 19,5%, respectivamente). Especificamente entre os homens, o Brasil, o Cazaquistão e as Filipinas também tiveram percentuais elevados de morte nessa faixa etária, alcançando índices superiores a 20%. Por outro lado, países como a Suécia, Japão, Holanda, Itália e Reino Unido reportaram menos de 5% de mortes entre os homens nesse agrupamento etário. O percentual médio de mortes na faixa etária em questão, entre os 44 países estudados, foi de 7,4% para os homens e 3,1% para as mulheres, refletindo o maior risco de mortes de homens do que de mulheres na referida parcela da população.

Quanto às causas estudadas, os autores procuraram caracterizar quais foram as mais freqüentemente descritas entre os homens jovens de cada país. Acidentes e efeitos adversos foram a principal causa de morte prematura entre os homens de 15 a 44 anos de idade em quase 82% dos países estudados. Nos países onde os acidentes não foram a causa mais referida, sobressaem-se algumas particularidades, como, por exemplo: no Japão, a principal causa de morte prematura entre os homens são os suicídios; no Brasil, os homicídios; e na Noruega, as desordens mentais.

Analisando-se especificamente cada uma das causas, observou-se que, entre os acidentes, a média das taxas de mortalidade masculina por 100.000 hab. foi 41,5 na faixa etária de 15 a 24 anos; 42,0 na faixa de 25 a 34 anos; e 40,3 na faixa de 35 a 44 anos. Comparando as médias dos homens com as médias das mulheres, percebe-se que as taxas dos homens foram quatro vezes maiores que as encontradas entre as mulheres. Os países que tiveram níveis mais elevados de morte de indivíduos do sexo masculino, nessa categoria – acidentes –, foram a Estônia, a Letônia, a Lituânia, a Rússia, a Ucrânia e o Cazaquistão, com taxas, em alguns deles, superiores a 200 mortes por 100.000 hab. Já os que apresentaram menores taxas foram Hong Kong, Holanda e Japão, com resultados abaixo de 20 mortes por 100.000 hab.

De uma maneira geral, as taxas de mortalidade prematura entre os homens devido ao suicídio foram inferiores às taxas de acidentes para todos os países estudados. No entanto, percebem-se algumas diferenças regionais a serem assinaladas. Os países do norte da Europa tiveram taxas superiores às dos europeus do sul. Um outro destaque é a baixa taxa de suicídio, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, no Egito, o que, para os autores, pode estar associado a tabus religiosos ou razões legais. Considerando-se o suicídio, novamente foram os países do leste europeu os que apresentaram as taxas de morte mais elevadas.

Quanto às mortes por doenças do sistema circulatório e as causadas por neoplasias malignas, observou-se que as taxas médias cresciam dos grupos de menor idade para os de maior idade, sendo que, na faixa etária de 35 a 44 anos, esse crescimento foi de aproximadamente quatro vezes em relação ao agrupamento etário anterior (25 a 34 anos), tanto entre os homens quanto entre as mulheres.

No que diz respeito às mortes por doenças do aparelho circulatório, entre os homens foram encontradas diferenças consideráveis nos países estudados. Tal como aconteceu com outras causas, como já citado anteriormente, os países do leste europeu foram os que

apresentaram as taxas mais elevadas, como, por exemplo, a Rússia, que teve uma taxa de quase 300 mortes por 100.000 hab. na faixa de 35 a 44 anos. Chamaram a atenção, ainda, as relativamente altas taxas de Egito e Filipinas (30,9 e 16,6 por 100.000 hab., respectivamente) nas faixas etárias de 15 a 24 anos. Nesse grupo de causas de morte a taxa média entre os homens foi sempre superior à taxa encontrada entre as mulheres.

Já quanto às mortalidades por neoplasias, percebeu-se que, na faixa etária entre 35 e 44 anos, as mulheres tiveram em média taxas mais elevadas. No entanto, na Hungria, na Tailândia e na Estônia, os homens apresentaram índices superiores dos das mulheres dessa faixa. Nenhum país excedeu a taxa de 10 mortes por 100.000 hab. na faixa etária mais jovem (15 a 24 anos) e somente a Tailândia teve taxa acima de 20 por 100.000 hab. na faixa de 25 a 34 anos. Os principais tipos de câncer referidos entre os homens foram o câncer de pulmão e o câncer da cavidade oral.

O estudo de WHITE e HOLMES (2006) demonstrou um interessante resultado sobre as mortes por homicídios. Foram relativamente baixas as taxas médias encontradas devido a esta causa (2,5 na faixa de 15 a 24 anos, 3,2 na faixa de 25 a 34 anos e 3,5 na faixa de 35 a 44 anos), o que parece indicar que, para a maioria dos países estudados, esta causa não tem uma contribuição significativa na mortalidade masculina. Do total de países, 24 apresentaram menos que sete mortes por 100.000 hab. nas três faixas etárias consideradas e 13 deles tiveram menos que três mortes por 100.000 hab. em qualquer das faixas estudadas.

No mesmo estudo, no entanto, para o Brasil, a mortalidade masculina por homicídios se sobressai com taxas extremamente superiores a de todos os outros países, em todas as faixas estudadas. De 15 a 24 anos, a taxa de mortalidade encontrada no Brasil (94,3 por 100.000 hab.) foi mais de quatro vezes maior que a taxa da Argentina (o segundo colocado com 22,1 por 100.000 hab.). Países como a Estônia, o Japão e a Romênia apresentaram uma elevação nos índices de mortalidade por homicídios à medida que a idade avançava, atingindo

níveis superiores a 30 mortes por 100.000 hab. na faixa de 35 a 44 anos. Outros países considerados com padrão crescente de mortalidade por homicídios foram os Estados Unidos e a Letônia, com taxas superiores a 20 mortes por 100.000 hab. na última faixa estudada.

Na comparação da mortalidade por homicídios entre homens e mulheres, observou-se que muito mais homens morreram violentamente. No Brasil, onde a mortalidade feminina por homicídios é bastante elevada, comparada aos índices alcançados por outros países, a taxa de mortalidade masculina foi mais de dez vezes superior à encontrada na população feminina. Em todos os países estudados, em média, os homens morrem de duas a três vezes mais que as mulheres devido a homicídios.

Outros estudos sobre a mortalidade apontam para os mesmos resultados encontrados no estudo multipaíses referido acima (WHITE & CASH, 2004; WALDRON; 1995; LAURENTI, 1998; LAURENTI et al., 2005; SIMÕES, 2002).

Nos Estados Unidos, segundo WALDRON (1995), a desvantagem da mortalidade masculina em relação à mortalidade feminina sempre foi considerada. No entanto, esta desvantagem apresentou-se mais elevada principalmente a partir da metade do século XX. A autora relaciona esta elevação a inúmeras causas, com destaque para o crescente aumento do hábito de fumar entre os homens a partir da década de 1940.

Nesse trabalho, destaca-se como a principal causa de morte dos homens a doença isquêmica do coração, chamando atenção ainda o câncer de pulmão, a doença pulmonar obstrutiva crônica, os acidentes, os suicídios, os homicídios, as doenças crônicas do fígado e a aids. Para a autora, fatores comportamentais são os que mais contribuem para a maior mortalidade masculina nesse grupo de causas, sem se deixar de considerar, no entanto, a importância das diferenças biológicas quando se compara o índice de mortes de homens e mulheres.

A autora afirma ainda que parece existir uma tendência de mudança nos padrões de mortalidade da sociedade dos Estados Unidos. Segundo seus relatos, na metade do século XX, os diferenciais de mortalidade de homens e mulheres se ampliaram, principalmente devido à uma queda mais acentuada da mortalidade feminina. Não obstante, desde os anos 1970, essa tendência parece estar se revertendo. Desde então a mortalidade masculina tem caído mais rapidamente que a mortalidade feminina para uma série de problemas de saúde, como, por exemplo, as doenças isquêmicas do coração e o câncer de pulmão.

Por outro lado, outras causas têm contribuído para o crescimento da mortalidade masculina nos Estados Unidos, com grandes diferenciais entre homens e mulheres. Nesse grupo merece destaque a mortalidade causada pela aids, que, segundo os dados de WALDRON (1995), foi mais de oito vezes maior nos homens que nas mulheres em 1989.

Características similares são apontadas em estudos sobre o padrão de mortalidade dos homens europeus. O trabalho de WHITE e CASH (2004), realizado com dados de países do continente europeu, também assinala a superioridade da proporção de mortes de homens em relação às mortes de mulheres, em todas as faixas etárias estudadas, como também para as diferentes condições de saúde selecionadas.

Atualmente, uma das principais referências, no campo da epidemiologia, para o conhecimento sobre a saúde dos homens na América Latina tem sido o estudo de LAURENTI (1998) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Em seu estudo, o autor demonstra que, também nesse continente, ocorre uma sobremortalidade masculina, independentemente da idade, da causa de morte ou da localidade referida.

Segundo LAURENTI (1998), quando se olha, especificamente, para a questão da faixa etária, percebe-se que a sobremortalidade masculina é mais significativa na faixa de 15 a 24 anos, alcançando valores até 200% maiores que a mortalidade das mulheres jovens. Para o autor, esse diferencial, provavelmente, deve-se à concentração nessa faixa etária das mortes

por causas externas. No grupo que caracteriza os adultos (25 a 59 anos), as diferenças entre a mortalidade masculina e feminina tendem a não ser tão significativas quanto na faixa anterior, embora países como Porto Rico, Brasil e Chile continuem apresentando uma grande sobremortalidade masculina, com diferenciais superiores a 100%. Merecem destaque duas situações relacionadas ao estudo da mortalidade e sua relação com a idade. A primeira diz respeito aos padrões de mortalidade percebidos nos últimos anos. Em todos os países da América Latina e em todos os grupos etários, vem ocorrendo um decréscimo da mortalidade, porém, bem menor entre os homens. A segunda situação corresponde ao fato de que nas idades mais jovens, em ambos os sexos, a mortalidade é maior nos países menos desenvolvidos, como a Guatemala, embora também, nesse caso, perceba-se a sobremortalidade masculina.

Quatro grandes grupos de doenças chamam a atenção no estudo de LAURENTI (1998) no que tange à mortalidade nas Américas: as neoplasias malignas, as doenças do coração, as doenças cerebrovasculares e os acidentes e violências. Com exceção das doenças cerebrovasculares, em todas as outras estudadas² a taxa de mortalidade masculina é superior à feminina. Para a maioria dos países, os principais grupos de causa de mortalidade masculina foram as doenças cardiovasculares seguida das neoplasias. No entanto, em países como Colômbia, México e Brasil, a mortalidade masculina por acidentes e violências sobressai como a principal causa. Merece destaque ainda as elevadas taxas de mortalidade por doenças infecciosas na Guatemala, tanto na população masculina quanto na feminina.

Para o Brasil, as pesquisas (LAURENTI, 1998; LAURENTI et al., 2005; SIMÕES, 2002) demonstram que a mortalidade masculina segue os padrões encontrados em outros países. Também aqui, os estudos apontam que as taxas de mortalidade dos brasileiros, sejam

² Talvez, por considerar de grande importância para o perfil epidemiológico das Américas, Laurenti (1998), incluiu em seu estudo, quando da discussão da mortalidade segundo causa de morte, o grupo de doenças infecciosas.

homens ou mulheres, vêm diminuindo nos últimos tempos, porém, o decréscimo é menor para os homens.

Na análise dos coeficientes de mortalidade específicos por idade, constata-se que a razão de sexo masculino/feminino é superior em todos os grupos etários, sendo que nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos atinge os valores mais altos (LAURENTI et al., 2005; SIMÕES, 2002). É interessante observar, como salienta SIMÕES (2002), que a sobremortalidade masculina começa a elevar-se a partir dos anos 1970, acentuando-se em 1980, 1991 e 2000, às custas, principalmente, dos jovens adultos. Na tabela 1 são apresentados os coeficientes de mortalidade por sexo e idade para o Brasil no ano de 2001.

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade (por mil hab.) por sexo e idade. Brasil, 2001.

Idade	Masculino	Feminino	Razão M/F
0 a 4 anos	4,8	3,9	1,23
5 a 9 anos	0,4	0,3	1,33
10 a 19 anos	1,1	0,4	2,75
20 a 39 anos	3,1	1,0	3,10
40 a 59 anos	8,3	4,3	1,93
60 a 79 anos	33,2	21,4	1,55
80 anos e mais	114,4	97,7	1,17
Total	6,6	4,6	1,43

Fonte: apud LAURENTI et al., 2005.

Uma característica importante a ser ressaltada na observação da mortalidade masculina no Brasil refere-se à contribuição de algumas causas específicas na proporção de óbitos de cada agrupamento etário. Chama a atenção o predomínio das causas externas entre os adolescentes (10 a 19 anos) e os adultos jovens (20 a 39 anos) representando,

respectivamente, 77,8 % e 64,8% dos óbitos em cada uma dessas faixas. Entre os homens de 40 a 59 anos de idade, a causa mais importante diz respeito às doenças do aparelho circulatório (30,0%), seguidas pelas causas externas (19,5%). Nos idosos, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, com uma proporção acima de 40%.

O padrão mais acentuado da mortalidade masculina também é percebido quando se analisam os coeficientes segundo as causas de mortes. Tendo como referência a classificação internacional de doenças em sua 10ª revisão, LAURENTI et al. (2005) notam que, para a grande maioria de causas, o coeficiente de mortalidade masculina é superior ao coeficiente de mortalidade feminina (tabela 2). Destacam-se, mais uma vez, as causas externas, com uma razão de sexo entre os coeficientes superior a cinco. Os autores afirmam que as violências mais importantes nesse grupo de causas são os homicídios, seguidos pelos acidentes de trânsito.

Tabela 2 – Coeficiente de Mortalidade (por 100 mil hab.) por causas e sexo. Brasil, 2001.

Causas	Masculino	Feminino	Razão
Doença Infecciosa e Parasitária	32,1	20,8	1,5
Neoplasia	79,5	67,8	1,2
Doença do sangue	3,2	3,0	1,1
Doença Endoc., Nutric. e Metabólica	25,0	31,1	0,8
Transtorno Mental e Comportamental	6,0	1,5	4,2
Doença Sistema Nervoso	7,8	6,6	1,2
Doença Aparelho Circulatório	164,1	145,4	1,1
Doença Aparelho Respiratório	58,9	47,2	1,2
Doença Aparelho Digestivo	34,4	17,8	1,9
Doença Aparelho Geniturinário	9,1	7,8	1,2
Causa Externa	120,4	21,7	5,5
Total	660,7	456,1	1,4

Fonte – apud LAURENTI et al., 2005.

Embora os coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias sejam consideráveis, a sobremortalidade masculina não é tão acentuada para essas causas. Chamam mais a atenção, nos dados apresentados por LAURENTI et al. (2005), os coeficientes mais acentuados entre os homens nos transtornos mentais e comportamentais (razão de sexo igual a 4,2) e nas doenças do aparelho digestivo (razão de sexo igual a 1,9). Para esses autores, no primeiro caso, estão incluídos os problemas relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas e, no segundo, está contida a cirrose hepática.

Os indicadores de mortalidade evidenciam, claramente, a importância de vários problemas de saúde para a população masculina. Entre esses problemas, destacam-se as doenças cardiovasculares, os cânceres e os eventos sanitários relacionados à violência (homicídios, suicídio e acidentes de trânsito) como os de maiores impactos na mortalidade masculina (JEWELL, 2001; LAURENTI, 1998). Outros agravos à saúde bastante referidos por diferentes autores como mais prevalentes nos homens e com forte contribuição no perfil de mortalidade masculina são: o uso e dependência do álcool, o uso abusivo de substâncias ilícitas (BROOKS, 2001; GRIFFITHS, 2001) e as doenças hepáticas (STILLION, 1995), entre outras.

Os Padrões de Morbidade e Uso de Serviços de Saúde

Em que pese a sobremortalidade masculina, em todas as partes do mundo se assume como algo inquestionável a afirmação de serem as mulheres portadoras de mais problemas de saúde e que, por isso, elas utilizam mais os serviços destinados à resolução desses problemas. De fato, vários estudos apontam que, quando se volta o olhar para os indicadores de morbilidade, calculados por uso de serviços de saúde ou mesmo por meio de inquéritos realizados diretamente com a população, as mulheres apresentam taxas de morbilidade mais

altas que os homens, indicando que as mulheres apresentam uma condição de saúde pior que a dos homens ou, então, que estão mais atentas na busca por cuidado de saúde (AQUINO et al., 1992; BIRD; RIEKER, 1999; MACINTYRE et al., 1996; LAURENTI, 1998; PINHEIRO et al., 2002).

No entanto, essa aparente contradição entre os padrões de mortalidade e morbidade entre homens e mulheres deve ser considerada com ressalvas. Algumas questões sobre os estudos de morbidade precisam ser esclarecidas previamente antes de caracterizar a morbidade da população masculina. Diferentemente dos estudos sobre mortalidade, cuja existência de registros oficiais de óbitos permite uma maior facilidade para se dispor dos dados a serem coletados, os estudos sobre morbidade são mais complexos, pois a informação é mais difícil de ser coletada, necessita de um rigor maior na padronização e, por conta disso, apresenta custos bem mais elevados. Essa maior complexidade impõe uma observação mais cuidadosa e acurada de seus resultados.

Uma questão importante quando se trabalha com medidas de morbidade diz respeito à maneira como essas informações são coletadas. De um modo geral, os dados sobre morbidade são conseguidos de duas maneiras: ou se investiga diretamente a população, por meio de inquéritos populacionais, convencionalmente denominados de morbidade referida, ou então buscam-se os registros assistenciais nos diferentes tipos de serviços de saúde (registro de internações hospitalares, leitura de prontuários ambulatoriais, etc.), gerando os estudos de demanda. Ambos retratam dimensões diferentes da morbidade, tendo suas validades reconhecidas pelos pesquisadores da área de saúde coletiva.

Não obstante, não se pode desconsiderar algumas desvantagens de cada um dos modos de se obter uma avaliação da morbidade. Alguns autores chamam a atenção para a possibilidade de erros de medida nos levantamentos realizados diretamente com a população. No caso de estudo de diferenças de saúde entre homens e mulheres, autores como

PINHEIROS et al. (2002) reconhecem a possibilidade de erros nas informações repassadas, sendo, dessa forma, denominadas viés de gênero das informações. Outra questão importante a se levar em conta são as diferenças socioculturais entre os informantes, o que requer padronização dos sujeitos pesquisados.

Nos estudos de demanda, deve-se estar atento também à padronização de medidas de morbidade, além das características socioculturais dos usuários dos serviços estudados. Ademais, não se pode esquecer que nos estudos de demanda o universo pesquisado corresponde a usuários dos serviços, não incorporando, por isso, aqueles que não se sentem com algum problema, que não percebem alguma necessidade de saúde ou então que não utilizam aquele tipo de serviço de saúde para as suas necessidades.

Em síntese, as considerações anteriores acerca dos estudos de morbidade, antes de ser avaliadas apenas como uma digressão sobre o tema e consideradas como algo pouco objetivo para as questões discutidas neste capítulo, são importantes para uma maior problematização das diferenças no processo de saúde-doença de homens e mulheres. Mesmo sem negar as evidências que apontam as mulheres como portadoras de mais problemas de saúde, tais evidências devem ser tomadas mais cautelosamente.

Assim, são significativas as contribuições trazidas pelos estudos realizados por MACINTYRE et al. (1996; 1999), na Grã-Bretanha. Esses trabalhos são de morbidade referida e para sua realização foram utilizados dados de dois estudos maiores: um estudo longitudinal de três cortes etários de indivíduos residentes na área urbana de Glasgow (Escócia), cujo objetivo era o provimento de informações acerca da saúde em momentos-chave de suas vidas; o outro estudo foi um levantamento realizado na Inglaterra, entre adultos, para a produção de dados sobre saúde e estilo de vida. Especificamente, o interesse dos autores era estudar a iniquidade de gênero na saúde.

No primeiro trabalho (MACINTYRE et al.; 1996), os resultados demonstram que, embora as mulheres relatem piores condições de saúde que os homens, esse padrão é, na verdade, mais complicado do que o relato feito. As diferenças de morbidade existentes entre os sexos podem variar, a depender dos sintomas ou condições de saúde estudadas ou, então, segundo a fase do ciclo da vida que está em avaliação. De acordo com esses autores, as mulheres apresentam mais manifestações psicológicas de aflição, enquanto que, para os sintomas físicos, as diferenças são bem menos aparentes, podendo, às vezes, os homens referirem mais sintomas. Especificamente, merece destaque em seus resultados a maior referência de problemas digestivos por parte dos homens na faixa etária de 20 a 39 anos.

No outro estudo (MACINTYRE et al.; 1999), as conclusões são bem parecidas, não havendo diferenças significativas entre homens e mulheres no relato de problemas crônicos de saúde. Tais achados mantiveram-se quando foram feitas perguntas adicionais para a caracterização das condições de severidade, ou mesmo quando se apresentou um cartão com uma lista de sintomas para os pesquisados destacassem aqueles que já teriam sofrido. Apenas existiu diferença significativa entre os sexos na proporção de sujeitos que reportaram problemas relacionados à saúde mental, mais referidos pelas mulheres.

Nos estudos sobre morbidade realizados no Brasil, a problematização das diferenças entre os sexos é menos visível, embora sejam percebidas algumas indicações da sua existência. AQUINO et al. (1992), utilizando dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE), realizada em 1986, encontraram uma prevalência de problemas de saúde auto-referidos em 20% a 30% mais mulheres do que em homens. Nesse mesmo estudo as mulheres também mencionaram maiores demanda e utilização de serviços de saúde. As autoras, contudo, afirmam a necessidade de mais estudos acerca da morbidade referida para que esses resultados possam ser melhor avaliados.

PINHEIROS et al. (2002) também usam informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para delinear a morbidade referida, o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil. Com dados coletados pelo IBGE em 1998, quando se incluiu um suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde, os autores analisam as diferenças entre homens e mulheres desagregados por faixa etária.

Entre os indicadores utilizados por PINHEIRO et al. (2002) para traçar o perfil da morbidade, merecem destaque a auto-avaliação do estado de saúde deficiente, a referência a pelo menos uma das doenças crônicas de um lista apresentada em questionário e o relato de restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde. Em todos esses indicadores prevalece um percentual maior entre as mulheres. No caso da auto-avaliação deficiente do estado de saúde, os valores encontrados foram de 23,5% para as mulheres e de 18,5% para os homens. Esses diferenciais entre os sexos aumentam a partir dos 15 anos, atingindo seu ápice na faixa etária de 50 a 64 anos. O mesmo evidencia-se com relação aos outros indicadores, embora, no caso da restrição de atividades por motivo de saúde, as diferenças entre os sexos tenham sido pequenas, apesar de estatisticamente significativas.

Nesse mesmo estudo, PINHEIRO et al. (2002) observaram diferenças entre homens e mulheres quanto aos problemas de saúde causadores de restrição de atividades, destacando-se uma frequência relativa de acidentes e agressões mais elevada entre os homens (8,3%) do que entre as mulheres (3,2%). Com relação à doença crônica auto-referida, a mais assinalada, tanto por homens quanto por mulheres, foi dores de coluna ou costas, embora com percentual maior entre as mulheres. Também apresentaram diferenciais importantes entre os sexos os relatos de hipertensão, artrite ou reumatismo e depressão, todos desfavoráveis às mulheres. Entre os homens predominaram a cirrose e a tuberculose.

Os diferenciais entre homens e mulheres permanecem significativos quando se investiga o acesso a serviços de saúde. O relato de realização de consultas médicas nos 12 meses que antecederam a entrevista teve um percentual bem superior entre as mulheres (62,3%) que entre os homens (46,7%). Percebe-se ainda que esses diferenciais têm maior amplitude nas faixas etárias de 25 a 49 anos e de 15 a 24 anos.

Quando a pergunta se refere à visita ao dentista no último ano antes da entrevista, novamente as mulheres apresentam uma frequência mais elevada, embora os percentuais, tanto para homens (30,9%) quanto para mulheres (35,3%), sejam bem menores que os apresentados por ambos os sexos quando se referem à consulta médica. Um achado interessante, no que tange à visita ao dentista, é a mudança percebida nos diferenciais entre os sexos, quando são analisados por faixa etária. Observa-se que a maior presença de mulheres se mantém até a idade de 49 anos e inverte-se a partir dos 50 anos, com os homens passando a frequentar mais o dentista.

O estudo também aponta para marcadas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram serviços de saúde principalmente por motivo de doença já manifesta (36,3% homens e 33,4% mulheres). Dentre os homens, destaca-se ainda uma maior proporção de procura motivada por problemas odontológicos e acidente ou lesão.

Na pesquisa de PINHEIRO et al. (2002), o tipo de serviço procurado também varia entre mulheres e homens, porém, com diferenças não tão expressivas, embora estatisticamente significativas. O posto ou centro de saúde foi o serviço de saúde mais procurado por ambos os sexos (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens). Em seguida vêm o consultório particular (29,3% nas mulheres e 28,6% nos homens) e o hospital (19,5% nas mulheres e 20,0% nos

homens). Tal como no hospital, os homens prevalecem entre os que procuram o pronto-socorro, a farmácia e o ambulatório de sindicato, enquanto os ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais visitados pelas mulheres.

As informações apresentadas no parágrafo anterior remetem para a discussão sobre o outro modo de se estudar a morbidade: os estudos de demanda de serviços de saúde. Como já citado anteriormente, nesses estudos a principal fonte de dados não são os relatos da população e sim os registros feitos nos prontuários hospitalares e ambulatoriais. Portanto, seus resultados são fundamentalmente dependentes da maneira como são registradas as assistências prestadas. É importante também considerar na análise os padrões de utilização dos diferentes serviços de saúde pela população.

Nesse sentido, estudar a demanda ou investigar a auto-avaliação de saúde pode produzir estimativas de morbidade diferentes. Mesmo nos estudos de demanda é possível divergências nos resultados. As informações sobre morbidade geradas na assistência ambulatorial são distintas daquelas adquiridas por meio de registros de internações hospitalares, como se percebe nos padrões de demanda apresentados a seguir.

Quando se olha mais atentamente para os dados de internação hospitalar, uma das primeiras questões que chama a atenção é a grande concentração de internações relacionadas ao parto, pré-natal e puerpério e suas complicações. Segundo as estatísticas de outubro de 2006 do Ministério da Saúde (RIPSA, 2006), das internações realizadas nas unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) de todo o país, mais de 22% representam questões relacionadas a gravidez, parto e puerpério. Se essas fossem excluídas do total de internações ocorridas no país nesse período, o percentual de homens e mulheres internados se equivaleria. Os diferenciais entre os sexos aconteceriam na distribuição entre os diversos grupos de causa, com uma proporção maior de doenças do aparelho geniturinário e neoplasias

entre as mulheres, ao passo que as lesões relacionadas a causas externas e os transtornos mentais e comportamentais prevaleceriam entre os homens.

Tais informações repassadas pelo Ministério da Saúde são confirmadas por alguns estudos de morbidade hospitalar. O trabalho sobre a morbi-mortalidade masculina realizado por LAURENTI et al. (2005) aponta o equilíbrio entre os sexos nas saídas hospitalares na rede conveniada ao SUS no ano de 2002, excluídas as internações motivadas por problemas de gravidez, parto e puerpério. Essa mesma situação é percebida em estudos realizados em anos anteriores e em diferentes regiões do país, como nos trabalhos de MATHIAS e SOBOLL (1996) e de YAZLLE-ROCHA (1977).

Segundo LAURENTI et al. (2005), as doenças do aparelho respiratório aparecem como a principal causa de internação para a população do sexo masculino. Seguem-se, com proporções semelhantes, as doenças do aparelho circulatório, as infecciosas, as do aparelho digestivo e as lesões. Nesse mesmo trabalho, quando são observadas as internações masculinas, segundo as idades, detectam-se diferenças importantes. Nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 20 a 39 anos, verifica-se maior frequência das lesões. Entre os adultos jovens chama a atenção a presença dos transtornos mentais como causa de internação, o que não acontece em outras idades. Nos homens com mais de 40 anos de idade surgem as doenças do aparelho circulatório como principal causa de internação.

Um dado relevante sobre morbidade hospitalar é apresentado por LAURENTI (1998). Por exemplo, em levantamento sobre as taxas de ocupação hospitalar devido ao alcoolismo, em diferentes regiões do Brasil, o autor encontrou uma distribuição, segundo sexo, de 92,8 % entre os homens e 9,2% no sexo feminino, confirmando estudos anteriores que indicavam para três regiões metropolitanas do país que o abuso ou dependência de álcool afeta onze vezes mais os homens que as mulheres.

Embora a demanda hospitalar aponte para um equilíbrio entre homens e mulheres no conjunto das internações ocorridas nesse tipo de estabelecimento, quando o estudo de demanda se volta para os serviços ambulatoriais, os resultados se aproximam daqueles encontrados nos estudos de auto-avaliação de saúde. Ou seja, prevalece a maior presença das mulheres nesses serviços de saúde. Alguns estudos, como o de FELICIANO e MORAES (1999), relacionam tal situação “aos moldes tradicionais de atendimento das unidades básicas de saúde que priorizam a saúde materno-infantil”. Nesse trabalho, as mulheres constituíram a grande maioria dos indivíduos atendidos (87,1%). Para as autoras, esta é a razão, provavelmente, para o destaque em seus resultados das doenças ginecológicas e obstétricas.

Esses resultados são similares aos encontrados em dois outros estudos com dados de duas outras regiões do Brasil (CARVALHO et al., 1994; RADAELLI et al., 1990). No trabalho de RADAELLI et al. (1990), realizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, houve um claro predomínio das mulheres nas demandas ambulatoriais de um serviço de atenção primária, que se tornou mais evidente quando foram excluídos da análise os menores de 10 anos de idade. Para os autores, esse predomínio pode ser explicado pelo maior contato das mulheres com o serviço de saúde, pois são elas que levam os filhos ao médico, preocupam-se com a anticoncepção e com a própria gestação. Por outro lado, argumentam, ainda, que o horário de funcionamento dos postos (diurno) enquanto favorece o acesso das mulheres dificulta este mesmo acesso à população masculina, em função dos seus horários de trabalho.

RADAELLI et al. (1990) fizeram também uma análise mais detalhada dos diagnósticos e /ou problemas mais comuns de homens e mulheres com idade de 15 a 44 anos. Em relação aos homens, chama a atenção nos seus resultados que o problema mais comum registrado tenha sido laceração/cicatriz aberta, seguido pela referência, segundo a categorização feita pelos autores, do que foi considerado paciente sadio.

No estudo de CARVALHO et al. (1994) foram analisados dados de três diferentes serviços da rede pública de saúde de uma mesma região da cidade do Rio de Janeiro, sendo dois ambulatoriais e um serviço de urgência. Também nesse estudo predomina o atendimento às mulheres, quando se observa, especificamente, a população de 15 a 64 anos de idade. Contudo, é notável o crescimento da demanda dos homens quando se analisam isoladamente a unidade de urgência e o pronto-atendimento, alcançando índices de aproximadamente 50% da demanda. Nesse trabalho, os homens adultos procuram os serviços de saúde, principalmente, por problemas psicológicos, em uma das unidades de assistência ambulatorial, e por causas externas, no serviço de urgência. Nota-se também o percentual expressivo de sintomas e sinais mal definidos nos homens adultos dos três serviços estudados.

Embora os resultados das diferentes pesquisas apresentadas anteriormente demonstrem uma maior presença das mulheres nos serviços de saúde de atenção primária, bem como, por parte dos homens, uma autopercepção de saúde melhor que a referida pelas mulheres, o que ratifica resultados de estudos internacionais (WHITE; CASH, 2004), não se pode desconsiderar em tais resultados a presença dos homens nas unidades básicas de saúde. Nesse sentido, vale registrar os achados de SCHRAIBER e COUTO (2004) em pesquisa feita diretamente com a população masculina na sua relação com os serviços de atenção primária à saúde na cidade de São Paulo.

SCHRAIBER e COUTO (2004) estudaram homens na faixa etária de 18 a 60 anos, usuários de dois serviços de atenção primária do setor público de saúde na cidade de São Paulo. O objetivo da pesquisa era compreender a violência, sobretudo a de caráter conjugal e nas relações interpessoais, bem como seus impactos na saúde. No que diz respeito, especificamente, a demanda e uso de serviços de saúde, as autoras pretendiam caracterizar as necessidades de saúde e o uso de serviços daqueles usuários matriculados nos serviços

estudados. O estudo foi feito por meio de dois instrumentos: questionários e leitura de prontuários.

O primeiro instrumento, realizado em amostra de 789 homens usuários/acompanhantes, buscava informações sociodemográficas, da saúde em geral e saúde reprodutiva em particular, de frequência, tipo e gravidade de episódios de violência contra as mulheres e frequência de violência sofrida pelos homens, além de maiores detalhamentos sobre a questão da violência. Foram lidos os prontuários dos entrevistados matriculados nos serviços, compondo uma amostra de 478 usuários. O intuito desse braço da pesquisa era caracterizar o uso do serviço e o consumo de ações de assistência, tal como havia sido registrado pelos profissionais de cada serviço. Buscou-se também o acolhimento/resposta às demandas apresentadas pelos homens que passaram por consultas até um ano antes da entrevista, levando-se em conta as queixas, os diagnósticos e a resolução dada em cada atendimento realizado. Para essa parte da pesquisa foram lidos 410 prontuários médicos.

No questionário, as autoras investigaram os recursos adotados pelos homens quando eles se sentiam com algum problema de saúde. Os entrevistados também foram questionados sobre ter encontrado dificuldades para o uso de algum serviço de saúde. Com relação aos recursos adotados, mais de 67% dos entrevistados referiram procurar algum serviço de saúde, seja pronto-socorro/hospital público, centro/posto de saúde ou médico/hospital conveniado. Pouco mais de 27% relataram o uso de outros serviços e cuidados, como farmácia e remédios caseiros. Apenas 5% admitiram não fazer nada. Quanto à questão das dificuldades no uso de serviços de saúde, aproximadamente 36% encontraram alguma dificuldade e quase 58% dos respondentes afirmaram não encontrar dificuldades. Foram consideradas como dificuldades as seguintes situações: mau atendimento, longo período de espera para ser atendido, ausência ou longo período para conseguir uma vaga, ausência de horário de consulta fora do período de trabalho, desconhecimento do local aonde ir, entre outras.

O perfil do uso de serviço de saúde mostra que os 410 homens que tiveram seus prontuários lidos consumiram um total de 2.161 atividades de atendimentos, perfazendo uma média de 5,2 atendimentos no último ano como usuário do serviço. Desses atendimentos, 45,5% corresponderam a consultas agendadas, sejam consultas com médico clínico ou com médico psiquiatra, 18,1% foram pronto-atendimentos, ou seja, foram assistências prestadas por demanda não agendada, e 20,1% foram atendimentos de enfermagem. A participação dos homens em atividades de grupo foi relativamente pequena, como também foi pequena a procura pelo serviço social, respectivamente, 5,5% e 16% do total de atendimentos realizados.

Na análise dos prontuários foram percebidas algumas características bastante peculiares quanto às necessidades de saúde da população masculina. De uma maneira geral, os registros demonstram que os homens apresentam demandas das mais diversas ordens, desde queixas ou sintomas indicativos de algum problema de saúde até demandas da vida social, passando ainda por solicitações de exames e serviços ou orientações preventivas.

Os sintomas/queixas ou diagnósticos mais encontrados foram a hipertensão arterial (20,5%), nervosismo e ansiedade (19,5%) e dor de cabeça (17,1%). Contudo, as queixas gerais ou inespecíficas, como cansaço ou tontura, foram as demandas registradas mais freqüentemente. Do total de 410 prontuários lidos, em 42% deles havia registros de sintomas inespecíficos. Parcela considerável dos usuários também referiu sintomas do aparelho digestivo (31,0%), sintomas psicológicos (28,3%), sintomas no aparelho cardio-circulatório (26,6%) e sintomas respiratórios (26,1%). Merece ser destacada, ainda, a expressiva quantidade de prontuários referindo a ausência de queixas por parte dos homens (21,7%), correspondendo, principalmente, a retornos agendados e seguimentos.

É elevada a ocorrência de relatos caracterizados como demandas sociais (31,0%), destacando-se o tabagismo, uso de álcool e/ou drogas ilícitas, problemas de relacionamento com a família e o desemprego. Nas solicitações, observou-se a importância das demandas de assistência social e a pouca busca de educação e orientação preventiva.

Em síntese, vários dos estudos apresentados até aqui demonstram diferenças significativas nos padrões de morbi-mortalidade entre homens e mulheres. Evidenciam a existência de uma diversidade de questões de saúde importantes para os homens, apontando para a relevância de se compreender as relações estabelecidas entre cuidados de saúde e a população masculina. Os estudos indicam, ainda, a necessidade de ampliação do conhecimento sobre as ações e práticas de saúde voltadas aos homens, o que pode contribuir para a incorporação de estratégias complementares de cuidado, prevenção e promoção da saúde, levando em conta não só as taxas de mortalidade para as diferentes causas, mas também a variedade de demandas masculinas ocorridas nas diferentes estruturas de atenção assistencial.

Ou seja, se os padrões de morbi-mortalidade já indicam a necessidade de um aprofundamento acerca das relações entre os homens e a saúde, é necessário, além disso, elucidar como tais padrões se distribuem no universo da população masculina. Portanto, na perspectiva de se fornecer subsídios para a construção de tecnologias de atenção à saúde dos homens, é imperativo buscar outros fatores que influenciam na qualidade de vida da população e descobrir como esses fatores interferem nas condições de saúde dos homens. O campo da saúde coletiva reconhece a importância de diferentes fenômenos socioculturais como condição econômica, raça/etnia, acesso a cuidados de saúde e estilo de vida na situação de saúde de diferentes parcelas da população (BARATA; 1997). Portanto, admite-se que a distribuição da mortalidade e da morbidade masculina não acontece uniformemente entre os homens.

Mas outras abordagens são necessárias na explicação desses diferenciais. Entre elas, encontra-se a perspectiva de gênero para se entender o comportamento dos homens frente à saúde, comportamento esse tomado enquanto parte do exercício da masculinidade. Pode-se dizer que, em vez de se estudar as relações empreendidas pelos homens com questões que dizem respeito à saúde, é necessário avançar na compreensão das relações entre masculinidade e saúde. É o que será apresentado no próximo capítulo.

Capítulo 2

GÊNERO, MASCULINIDADES E SAÚDE

No capítulo anterior, tratamos das relações entre homens e saúde a partir das características do padrão de morte e adoecimento da população masculina. Mais especificamente, foram discutidos os diferenciais que caracterizam epidemiologicamente homens e mulheres e como os indicadores utilizados apontam para uma multiplicidade de problemas que afetam as condições de saúde da população masculina.

Todavia, uma questão ainda ficou em aberto. Como são explicadas as diferenças nos padrões de saúde de homens e mulheres? Se de um modo geral é reconhecido o caráter social do processo de adoecimento e morte, não se pode desconsiderar, por outro lado, que homens e mulheres vivendo sob as mesmas condições socioeconômicas, por exemplo, apresentem desigualdades em saúde. O que poderia contribuir para as diferenças nos perfis epidemiológicos de homens e mulheres? Quais seriam as razões para uma maior mortalidade dos homens? Por outro lado, o que levaria as mulheres a se reportarem como mais portadoras de problemas? Estariam elas mais atentas aos cuidados de saúde? Ou, ainda, por que os homens têm uma melhor autopercepção de saúde, quando comparados às mulheres?

Neste capítulo, discutiremos estas questões, tomando como base a perspectiva de gênero. Tal categoria é uma contribuição das Ciências Sociais que, no campo da saúde, tem sido utilizada como referência, mais particularmente para a compreensão das problemáticas relacionadas à saúde das mulheres. Os estudiosos dessa questão vêm buscando tratar a saúde feminina de forma multidimensional, incorporando aspectos que remetem para o social e para o cultural, para o alcance da integralidade na saúde das mulheres.

Gênero: a Construção de um Conceito

Embora o uso do termo gênero como forma de diferenciação de homens e mulheres remonte aos idos de 1955 (GOMARIZ, 1992), somente por volta do final da década de 1970 é que o conceito adquire contornos mais elaborados. Historicamente, a noção de gênero começa a ganhar força com o ressurgimento dos movimentos feministas nos anos 1970 e sua luta por compreender e explicar a condição de subordinação das mulheres. Uma das primeiras respostas encontradas por esses movimentos identificava tal subordinação como produto de uma ordem patriarcal. Do ponto de vista político, a categoria patriarcado teve grande importância no processo de mobilização de mulheres, porém, como afirma BARBIERI (1993), o patriarcado era um conceito vazio de conteúdo, que nominava algo sem, entretanto, ultrapassar essa operação. Embora tenha se tornado sinônimo de dominação masculina, não tinha valor explicativo, nem se mostrava viável para a sua superação.

A origem do conceito de gênero guarda, assim, estreita relação com os estudos de mulheres, chegando mesmo em certo momento a existir uma certa confusão entre estudos de mulheres (*Women's studies*) e estudos de gênero. Como afirma SCOTT (1995), em seu uso inicial gênero é sinônimo de mulheres. Segundo a autora, essa maneira de utilização do termo gênero correspondia à necessidade de uma maior aceitabilidade política dos estudos teóricos acerca das mulheres. Em suma, era a busca de uma legitimidade acadêmica dos estudos feministas que se procurava alcançar.

Impulsionadas pelo crescente movimento feminista norte-americano dessa época, algumas teóricas do movimento buscavam encontrar formas que demonstrassem que as diferenças baseadas no sexo tinham uma fundamentação eminentemente social. Assim,

procuravam afastar a idéia de um determinismo biológico impregnado no uso da palavra “sexo”, iniciando um processo de distinção entre os termos sexo e gênero.

Segundo GOMARIZ (1992), sexo se refere ao fato biológico relacionado à reprodução da espécie humana por meio da diferenciação sexual, ao passo que gênero guarda relação com os significados que cada sociedade atribui a tal fato. BARBIERI (1993) segue na mesma direção ao afirmar que gênero é o sexo socialmente construído. VALE DE ALMEIDA (2000), mostra que, conceitualmente, gênero é a elaboração cultural de sexo. NICHOLSON (2000) aponta algumas formas diferentes na construção do conceito de gênero, chegando mesmo a ter significados contraditórios. Segundo essa autora, para uns, “gênero foi desenvolvido e sempre é usado em oposição a sexo, para descrever o que é socialmente construído em oposição ao que é biologicamente dado”. Dessa maneira, gênero refere-se à personalidade e ao comportamento, mas não ao corpo. Para outros, no entanto, gênero seria uma referência à construção social que diz respeito à distinção masculino/feminino, incluindo as construções que separam corpos “femininos” de corpos “masculinos”. Nesse caso, gênero é formado não só pelas idéias de comportamento e personalidade produzidas pela sociedade, mas também pela maneira como o corpo é vivido e representado, ou como afirma BUTLER (1987), por uma forma de viver o corpo no mundo. Nesse sentido, sexo não seria independente de gênero, e sim um conceito subsumido pelo de gênero.

Uma das críticas para as primeiras formulações do conceito de gênero dizia respeito exatamente à discussão do modo como a diferenciação entre os sexos (homens e mulheres) era estabelecida. Se, por um lado, a categoria gênero trazia o caráter social para as diferenciações entre os sexos e a negação do determinismo sexual/biológico para essa diferenciação, por outro lado, o uso inicial do conceito pecava por uma concepção estanque, colocando em esferas separadas e fixas os sentidos e significações do que vêm a ser mulheres ou homens. Para SCOTT (1995), gênero designa as relações sociais entre os sexos, ou seja,

tem um sentido relacional, indicando que o estudo das mulheres implicaria sempre suas relações com os homens. Assim, como afirma COUTO (2001), gênero não se resume a uma mera formulação cultural de um dado natural (de uma diferença anatômica). Antes, é uma complexa rede de práticas sociais baseadas nas interações das mulheres entre si, dos homens entre si e entre homens e mulheres, constituindo relações de e entre os gêneros.

Isto posto, assumimos que gênero inclui o corpo, tal como ele é vivido, inclusive, na sua própria diferenciação sexual, e se constrói nas relações sociais entre corpos. É vivenciado, pois, nas várias interseções das relações sociais: a classe social, a etnia, a geração, a religião, entre outras.

O sentido relacional presente na categoria gênero traz ainda uma outra perspectiva que precisa ser explicitada e incorporada nos estudos para um entendimento mais abrangente do conceito. Referimo-nos à idéia de poder. Falar em poder nas relações de gênero significa trazer para o debate questões como a dominação masculina e a subordinação/opressão das mulheres. Novamente aparece a questão da divisão sexual na sociedade, agora relativa às competências e atribuições masculinas e femininas na vida social. Representa o ordenamento de gênero nas práticas sociais, ordenamento este que é uma construção socialmente adquirida, mas que é incorporado como algo naturalizado. Como afirma BOURDIER (2003), em seu estudo sobre a dominação masculina, a divisão sexual parece estar na “ordem das coisas”, como se indicasse o que é normal, natural e, portanto, inevitável.

Embora a relação entre masculino e feminino seja assimétrica e desigual, é possível pensar gênero de forma a trazer transformações de desigualdades. Tal possibilidade inscreve-se na distância que existe entre a complexidade polimorfa dos sentimentos de homens e mulheres e o simplismo dos padrões que orientam tais assimetrias, conforme VALE DE ALMEIDA (1996), ao que se acrescentaria o reducionismo da diversidade de exercícios das masculinidades e feminilidades aos padrões “modelares” ideologicamente cunhados. Portanto,

em que pese o poder presente nas relações sociais de gênero, esse poder não é fixo, centralizado ou imutável, mas, ao se exercer no cotidiano, é reproduzido ou é tensionado.

Os Estudos sobre Masculinidade

No processo de construção conceitual da categoria gênero, os estudos sobre masculinidade só adquirem destaque a partir dos anos 1980. Isso não quer dizer que anteriormente os homens não fossem estudados. O que caracteriza a nova fase dos estudos sobre o masculino é exatamente o uso da perspectiva de gênero como referência. Questões relativas aos homens passam a ser, para além de problemas de indivíduos do sexo masculino, questões de masculinidades, reafirmando a necessidade dos estudos sobre os homens do ponto de vista das relações de gênero.

Na década de 1970, alguns estudos abordando a masculinidade já eram produzidos, como reflexo dos avanços alcançados pela teoria feminista, variando desde os que se situavam como aliados do feminismo até outros cuja intenção era rechaçar tal movimento. Mas é durante os anos 1980 que a produção sobre masculinidade adquire contornos mais claros de relação com a teoria de gênero (GOMARIZ, 1992). Deve-se registrar também a contribuição da mobilização de ativistas do movimento gay para os estudos da masculinidade, que desde os anos 1970 lutavam por maior visibilidade e reconhecimento.

Segundo GARCIA (1998), os primeiros trabalhos sobre homens e masculinidade foram influenciados pelas críticas feministas a explicações tradicionais sobre as diferenças de gênero, enfatizando os custos para os homens das prescrições dos papéis tradicionais de gênero. No início dos anos 1980, começaram a surgir estudos que criticavam a natureza normativa da idéia de papéis sexuais masculinos. Esses estudos chamavam a atenção para o caráter estático e fixo desse modelo de papéis sexuais e para o falso universalismo por ele

sugerido, impossibilitando uma maior compreensão das maneiras como esses papéis se modificam.

Nos últimos anos, a discussão sobre masculinidade e sobre a posição dos homens nos diferentes contextos socioculturais tem-se ampliado. Vários pesquisadores, provenientes tanto da academia como também de organizações não governamentais, vêm difundindo estudos a respeito dos homens, utilizando gênero como referência. Esses estudos abordam temas diversos, indicando o reconhecimento de diferentes necessidades da população masculina (KIMMEL, 1992; CONNELL, 1995a; ARILHA; RIDENTI; MEDRADO, 1998).

Um dos principais responsáveis por essa afirmação dos estudos sobre homens e masculinidade é CONNELL (1995a; 1997; 2000). Segundo esse autor, masculinidade pode ser compreendida como uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Como existem mais de uma configuração em qualquer ordem de gênero na sociedade, torna-se mais correto falar de masculinidades, no plural, em lugar de uma única masculinidade. Isto porque nas relações de gênero também interagem outras estruturas sociais, de poder e de qualificação de valor, como raça/etnia, classe, geração, religião. Além disso, as relações de gênero podem ser percebidas em qualquer situação em que se possa pensar o mundo social e em qualquer unidade de análise que se queira selecionar. De um modo geral, é mais fácil percebê-las nas relações individuais. Contudo, as configurações de gênero também podem ser reconhecidas em instituições como o Estado, nas relações de trabalho e na escola.

Para CONNELL (1995a, 1997, 2000), gênero é uma forma de ordenamento das práticas sociais. Ele afirma que, nos processos de gênero, a vida cotidiana se organiza em torno de um cenário reprodutivo, definido pelas estruturas corporais e pelos processos de reprodução humana. Ele chama a atenção em seus estudos para o seguinte aspecto: falar em cenário reprodutivo é enfatizar os processos históricos que envolvem os corpos. Não é

considerar um conjunto fixo de determinantes biológicos. O vínculo com o cenário reprodutivo é de natureza social.

Como forma de compreender a complexidade da estrutura de gênero, esse autor propôs um modelo de ordenação composto por quatro dimensões. Tal modelo de ordenação contribuiria numa discussão sobre masculinidade:

1) **as relações de poder** – a dominação masculina e a subordinação feminina constituem o principal eixo de poder na ordem de gênero nas sociedades ocidentais, embora venha ocorrendo resistências, principalmente articuladas pelo feminismo;

2) **as relações de produção/divisão do trabalho** – a ordenação de gênero acontece na divisão do trabalho e na definição de tarefas domésticas. Também devem ser consideradas as consequências econômicas da divisão de gênero do trabalho, mais facilmente percebidas nos maiores salários dos homens quando comparados com os salários das mulheres;

3) **as relações de *cathexis*** – vinculado aos desejos sexuais, podem ser consideradas como a energia emocional direcionada a um objeto do desejo. Para o autor, as práticas de satisfazer os desejos é um aspecto da ordenação de gênero e podem ser percebidas quando envolvem relações consensuais ou coercitivas, se o prazer é igualmente dado ou recebido;

4) **simbolismo** – as estruturas simbólicas implicadas na comunicação são questões importantes nas práticas de gênero. A representação simbólica, por meio de formulações lingüísticas, vestimentas, cultura corporal, gestos, etc., é uma importante parte da experiência cotidiana das práticas de gênero.

Dessa forma, CONNELL (1995a, 1995b; 1997; 2000) introduz um referencial fundamentado na idéia de uma masculinidade hegemônica construída na relação com as feminilidades subordinadas e com as masculinidades marginalizadas. É nesse sentido que ele fala das inúmeras masculinidades, pois num mesmo contexto cultural podem coexistir

múltiplas manifestações ou expressões de masculinidade. Para esse autor, a masculinidade hegemônica é uma masculinidade modelo, idealizada culturalmente. Esta se caracterizaria por uma posição de dominação por parte dos homens e pela subordinação das mulheres e estaria legitimada por uma sociedade patriarcal, na qual os homens têm uma posição dominante, como forma de relações de gênero. Este modelo de masculinidade teria como atributos a agressividade, a competitividade, a ambição, a virilidade, a austeridade, entre outros.

No Brasil, os estudos acerca da masculinidade vêm ganhando visibilidade somente a partir do final da década de 1990. Em torno dessa época alguns autores reivindicavam a necessidade de se avançar na questão do masculino no campo de estudos de gênero (LEAL; BOFF, 1996; NASCIMENTO, 1999). Para LEAL e BOFF (1996), a construção do campo de gênero naquele período era reificado no feminino, tanto como objeto de estudo, quanto como sujeito de investigação, e a participação masculina teria muito a contribuir para as discussões das relações de gênero. Não se quer dizer com isso que os homens não foram foco de estudos anteriormente. As próprias autoras salientam que nos estudos de “cultura popular” e “classe operária” o foco estava colocado essencialmente no universo masculino.

Nessa questão, GIFFIN (2005) afirma que a ausência dos homens no início dos estudos de gênero se deveu, principalmente, a um veto por parte das mulheres, visto como necessário, ao menos naquele momento, pela experiência cotidiana com a dominação masculina. No entanto, a própria autora reconhece que a entrada dos homens nos estudos de gênero representa uma oportunidade muito bem-vinda de valorização de outras perspectivas.

Nesse sentido, vale a pena trazer alguns trabalhos que tomam a masculinidade como objeto de estudo num contexto brasileiro. NASCIMENTO (1999), estudando homens pobres de um bairro de uma cidade da região metropolitana do Recife, em sua maioria desempregados e vivendo de biscates, procurou reconhecer como esses homens vivenciavam e atualizavam no seu cotidiano a experiência de ser homem. Seus resultados apontaram para

recorrência de elementos que constituem o modelo hegemônico de masculinidade. Entre esses elementos, sobressaem-se a compreensão de que homem tem autoridade, sobretudo no lar; é autônomo e livre frente a outros homens; é forte e corajoso, não podendo expressar emoções; é o provedor do lar; e é heterossexual. Embora suas condições de vida os afastassem de tais elementos idealizados, os homens investigados desenvolviam recursos no sentido de atualizar este modelo. Para isso, utilizavam-se de estratégias que consistiam numa idealização do passado, caracterizando a experiência que viviam naquele momento como passageira e atípica. Supervalorizavam os amigos reais ou fictícios e definiam “outros” como os marginalizados: os maconheiros, os homossexuais e as mulheres. O estudo conclui afirmando que a multiplicidade de formas de se vivenciar a masculinidade é redefinida cotidianamente a partir do modelo hegemônico vigente.

SARTI (2005), estudando o universo de famílias pobres da periferia de São Paulo, traz uma outra contribuição para a compreensão da vivência das masculinidades. Segundo seu estudo, a identidade masculina está diretamente associada ao valor do trabalho. Para os homens, “o trabalho é muito mais do que um instrumento da sobrevivência material, mas constitui o substrato da identidade masculina, forjando um jeito de ser homem. É condição de sua autonomia moral.” Dessa forma, o trabalho é determinante para a afirmação de sua autoridade na família. Esse homem sente-se desmoralizado quando não consegue garantir o teto e o alimento de seus familiares.

LEAL e BOFF (1996) discutem a identidade de gênero masculino a partir de estudos que enfocam a questão da sexualidade. As autoras reforçam a necessidade de não se negligenciar o masculino em uma análise de gênero e, dessa forma, afirmam uma tradição de estudos de homens no sul do Brasil, tendo como base o seu aspecto relacional. Seus dados empíricos apontam, entre outros, que o universo masculino está fundamentado na figura do homem viril e potente, configurando-o como indivíduo ativo da relação. Os homens

investigados trazem também as noções de trabalho, esforço e serviço para o âmbito de suas práticas sexuais, potencializando a idéia de virilidade com a referência ao mundo profissional.

A partir dessas considerações mais gerais sobre gênero e masculinidades, podemos avançar para as relações entre gênero, masculinidades e saúde.

A Abordagem de Gênero no Campo da Saúde

A utilização da abordagem de gênero nos estudos sobre os diferenciais de adoecimento entre homens e mulheres já vem sendo utilizada por diferentes autores na saúde (POTVIN; FROHLICH, 1998; COURTENAY, 2000; BIRD; RIEKER, 1999; LAURENTI, 1998). Esses autores argumentam que se deve avançar de uma abordagem essencialista, em que as diferenças percebidas entre os sexos são consideradas como determinadas biologicamente, para um tratamento mais construtivista, no qual também estão presentes determinações socioculturais processadas historicamente.

Em que pese esse reconhecimento da necessidade da utilização do referencial de gênero, o uso da categoria nos estudos de saúde tem sido fruto de algumas confusões. Novamente aqui o fator gerador de tal confusão é conceitual. Trata-se da dificuldade de se diferenciar sexo e gênero, problema percebido com mais clareza nos estudos epidemiológicos.

São dois os problemas encontrados. O primeiro diz respeito à dificuldade de alguns estudos perceberem a presença de fatores socioeconômicos e culturais na distribuição de processos de adoecimento entre homens e mulheres. POTVIN e FROHLICH (1998) argumentam que a epidemiologia clássica ainda não encontrou modelos satisfatórios que expliquem as desigualdades de saúde entre homens e mulheres. Como exemplo, essas autoras apresentam estudos que usam a categoria sexo de forma instrumental, apenas com o intuito de prever a probabilidade de um certo evento (um problema de saúde) numa parcela da

população. Mostram ainda, nesses estudos, que sexo funciona ou como uma variável de confusão – que, portanto, precisa ser controlada – ou como um simples marcador biológico de risco, o que conduz a explicações insuficientes dos diferenciais de saúde-adoecimento entre homens e mulheres, mais descrevendo-os do que interpretando-os socioculturalmente. Nesse sentido, continuam as autoras, é necessária a construção de indicadores e de estratégias de modelização que articulem as condições socioestruturais e culturais com o sexo, para a compreensão das desigualdades de saúde entre homens e mulheres, a noção de gênero.

Por outro lado, há estudos epidemiológicos que utilizam a noção gênero seguindo um sentido oposto, reduzindo a categoria gênero à condição de variável empírica sexo. Gênero, nesse caso, passa a descrever apenas a distribuição de um determinado agravo em saúde entre homens e mulheres. Assim, o reconhecimento da importância da noção de gênero no campo da saúde tem levado muitos pesquisadores a efetuarem apenas uma troca nominal entre os termos sexo e gênero. O que estaria contribuindo para tal situação? Seria, talvez, a crença de que falar de gênero é politicamente mais correto do que falar de sexo? Para a incorporação do conceito de gênero em epidemiologia, faz-se necessária uma definição clara dos objetivos a serem alcançados. Nesse sentido, a reflexão proposta por OLINTO (1998) pode servir de subsídio à questão.

OLINTO (1998) usa como exemplo um modelo multivariado e hierarquizado de análise epidemiológica da obesidade, cujo objetivo é a formulação de um modelo conceitual de causalidade que tenta apreender a determinação social da doença, apresentando mais de uma cadeia causal. Não cabem aqui maiores detalhes acerca da idéia de modelos hierarquizados de análise, no entanto, para um melhor entendimento do que está em discussão, vale registrar que a interpretação dos resultados está subordinada ao nível ocupado por cada variável independente no modelo. Assim sendo, variáveis serão testadas como causa de maior ou menor relevância, conforme sua posição ocupada relativamente ao evento

estudado, com base na compreensão teórica da rede hierarquizada de determinação. Usar a variável sexo e/ou gênero no modelo depende de se compreender que essas variáveis representam diferentes recortes da realidade e valem diferentemente enquanto causas. No exemplo em questão, a autora utiliza, além das duas variáveis citadas acima, também escolaridade, renda e atividade física. Se o objetivo é avaliar o efeito de gênero, esta variável ocuparia um nível superior de determinação no modelo, já que gênero, visto como organizador de relações sociais, interfere nos efeitos das outras variáveis. No caso de se estudar o efeito do sexo, bastaria uma troca terminológica, pois sexo, enquanto uma diferença biológica, não determina nenhum das outras variáveis comportamentais ou socioeconômicas do modelo, pertencendo a uma outra cadeia causal independente. Portanto, para o uso dessas variáveis nos estudos em saúde é preciso um claro entendimento de seus significados conceituais.

De outro lado, a incorporação do referencial de gênero em saúde tem ampliado a possibilidade das considerações acerca das diferenças percebidas entre homens e mulheres. Mais que isso, a abordagem de gênero em saúde tem contribuído na exploração das desigualdades e iniquidades sociais desses sujeitos e as consequências em suas saúde.

BIRD e RIEKER (1999) demonstram que é possível articular causas biológicas com fatores socioculturais na compreensão de processos de saúde-doença, ao se valer da perspectiva de gênero. Isto porque essa articulação pode proporcionar ou a **ampliação** ou a **supressão** de algum tipo de adoecimento, quando uma base biológica é exacerbada pela organização social da vida de homens e mulheres ou então quando envolve diferenças biológicas que são reduzidas pelo padrão de vida de homens e mulheres, respectivamente. No primeiro caso, as autoras citam, como exemplo, a maior tendência dos homens para se envolver em comportamentos agressivos, quando comparados com as mulheres. Isto acontece porque a diferença de massa muscular entre homens e mulheres é hipervalorizada pela ênfase

social no uso da força por parte dos homens. Como exemplo de supressão, destacam o risco de doenças cardiovasculares nas mulheres antes da menopausa. Pesquisas indicam que a proteção hormonal que proporciona menor risco de doenças cardiovasculares nessas mulheres vem sendo minimizada pelo maior estresse da vida cotidiana das mulheres em tempos atuais.

Tal como aconteceu na construção do conceito, com o movimento social das mulheres sendo o primeiro a desfraldar a bandeira da perspectiva de gênero, no campo das práticas em saúde também foi este movimento social que contribuiu na tomada da saúde da mulher como a primeira área de saúde a utilizar os referenciais de gênero.

No Brasil, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, fruto da luta do movimento feminista brasileiro, teve como um dos seus pressupostos principais a noção de gênero (VILELA & MONTEIRO, 2005; D'OLIVEIRA & SENNA, 2000). Na sua formulação, o PAISM apontava para a necessidade de consideração das mulheres em sua integralidade, e não apenas na sua dimensão reprodutiva biológica. Dessa forma, incorporava desde necessidades colocadas no terreno do social e do psicológico, até o reconhecimento de seus direitos de viver uma sexualidade plena e o controle de seu próprio corpo, desfazendo a simbologia da saúde materno-infantil. Para o alcance de tais objetivos, foram articuladas propostas de práticas educativas como meio de favorecer a auto-estima, fortalecendo as mulheres enquanto sujeitos ativos não só nos cuidados da sua saúde, mas também na reivindicação dos seus direitos nos serviços de saúde e em outros espaços vitais (GIFFIN, 1995; D'OLIVEIRA, 1999).

Quanto à saúde dos homens, os referenciais de gênero foram salientados mais tardiamente. Somente na década de 1990, o referencial das masculinidades passa a fundamentar as análises de inúmeros pesquisadores interessados nos processos de morbimortalidade da população masculina (SABO, 1995; 2000; COURTENAY, 2000a; SCHOFIELD et al., 2000; KORIN; 2001; KEIJZER, 2003). Para estes pesquisadores a

masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, contribuindo para o surgimento de fatores de risco importantes para o adoecimento. Vários são os comportamentos que assim podem ser caracterizados.

Segundo COURTENAY (2000a), é necessário considerar aspectos como poder e iniquidade social para entender os contextos dos comportamentos não saudáveis adotados pelos homens. Dessa forma, os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Por exemplo, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, além de manifestarem uma disposição incessante para o sexo e um comportamento agressivo.

Ainda segundo esse autor, as construções de masculinidades são também definidas em oposição aos comportamentos positivos em saúde. Pois, como afirma COURTENAY (2000a), “negando suas necessidades de cuidados de saúde, os homens estão construindo gênero”. Estas idéias estão associadas à noção de cuidado de saúde como uma prática feminina e, dessa forma, os homens tendem a rejeitá-las.

Além da questão da autopercepção de necessidades de cuidados, as relações entre masculinidades e saúde podem ser consideradas também de duas outras maneiras: na dificuldade pela busca por assistência de saúde e pela forma como os serviços de saúde lidam com as necessidades dos homens.

Com relação à busca por assistência à saúde, estudos identificam algumas barreiras para a ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de saúde. Para VALDÉS e OLAVARRÍA (1998a), tais barreiras têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor da própria cultura). Devem-se às dificuldades que têm os homens para verbalizar suas necessidades de saúde, assim como são decorrência da imagem que os homens têm dos serviços de saúde. Para a população

masculina, esses serviços destinam-se às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo, na perspectiva deles, espaços feminilizados. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Além disso, nas instituições de saúde, o modo como se dá o exercício cotidiano de assistências e cuidados coloca a questão de gênero em duas dimensões do agir profissional, as quais se entrecruzam e mutuamente podem reforçar as desigualdades socioculturais. Trata-se, de um lado, da introjeção acrítica das atribuições tradicionais de gênero a homens e mulheres, que os profissionais simplesmente reproduzem em suas ações de assistência e cuidados. Assim, se o serviço de saúde é visto pelos homens como espaço das mulheres, é porque também os profissionais assim o compreendem e operam (SCHRAIBER, 2005). No horário de atendimento, nas recomendações de promoção e cuidados, os profissionais também tratam a mulher como a cuidadora e a responsável por sua saúde (dela) e pela do seu parceiro. Isto significa que os profissionais de saúde, tais quais outros membros (homens e mulheres) da sociedade, estão aculturados em determinados padrões de relações de gênero. E ser profissional da saúde, *a priori*, não significa a arguição desses padrões.

De outro lado, trata-se de questão mais complexa relacionada ao estatuto de poder que o saber médico, e então também seus profissionais, com sua medicalização do social, detém ante qualquer paciente ou usuário de serviço de saúde (homens e mulheres). Este poder, de construção, referência e exercício (por longo tempo histórico) masculinos, institui culturalmente, a partir dessa mesma perspectiva masculina, as práticas de conduzir, pesquisar e prover cuidados de saúde (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999; COURTENAY, 2000b).

Essa segunda dimensão, mais profunda enquanto raiz do domínio masculino da medicina e suas práticas, reforça os padrões hegemônicos da cultura de gênero que os profissionais introduzem em seu agir técnico-científico ao lidarem com os adoecimentos e sofrimentos de homens e mulheres usuários dos serviços de saúde. É nesse sentido que, como

apontaram em estudo empírico D'OLIVEIRA e SCHRAIBER (1999), mulheres-profissionais de saúde, quando lidam com mulheres usuárias, fazem frequentemente identidade maior como saber médico do que com as situações de gênero que também elas, profissionais, vivem ou podem experimentar.

Isto posto, tomando agora a perspectiva dos cuidados da população masculina, o sistema de ações de saúde constrói ativamente um comportamento de saúde de gênero e negocia entre as várias formas de masculinidades. Segundo COURTENAY (2000b), os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparados com as mulheres. Essas ações reforçam a idéia de uma percepção cultural de problemas de saúde dos homens como não existente ou dissociada das construções de gênero das masculinidades.

Várias são as temáticas privilegiadas para a abordagem de estudos sobre homens e saúde, tendo com referência os conceitos de gênero. SCHRAIBER, GOMES e COUTO (2005) apontam a sexualidade, a reprodução e a violência como temas instigantes na discussão acerca das masculinidades e saúde, quer por sua contemporaneidade, quer por sua relevância.

A saúde reprodutiva e os temas correlatos sempre foram tratados como assunto circunscrito à saúde das mulheres. Falar de gravidez, contracepção, aborto, cuidado de filhos, era algo que não fazia parte da seara de questões discutidas com ou entre os homens. Somente na década de 1990, com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, enfatizou-se a participação masculina em questões da vida sexual e reprodutiva, bem como uma maior presença dos homens na vida familiar, como forma de se enfrentar as iniquidades de gênero.

Atualmente, inúmeros autores vêm se debruçando sobre a relação de masculinidade e saúde reprodutiva (ARILHA, 1998; FIGUEROA-PEREA, 1998). Dois aspectos se sobressaem a esse respeito.

A respeito do primeiro aspecto, FIGUEROA-PEREA (1998) chama a atenção para a aparente contradição colocada na ausência dos homens na discussão da reprodução. De modo geral, os homens são interpretados de forma instrumental. Seu papel seria o de apoiar ou dificultar o comportamento e as decisões reprodutivas de suas parceiras. O autor ressalta, ainda, a necessidade da inclusão dos homens em temas como aborto e contracepção, para além da discussão de vasectomia e do uso de preservativos como métodos contraceptivos.

Quanto ao segundo aspecto, ARILHA (1998) aborda a questão da responsabilidade como fortemente associada às concepções de masculinidade, quando se trata da reprodução. Segundo essa autora, para os homens, ter ou não ter filhos traz a dimensão simbólica do compromisso com a vida adulta, com a constituição da família e com a responsabilidade pelo sustento de filhos e da mulher. Esses compromissos parecem estar associados também à idéia do homem provedor, tão presente na construção das masculinidades.

Um outro aspecto a ser abordado quando se fala de saúde reprodutiva e masculinidade diz respeito ao cuidado dos filhos e ao exercício da paternidade. Este tema parece relevante quando nos deparamos com novos arranjos familiares, aí incluídos a mulher como cabeça do casal, fruto da maior participação da mulher no mercado de trabalho, e a paternidade em casais homossexuais (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

O tema da saúde reprodutiva traz no seu bojo a questão da sexualidade e todas as suas implicações. Com a explosão da epidemia de aids, incrementada pelo aumento da transmissão nas relações heterossexuais, e a grande prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), a incorporação das relações de gênero e da vivência da sexualidade na construção das masculinidades torna-se imperativa. Com a problemática das DST/aids emergem questões

associadas com relações de poder e negociação de sexo seguro, com a prática das múltiplas parcerias sexuais como comprovação de virilidade, entre outras.

Associado ao exercício das masculinidades e suas relações com as práticas sexuais perpassa também o próprio desempenho sexual. GOMES (2003) remete a discussão para a insegurança do ser homem quando das relações sexuais. O medo de falhar na hora H e o fantasma da impotência são dimensões preocupantes na vivência da masculinidade. Essa mesma discussão é trazida por ALMEIDA (2002) quando pesquisa risco e saúde reprodutiva. Seus achados apontam que o medo de engravidar causa impotência sexual.

No que diz respeito à questão da violência, a perspectiva de gênero vem ganhando espaços, tanto na discussão da violência contra as mulheres quanto na própria violência praticada e sofrida pelos homens no espaço público. COUTO e SCHRAIBER (2005) ressaltam a sua importância no fato de se tratar de uma dimensão da vida cotidiana simbólica e materialmente substantiva para a (re) produção da masculinidade e desta em sua relação com a saúde. Apontam, ainda, que sua emergência responderia à necessidade masculina de recolocar elementos associados à honra, autoridade e poder na relação quando esses são questionados ou estão em crise.

Por outro lado, as situações de violência trazem à tona outros elementos compatíveis com o que é socialmente legitimado na construção das masculinidades. Atributos como força física, coragem, agressividade, entre outros, constituem uma forma afirmativa e socialmente aceita de uma identidade social masculina centrada na virilidade.

Não obstante, observa-se a existência de uma lacuna tanto no terreno da intervenção em saúde, como também no campo do conhecimento científico a respeito das relações entre as práticas sociais relacionadas às masculinidades e às práticas de saúde empreendidas na e pela sociedade (COURTENAY, 2000a).

Uma das primeiras questões nesse sentido é a quase inexistência, nos serviços de saúde, de programas ou atividades que dêem conta das inúmeras necessidades de saúde dos homens. Tal questão torna-se mais relevante quando se observa que os serviços, em suas atividades do programa de saúde da mulher, têm dificuldades em responder adequadamente às demandas trazidas pelas mulheres, na medida em que as respostas dependem, inclusive, de ações direcionadas para seus respectivos parceiros (FIGUEIREDO, 2005).

Poucas são as instituições que procuram construir práticas de saúde, numa perspectiva relacional de gênero, direcionadas, especificamente, para a população masculina. No Brasil, a maioria dos trabalhos é desenvolvida por organizações não governamentais (ONG). Nos serviços públicos de saúde, quando se promove alguma ação, essa ação se destina aos homens jovens, em programas de saúde dos adolescentes. Todavia, algumas instituições públicas vêm procurando desenvolver atividades de intervenção em saúde voltadas para a população masculina. O Centro de Saúde-Escola Butantã é uma delas. Desde 2002, esse serviço de atenção primária à saúde realiza atividades, dentro desses referenciais, especificamente para os homens adultos. As ações são desenvolvidas de diversas formas: grupos de discussão, oficinas e assistência individual. Acontecem tanto no espaço da unidade como também na comunidade adscrita para a qual o serviço presta cuidados de saúde. Discutem-se diferentes temas, tais como: saúde sexual e reprodutiva (sexualidade, prevenção de DST/aids; planejamento familiar), relações de gênero, violência nas relações interpessoais, alcoolismo, relações de trabalho, etc.

Diante dessas considerações, percebe-se a necessidade de se problematizar a questão das masculinidades e suas relações nas práticas de saúde. Tomando como referência os padrões de mortalidade e morbidade da população masculina, torna-se imperativo compreender como são empreendidas as ações de cuidado voltadas para essa população. Entretanto, a discussão sobre gênero realizada acima mostra-nos que é preciso articular a

compreensão dessas ações de cuidado com as concepções existentes acerca da identidade masculina. Observa-se, principalmente no Brasil, uma carência de estudos que reflita sobre as masculinidades e seus impactos na saúde dos homens. Por outro lado, nota-se também uma ausência de investigações a respeito de como os serviços de saúde lidam com as especificidades masculinas quando estruturam seus modelos de organização das práticas de atenção à saúde. Este estudo tem como propósito contribuir para a ampliação do conhecimento acerca do tema. Espera também fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias que permitam intervir tecnologicamente com mais eficiência nas práticas de cuidado da população masculina.

Capítulo 3

AS PRÁTICAS DE SAÚDE: NECESSIDADES, TRABALHO E INTERAÇÃO

As relações existentes entre o exercício da masculinidade e o cuidado em saúde, objeto desta investigação, aponta, necessariamente, para a busca da compreensão de algumas categorias que conformam as práticas em saúde. Em tais práticas, duas têm importâncias nucleares: as necessidades de saúde e a forma como essas necessidades são trabalhadas. Ou seja, partimos da opinião de que o reconhecimento de respostas para determinados carecimentos e a forma como os serviços se organizam para responder a tais carecimentos se configuram como questões-chaves para o desenvolvimento deste trabalho. Por essa razão, os estudos acerca das necessidades e trabalho em saúde foram tomados como referência teórica central para o embasamento desta pesquisa.

A linha de pensamento a respeito das práticas de saúde e suas conexões com a idéia de trabalho foi originalmente concebida por MENDES-GONÇALVES (1979, 1992, 1994), sendo também tematizada nos estudos realizados por SCHRAIBER (1993a, 1997a) acerca do trabalho profissional do médico e por PEDUZZI (1998), neste caso, com interesse pelo trabalho em equipes de saúde.

Em verdade, a compreensão das práticas em saúde na perspectiva do trabalho inicia-se com os estudos de DONNANGELO (1975; 1976). O primeiro estudo dessa autora chama a atenção para as mudanças nas relações de trabalho dos médicos, mais especificamente, para a questão da inserção desses profissionais no mercado de trabalho e para as transformações produzidas em sua prática profissional motivadas por essa inserção. Posteriormente, DONNANGELO (1976) avança na discussão e aponta para a questão da historicidade da

medicina, ressaltando, além do seu reconhecido caráter *técnico*, o caráter *social* dessa prática, que não está, portanto, dissociada de outras práticas existentes na sociedade.

Referir as práticas de saúde como consubstanciadas por uma marca definida pela vida social, ou seja, carregadas de uma socialidade, e dimensionadas enquanto uma ação básica de trabalho, é afirmar o reconhecimento do cunho social presente em qualquer atividade humana denominada como trabalho. Essa característica da categoria trabalho se manifesta, fundamentalmente, pela particularidade de sua finalidade. Ou seja, o resultado produzido pela atividade não corresponde a um resultado qualquer. Ele representa a satisfação de uma necessidade que gerou todo o processo de trabalho. No entanto, essa necessidade é social e historicamente determinada, é necessidade colocada pela vida em sociedade. Além do mais, essas necessidades não são de um indivíduo qualquer, mas de todo um agrupamento que necessita se reproduzir. Portanto, o próprio processo de trabalho se determina socialmente. Segundo MENDES-GONÇALVES (1992, p. 15),

...só através de relações entre si os homens-indivíduos-trabalhadores ‘entram’ nos processos de trabalho; essas relações não são apenas ‘subjetivas’, mas se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho, e quando o processo termina deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos-trabalhadores. Obviamente, esses indivíduos implicam suas ‘relações, condições, etc.’, e portanto são, enquanto indivíduos, mediada e necessariamente seres sociais.

Se os trabalhos de DONNANGELO (1975, 1979) contribuíram para um aprofundamento do pensamento acerca do trabalho em saúde, os estudos sobre o tema surgidos posteriormente propiciaram novos olhares, outras perspectivas. Nos estudos empreendidos por MENDES-GONÇALVES (1979, 1992), por exemplo, o trabalho em saúde foi problematizado numa ótica valorativa do próprio ato do trabalho, focalizando a análise no exercício processual da prática profissional, no caso em questão, do profissional médico. Para

tal análise, MENDES-GONÇALVES toma como base a teoria marxista do trabalho, aplicando-a as práticas de saúde.

Segundo MENDES-GONÇALVES (1992) o trabalho em saúde, como qualquer outra atividade que possa ser categorizada como trabalho, apresenta algumas peculiaridades que o qualificam como prática humana e social. Uma das características centrais trazidas pelo autor diz respeito ao caráter de *intencionalidade* presente em todo o processo de trabalho, a qual está relacionada à capacidade humana de idealizar mentalmente o seu objetivo. Tal idealização estabelece correspondências entre necessidades e finalidades. Ou seja, o produto do trabalho responde a uma *finalidade*, finalidade essa que corresponde a algum *carecimento* que necessita ser satisfeito. Por sua vez, esse carecimento, em razão de suas determinações sócio-históricas, apresenta-se como *necessidade da vida social* e, devido a isso, sua satisfação, que constituirá a finalidade, pode ser antevista nos produtos obtidos por ações do trabalho em outros momentos históricos.

No processo de produção de cuidados em saúde, a finalidade se refere à reparação e manutenção de um estado vital desejante de indivíduos que se sentem necessitados, cujas necessidades podem ser caracterizadas como *necessidades de saúde*. No trabalho em saúde, a satisfação das necessidades também pode ser antevista naquelas situações para as quais já foram encontradas respostas adequadas para a reparação do estado vital desejado e, portanto, também são passíveis de serem solucionadas.

As necessidades de saúde, portanto, assumem um caráter central quando se pretende compreender as práticas de cuidados de saúde. Seja da perspectiva dos significados que tais práticas têm para diferentes parcelas da população, seja da perspectiva da organização de serviços, as necessidades de saúde pontuam todo o processo de embasamento para tal compreensão. Nesse sentido, estamos definindo como fundamental no processo de

desenvolvimento deste trabalho reconhecer quais são as necessidades de saúde necessárias para um melhor entendimento das relações acerca das masculinidades e cuidados de saúde.

Para o alcance desse objetivo, devemos privilegiar as relações dos serviços de atenção primária à saúde com as necessidades da população masculina, ainda que alguns autores afirmem, como já referido anteriormente, a dificuldade masculina para buscar assistência e expressar suas demandas, verbalizando necessidades de saúde. Sabe-se, por outro lado, como demonstram outros estudos (PINHEIRO et al., 2002; SCHRAIBER; COUTO, 2004), que os homens estão presentes em diferentes serviços do sistema de saúde. Portanto, cabe discutir como tais presenças estão sendo consideradas e de que modo as ações dos serviços de saúde estão ou não voltadas para as especificidades de demandas e necessidades da população masculina.

Antes, todavia, algumas questões preliminares devem ser consideradas acerca das necessidades de saúde.

Um primeiro problema a emergir na discussão sobre necessidades de saúde é a complexidade na sua definição. Isso acontece devido a uma série de aspectos e valores que estão contidos na idéia de necessidade humana. Duas questões parecem assumir posições centrais quando se trata do tema. A primeira está relacionada à noção de carecimento, compreendida como algo de que se tem falta, mas concomitantemente reconhecida como algo passível de ser satisfeito pela atividade humana do trabalho. Esta capacidade de antever a sua satisfação (a finalidade do trabalho) e de perceber a potencialidade do trabalho na produção de respostas ao seu carecimento é determinante para marcar nos seres humanos o caráter de socialidade. É nesse sentido que o carecimento assume a dimensão de necessidade, já que “o homem precisa ‘necessariamente’ ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser..., pois só assim se reproduz como ser humano, ser natural sócio-histórico” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 19).

Por outro lado, a própria concepção de carência embute um cunho sócio-histórico. De acordo com NUNES (1989), tal concepção é apreendida no processo de socialização, sendo marcada por hábitos, normas, moral social, em suma, valores. Além disso, segundo este autor, o conceito de carência tem por referência o conceito de indivíduo, sendo, por isso, um processo subjetivo e individual. A carência é determinada por escolhas entre carências diversas, implicando opções de modos de vida e valores. Portanto, em concordância com NUNES (1989), a idéia de carência se define tanto numa dimensão social como numa dimensão individual. É um atributo de um indivíduo determinado que, por sua vez, a partir das condições históricas e de suas vivências relacionais, sente vontade de algo que percebe como possível de ser produzido.

A idéia de carência conduz à idéia de consumo, uma outra questão central na discussão das necessidades humanas. Se se toma como verdade a relação entre carência e produção, ou seja, “só é possível sentir carência de algo já produzido”, deve-se examinar agora a relação entre produção e consumo. Esta relação é uma das principais características do modo de vida capitalista, cujo motor é a produção de mercadorias, que por sua vez é impulsionada pelo consumo, fechando o ciclo da relação oferta-produção-consumo. Portanto, o consumo opera como força mediadora necessária da produção. Mas, para que o produto, enquanto valor de uso, seja realmente consumido, é necessária a percepção da necessidade desse produto, ou seja, o consumo é reproduzido pela carência. Nesse sentido é que se fala na existência de uma reciprocidade entre ter carências ou ter necessidades e se consumir produtos (NUNES, 1989).

Na modernidade, com a afirmação do modo de produção capitalista e com o processo de desenvolvimento científico e tecnológico, foi forjado um tipo de organização social voltada para a produção incessante de mercadorias, tendo como efeito um desejo constante de aquisição e consumo de bens materiais. Tais valores, como afirma VAITSMAN (1992), são

constituintes de um projeto cultural norteado pela idéia de abundância e de crescimento econômico e que define, entre outras coisas, as necessidades humanas como inesgotáveis e infinitas, caracterizando, dessa forma, uma noção economicista das necessidades humanas.

As novas modalidades de práticas de saúde que se constituíram nesse mesmo momento não parecem estar dissociadas desse projeto no seu processo de construção. Como recorda MENDES-GONÇALVES (1992), tais práticas de saúde foram umas das frentes mais importantes de constituição da racionalidade moderna, não só impulsionadas por um movimento de natureza intelectual, mas também para dar conta das necessidades sociais trazidas pelo modo de produção capitalista. Tais necessidades, cabe notar, podem ser condensadas fundamentalmente no projeto de manutenção e recuperação da força de trabalho, necessidade estrutural da afirmação do capitalismo como modelo econômico.

Não obstante a importância dessa nova racionalidade de intervenção em saúde na efetivação do capitalismo como modelo econômico, a vertente do consumo assume papel preponderante na organização das práticas de saúde na contemporaneidade. Atualmente, o uso de serviços tem sido uma das formas mais promissoras de identificar as necessidades de saúde da população. Uma das imagens associadas a tal identificação é representada pela busca de cuidados médicos quando uma pessoa se encaminha a uma unidade assistencial, com queixas ou solicitações. Essa procura é caracterizada como demanda de cuidados, e tanto os serviços quanto a própria clientela reconhecem na demanda trazida e na assistência prestada o meio mais adequado para a resolução dos problemas e questões referidas. Portanto, é nos encontros entre usuários (na condição de consumidores) e profissionais de saúde (na condição de prestadores de serviço) que são construídas muitas das necessidades em saúde, instruindo os caminhos que devem ser perseguidos para a intervenção.

No entanto, o estímulo ao uso de serviços de saúde decorrentes dessa compreensão também pode ser interpretado, do ponto de vista sociocultural, na mesma esteira que sustenta o projeto baseado na noção de abundância e necessidades inesgotáveis. Tal projeto pode repercutir, por exemplo, no estímulo potencial à prática da medicalização. Podemos definir essa prática como o controle pela medicina na regulação dos processos ocorridos no âmbito da vida social. Poder-se-ia dizer, ainda, que sua formulação originou-se na crítica ao modelo que tem, para os cuidados de saúde, a mesma referência ideológica do projeto capitalista de abundância anteriormente referido, sendo pautada pelo consumo desenfreado de serviços de saúde. O processo medicalizador, nesse sentido, refere-se não só ao estímulo no uso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como freqüentemente se reconhece, mas também se expressa na valorização da intervenção técnica e na ação médica com forma reguladora de se definir o certo ou o errado e na maneira de lidar com os sofrimentos. Assim, o sistema de saúde gera uma concepção de cuidado que parece somente ser contemplado por meio dos conhecimentos científicos que regem a normatividade das práticas institucionalizadas e, conseqüentemente, só dessa forma se consegue a satisfação das necessidades de saúde trazidas pela população.

A discussão acerca da questão do consumo em sua perspectiva mais geral e, particularmente, como referência no uso de serviços de saúde e seus efeitos traduzidos na medicalização tem uma importância que se revela pela relevância de tais questões na produção e organização das ações de saúde. Isso porque, como afirmam SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000), a organização social das práticas de saúde não apenas responde às necessidades demandadas, mas age como um “contexto instaurador de necessidades”. Instala-se, dessa forma, um ciclo processual de reiteração, em que as necessidades demandadas e satisfeitas transformam-se em necessidades de produção de

serviços, ou seja, necessidades que se inscrevem no processo de operação do trabalho que, por sua vez, produz necessidades sociais de saúde.

Ao tomar criticamente as necessidades em saúde como tema, e seguindo as proposições de SCHRAIBER, NEMES e MENDES-GONÇALVES (2000), é importante a discussão sobre como promover a percepção e a geração de necessidades não assumindo apenas a demanda por consultas médicas individuais como referência. Sem excluí-las, deve-se ir ao encontro de outras contribuições que permitam uma reflexão sobre a questão das necessidades, reconhecendo, dessa forma, o caráter coletivo, político e social assumido pelas necessidades de saúde.

Nesse sentido, a incorporação dos referenciais de gênero para refletir acerca das necessidades de saúde dos homens parece implicar a ampliação das possibilidades de percepção de suas necessidades. A referência aos diferentes modos de se viver enquanto homem permite incorporar outras perspectivas e saberes no processo de organização das práticas direcionadas aos homens nos serviços de saúde.

Diversos estudos têm procurado discutir o tema das necessidades em saúde, salientando sua importância na definição das ações em saúde. Contudo, as concepções e sentidos dados ao tema parecem variar segundo a abordagem concebida. CAMPOS (2004) aponta dois grandes núcleos que sintetizam a forma com o conceito é trabalhado. Um deles privilegia o âmbito mais abstrato do conceito. O outro é direcionado para a dimensão operacional e é utilizado no planejamento em saúde. Em seu levantamento bibliográfico, a autora identifica, no primeiro grupo, estudos que consideram o conceito de necessidades referindo-se a sentidos e significados da socialidade. Nesse grupo, há desde estudos que trazem a questão do direito e da cidadania; há aqueles que discutem a relação de circularidade e consubstancialidade das necessidades de saúde e sua operação nos processos de trabalho; como também existem os que se referem às necessidades de saúde como fundamento para a

manutenção e satisfação da vida humana, em uma perspectiva filosófica, socioeconômica, sociocultural, política e ideológica.

O segundo grupo apresenta as necessidades em uma dimensão mais concreta e operativa, como um recorte para a organização da produção de serviços de saúde. Tais estudos vislumbram as necessidades em uma ótica mais instrumental ou, então, percebem-nas como força mediadora para subsidiar um determinado diagnóstico situacional, cujo objetivo final é operacionalizar as práticas de saúde. Alguns desses estudos, para tal intento, listam e referem ações e proposições específicas, como, por exemplo, alimentação, educação, moradia, renda, acesso à assistência médica, etc. Vale ressaltar que também nesses estudos as necessidades são referidas em uma perspectiva que incorpora questões ideológicas, éticas, políticas, socioeconômicas e culturais.

Essa diversidade de abordagens e concepções indica o caráter multidimensional e complexo das necessidades sociais em saúde. Para lidar com tais aspectos, os serviços de saúde, reconhecidamente um espaço privilegiado para a emergência de necessidades, devem considerar, no plano da organização da assistência, estratégias que possibilitem tanto reconhecer aquelas trazidas pelos usuários, muitas vezes travestidas de queixas de problemas de saúde, como também conhecer outras necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000), que tampouco os próprios técnicos dominam.

Cabe lembrar que, conforme apontam alguns autores (STOTZ, 2004; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000), as necessidades de saúde caracterizam-se de diversas formas. Nos serviços de saúde, as necessidades sentidas manifestam-se como necessidades expressas (as demandas), mas, a depender das condições políticas, ideológicas, sociais e culturais, podem não ser sentidas (não ser reconhecidas pelos usuários dos serviços) e, portanto, não se transformam em demandas e solicitações (embora os técnicos tenham condições de criar mecanismos para o seu surgimento). Por outro lado, muitas vezes nem os

serviços consideram que determinados aspectos da vida cotidiana podem ser relacionados ao processo de adoecimento e cuidado da saúde, por isso mesmo esses aspectos não são tecnicamente definidos como necessidades. Além do mais, não se deve esquecer que existem serviços que sequer conseguem responder às demandas trazidas por seus usuários. Desse modo, apresentamos alguns estudos que indicam caminhos que possam ajudar a transparecer as necessidades.

STOTZ (1991, 2004), MATSUMOTO (1999), CECILIO e LIMA (2000) e CECILIO (2001) apontam a conveniência de se adotar uma taxonomia de necessidades de saúde como forma de evidenciar necessidades não satisfeitas pelas políticas públicas. Esses autores propõem quatro grandes grupos de necessidades: “necessidade de boas condições de vida; necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe; e de autonomia no modo de andar a vida”. A partir dessa classificação pode-se apreender como as necessidades são concretamente incorporadas no processo de trabalho de diferentes serviços.

SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000) propõem, valendo-se da qualidade de contexto instaurador de necessidades dos serviços, a “criação de espaços de emergência de necessidades”. A proposta tem como intuito estimular o surgimento de carecimentos ainda não “incluídos na produção usual dos serviços e nas ações técnicas conhecidas”. Com isso, esperam o “resgate de valores que foram negativados”, no sentido dos serviços se abrirem para a “instauração de novos sistemas de valores”, como seria o caso da retomada de questões socioculturais no adoecimento ou sofrimentos, retiradas no processo de redução biomédico do adoecimento.

LIMA et al. (2000) abordaram as necessidades de saúde como caminhos de aproximação para o desenvolvimento de tecnologias de ação na atenção primária. Partindo da idéia de que as necessidades são identificadas principalmente de duas formas – diagnóstico de

saúde realizado pelos trabalhadores e demanda dos usuários –, apontaram a importância de se avançar para além de tais representações, pois, se apenas assim fosse, estariam reduzidas suas expressões ao discurso dos profissionais de saúde. Os autores propõem, então, o desafio da criação de “situações de diálogo aberto” como forma de ampliação dos canais de escuta e fala, possibilitando, assim, uma maior visibilidade das necessidades. A operação do trabalho em saúde passaria pela elaboração de proposições de intervenção que estimularia o processo de interação entre os sujeitos (profissionais/profissionais e profissionais/usuários), valorizando a ação integrada da equipe em uma relação dialógica com os usuários. Dessa forma, seria potencializado o desenvolvimento de novas tecnologias, baseadas em “negociações compartilhadas” e voltadas para a construção de “projetos comuns de intervenção” em equipe multiprofissional.

Percebe-se, portanto, que as necessidades de saúde são referências importantes para a estruturação da ação de trabalho ou seu processo e isto ocorre, tal como apresentado por MENDES-GONÇALVES (1992), com a delimitação do objeto de trabalho. De maneira genérica, podemos dizer que para o alcance da finalidade é imprescindível a apreensão pelo agente do trabalho de algo que é percebido por ele na natureza como dotado das potencialidades do produto projetado para a satisfação das necessidades. Ou seja, o objeto de trabalho é aquela parte do processo de trabalho que é determinada antes mesmo da execução do trabalho, ou como afirma MENDES-GONÇALVES (1979, p. 22), “se redefine como virtualidade do produto, constituindo-se essa aproximação intelectual do objeto em um comportamento tão essencial à operação quanto sua posterior manipulação”.

No plano da produção dos cuidados em saúde, a compreensão da forma como o objeto de trabalho é apreendido requer uma reflexão mais pormenorizada,

na medida em que falar do objeto do trabalho... [em saúde] equivale a designar, ao mesmo tempo, o seu produto. Isso porque, como prática técnica a medicina apresenta uma característica peculiar em relação a outras práticas: a impossibilidade de estabelecer, em todas as circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciados, na imediatez da prática, em um mesmo espaço que é o corpo (DONNANGELO, 1976, p. 22).

Duas questões se sobressaem no reconhecimento dessa especificidade do processo de trabalho em saúde, as quais precisam ser esclarecidas para o alcance dos objetivos deste trabalho. Essas questões, contudo, não se apresentam como aspectos isolados ou tomados em momentos distintos da apreensão do objeto. Em verdade, sobrepõem-se quando o objeto (corpo) é recortado para trabalho, só sendo aqui examinadas separadamente para efeito de análise.

A primeira questão diz respeito à identidade do corpo quando tomado enquanto objeto de trabalho em saúde. Esse objeto não é um corpo qualquer, mas se refere ao corpo de um ser humano, portanto, dotado de uma subjetividade que já o identifica. A discussão dessa especificidade do trabalho em saúde é trazida por MENDES-GONÇALVES (1992, p.27-28) ao afirmar que:

(...) se o objeto desses processos de trabalho é o “homem”, será com a condição de que seja apreendido em sua objetividade, e essa inclui, como um momento necessário, a subjetividade. O termo “subjetividade” (...) é utilizado aqui para referir-se (...) às relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com as partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito. Tal como (...) os objetos naturais se objetualizam por referência a sujeitos que os discriminam, diz-se agora que os sujeitos se constituem como tais em sua relação com os objetos: ambos se constituem mutuamente no mesmo movimento. À subjetividade humana assim compreendida é então possível atribuir-se naturalidade, e compreender que, enquanto natureza humana, em vez de algo constituído para sempre em seu momento de “criação”, é algo que está em permanente vir a ser, é algo imediatamente sócio-histórico em sua própria individualidade. Esta característica objetiva do “homem”, a de ser naturalmente subjetivo, desdobra-se também em sua capacidade de ser normativo em relação à natureza e a si mesmo, em seu vir a ser, e apreendida como objeto de trabalho permite discriminar os processos de trabalho em saúde, e mesmo compreender sua redução (...) a processos de trabalho referidos à doença.

Assim, um primeiro aspecto central a ser considerado quando da discussão acerca do objeto do trabalho em saúde é a sua dimensão de sujeito. Ou seja, o que se toma como objeto de trabalho não se resume a algo que se encontra na natureza pronto, acabado e estático e que, sendo percebido como contendo a potencialidade daquilo que se reconhece como necessário e, portanto, de interesse social, possa, dessa forma, ser recortado e moldado segundo o interesse aí colocado. No trabalho em saúde o objeto apresenta-se dimensionado em uma outra ordem de especificidades. No papel de objeto do trabalho no campo da saúde encontra-se um ser pensante, que se projeta no mundo e faz projetos para viver no mundo. Portanto, ao participar do processo, manifesta-se como um ser desejante e que também projeta algo quando dos encontros que acontecem nas práticas de saúde. É nesse sentido que a discussão das dimensões interativa e comunicacional permeia o exame da constituição do processo de trabalho em saúde e emerge como reflexão importante acerca dessas práticas. Tal discussão será detalhada mais adiante.

O segundo ponto se refere ao estatuto assumido pelo corpo humano quando apreendido num processo de trabalho em saúde. Também nesse caso, o corpo a ser desvelado não se resume a um corpo humano qualquer. Aqui, o que se evidencia é o aspecto do carecimento como motivador do trabalho e que, por consequência, permite a sua delimitação como objeto do trabalho. Nesse caso, é necessário estabelecer de que forma esse carecimento, delimitado material e simbolicamente, é “incorporado” e de que forma é traduzido pelo ser desejante em necessidades e percebido pelo agente do trabalho enquanto o objeto a ser trabalhado, operações estas permeadas pelos matizes ideológicos e culturais dos contextos sociais particulares em que estes dois sujeitos – o que demanda o trabalho e o agente deste – são postos em relação.

Como dito anteriormente, por suas determinações sócio-históricas, esse carecimento se apresenta no processo de trabalho em saúde como necessidades de saúde. De igual maneira, essas determinações se inscrevem na concepção corpórea, consignando a dimensão de um corpo humanizado, ou seja, dotado de necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). Em outras palavras, o corpo na condição de objeto de trabalho, já é dotado de algo que o determina sócio-historicamente enquanto tal, isto é, “trata-se (...) da característica especial que o marca enquanto portador indissociável da própria necessidade que, tornada finalidade, motiva o trabalho”, como afirma MENDES-GONÇALVES (1979). Segundo este autor (Idem), o corpo...

que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformado em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho. Ao terminar o processo, o que dele sai não é apenas um produto que deve corresponder a necessidades, mas igualmente o portador das necessidades então atendidas, durante o processo.

Esse processo de transformação do objeto no produto só acontece quando o agente do trabalho desenvolve a ação transformadora, que, por sua vez, muitas vezes é dependente da presença de meios (materiais e imateriais) adequados para sua efetivação. Entram em cena, pois, dois outros elementos fundamentais no processo de trabalho: o agente/sujeito do trabalho e os meios necessários à ação. Para que o trabalho realmente aconteça, o agente do trabalho, tendo como referência o objeto a ser trabalhado e a finalidade a ser satisfeita, e contando com equipamentos e recursos, que são seus *instrumentos de trabalho*, precisa processar a atividade, indicando e determinando a direção a se chegar, conferindo à ação “uma determinada racionalidade de operação” (SCHRAIBER et al., 1999), que se configura em determinados saberes de operação ou, conforme MENDES-GONÇALVES (1994), em “saberes operantes”.

Duas características aqui transparecem com o exame dessa racionalidade de operação: a interdependência entre todas as fases do processo de trabalho; o caráter de sócio-historicidade, verificado, deste ângulo, no recorte do objeto e projeção da finalidade, reiterando na face interna do processo de trabalho o caráter histórico e social já dado ao cuidado. Esse caráter se reafirma tanto nos meios utilizados para a realização da ação quanto na própria ação, aí incluído o agente da ação.

Cabe destacar neste momento a circularidade dessa correspondência entre caráter sócio-histórico do cuidado e caráter sócio-histórico da delimitação e tomada do objeto de trabalho pela imagem projetada da finalidade desse trabalho, a responder para a satisfação dos cuidados. Tal circularidade, expressa na relação entre a produção de serviços e o consumo e, ainda que não pré-determinada, mas instaurando-se na dinâmica social dessa produção e consumo, vincula determinados cuidados a certos modos de sua satisfação, instalando correspondência e dinâmica de reiteração entre certos trabalhos e necessidades.

Mas se o caráter de sócio-historicidade se reafirma na ação executiva da prática, esse caráter não se manifesta tal como alguma coisa que já se apresenta antes mesmo da própria realização do ato. Em outros termos, o que se quer dizer é que a socialidade e a historicidade das práticas de saúde são marcas que se inscrevem no modo de ser dessas práticas, e que só podem ser percebidas ao se mergulhar no espaço interno das práticas, ou seja, “valorizando-se o exame da esfera técnica das práticas de saúde e a presença expressiva de seus agentes, como formuladores da ciência e da própria prática” (SCHRAIBER, 1997a).

É, então, nesse momento do processo, que as principais especificidades do trabalho em saúde, entendido como uma prática social, são mais claramente percebidas: sua dimensão técnica e sua dimensão ético-social. Vale destacar que essas especificidades não ocorrem de modo separado nem em momentos distintos do processo de trabalho. Ao contrário, são dimensões articuladas intrinsecamente e que acontecem simultaneamente em cada ato e, como

já mencionado, só separadas para efeito de análise. É disso que trataremos em seguida, tomando como referência os estudos de SCHRAIBER (1993a, 1997a) sobre o trabalho médico.

Uma das características primordiais da prática em medicina é tratar e cuidar das pessoas que se sentem doentes ou adoecendo e, por isso, necessitadas de algum tipo de intervenção/orientação. Para alcançar tal intento, os médicos (agentes principais dessa tarefa) têm realizado (historicamente) ações específicas, atos que respondem a tais necessidades. E apenas reiterando o afirmado caráter sócio-histórico desses atos e necessidades, destaque-se que, ao longo dos tempos, aqueles referidos termos qualificadores da prática dos médicos – a saber: tratar, cuidar, sentir-se doente, adoecer – adquirem significados diferentes.

Essas ações são denominadas de técnica, ou seja, um modo específico de executar e agir para se chegar ao produto esperado. Portanto, a técnica relaciona-se a um fazer. Para operacionalizar esse “fazer”, no entanto, são requisitados saberes específicos e especializados direcionados para essas ações, o que faz com que a técnica assuma um caráter que avança para além das prerrogativas de um fazer, incorporando também a dimensão do saber, podendo, dessa forma, ser tratada como um saber-fazer. No campo da saúde, e mais, especificamente, no trabalho de seu profissional mais reconhecido, o médico, essa designação torna-se mais emblemática.

Para o trabalho do médico, segundo SCHRAIBER (1993a, 149-150), a técnica

... significa seu grande alcance como intervenção reparadora ou mesmo mantenedora de condições vitais amplamente desejadas. Trata-se, assim, da capacidade transformadora desse trabalho e por isso relaciona-se à sua dimensão operante, de ação manual direta ou instrumental, mas que sempre se refere a um fazer. E para tanto, será requisitada a presença de um saber: a técnica vincula-se à ciência, a um domínio da biologia e saberes afins, o que, então, a situa na esfera do “mundo natural” e das questões a ele referidas.

No excerto acima chama a atenção a importância do conhecimento científico para uma maior qualificação das técnicas no campo da saúde. Ou seja, percebe-se que, para a medicina,

a técnica assume um caráter de técnica intelectual e especializada. Esse caráter intelectualizado e especializado que se denota da prática da medicina é fortemente vinculado ao desenvolvimento das ciências, que no campo médico é reconhecido como de vital importância.

Não obstante, o trabalho médico não é dependente apenas do saber adquirido por meio do conhecimento científico. Outros saberes também se fazem presentes na produção de cuidados de saúde, e que são saberes obtidos na vivência prática, ou seja, no cotidiano em que se processam as técnicas do trabalho. Este saber é, tal como dito, genericamente denominado de “saber operante” (MENDES-GONÇALVES, 1994), e tem sua qualificação dada pela combinação dos conhecimentos científicos-tecnológicos e da experiência clínica vivida, combinação em que esses saberes são efetivamente praticados no exercício profissional. Destaca-se, aqui, pois, a concretude do saber operante ou operatório ao ser qualificado de efetivamente praticado, concretude que o conecta às condições particulares de sua realização. Vale dizer, trata-se do saber que se realiza nas específicas condições de trabalho e de produção de determinados serviços, em que um saber mais genérico é reelaborado e adaptado ao particular concreto da situação ou contexto em que se efetiva como ação: a técnica em ato. Isto para distinguir no saber operante a dimensão potencial daquela em ato, com o que haverá o saber operante previsto ou possível tal como se apresenta em textos ou manuais que cristalizam saberes já realizados e bem-sucedidos ou saberes potencialmente derivados de práticas algo “artificiais”, tal como situações do tipo laboratorial, que se encontram em hospitais-escola ou ambulatórios-escola, por exemplo. Diferem, portanto, essas duas qualificações, nesta última emergindo mais o caráter de procedimento cristalizado, modelar, algo mais fixo ou mesmo rotineiro, na idéia de protocolar (os protocolos clínicos), enquanto que aquela primeira, em ato, exige adaptações, criatividade, reflexividades mais que padronizações. No exercício do trabalho, pois, certas dinâmicas, de convergência ou tensões,

se estabelecem entre ambas as qualificações, dado estar a situação particular e concreta mais ou menos próxima dos contextos modelares. Vale dizer, trata-se do exercício dos trabalhos inseridos nas várias modalidades de organização da produção e distribuição dos serviços para a população, nas diversas sociedades ou regiões socioculturais dadas. É desta dinâmica que emerge o conceito, também definido por MENDES-GONÇALVES (1994) de “arranjos ou modelos tecnológicos do trabalho”, projetados (modelares) ou concretamente operados, correspondentes a determinadas propostas de assistência, ou também conhecidas como modelos assistenciais (PAIM, 2001; MERHY, 2002).

Mas o trabalho médico não pode ser compreendido apenas na sua dimensão técnica: a prática médica é, simultaneamente, um exercício de interação. Mesmo procedimentos técnicos, como pode ser concebida a anamnese clínica e sua busca de circunscrever queixas e sintomas para caracterizar uma doença e localizá-la no corpo, têm como substrato uma conversa, um perguntar e responder para que a ação terapêutica possa acontecer. Portanto, para um bom exercício da prática profissional, a discussão sobre a sua dimensão ético-interacional é uma questão fundamental.

Novamente, são as afirmações de SCHRAIBER (1993a) que podem auxiliar para a compreensão da dimensão ética presente no trabalho médico. Segundo a autora,

O lado ético do trabalho médico (...) diz respeito à intervenção de um sobre outro homem, remetendo diretamente ao aspecto relacional desse trabalho, que é um momento particular de realizar a vida em sociedade, isto é, as relações sociais. Significa, assim, os cuidados de um comportamento criterioso, já que se está diante de uma “invasão”, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas. Além disso, o fato de realizar-se enquanto relação interindividual parece comprometer ainda mais esse trabalho com as “questões do relacionamento humano”, de que são parte o respeito, o afeto, a dedicação, a sensibilidade, a fraternidade, e tantas outras substâncias da esfera pessoal.

Tomando como referência a consulta clínica individual, o trabalho médico diz respeito efetivamente a uma prática que tem como base as interações. Nessas interações se

estabelecem questões essenciais para o sucesso da ação, como, por exemplo, o grau de confiança e cumplicidade acordada entre os participantes. É, pois, uma ação interdependente, de caráter pessoal e subjetivo. Ou seja, é uma relação que se dá entre dois sujeitos – no caso, o médico (profissional de saúde) e o seu paciente (usuário) – dotados de singularidades, princípios e valores, o que nos remete para os significados da moral na vida de relação.

Portanto, é no campo da ética que podemos encontrar alguns subsídios para pensarmos como acontece a dimensão interacional no trabalho em saúde. Ou seja, chegam à cena das práticas cotidianas questões que remetem aos significados de valores, interesses, sentimentos, atitudes, enfim, modos de viver a vida que tensionam as interações que realizamos no dia-a-dia. Todas essas questões estão presentes também nas interações que acontecem nas práticas de saúde. O agir profissional do médico em sua relação com o paciente está impregnado de valores morais, interferindo nas conversas, na confiança buscada na relação, na cumplicidade almejada para o sucesso da intervenção a ser realizada, e vice-versa relativamente ao paciente. Em suma, o trabalho em saúde é dependente de uma interação que se estabelece do e no encontro entre dois sujeitos, uma relação de intersubjetividade. No agir profissional, a técnica já se realiza através da dimensão valorativa e moral tanto do médico quanto do paciente, e mais que isso, ao ser uma intervenção manual que requer ou exige uma efetiva interação entre sujeitos, caracterizando-se assim com uma *técnica moral-dependente*, tal qual designada por SCHRAIBER (1993a).

Cabe aqui apontar que a interação pode assumir variadas qualidades, isto é, variados graus de interesse ou cuidado, com o que o agir profissional pode estar mais ou menos voltado para uma ética solidária com o paciente. Haver interação não é necessariamente sinônimo da existência de cuidados plenos. No entanto, o que aqui se destaca é que esta técnica não pode se realizar desprovida de interação, sendo as rupturas interativas

contemporaneamente denunciadas (SCHRAIBER, 1997b; DESLANDES, 2006) uma situação crítica para a realização da técnica e efetivação social do próprio trabalho.

De todo o exposto, o que se vê no processo de trabalho em saúde, e em particular no trabalho médico, é que, de um lado, ele diz respeito a uma ação que se assegura pelo estatuto adquirido de técnicas validadas pelo desenvolvimento científico. Por outro, esse processo está relacionado a práticas e saberes que se qualificam pelos códigos de conduta estabelecidos para o exercício de suas técnicas, definidas segundo valores socialmente aceitos. Além disso, deve-se considerar que o processo em questão também se valoriza pela vivência prática e cotidiana do próprio exercício profissional, vivência esta imersa e permeada por valores que produz e nos quais é produzida, reproduzindo cultural e ideologicamente um dado cotidiano social.

Em síntese, pode-se dizer que o trabalho em saúde é norteado por ações e intervenções que conectam técnicas e éticas, e que tais dimensões se interpenetram a todo instante no exercício de cada ato. Nesta perspectiva, seguindo a concepção definida por SCHRAIBER (1997a) para a prática médica, o que chama a atenção é o caráter duplo – técnico e ético – presente no trabalho operado pelos agentes das práticas de saúde. Por sua vez, ainda seguindo a compreensão empreendida pela autora, ambas as dimensões podem ser desdobradas quando se analisa cada uma delas mais detalhadamente.

Na ação técnica são vislumbrados dois aspectos: um tecnológico (técnica-tecnológica) e um de arte (técnica-arte), a qualificação tradicional do ser da técnica. O primeiro se pauta nos fundamentos adquiridos pelo conhecimento científico, o que faz da prática médica um exercício padronizado e uniforme de aplicação da normatividade técnica. Essa característica de se valer da valorização do saber científico e do desenvolvimento tecnológico legitima, em tempos atuais, a medicina socialmente, possibilitando o seu reconhecimento como uma técnica segura e dotada de uma maior objetividade, reconhecimento este compartilhado tanto por pacientes ou usuários de serviços quanto pelos próprios profissionais. O segundo aspecto,

de ser técnica-arte, apresenta-se enquanto peculiaridade da prática profissional historicamente construída com base na intervenção em casos individuais, o que se pode identificar na tradição da assistência por meio das consultas individuais. Trata-se de uma ação orientada pela experiência pessoal e pela singularidade de cada caso que demanda cuidado e assistência a serem prestadas. Dessa forma, o caráter de arte baseia-se no saber adquirido pela experiência clínica na particularidade de cada caso, denotando a medicina como uma técnica criativa e inovadora. Essa peculiar característica da prática médica garante ao agente do trabalho um grau de autonomia para a sua realização, característica essa que é valorizada e, portanto, almejada por todos os profissionais médicos (SCHRAIBER, 1997a). A própria autora ressalta, contudo, que a noção de arte aqui não pode ser expandida para fora do científico, não se tratando de ação inovadora qualquer, mas a que cabe enquanto uma “arte científica” (SCHRAIBER, 1993a: 194) ou nos dizeres de NOVAES (1996), aquela ação dotada de “engenhosidade” para se alcançar os fins exigidos (finalidade sócio-histórica) na presença dos meios efetivamente dados (contexto concreto e particular do exercício da técnica) diante das particularidades do caso que se quer resolver (consulta individual).

Para além de se considerar as dimensões “tecnológica” e “arte” da técnica em medicina como qualidades que se interconectam em cada ato ou intervenção praticada, é importante afirmar, ainda seguindo SCHRAIBER (1997a), a existência de dois aspectos também relativamente ao ato interativo que permeia todo o processo de trabalho em saúde. Neste caso, chama atenção a dimensão ética e humana que se estabelece na relação que fazem médicos-pacientes (usuários), potencializando o conteúdo técnico necessário para operar o trabalho. Ao olhar para esta esfera interativa, a autora aponta para a presença de condutas de comportamento adequadas a este ramo profissional, aspecto aqui já referido enquanto uma moral de agir profissional. Contudo, aponta ainda para a dimensão ética mais geral do significado histórico dado ao tratar ou cuidar da profissão médica enquanto trabalho social,

implicando, pois, uma necessária ética na realização do ato técnico do trabalho. Observa-se, deste modo, um outro (além da técnica) duplo caráter do trabalho em saúde: uma ética técnica (da Medicina ou da Saúde) e uma ética da moral do sujeito (ética profissional do médico). A primeira se estabelece na necessária reflexão para decidir, tomando como referência os conhecimentos científicos e os saberes práticos, qual deve ser o melhor recurso tecnológico a ser empregado para aquela situação. Essa reflexão também deve definir a escolha da forma mais adequada de se conduzir a relação na direção de sua eficácia técnica. Associado a tal exercício ético de uma intervenção tecnologicamente adequada articula-se um exercício ético pautado em valores morais, formas de comportar-se e conduzir o encontro clínico na consecução do tecnologicamente pertinente ao caso. Nesta perspectiva estão implicados princípios tais como a cumplicidade, a confiança, o reconhecimento mútuo na autoridade (de maior saber científico) do profissional, condicionando a realização de procedimentos dotados de singularidades e da personificação da relação que estabelecem profissionais e usuários enquanto sujeitos da ação. Da mesma forma e no mesmo instante, valores morais como responsabilidade, interesse, dedicação, são solicitados no desempenho técnico que o profissional define para o cuidado em saúde. Temos aqui os dois sentidos com os quais se configura a técnica moral-dependente, conforme aludido anteriormente.

Ressalte-se, porém, que esses duplos são ocorrências imbricadas e simultâneas, ou melhor, consubstanciais. O recurso a essa segmentação fez-se necessário para se postular o fato de que, a depender da forma sobre como se dá a interação e sobre como são compartilhadas as ações a serem implementadas, inscreve-se o maior ou o menor sucesso da ação. Dito de outra maneira, “a forma de inscrição do humano na técnica”, dimensionada em uma prática que se realiza mais ou menos comunicacional ou dialógica, é determinante para a melhor satisfação das necessidades que se colocam no exercício interativo das ações de cuidado da saúde.

O trabalho em saúde, ampliação e diversificação do trabalho do médico com a progressiva divisão vertical e horizontal do trabalho médico, como aponta MENDES-GONÇALVES (1992; 1994), pode ser tido, diante do que foi exposto até o momento, como uma atividade humana e social de grande peculiaridade e com especificidades diversas e articuladas. Por um lado, a apreensão de um objeto de trabalho dotado de objetividades e de subjetividades. Na execução do trabalho é necessária a aplicação de instrumentos (saberes ou materiais) que são dependentes de conhecimentos técnicos, práticos e de processos interativos, remetendo, em sua melhor forma, para procedimentos compartilhados em relações intersubjetivas. Por outro lado, o trabalho em saúde não se reduz a uma experiência apenas prática, tal como ocorre quando a intervenção é alvo dos práticos de cura mais que dos profissionais da arte científica. O trabalho em saúde, de modo ora mais ora menos que exercício da medicina é sempre em alguma medida fundamentado especialmente em uma dimensão intelectualizada, e sua plena execução, na aplicação das normas científicas ou de saberes tecnológicos aos casos individuais particulares, é, pois, dependente de certa autonomia dos agentes executores do trabalho, a maior delas caracteristicamente detida pelo trabalho dos médicos (PEDUZZI, 1998). Historicamente, assim, configurou-se como trabalho reflexivo e, porque dotado de incertezas, também dotado de escolhas que precisam ser feitas no momento imediato de sua realização, caracterizando aquilo que SCHRAIBER (1995a) denominou, a propósito do trabalho médico, de “tensão interna permanente” desse trabalho ou sua cristalização histórica sempre tensionada.

Com todas essas particularidades da prática, a medicina vem sofrendo transformações na forma de exercer a profissão e aprofundando essa tensão interna do trabalho. Isso pode ser constatado quando se observa sua contemporaneidade. No bojo do desenvolvimento científico e tecnológico, a produção de cuidados tem se massificado. Ao mesmo tempo, mudanças

técnicas intensificam-se com a incorporação tecnológica, caracterizando a construção de uma medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1993a, 1997a).

A progressiva “tecnologização” do trabalho médico parece também provocar uma espécie de cisão entre as partes que compõem o todo das práticas de saúde. De um lado, a dimensão técnica encontra-se tensionada pelo desenvolvimento científico-tecnológico na modernidade. De outro, esse mesmo desenvolvimento gera conflitos na interação profissional-usuário, conflitos esses que se manifestam como uma “despersonificação do cuidado e uma desumanização da prática”.

Não se quer dizer com isso que o avanço do conhecimento científico e tecnológico acarretou prejuízos para a medicina ou para a saúde. Ao contrário, o incremento do conhecimento científico e tecnológico adquirido na era moderna trouxe progressos até então nunca alcançados. O surgimento de novos aparatos instrumentais, como pode ser exemplificado com o desenvolvimento de diferentes técnicas diagnósticas, propiciou avanços significativos na solução de diversos tipos de problemas de saúde, considerados insolucionáveis ou então caracterizados como doenças incuráveis. O mesmo pode ser dito quanto à ampliação do leque terapêutico utilizado. Hoje é possível, com o impulso tecnológico da indústria farmacêutica, curar a maioria das doenças transmissíveis, assim como é possível efetivamente tratar diferentes neoplasias malignas. Percebe-se, ainda, a crescente capacidade, proporcionada pela indústria tecnológica, nas técnicas cirúrgicas, servindo de exemplo a intensificação dos transplantes de órgãos de um ser humano para outro.

No entanto, mesmo considerando tais avanços, também se pode perceber que, na modernidade, todo e qualquer desenvolvimento tecnológico adquire esse sentido de “avanço”, uma vez que novas criações foram progressivamente sendo tomadas como “bens em si”. O desenvolvimento tecnológico passa a, significar, então, benefício *à priori*, algo a ser criado até previa ou independentemente das necessidades manifestas e isoladamente do exame, ao

mesmo tempo e a cada passo, de seus impactos na sociedade. Perde-se, com isso, a historicidade do benefício, isto é, os sentidos diversos que se criam para este “bem”. O advento de um conhecimento cada vez mais especializado, centrado na supremacia da racionalidade científica, dotada de leis naturalizadas e objetivadoras e instrumentalizada pela ampliação dos aparatos tecnológicos, acabou gerando uma objetualização (coisificação) dos sujeitos em associação a uma naturalização biologizante do social. Análogas mudanças também se verificam no sentido dos benefícios dessa prática, plasmados na finalidade social do trabalho em saúde, daí o impacto desumanizante na construção de novos sentidos para tratar e cuidar (AYRES, 2006).

Assim, na assistência praticada por diferentes profissionais no campo da saúde, temos observado algo como uma apartação do caráter científico da ação, dimensionada nos conhecimentos técnico-tecnológicos, da parte mais subjetiva e, portanto, humanizada e interativa do ato assistencial em saúde. Agindo-se dessa forma, incorre-se num duplo risco: ou a decisão a ser tomada implica um excesso de procedimentos por vezes desnecessários e até perigosos ou, então, estabelecem-se vínculos inadequados para uma boa ação terapêutica. Para fugir desses riscos, é necessária a reconexão dessas partes, ou seja, trazer de volta para prática em saúde a força interativa dos sujeitos presentes no ato técnico, ou como diz SCHRAIBER (1997a), refazer o encontro da Técnica com a Ética no cotidiano do trabalho em medicina, e de forma expandida, no cotidiano do trabalho em saúde. Ressalte-se que, na problematização deste último, ainda devem ser levados em conta os movimentos, com novas tensões e conflitos, de individualização e especialização das divisões progressivas que historicamente se dão no trabalho em saúde, quer por segmentações internas da medicina, quer por inclusão de práticas originárias fora do campo de competência da medicina tal como delimitado previamente à modernidade (MENDES-GONÇALVES, 1992; 1994; PEDUZZI, 1998). Assim, a específica dinâmica entre as áreas profissionais especializadas que compõem

o trabalho em saúde torna ainda mais complexo o conjunto de questões acima considerado, o que se manifesta especialmente quando são examinados, por exemplo, os trabalhos em equipes multiprofissionais (PEDUZZI, 1998; 2006).

No que tange à já mencionada forma de organizar e distribuir a assistência para as populações, a progressiva incorporação de tecnologia material a par da progressiva supremacia do saber tecnológico, em que ganha mais espaço e valor a técnica-tecnológica enquanto saber operante do trabalho, acaba por configurar novos “arranjos tecnológicos” do trabalho em saúde e novos “modelos assistenciais”. Tome-se especialmente o modelo de base tecnológica para a assistência médica individual, cujas origens remontam aos anos 1960-70 e cuja configuração mais completa dá-se a partir dos anos 1990 (SCHRAIBER, 1997a). Tal modelo é expresso pela profunda especialização, intenso grau de institucionalização e grande complementaridade do trabalho. São múltiplas as especialidades médicas e divisões de tarefas antes realizadas por um único profissional. Também são criadas novas profissões, com um grande leque de áreas atuando de modo interdependente, ora assumindo partes do trabalho antes desenvolvido pelos médicos, como ocorre com os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, ora agregando-se outras áreas de atuação (MENDES-GONÇALVES, 1992). É preciso lembrar, ainda, que o trabalho em saúde, mesmo enquanto assistência individual nos serviços, progressivamente conecta-se com o trabalho vinculado às práticas sanitárias, intervenções dirigidas ao meio ambiente e também às pessoas, coletiva ou individualmente abordadas. Tais práticas, que se individualizam da prática médica em especialidade própria, transformando a higiene pública em sanitarismo nos anos 1930-40 no Brasil (MOTA e SCHRAIBER, 2007), criam também ações de cunho individual, como é o caso das vacinações, e que serão incorporadas ao trabalho de assistência individual realizado nos serviços de saúde, quer enquanto trabalho do médico, quer como trabalho de outros profissionais da saúde. No caso brasileiro, esta conexão entre as práticas médica e sanitária

tem sido bastante estudada da perspectiva da incorporação da assistência médica em serviços de saúde pública (MENDES-GONÇALVES, 1994; NEMES, 1993; SCHRAIBER; NEMES, 2000; MENDES-GONÇALVES). Não resta dúvida, porém, que a emergência de uma medicina preventiva é, de certa forma, a constatação e, ao mesmo tempo, a proposta da necessidade dessa conexão no âmbito da assistência médica (AROUCA, 2003).

Com isso, novas faces do trabalho em saúde acabam sendo implementadas. Uma das primeiras é o parcelamento do trabalho, tendo como conseqüências também novas formas de delimitar o objeto de trabalho. Uma outra questão, associada ao parcelamento acima referido, diz respeito a uma revalorização intelectual dos portadores dos saberes repartidos, tornando uns detentores de maior poder que outros, na medida em que uns são reconhecidos como mais qualificados que outros. Por outro lado, o processo de maior institucionalização do trabalho gera a perda de domínio e de controle de parte do processo, marcadamente aquelas estruturas compostas pelo manuseio de instrumentos e meios de trabalho, ainda que os médicos detenham uma certa autonomia, aquela relacionada à intervenção técnica (SCHRAIBER, 1993a). Dessa forma, o trabalho em saúde, anteriormente caracterizado como trabalho do médico, assume características de trabalho coletivizado, com a incorporação de outros conhecimentos e outros profissionais, remetendo à necessária rearticulação dos saberes e seus instrumentos para que a finalidade de responder à diversidade das necessidades de saúde seja atingida. É nesse sentido que a interdependência e complementaridade das ações geram uma arquitetura de trabalho em “equipe multiprofissional”, conceito que possibilita a compreensão da atual composição de ações das práticas em saúde (PEDUZZI, 1998). Este conceito, tal como outros aqui trabalhados (saber operante, modelo tecnológico), desdobra-se em uma dimensão abstrata em que constitui uma proposição modelar, tal qual em projetos de ação ou propostas assistenciais, e em uma dimensão concreta e particular, em que explicita o trabalho efetivamente realizado, daí que necessite sempre uma contextualização de seu uso. Além

disso, seguindo PEDUZZI (1998), se o trabalho em equipe é produto da necessidade de complementarem-se ações, pela excessiva segmentação das práticas, e produto ao mesmo tempo da interdependência dessas ações, posto o caráter holístico quer de todo orgânico, no plano do corpo biológico, quer de todo bio-psico-social, no plano do corpo individual dotado de relações sociais e intersubjetivas, tais qualidades de complemento e interdependência requerem, para suas efetivações, ações que se articulem entre si e, ao mesmo tempo, agentes do trabalho que interajam. Caso contrário, complementaridade e interdependência podem ocorrer de modo isolado cada qual, gerando conflitos na recomposição das parcialidades instaladas.

Nesse sentido, antes de se discutir o conceito de equipe de saúde, vale ressaltar a importância da integralidade como um preceito norteador de tais articulações na direção de uma assistência à saúde mais global. A integralidade das ações de saúde tem sido considerada um dos princípios mais valorizados quando se fala de sistemas de saúde, de modelos assistenciais ou, simplesmente, das práticas assistenciais dos serviços de saúde, pois, pressupõe assegurar aos "indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades" (BRASIL, 1993). Dessa forma, a integralidade assume o caráter de "um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária" (MATTOS, 2001: 41).

Segundo MATTOS (2001), a integralidade tem vários sentidos, dos quais ele destaca três como de grande importância no processo de construção de um sistema de saúde:

- a) a integralidade como boa medicina;
- b) a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde;
- c) a integralidade como organização da atenção à saúde de forma a responder adequadamente às necessidades específicas de grupos populacionais determinados.

A integralidade como boa medicina, ou como uma dimensão das práticas dos profissionais de saúde, refere-se aos aspectos de uma atenção à saúde que busca acolher as necessidades dos usuários de maneira ampliada, procurando produzir tanto ações técnicas de prevenção, como também desenvolver as ações assistenciais solicitadas. Por outro lado, deve-se levar em conta que as necessidades não se limitam à prevenção e ao controle de doenças, mas que se configuram como questões relacionadas a aspectos da vida cultural e social, consideradas relevantes para a qualidade de sua saúde.

No segundo sentido, ou seja, a integralidade como modo de organizar as práticas, o autor aponta todo um processo de articulação das diferentes formas de se organizar as ações em saúde. Entre essas, destacam-se: a articulação de práticas de saúde pública e ações assistenciais, a articulação de demanda espontânea e demanda programada, requerendo, por outro lado, outras articulações, como, por exemplo, a articulação de diferentes especialidades médicas, de diferentes profissionais, diferentes tipos de serviço profissionais. Para que a integralidade nesse sentido se estabeleça, é necessário que se assuma como ponto de partida a perspectiva de um diálogo entre diferentes sujeitos e diferentes instituições e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Por último, o autor ressalta o sentido da integralidade relativo a políticas governamentais voltadas para atender a necessidades de populações específicas. Nesse caso, a integralidade abrange estratégias e intervenções diversas ampliando os horizontes dos problemas a serem tratados pela política. Entre os exemplos desse tipo de integralidade estão o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um dos pioneiros deste tipo de política e o Programa Nacional de Aids, mais recentemente.

Dessa forma, a integralidade pode ser considerada como um princípio que se pauta na busca de respostas às necessidades mais ampliadas dos mais diferentes grupos populacionais. Para a satisfação dessas necessidades é preciso a articulação de saberes interdisciplinares e

equipes multiprofissionais, tendo como finalidade a integração das ações de promoção, prevenção e cuidado de saúde.

Isto posto, podemos retornar à discussão da importância do trabalho em equipe. De modo geral, tem-se como trabalho em equipe a concomitância de profissionais oriundos de diferentes áreas de formação trabalhando conjuntamente num mesmo espaço institucional. Enquanto proposta de trabalho, ideal a ser perseguido, tem sido preconizada como uma estratégia tanto para o enfrentamento do grande grau de especialização existente atualmente na área de saúde, como também para o desafio de lidar com o caráter multidimensional das necessidades trazidas pelos usuários dos serviços. Acredita-se que dessa forma se constroem organizações institucionais que respondem a todas as atribuições sob sua responsabilidade.

Entretanto, a simples presença de profissionais de diferentes áreas de atuação não garante uma atenção integral às necessidades da clientela. Ocorre que as práticas desses profissionais podem freqüentemente acontecer de formas isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando uma dificuldade na interação e na articulação das diferentes competências técnicas dos diversos agentes na direção da finalidade do trabalho institucional. Assim sendo, neste estudo, busca-se uma compreensão da noção de trabalho em equipe que contemple não somente o trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas, mas também a configuração de suas articulações nas ações e suas interações, segundo a compreensão definida por PEDUZZI (1998), após investigação empírica acerca do trabalho multiprofissional.

Segundo a autora, observam-se duas modalidades distintas de equipe multiprofissional: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira caracterizar-se-ia pela justaposição das ações e pelo agrupamento dos agentes, denotando uma fragmentação das intervenções realizadas; a segunda teria como pressupostos a articulação das ações e a interação dos agentes, evidenciando a conexão das atividades executadas. Na tipologia

definida pela autora, alguns critérios podem contribuir para reconhecer em que tipo de modalidade se inscreve uma determinada equipe de trabalho em saúde. Entre tais critérios situa-se a comunicação entre os agentes; a forma de se vivenciar a autonomia técnica no trabalho; questões relacionadas às diferenças técnicas e às valorações sociais que tais diferenças podem implicar; as especificidades do trabalho de cada agente e as possibilidades de flexibilidade da divisão do trabalho e, como síntese, a construção de um projeto assistencial comum.

A comunicação entre os agentes é um dos critérios mais relevantes, segundo os resultados alcançados pela autora, a expressar o trabalho em equipe, indicando uma relação recíproca entre trabalho e interação. Essa comunicação pode se manifestar de três formas: uma que acontece externamente ao trabalho, na qual a comunicação se dá de forma instrumental, como recurso apenas para aperfeiçoar o trabalho técnico. Outra forma de comunicação é aquela que ocorre segundo um caráter estritamente pessoal, tendo como base as relações de afinidade e amizade, operando uma sobreposição das dimensões pessoais e tecnológicas, reduzindo a relação trabalho/interação às boas relações interpessoais. As duas situações descritas anteriormente tratam de características de trabalho em equipe no molde agrupamento. Um terceiro tipo de comunicação é aquela que ocorre em uma perspectiva intrínseca ao trabalho, ou seja, em que todas as questões consideradas importantes para a sua consecução são elaboradas conjuntamente. Percebe-se, nesse caso, a construção de um projeto assistencial comum, com objetivos e propostas definidas pelo coletivo de trabalhadores. Aqui se estabelece a idéia de equipe-integração.

No que tange à autonomia técnica, também se observam três concepções distintas: na primeira, o profissional trabalha com autonomia plena, buscando a maior independência possível em suas intervenções; numa segunda concepção acontece de um determinado profissional ser destituído de qualquer autonomia; e na terceira se caracteriza uma autonomia

técnica interdependente, dotando, por isso, o trabalho em equipe de interdependência na complementaridade das intervenções. As duas primeiras acontecem em equipes agrupamento, ao passo que a terceira se dá em equipes do tipo integração.

Vale ressaltar que em ambas as modalidades – equipe agrupamento e equipe integração – são percebidas questões como a diferenciação técnica e as especificidades dos trabalhos desenvolvidos entre os diferentes componentes da equipe. Por outro lado, e pelo reconhecimento das diferenciações e especificidades, não se pode desconsiderar a existência de tensões nas concepções e na forma de complementaridade entre os diversos trabalhos. Ademais, parte dessas tensões é também tributária de modelos hierárquicos existentes nas relações entre as diferentes profissões, fruto de uma escala de valores sociais, que subordina uns profissionais a outros. Portanto, uma equipe de trabalho em saúde penderá mais para integração ou para agrupamento a depender da maneira como são articuladas as ações, da forma como interagem os agentes e sobre como são superadas as tensões, seja de concepção de trabalho, seja de valores colocados socialmente em cada uma das profissões existentes, quando da realização das tarefas destinadas à equipe.

Tendo como base essa tipologia, a autora construiu um conceito de equipe multiprofissional de saúde, destacando o caráter interativo do trabalho, como segue:

“...o trabalho em equipe multiprofissional consistiria numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço.”
(p. 229)

Diante de todas as considerações acima expostas, as práticas de saúde podem comportar diversas ordens de apreensão e compreensão. A depender do ângulo tomado na apreciação das necessidades de saúde, assim como da forma de responder a essas necessidades, a operacionalização do cuidado ou, dito de outra forma, a organização

tecnológica do trabalho, poderá privilegiar enfoques diferenciados. Mais claramente, o que se quer dizer é que o mesmo fenômeno (no caso, a saúde, a doença e a forma de lidar com essas questões e suas relações) permite diferentes abordagens. Portanto, o objeto de trabalho pode ser construído e delimitado de maneiras bastante diferentes. Os saberes, as ações e os instrumentos serão outros e, conseqüentemente, serão alcançadas outras finalidades.

Todavia, essa questão das possibilidades na construção do objeto tem, ainda, um aspecto adicional a ser considerado. Trata-se do fato de que se, de um lado, a construção do objeto de trabalho pode dar-se de diferentes formas diante da necessidade que se apresenta ao processo de trabalho, portada pelo sujeito individual que busca a assistência nos serviços de saúde, de outro lado, como antes mencionado ao início deste texto, a própria construção social da necessidade, mediante o que os indivíduos reconhecem determinados carecimentos enquanto necessidades deste ou daquele serviço, depende das imagens de possíveis respostas aos carecimentos construídas desde os próprios serviços, na circularidade produção-consumo como elemento identificador da correspondência entre necessidade e serviços/bens no imaginário social. Com isto se está querendo dizer que as próprias necessidades podem corresponder a construções diversas dos carecimentos, a depender do tipo de resposta oferecida na produção dos bens ou serviços. Conforme referido anteriormente, tome-se uma certa divisão definida no campo da Saúde Pública entre necessidades sentidas e não sentidas (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 2000). Na vertente tradicional de carecimentos postos como necessidades para a saúde, isto é, sendo reconhecidas como necessidade de saúde, estão as doenças manifestas. Ao partir-se da concepção de necessidades como fruto do carecimento, no caso da saúde, isto significa a tomada de consciência por parte do sujeito individual de que seu problema ou sofrimento é um carecimento e, adicionalmente, que tenha ainda a consciência de que se trata de situação passível de solução nas ações dos serviços de saúde. Vale dizer, seu carecimento seria uma necessidade em saúde; seria uma doença. A

consciência da doença, dirão LERICHE³ (1936 apud CANGUILHEM, 2006, p. 57) e CANGUILHEM (2006), é dada pelo barulho ou a voz ou a manifestação dos órgãos, para o primeiro, e um obstáculo ao viver cotidiano ocasionado por essa manifestação, para o segundo, posto conceituarem ambos a saúde como o silêncio dos órgãos. Assim, a necessidade de silenciá-los novamente voltando-se ao viver cotidiano sem obstáculos será a necessidade de saúde, de retorno à saúde, posta como necessidade social em saúde, isto é, para a intervenção nesse campo. Ocorre que há necessidades que são criadas a partir de outras aproximações do contexto social gerador das doenças, antecipando-se a essa consciência do sujeito individual. Por exemplo, os conhecimentos médicos definem ações preventivas, ações que os indivíduos devem buscar ainda na ausência de sentirem-se adoecidos. Essa necessidade corresponde simplesmente a uma potencialidade de adoecer, razão pela qual esta é uma necessidade tipicamente criada com a medicalização do social em seu positivo aspecto de mostrar a medicina como prática capaz de evitar adoecimentos, o que na história dessa prática não foi sempre algo muito fácil ou de pronta aceitação social. São diversos os exemplos, como é o caso da revolta das vacinas ou da recusa pela hospitalização no início do século XX, que mostram um difícil processo social de legitimação da autoridade médica diante de carecimentos ainda não sentidos como tal. Por essa mesma razão, foram chamadas tais necessidades de “necessidades não sentidas”, entenda-se pela população que demandaria serviços de saúde, frente às “sentidas” que seriam as doenças com suas manifestações de presença, ou o barulho dos órgãos. Nesses casos, o objeto que se apresenta ao trabalho em saúde já enquanto carecimento potencial dispõe-se imediatamente como um fato biomédico, configurando-se após sua legitimação social como um fato social a ser novamente reduzido ao biomédico no concreto processo de trabalho, como, por exemplo, os exames de prevenção do câncer, seja masculino ou feminino. Enquanto a medicina está postulando a necessidade dos

³ LERICHE, R. Introduction générale; De la santé à la maladie; La douleur dans les maladies, Où va la médecine? In: Encyclopédie française, t. VI, 1936.

exames preventivos, o faz dentro de determinados parâmetros de uso e consumo dos serviços: quando e em qual periodicidade o indivíduo deve fazer o exame. Contudo, se a demanda for diversa do protocolado, será normalizada novamente no escopo do protocolo.

De outro lado, cabe chamar a atenção para essa potencialidade de gerar e aculturar a sociedade em necessidades adicionais à doença tradicionalmente tomada, potencialidade aberta pela “mão dos especialistas”, isto é, desde o saber médico e o trabalho na produção de serviços, esclarecendo-se que a noção de algo ainda “não sentido” deve ganhar nova designação, aqui posta em termos das expressões “necessidades tradicionais” ou “reconhecidas” e “novas necessidades” ainda não reconhecidas, uma vez que a prevenção passa a ser, após sua entrada na cultura de modo ampliado, sentida ou reconhecida como também necessidade. Esta potencialidade pode também ser explorada para a postulação de novos enfoques na leitura dos carecimentos, com isso criando-se necessidades de diversas naturezas, entre elas questões de promoção da saúde ou de melhor qualidade de vida.

Isto posto, pode-se afirmar que tanto o mesmo fenômeno que suscita as necessidades pode ser tomado em diferentes aproximações enquanto objeto do trabalho, quanto pode ele próprio ser diferentemente tomado enquanto parte de um contexto social gerador dos carecimentos, levando a uma delimitação mais ampla ou mais estreita, em termos socioculturais, das necessidades de saúde postas para a produção dos trabalhos e da assistência.

É certo que ao se considerar os serviços de saúde como um conjunto de ações voltadas para lidar com os processos de saúde e de doença, todas essas diferentes abordagens precisam acontecer de forma articulada, em uma dinâmica de técnicas e interações que se complementam em suas diversidades. Por exemplo, quando um serviço se propõe a organizar a produção de cuidados para uma determinada situação, tal como são imaginados os programas de saúde, devem ser contemplados na sua estruturação os diversos processos de

trabalho necessários para realizar aquela organização pensada. Assim, a partir das necessidades e demandas de saúde reconhecidas, articulam-se técnicas, saberes, agentes do trabalho na construção das ações de intervenção técnica, sejam tais ações tomadas em sua dimensão individual, sejam elas tomadas em sua dimensão coletiva.

Desse modo, as características do trabalho operado em cada uma dessas construções apresentam especificidades quanto à forma de lidar com o objeto e quanto às intervenções a serem realizadas, solicitando, no entanto, formas expressivas de articulação para que o principal objetivo buscado seja plenamente atingido. Além do mais, e não menos importante, essas articulações são mediadas por processos interativos que se dão, tanto na organização do programa, em que os vários profissionais contribuem com os seus saberes e suas técnicas de intervenção, quanto na própria execução das atividades propostas, na qual a dinâmica de relações dos profissionais participantes e as relações entre profissionais e usuários são elementos constituintes de todo o processo.

Assim sendo e de posse das considerações acerca das necessidades e do trabalho em saúde, é possível, a partir de agora, abordá-las enquanto questões pertinentes aos cuidados de saúde da população masculina. Nesse sentido, algumas questões preliminares devem ser consideradas acerca da potencialidade dos serviços de saúde, em especial dos serviços de atenção primária. Inicialmente, reconhecê-los como um “contexto instaurador de necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). Em seguida, compreendê-los como tecnologia, ou seja, “conjunto de instrumentos não materiais (saberes técnicos e dispositivos de organização do trabalho) e materiais (equipamentos e insumos) voltados para a produção do cuidado” (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Por outro lado, cabe ainda atentar para as possibilidades de se pensar a integralidade como um princípio norteador da construção de cuidados de saúde e, dessa forma, perceber como os serviços de saúde estão operando suas ações de cuidado da população masculina.

Uma primeira questão a ser salientada diz respeito à articulação das ações e intervenções técnicas para o acolhimento mais ampliado das necessidades de saúde da população, incorporando os aspectos da vida cultural e social no processo de suas delimitações e na construção do objeto de trabalho. Ou seja, a integralidade representa a possibilidade de se reconhecer as necessidades de forma mais abrangente, permitindo uma aproximação do modo como os serviços lidam e resgatam valores e características socioculturais em suas intervenções, articulando-os com os processos orgânicos e biomédicos quando de suas interações com a população masculina. Dessa forma, é possível perceber a existência, ou não, de especificidades no processo de construção de seus objetos de trabalho, quando se trata das necessidades de cuidados dos homens.

Uma outra questão a ser ressaltada se refere ao modo como são organizadas as práticas implementadas. Aqui, a integralidade remete aos cuidados e orientações definidas e ao modo como tais ações são executadas. Nessa perspectiva, a integralidade corresponde a como os serviços articulam as técnicas, os conhecimentos, os agentes do trabalho e suas experiências profissionais, na construção de intervenções. No caso do cuidado de um sujeito do sexo masculino o interesse está na percepção de como são as relações estabelecidas entre os sujeitos participantes (profissionais e usuários) no processo de intervenção. Como já dito, na operacionalização das atividades os serviços passam a ser considerados na perspectiva da dinâmica de relações interativas que profissionais fazem entre si, como também com os usuários. Portanto, é possível tratar as dimensões técnica e interativa que perpassam os processos de trabalho de uma maneira que contemple a integralidade, nesse tratamento, compreender como as necessidades e demandas dos homens emergem como questões a serem apreendidas e transformadas no agir técnico.

Contudo, vale uma ressalva importante sobre as articulações entre a produção de cuidados integrais de saúde e as necessidades de saúde mediadas pela dinâmica de relações interativas de homens e profissionais nos serviços. Não se pode descartar a existência de aspectos vinculados à estrutura organizacional dos serviços capazes de influenciar a interação entre os sujeitos presentes ao ato técnico, que podem ter conseqüências na integralidade das intervenções efetivadas. Enquanto produção e consumo de serviço, as ações de saúde dependem de outras questões que interferem tanto na forma dos profissionais trabalharem quanto na realização do consumo. Entre tais questões, deve-se considerar, por exemplo, as condições de trabalho, o acesso e a possibilidade de uso de serviços e tecnologias, a forma como são recebidas e acolhidas as demandas e necessidades dos usuários, a possibilidade de dar seguimento às proposições sugeridas, as expectativas e satisfação dos usuários frente ao serviço, entre outras. Todo esse conjunto de questões tem implicações decisivas no processo técnico-dialógico que profissionais e usuários estabelecem e, por essa razão, devem ser considerados na interpretação da produção do cuidado.

Ainda que as interações entre os homens e os profissionais possam ser consideradas à luz (1) das concepções sobre as necessidades (2) das argumentações teóricas acerca do trabalho em saúde, e também (3) das problematizações no contexto específico de serviços de saúde, um quadro conceitual fundamental para o alcance da integralidade dos cuidados é o referencial de gênero. Embora pouco utilizada nos estudos sobre as práticas de saúde, a noção de gênero tem o efeito potencializador no entendimento sobre saúde e adoecimento, conforme já referido anteriormente. Compreendido como construção social da diferenciação sexual, seu sentido relacional permite ampliar tanto a apreensão que as vivências e significados das masculinidades jogam na interface com a saúde, quanto torna possível o desenvolvimento de ações integrais que articulam promoção, prevenção e cuidados para a população masculina.

As relações entre masculinidades e saúde contemplam diversas ordens. Como já referido anteriormente, vários são os problemas de saúde dos homens que podem ser considerados a partir do referencial de gênero. Num primeiro olhar, o predomínio recai sobre problemas relacionados à sexualidade, com destaque para as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/aids. Quando se trata desses problemas, gênero e masculinidades emergem como questões mais facilmente cabíveis, pois remetem para os referenciais identitários de masculinidade, como, por exemplo, as práticas sexuais de risco devido virilidade, negação de vulnerabilidade, sexualidade incontrolável e compulsiva, entre outras. Também são referidas as situações de violência, constatadas nos altos índices de mortalidade e lesões provocadas por acidentes. Tais situações estariam relacionadas à idéia de força, agressividade, reforçada no processo de socialização das masculinidades.

No entanto, outras questões podem ser destacadas ao se pensar as necessidades de saúde dos homens e as vivências das masculinidades. No próprio campo da sexualidade e saúde reprodutiva surgem temas como a paternidade, a contracepção, entre outras, que pode dar uma dimensão mais integral aos cuidados de saúde tanto de homens como de mulheres. Por outro lado, nesta mesma temática é possível se pensar em ações de promoção e prevenção da saúde, numa perspectiva de gênero, quando são abordados, por exemplo, a prevenção de DST e aids.

No entanto, a articulação do quadro referencial de gênero com os pressupostos conceituais acerca do trabalho em saúde pode-se dar por algumas peculiaridades do trabalho. Recordar-se que o caráter reflexivo do trabalho em saúde torna o trabalhador detentor de uma autonomia decisória na sua ação técnica profissional. Tal poder é reconhecido por seus saberes técnicos e científicos, mas também é pautado em valores morais, caracterizando a prática em saúde como uma técnica moral-dependente (SCHRAIBER, 1993a). No exercício cotidiano profissional, o agente do trabalho utiliza-se desse seu poder decisório nas interações

assistenciais, possibilitando que o mesmo traduza elementos da vida social para a ordem do corpo e da normatividade biológica, naturalizando-os. Assim, como afirma SCHRAIBER (2005), o caráter reflexivo e autônomo do agente do trabalho, que orienta sua intervenção técnica, cria condições para reproduzir ou modificar as configurações socioculturais que sustentam as relações de gênero.

Assim, mesmo se não considerarem fatores sociais e culturais quando se age diretamente nas interações técnico-assistenciais de profissionais e usuários, tais aspectos se fazem presentes nos valores e juízos que moldam os comportamentos e idéias do cuidar da saúde. Na perspectiva de gênero, tais concepções são construídas a partir da referência dominante na sociedade, a visão social e estereotipada de atribuições e papéis de homens e de mulheres. Nas interações entre profissionais e homens, tais visões são reafirmadas tanto por profissionais quanto pelos homens.

Da parte dos serviços e seus profissionais, essa situação se apresenta mais claramente na invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, reproduzindo a idéia vinculada à masculinidade hegemônica que os homens não se preocupam com a saúde e, por isso, não procuram os serviços. Nos casos em que os encontros com os homens acontecem, os profissionais lidam com as demandas como se estas já fizessem parte naturalmente do perfil de morbi-mortalidade dos homens, abafando o reconhecimento de suas específicas e determinadas necessidades. Portanto, os serviços não encontram sentido tecnológico para incorporar as especificidades masculinas no plano do trabalho, apenas vendo nos homens os problemas que ocorrem na dimensão corporal anátomo-fisiológica.

Da parte dos homens percebe-se, por outro lado, que a interação se vê tensionada por amarras que têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor da própria cultura). Para VALDÉS e OLAVARRÍA (1998), a estrutura de gênero gera nos homens dificuldades de verbalizar suas necessidades de saúde,

dificuldades que decorrem também da imagem que os homens têm dos serviços de saúde. Para a população masculina, estes serviços se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, considerando-os como um espaço feminilizado. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (FIGUEIREDO, 2005).

É interessante salientar, ainda, uma singularidade das interações entre homens e profissionais de saúde nas unidades de atenção primária, serviços onde este estudo foi realizado. Por ser composto, principalmente, por profissionais do sexo feminino, em tais serviços a interatividade se dá, na maioria das vezes, entre homens-usuários e mulheres-profissionais, situação que acaba por reafirmar a idéia dos serviços como um espaço feminilizado, tensionando ainda mais essa relação.

Em síntese, articular os referenciais de gênero com o quadro conceitual acerca do trabalho em saúde amplia as possibilidades de compreender as necessidades de saúde dos homens em uma perspectiva integral de gênero, ou seja, sob a ótica das masculinidades. Esta mesma articulação também permite apreender como os serviços lidam com essas necessidades quando seus profissionais interagem com a população masculina. Nesse sentido, parte-se da tese de que os serviços, na operação do trabalho, não constroem e, portanto, os profissionais não utilizam estratégias tecnológicas integradoras que levem em conta as especificidades do gênero masculino, aquelas relacionadas às vivências das masculinidades. Entendendo tecnologia como “um conjunto de *saberes e instrumentos* que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994), emprega-se esse termo, bem como a noção de “estratégias tecnológicas”, enquanto saberes capazes de operar os processos de trabalho de modo a inserir gênero na arquitetura dos arranjos produtores da atenção aos homens nos serviços de saúde.

As relações entre masculinidades e saúde não devem ser consideradas apenas como se o perfil epidemiológico dos homens fosse resultado de uma certa despreocupação masculina com os cuidados com a saúde, mas que essas relações se caracterizam como uma *naturalização das construções sociais de masculinidades*, dificultando a percepção da presença dos homens nos serviços de saúde, como também abafando o reconhecimento de suas específicas e determinadas necessidades. Procura-se, dessa forma, demonstrar que, quanto à população do sexo masculino, supõe-se que as masculinidades exercidas geram necessidades de saúde diferentes entre os diversos homens em seus respectivos contextos, que não são vistos pelo ângulo do exercício das masculinidades, mas naturalizadas enquanto doenças comuns ao indivíduo de sexo masculino. Portanto, sob a ótica das masculinidades, as doenças devem ser realocadas em distintas modalidades de adoecer.

Quanto aos profissionais dos serviços, estes não reconhecem as distintas modalidades de adoecer por dois motivos: lidam já com o perfil de morbi-mortalidade de indivíduos do sexo masculino como necessidades de saúde da clientela masculina; e lidam com os estereótipos de gênero, realizando ações pouco integradoras e que reiteram as práticas sociais de gênero, reforçando a masculinidade hegemônica e os comportamentos de risco. Dessa forma, as masculinidades acabam não sendo acolhidas adequadamente nas práticas de cuidado empreendidas nos serviços de saúde, principalmente aquelas práticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Desse modo, cabe perguntar quais são as construções de gênero que usuários e profissionais elaboram? Qual é o sentido que tais construções têm quando se trata de pensar na saúde? Como essas formulações interferem no modo como os homens usam os serviços de saúde e na maneira de apreender as necessidades de saúde dos homens. Essas são perguntas que tentaremos responder com os nossos resultados.

Capítulo 4

METODOLOGIA

Os Campos de Estudo

Como o objetivo do estudo de campo era investigar principalmente as ações pautadas na promoção e prevenção da saúde masculina, definiram-se como sítios prioritários serviços públicos que prestassem assistência primária em saúde, preferencialmente na cidade de São Paulo. Não se tinha conhecimento da existência de ações diretamente voltadas para a população masculina em nenhum serviço público de atenção primária da cidade, com exceção do processo incipiente de organização de atividades direcionadas para esta população no CSE Butantã. Dessa forma, tornavam-se passíveis de ser selecionadas as unidades básicas do Sistema Único de Saúde, as unidades que desenvolviam estratégias de saúde da família e os serviços de atenção primária vinculados às instituições universitárias. Como as questões em pauta eram pouco discutidas nos serviços de saúde em geral, optamos por eleger serviços que tivessem entre suas prioridades a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras em atenção primária, pois acreditávamos que serviços com essa natureza teriam contribuições valiosas na discussão da problemática da saúde masculina.

Assim, foram selecionados dois serviços de atenção primária à saúde que faziam parte de instituições universitárias. Foram escolhidos o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, localizado no bairro do Butantã, região oeste da cidade de São Paulo, e o Centro de Saúde Escola Barra Funda, situado na área central do mesmo município.

Além das razões referidas acima, outros critérios contribuíram para suas escolhas como sítios desta pesquisa, como, por exemplo, as condições estruturais e assistenciais dos

serviços que facilitavam a operacionalidade do trabalho de campo, tais como: corpo profissional qualificado; boa qualidade dos registros médicos; sensibilidade da equipe profissional e da chefia para o trabalho de pesquisa, e volume de demanda para homens usuários. Por outro lado, esses mesmos serviços foram sítios de pesquisa anterior, com temática similar, embora, com metodologia diferente. Por fim, um último critério estava relacionado às relativas semelhanças entre os dois centros de saúde. Ambos são serviços públicos constituídos por meio de convênios entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e instituições universitárias, respectivamente, a Universidade de São Paulo e a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Trabalham procurando desenvolver novas tecnologias assistenciais em saúde e têm suas ações baseadas em três pilares: pesquisa, ensino e assistência. Em seguida serão descritas características mais pormenorizadas de ambos os serviços, ressaltando-se as especificidades de cada um deles no processo de organização de suas atividades.

O Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã)

O CSE Samuel B. Pessoa é um serviço de atenção à saúde, constituído desde 1977, por meio do citado convênio entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado de Saúde. Está localizado no bairro do Butantã, daí porque é mais comumente conhecido como CSE Butantã. Seu objetivo primeiro é o desenvolvimento de projetos docente-assistenciais na área de atenção primária. Para tanto, o CSE Butantã tem se responsabilizado por atividades institucionais que incluem a assistência, a docência e a pesquisa de tecnologias de intervenção voltadas para aquele nível de atenção à saúde.

Sua característica de serviço vinculado tanto a uma instituição universitária quanto a uma organização do Estado prestadora de serviços de saúde potencializa suas responsabilidades tanto na atenção primária quanto no campo da saúde coletiva. Na área de

formação de recursos humanos, por exemplo, o CSE Butantã tem servido como base para o aprendizado de alunos de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Também responde pela formação, aperfeiçoamento e aprimoramento em serviços de profissionais de saúde já formados e com interesse em saúde coletiva, como é o caso da residência médica e do aprimoramento em saúde coletiva. Participa, ainda, de treinamentos e capacitações de profissionais que já atuam em serviços de atenção primária das redes municipais e estaduais de saúde (CSE BUTANTÃ, 2007).

No campo da pesquisa, o CSE Butantã tem se caracterizado pelo envolvimento em projetos de investigação direcionados ao desenvolvimento de tecnologias de intervenção em atenção primária. Este tem sido um campo de intensa atividade no CSE Butantã, principalmente por parte dos departamentos e instituições que atuam mais diretamente no serviço, como é o caso dos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria e Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da USP. Em tempos mais atuais, também outras instituições começam a desenvolver pesquisas no CSE Butantã, como é o caso da Escola de Educação Física da USP (CSE BUTANTÃ, 2007).

Dessa forma, a prática assistencial do CSE Butantã tem características bastante peculiares. Segundo o projeto de trabalho da instituição para o ano de 2007,

A assistência à população ganha aqui uma dupla dimensão: como necessidade para a viabilização de proposição de ensino em serviço e pesquisa operacional, e como compromisso ético com uma população pertencente a uma área geográfica adscrita ao CSE, que depende da sua oferta de serviços como alternativa viável para acesso ao SUS (CSE BUTANTÃ, 2007).

No plano específico da assistência, a partir de 2001, com a inserção do município de São Paulo no Sistema Único de Saúde (SUS), o CSE Butantã passou a fazer parte de uma rede de serviços de atenção à saúde, rede essa integrada por unidades básicas e outros serviços de maior complexidade (hospitais, centro de especialidades) existentes na região oeste da cidade

de São Paulo. Nesse sentido, embora vinculado institucionalmente à Faculdade de Medicina da USP, integra o território da Coordenação de Saúde da Subprefeitura do Butantã e segue as proposições e normas definidas pelo SUS para a região. Conta com supervisão geral do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e supervisões técnicas específicas do Departamento de Pediatria e de Fonoaudiologia da mesma Faculdade, para as respectivas áreas.

É responsável por prestar assistência a uma área delimitada do subdistrito do Butantã, com população estimada em aproximadamente 40.000 habitantes. A área sob responsabilidade da unidade é bastante heterogênea, incluindo segmentos com população de alto poder aquisitivo (como a chamada City Butantã), vários núcleos de favela – São Remo, São Domingos, Imperatriz Dona Amélia, Jardim dos Pinheiros, etc. – e outros segmentos que compõem um espectro variado de condições socioeconômicas (CSE BUTANTÃ, 2007). Seus serviços são destinados exclusivamente aos moradores da área, não deixando, no entanto, de atender alguns casos especiais, como emergências médicas e encaminhamentos especializados.

De modo geral, realiza atividades comuns aos outros centros de saúde, como vacinação, curativos, vigilância epidemiológica, distribuição de medicamentos, e presta assistência às crianças e aos adultos. Conta ainda com subáreas especializadas em saúde mental e fonoaudiologia. Embora possua instalações físicas maiores que a da maioria das unidades básicas de saúde, seus recursos materiais para a assistência não são muito diferenciados na comparação com essas unidades, ainda que disponha de recursos humanos em maior quantidade. Isso se deve, principalmente, à sua característica de serviço-escola, com responsabilidades de ensino para um grande número de alunos. Merece destacar ainda que o serviço utiliza-se da mesma rede de apoio diagnóstico e de referência para especialidades destinada a todas as outras unidades de atenção primária da região. Na perspectiva

assistencial, portanto, não se diferencia de outras unidades assistenciais da rede municipalizada de atenção primária do município, salvo as subáreas referidas acima.

Estruturalmente, o CSE Butantã é dividido em quatro grandes setores: atenção à saúde da criança, atenção à saúde do adulto, atenção à saúde mental e fonoaudiologia em atenção primária. Conta ainda com um serviço de saúde bucal, voltado principalmente para crianças e gestantes, atividades de educação e comunicação em saúde, vigilância à saúde, atividades de enfermagem, saúde da família e atenção primária domiciliar, além daquelas atividades gerais citadas anteriormente.

A assistência tem sido orientada por programas dirigidos às necessidades relativas à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos e ao diagnóstico precoce e tratamento de problemas de saúde, além do suporte para condições que afetam a qualidade de vida e a sobrevivência. As ações são orientadas sempre na perspectiva de instituir formas de trabalho que permitam detectar necessidades de saúde que transcendem os motivos imediatos de demanda por atendimento médico e para oferecer formas de atenção mais ampliadas em relação à consulta individual e ao trabalho do profissional médico.

O Centro de Saúde Escola do Butantã, pela situação institucional de ser um serviço-escola vinculado à Universidade e com forte vocação para a pesquisa, tem algumas características que o tornam relativamente diferenciado de outros serviços da rede assistencial de saúde. Essa diferenciação, com já dissemos, é relativa, pois o mesmo é parte integrante da rede de saúde do subdistrito do Butantã, seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e as normas e resoluções políticas que definem o funcionamento do sistema no município de São Paulo. Contudo, desde a sua origem, o CSE Butantã trabalha com a construção de modelos assistenciais alternativos. Tais modelos são regularmente reavaliados e estudados no processo de trabalho assistencial, de pesquisa e de docência, instruindo com isso reformulações e reorganizações no trabalho assistencial. Desse modo, o modelo atual de

organização das práticas de atenção à população no CSE é decorrente tanto das mudanças que se sucederam com o acréscimo de responsabilidades institucionais dos serviços de atenção primária com a implementação, por exemplo, do SUS, como também decorre fundamentalmente do próprio trabalho de pesquisa e avaliação da instituição.

Segundo NEMES (1995), pode-se delimitar dois grandes momentos na estruturação tecnológica no trabalho assistencial do CSE Butantã. Um primeiro corresponde à fase inicial e vai aproximadamente de 1977 até 1987 e uma segunda fase, desde 1987, até os dias atuais. Esta última tem como base para o desenvolvimento das práticas assistenciais a organização programática. Em sua construção, os programas definem objetivos de trabalho que, em linhas gerais, são estabelecidos a partir de necessidades sociais de saúde levantadas por meio de avaliações epidemiológicas, elaboram instrumentos de trabalho adequados para contemplar tais necessidades, determinando o conjunto de intervenções necessárias e a padronizando as ações a serem desenvolvidas (SCHRAIBER, 1993b).

Nos últimos tempos, tal formulação vem sendo constantemente reavaliada e, com isso, novas atividades e novos programas surgem, ajustando-se, porém, às proposições que permeiam as ações programáticas. A organização do trabalho que toma como base as ações programáticas é mais claramente percebida nos setores de atenção ao adulto e na saúde mental.

A seguir, serão descritas algumas características dos setores que prestam assistência no CSE Butantã, com prioridade para as informações pertinentes às áreas de saúde do adulto e de saúde mental, áreas que prestam mais diretamente assistência à população masculina adulta, especificamente, a população de interesse deste estudo.

O setor de atenção à saúde do adulto desenvolve tecnologias de atenção à saúde que potencializem a perspectiva da promoção à saúde e a responsabilização do indivíduo pelo cuidado da própria saúde (autocuidado), integradas a ações baseadas em enfoque de risco, que

selecionam, assim, grupos de indivíduos com maior propensão ao desenvolvimento de agravos (CSE BUTANTÃ, 2007). O setor trabalha com equipe multiprofissional, equipe esta composta por médicos (sanitaristas, clínicos e ginecologistas), enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e profissionais de outras instituições que prestam algum tipo de assistência específica voltada para os adultos.

Todas as ações desenvolvidas no setor seguem os pressupostos definidos pelos diferentes programas existentes. Tais programas são estruturados e voltados para grupos populacionais específicos ou em situações de risco de desenvolvimento de agravos à saúde reconhecidamente de maior prevalência epidemiológica. Atualmente, os programas existentes são: atenção à saúde da mulher; atenção ao envelhecimento e aos agravos relacionados às doenças cardiovasculares e doenças crônico-degenerativas; atenção ao pré-natal; atenção à saúde do adolescente; e programas específicos destinados ao controle da tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis. Destacam-se, ainda, duas outras situações de atividades assistenciais existentes no setor: a primeira diz respeito ao atendimento de demanda espontânea ou pronto-atendimento (atendimento não-programado); e a segunda, a um programa de atenção à saúde do homem, em processo de implantação. Embora cada um dos programas tenha alguns profissionais mais diretamente responsáveis pelo seu desenvolvimento, de modo geral, todos atuam como agentes do trabalho assistencial, respeitadas as especificidades de suas formações. Rotineiramente os programas são discutidos em reuniões previamente marcadas, com a participação do conjunto de trabalhadores do setor.

Algumas características do trabalho serão descritas mais detalhadamente, pois representam ações relevantes para o estudo das necessidades relacionadas às masculinidades. De um modo geral, as atividades assistenciais são realizadas individualmente ou em grupo. As ações educativas em grupos são regulares, agendadas previamente, e estão inseridas no conjunto de atividades definidas para todos os programas oferecidos na atenção ao adulto.

Tais ações podem ser conduzidas pelos diversos profissionais do setor. Entre as diversos grupos de atividade, alguns merecem ser citados, pois representam ações com participação masculina. São eles: grupo de promoção da saúde; grupo de recepção; grupo de ajuste terapêutico; grupo de alimentação e saúde (fazem parte do programa de atenção ao envelhecimento); grupo de contracepção (saúde da mulher); grupo homens e saúde (saúde dos homens); grupo de atividades físicas, etc.

A assistência individual, por sua vez, pode ser agendada ou ser fruto de demanda espontânea. É prestada por médicos, enfermeiras ou auxiliares de enfermagem. Quando agendada, em sua maioria, é parte do seguimento proposto pelos programas existentes. A demanda espontânea pode ser considerada a “porta de entrada” no serviço e o seu pronto-atendimento parece ser o grande desafio colocado para o serviço, pela grande pressão por assistência médica. Atualmente, na demanda espontânea há uma recepção da clientela pela equipe de enfermagem. Aí são discutidas as demandas e a possibilidade de resolubilidade nas diferentes instâncias oferecidas no setor. Os casos que precisam de atendimento médico imediato (PA) são encaminhados para consulta. Nos diferentes momentos de assistência, sempre quando possível, são propostas ações de promoção da saúde, com a integração das atividades de demanda espontânea aos pressupostos programáticos.

Na saúde mental, a equipe profissional é composta por auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos psiquiatras e sanitaristas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. As atividades desenvolvidas no setor são realizadas de modo integrado com os diversos programas do serviço, situação mais claramente percebida nas relações estabelecidas com a saúde do adulto. A entrada no programa se dá, na maioria das vezes, por meio de encaminhamento interno ou externo. A recepção da clientela é feita pelo auxiliar de enfermagem, salvo nas situações de emergência. Programa-se nesse contato uma entrevista dinâmica, realizada, também, por um profissional da equipe de enfermagem. A entrevista tem

o caráter de estabelecer um vínculo do usuário com o programa e visa obter informações variadas acerca da demanda, da história de vida, expectativas e representações de cuidado em saúde mental. A depender da avaliação feita na entrevista, o usuário pode ser encaminhado para um atendimento individual ou, então, ser agendado para um grupo diagnóstico. Esta atividade é realizada por três profissionais (psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem) e permite uma aproximação à problemática trazida pelo usuário, numa situação de interação grupal, definindo-se, após discussão entre os técnicos participantes, a proposta de atendimento para cada um. O atendimento tanto pode ser individual ou em grupo e consiste de assistência psiquiátrica, psicoterapia ou terapia ocupacional. Também são propostos atendimentos não agendados, no modo pronto-atendimento, podendo ser realizado por auxiliar de enfermagem ou psiquiatra (PEREIRA; GIORDANO JR., 2000).

A área de atenção à saúde da criança tem como pressuposto a promoção de saúde no processo de desenvolvimento da criança, além de desenvolver atividades específicas para identificação de situações de risco que necessitem ações mais imediatas. Cuida, ainda, dos agravos de maior prevalência no grupo etário de zero a 12 anos, faixa etária que é atendida no setor. As ações estão estruturadas da seguinte maneira: assistência em pronto-atendimento; atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI); atendimento em ações de saúde, envolvendo atividades educativas, de assistência individual, visitas domiciliares, assistência domiciliar e outras atividades extramuros; puericultura (com enfoque no incentivo ao aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, imunização, etc.); saúde do escolar; saúde em creche; além de assistência para as doenças mais frequentes na atenção primária.

Os setores de fonoaudiologia e saúde bucal priorizam ações voltadas para a população infantil em idade pré-escolar. Especificamente, a fonoaudiologia atende crianças com distúrbios relacionados à fala e com resolubilidade na atenção primária, por meio de busca

ativa em creches e pré-escolas da região. Já a saúde bucal trabalha com atividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças bucais mais prevalentes, especialmente a prevenção de cáries, através de orientação individual e ação educativa em grupo de pais e crianças. A saúde bucal também presta assistência às gestantes do programa de pré-natal do CSE e às situações de emergência. A fonoaudiologia, de forma complementar, atende as demandas por exames audiológicos de usuários assistidos em outros setores do CSE Butantã. Ambos os setores referenciam os casos mais complexos para serviços especializados.

Além dessas áreas de trabalho existentes no CSE Butantã, outras atividades devem ser destacadas. Uma delas diz respeito à experiência no trabalho com as situações de violência, em especial, aquelas vividas pelas mulheres em seu ambiente doméstico e familiar. Essa experiência vem se consolidando no CSE Butantã, com o desenvolvimento de tecnologia apropriada para essas situações, o CONFAD (conflitos familiares e domésticos). A importância desta atividade se afirma, para as proposições deste estudo, por representar ações voltadas para situações que implicam questões diretamente relacionadas com a vivência das masculinidades, considerando o âmbito da violência na vida cotidiana das pessoas e sua relação com a saúde.

Uma outra atividade importante a ser referida é a distribuição de medicamentos, pois a farmácia é uma das áreas com maior fluxo de usuários no serviço, atendendo, inclusive, moradores de outras regiões. A farmácia é reconhecida, pelos próprios profissionais que atuam no setor, como um local bastante utilizado pela população masculina, o que indica sua relevância para este estudo.

O Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”

O Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (CSE Barra Funda) é um dos primeiros Centros de Saúde-Escola do estado de São Paulo. Nasceu no ano de 1967, de um convênio firmado entre a Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Localiza-se no subdistrito da Barra Funda, região central da cidade de São Paulo. Sua formação se pautou pelo modelo tecnológico de programação em saúde, procurando responder às políticas de extensão da assistência médica a grupos populacionais marginalizados (CARNEIRO JR. et al., 2006). Tem como meta prestar assistência à saúde da população de sua área de abrangência, formar e capacitar recursos humanos na área de saúde e desenvolver pesquisas que operacionalizem tecnologias de modelos de organização de serviços em atenção primária em saúde (CSE BARRA FUNDA, 2004; CARNEIRO JR. ; SILVEIRA, 2003).

Por ser um serviço com laços institucionais com um estabelecimento universitário, o CSE Barra Funda tem compromissos com o ensino e a formação de pessoal na área de atenção primária e saúde coletiva. É centro de treinamento e formação de alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e dos cursos de Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Também participa do processo de formação da residência médica em Pediatria e Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. É também reconhecido como centro de formação de multiplicadores para funcionários da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

Na área de pesquisa, o CSE Barra Funda tem se notabilizado por investir nos estudos das condições de vida e de saúde de populações que vivem em situação de exclusão social.

Além disso, o serviço tem sido campo de investigação para pesquisas de diferentes instituições interessadas no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária para algumas situações específicas com repercussão no campo da saúde, com é o caso dos estudos relacionados ao controle de infecções do trato reprodutivo em atenção primária e projetos assistenciais às mulheres em situação de violência (CSE BARRA FUNDA, 2004).

Quanto ao campo da assistência à saúde, o CSE Barra Funda tem tido como objetivo garantir o acesso aos cuidados de saúde da população adscrita na região sob sua responsabilidade, atuando sobre necessidades reconhecidas coletivamente, tomando como referência a dinâmica social dos grupos populacionais existentes em sua área. Da mesma forma que o CSE Butantã na região oeste, mostra-se integrado aos pressupostos do Sistema Único de Saúde, compondo uma rede de unidades básicas com outros serviços de saúde da região central da cidade. O CSE Barra Funda é subordinado tecnicamente à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Sua área de atuação inclui partes dos distritos da Barra Funda, do Bom Retiro e de Santa Cecília, com uma população moradora de aproximadamente 32 mil pessoas, caracterizada por ser bastante heterogênea. Na região tem crescido a população moradora em núcleos de favela e/ou em conjuntos habitacionais de baixa renda, que passa a conviver com segmentos domiciliados em boas condições de moradia. Além da população moradora, vale destacar a grande circulação de pessoas na região, que passam a se caracterizar também como usuários ou “moradores”, usufruindo dos serviços oferecidos na região. Esta ampla movimentação é decorrente de transformações ocorridas na região central da cidade São Paulo nas últimas décadas. A região onde está situado o CSE Barra Funda vem passando por um processo de reestruturação urbana, com a chegada de vários núcleos empresariais, voltados para o comércio e para a prestação de serviços, atraindo, com isso, grande número de trabalhadores e outros grupos populacionais. Segundo estimativas trazidas no projeto

assistencial do serviço, para o ano de 2004, a população trabalhadora na região é de aproximadamente 15.000 pessoas (CSE BARRA FUNDA, 2004).

Tais transformações também têm provocado mudanças no plano das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, o que se reflete na reestruturação da organização do trabalho do serviço. Uma dos primeiros grupos populacionais incorporados, ainda na década de 1980, foi o dos trabalhadores da região, principalmente aqueles lotados em empresas menores, que não disponibilizavam serviços conveniados de saúde aos seus empregados. Para tanto, o serviço precisou se reorganizar, cadastrando tais empresas por meio de um “prontuário empresa” com a lista de seus funcionários. Implantou, ainda, um “sistema de notificação dos acidentes de trabalho”. Mais recentemente, a região tem atraído novos “moradores/trabalhadores”, como é o caso dos moradores de rua, profissionais do sexo, migrantes em situação irregular no país, entre outros, pressionando o serviço a uma nova organização para também atender suas necessidades e demandas (CSE BARRA FUNDA, 2004; CARNEIRO JR.; SILVEIRA, 2003).

Quanto às atividades desenvolvidas, o CSE Barra Funda apresenta poucas diferenças em relação a outros serviços de atenção primária. É constituído por núcleos de vigilância à saúde, serviço de vacinação, assistência a curativos e pequenos ferimentos. Presta assistência às crianças, aos adolescentes e à população adulta. Também conta com áreas especializadas em saúde mental, fonoaudiologia, saúde bucal e serviço social. Realiza ainda atividades voltadas à saúde do trabalhador, programa de assistência domiciliar e ações de enfermagem. Merece ser ressaltada a existência de programas específicos de atenção à população adulta de rua e um programa de controle de doenças sexualmente transmissíveis, reconhecido como referência no Estado de São Paulo. Algumas dessas atividades serão descritas com maiores detalhes, pelo interesse que representam para este estudo.

Na atenção à saúde do adulto, a questão do envelhecimento vem tendo prioridade na organização das ações em saúde. Procura-se organizar um fluxo de ações voltado para a detecção precoce e tratamento adequado das doenças crônicas degenerativas, permitindo, dessa forma, a redução de problemas de saúde decorrentes do processo de envelhecimento. Busca-se um trabalho em saúde que incorpore a questão da integralidade, promovendo atividades direcionadas para melhoria na qualidade de vida, prevenindo ou reduzindo complicações decorrentes das patologias de base, na perspectiva do envelhecimento ativo, tal como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Procura-se trabalhar seguindo as padronizações definidas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, bem como os fluxos e as rotinas estipulados na própria organização do programa do CSE Barra Funda. O serviço estimula as atividades em grupo, reconhecendo-os como espaços terapêuticos e educativos para se lidar com esses agravos, por facilitarem a identificação de dificuldades e resistências ao cuidado, promovendo, assim, a sensibilização dos pacientes quanto ao conhecimento de suas patologias e os seus respectivos "modos de andar a vida". Nesse sentido, destacam-se o Liang Gong (com uso de técnicas da medicina tradicional chinesa), grupos de qualidade de vida integrados pela população e por funcionários do serviço e um grupo voltado para o controle do tabagismo.

O CSE Barra Funda, por estar localizado em área com grande concentração de empresas, tem assumido de forma organizada e ampliada as ações na área de saúde do trabalhador. Nessa área, presta assistência médica e de enfermagem aos acidentados leves (de pouca gravidade), com preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e encaminhamentos para o INSS. Atende também trabalhadores com suspeita de doenças profissionais, referenciando-os aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Desde os anos 1990, o CSE Barra Funda tem lidado com a pressão por demanda de grupos populacionais considerados em situação de exclusão social. Entre eles podem ser citados os moradores de rua, com grande dificuldade para se enquadrarem nas proposições mais rotineiras; os profissionais do sexo, com baixo poder aquisitivo e só podendo fazer uso do serviço em horários específicos; e os migrantes em situação irregular no país, com condições precárias de trabalho e moradia. Esse contingente populacional, desde então, tem trazido muitos desafios para o serviço, fazendo-o buscar novas concepções de modelos tecno-assistenciais visando a inclusão desses agrupamentos populacionais. Entre essas concepções, trabalha-se na direção da equidade, por meio da estratégia de “discriminação positiva”, como forma de garantir acesso diferenciado a essas populações (CARNEIRO JR; SILVEIRA; 2003; CARNEIRO JR. et al., 2006). As ações que têm garantido tal inclusão são: a flexibilidade nos horários e o atendimento sem necessidade de agendamento. Por conta disso, tem ocorrido um aumento do afluxo dessas populações ao serviço. Destaca-se o percentual significativo de homens moradores de rua matriculados no serviço, da ordem de quase 70%, segundo os dados apresentados por CARNEIRO JR. et al. (2006).

Na área de saúde mental, o CSE Barra Funda propõe o seguimento de indivíduos com transtorno mental leve ou com diagnóstico de distúrbio mental orgânico compensado. Nessa área, o trabalho assistencial tem como diretriz a psicodinâmica, estimulando vínculos de experiências grupais. Prioriza-se o trabalho interdisciplinar com a atuação da equipe de enfermagem no acolhimento, do psiquiatra e do psicólogo em atividade de grupo para planejamento do seguimento. São oferecidas psicoterapias individuais e em grupo. A equipe de saúde mental também realiza trabalho interdisciplinar junto às demais áreas de atenção na busca da integralidade das ações em saúde (CSE BARRA FUNDA, 2004).

Um dos setores mais movimentados do Centro de Saúde é o serviço social. Além dos atendimentos individuais para as pessoas com alguma demanda social, participa ativamente na integração das ações desenvolvidas com a população em situação de exclusão social. Especificamente, coordena um grupo de sala de espera, que consiste em ações de educação e orientação junto aos usuários, enquanto aguardam a consulta, viabilizando, desse modo, a comunicação serviço-usuário.

Na área voltada de atenção à saúde da mulher priorizam-se as atividades de pré-natal, o planejamento familiar, a prevenção do câncer ginecológico e ações de promoção da saúde na fase do climatério. Trabalha-se com ações individuais e em grupos. No planejamento familiar, as atividades em grupo podem contar com a participação do casal. Também desenvolvem ações voltadas para o acolhimento das mulheres que vivem situações de violência, identificando o problema e procurando encaminhar adequadamente as resoluções.

Também realiza programas de atenção à saúde da criança, do adolescente e de saúde bucal. Na área de saúde do adolescente destaca-se o trabalho desenvolvido junto a instituições que atendem crianças e adolescentes infratores, buscando um conjunto de ações no resgate da rede familiar e de apoio a essa população.

Percursos e Procedimentos

O objetivo deste trabalho é compreender como são articuladas as práticas de cuidado de saúde com a identidade de gênero masculina. Essas articulações foram buscadas a partir do ponto de vista dos homens usuários, dos profissionais de saúde e dos momentos em que ambos interagem.

Desenho da Pesquisa

Investigamos as concepções de homens usuários e de profissionais de saúde, assim como as relações estabelecidas entre homens e profissionais de dois serviços de atenção primária. Procuramos identificar percepções, práticas, comportamentos e representações que o exercício das masculinidades joga na construção do processo de cuidar e tratar da saúde.

Selecionamos para a investigação empírica dois serviços públicos de atenção primária localizados na cidade de São Paulo: o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE Butantã) e o Centro de Saúde Escola Dr. Alexandre Vranjac (CSE Barra Funda). Elegemos os usuários do sexo masculino, na faixa etária de 18 a 60 anos, presentes nos dois serviços selecionados, e os diferentes profissionais que prestam assistência nesses centros de saúde. Circunscrever nessa faixa etária os sujeitos-usuários foi algo que se deveu à nossa intenção de estudar a população masculina e adulta, excluindo os adolescentes e os idosos, pois existem estudos com essas parcelas da população, assim como ações específicas voltadas para eles.

Foram utilizadas duas técnicas de pesquisa: a observação direta dos diferentes contextos, situações e atividades assistenciais que compõem a prática cotidiana de um serviço de atenção primária e entrevistas semi-estruturadas com profissionais e homens usuários. Com isso, pudemos apreender as relações entre as masculinidades e as práticas de cuidado de diferentes pontos de vista. Esta combinação tem recebido o nome de triangulação de técnicas, pois consiste em uma estratégia de pesquisa para ampliar o conhecimento acerca do objeto, possibilitando, a comparação, a articulação e a complementaridade dos dados coletados (MINAYO, 2006; MINAYO et al., 2005). Tal combinação é considerada, ainda, uma tentativa de garantir o aprofundamento da compreensão do fenômeno estudado e serve como alternativa para sua validação (DENZIN, LINCOLN; 2006).

O Trabalho de Campo

Foi realizado por uma equipe de pesquisadores com diferentes níveis de formação. Antes do início do trabalho de campo, todos os pesquisadores foram treinados para uma maior familiaridade com o tema. Discutíamos acerca do desenho de pesquisa, dos seus referenciais teóricos e metodológicos e, principalmente, dos instrumentos e roteiro de coleta de dados. Durante o trabalho de campo, mantínhamos reuniões periódicas, cujo objetivo era discutir e enfrentar os problemas ocorridos e problematizar questões que surgiam a cada momento da pesquisa. Procuramos, durante todo o processo de observação direta, manter o mesmo pesquisador no serviço para homogeneizar a coleta dos dados.

A pesquisa foi apresentada à direção e aos profissionais dos serviços e, em cada um deles, foi indicado um profissional da equipe multiprofissional que serviria de referência aos encaminhamentos necessários. A coleta de dados do segundo campo só se iniciou após todo o trabalho de pesquisa do primeiro ter sido encerrado.

Em cada um dos campos de pesquisa, o trabalho foi desenvolvido em etapas. Inicialmente, fizemos a observação direta do serviço. Começamos pelos espaços externos e salas de espera, fazendo uma observação mais geral. E só posteriormente passamos a observar setores mais específicos. Entendemos a necessidade de um tempo maior nesse espaço externo, pois a circulação de pessoas era muito grande e muitas questões de interesse da pesquisa poderiam ser observadas naqueles espaços.

O Campo CSE Barra Funda

No CSE Barra Funda, após a observação dos espaços externos, observamos o setor de recepção de usuário, espaço que poderia ser considerado como a porta de entrada e de saída do serviço, pois, praticamente todos os usuários passam por ali em algum momento, ou quando chegam com alguma demanda ou solicitação, ou quando estão indo embora e precisam marcar retornos ou exames solicitados na assistência recebida. Em seguida, passamos a observar espaços mais específicos. Acompanhamos as salas de espera da saúde do adulto, da saúde mental, a sala de enfermagem, uma sala grande, com muito movimento, composta por três pequenos consultórios, uma sala de observação e uma outra destinada a realização de procedimentos de medicação. Esse espaço tinha um grande movimento e, como disse uma médica do serviço, parecia o “coração nervoso” do CSE Barra Funda. A partir dali foram iniciadas especificamente as observações das atividades assistenciais, inicialmente com os atendimentos de enfermagem (pré-consulta, recepção de usuários não agendados, pós-consultas, curativos), seguidas pelas consultas de enfermeiras para, posteriormente, começarmos as observações das consultas médicas.

No total foram realizadas 41 observações de diferentes atividades: 21 atividades de atendimentos de auxiliares de enfermagem; 4 atendimentos de enfermeiras; 15 atendimentos médicos; 1 atendimento de assistente social e 2 atividades de grupo (uma com a participação de 1 médico e 1 psicóloga, e outra com a participação de 1 enfermeira).

Deve-se ressaltar algumas particularidades das observações assistenciais: uma das consultas de enfermeira observadas foi destinada a uma mulher. Em princípio, não era intenção da pesquisa a observação de atendimentos de mulheres. Porém, a enfermeira, antes de iniciar seu atendimento, perguntou ao pesquisador se não havia interesse em observar aquela consulta. Era o início das observações assistenciais, e o pesquisador achou inadequado

não aceitar o convite que a profissional estava fazendo. Naquele momento, a atitude da enfermeira pareceu indicar uma disponibilidade para a participação na pesquisa e, portanto, aquele era um momento importante para se estabelecer um vínculo afetivo com a equipe do serviço. Também foi realizada a observação de uma consulta de pré-natal. Neste caso, tratava-se de uma consulta com o acompanhamento do parceiro, o que parecia, de igual modo, responder aos propósitos da pesquisa.

Com relação às entrevistas, primeiro foram realizadas com os profissionais e depois com os usuários. Inicialmente, esperávamos entrevistar os sujeitos que tiveram suas consultas observadas. No entanto, o processo de realizar entrevistas é mais difícil, pois depende da disponibilidade de tempo dos selecionados, como também, principalmente, da parte de usuários de serviços de saúde, depende de conseguir fazer o contato com eles para marcar um novo encontro para a entrevista. Essa dificuldade torna o processo mais demorado e, muitas vezes, é necessário modificar os critérios de seleção durante o processo. No caso desta pesquisa, foram necessárias algumas adaptações, que tornaram o tempo de coleta dos dados mais lento. Todavia, acreditamos que os ajustes realizados não atrapalharam a análise dos dados. O trabalho de coleta das entrevistas estendeu-se por seis meses.

No caso dos profissionais, o critério de seleção se manteve. Todos os selecionados convidados concordaram em participar. Os encontros para as entrevistas com os profissionais ocorreram no próprio espaço do Centro de Saúde, com exceção de uma, que se realizou no consultório de um dos médicos. Todas aconteceram em salas reservadas, a portas fechadas, evitando locais em que o barulho interferisse na gravação. As entrevistas com os profissionais duraram aproximadamente uma hora. Procuramos diversificar os profissionais entrevistados por categoria profissional, idade, sexo. No total foram entrevistados 8 profissionais com a seguinte distribuição: 3 médicos (1 sanitarista e 2 clínicos); 1 enfermeira; 2 auxiliares de

enfermagem; 1 atendente de recepção e 1 assistente social. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Com os usuários aconteceram algumas dificuldades no processo de seleção dos entrevistados. Como as entrevistas iniciaram-se depois das observações (três meses depois), não conseguimos entrar em contato com muitos dos usuários observados ou, então, quando o contato se efetivava, alguns não se mostraram dispostos a participar, alegando, principalmente, falta de tempo, mesmo quando o pesquisador se oferecia para fazer a entrevista em local que fosse mais adequado ao entrevistado. Apenas 4 dos observados aceitaram ser entrevistados. Foi necessário, então, refazer o processo de seleção e entrevistar outros homens que estavam utilizando o serviço.

De todos os homens, alguns foram entrevistados em seu local de trabalho. Outros foram entrevistados no próprio Centro de Saúde. Todas as entrevistas foram realizadas em locais reservados, evitando-se interrupções ou barulho que prejudicassem a gravação. Duravam aproximadamente uma hora. No total foram entrevistados 10 homens. No processo de escolha dos entrevistados, foram procurados homens com características diversas, que contemplassem diferentes idades, cor da pele, situação conjugal, nível de emprego, etc. Entre os usuários entrevistados, apenas 1 havia nascido na cidade de São Paulo. Os outros eram migrantes, sendo 2 do interior de São Paulo, 1 imigrante boliviano e 6 migrantes do Nordeste brasileiro.

O Campo CSE Butantã

Uma questão importante precisava ser considerada em relação ao trabalho de pesquisa nesse campo. Esta diz respeito ao envolvimento do pesquisador com o serviço. Como o mesmo realiza atividades assistenciais e de supervisão de programas e atividades existentes no serviço, achamos mais conveniente para a pesquisa que outros pesquisadores,

independentes e sem vínculos com a instituição, ficassem responsáveis pelo processo de trabalho de campo.

Na coleta de dados do CSE Butantã encontramos algumas dificuldades. O processo, em princípio, deveria seguir o mesmo percurso realizado no primeiro campo. No entanto, ao iniciarmos a pesquisa, os profissionais do CSE Butantã entraram em greve, paralisando todas as atividades do serviço. Devido a isso, as observações foram suspensas e, para agilizar o processo, começamos imediatamente as entrevistas com os profissionais que se disponibilizassem a participar, mesmo em greve, retornando à fase de observação após o término da paralisação. Com o retorno das atividades, foram retomadas as observações, mas com já havíamos iniciado o processo de entrevistas, continuamos até o seu término.

Tal como no CSE Barra Funda, iniciamos a pesquisa pelas salas de espera, passando em seguida para o ambiente de recepção. Como o CSE Butantã tem uma estrutura arquitetônica diferente do CSE Barra Funda, as observações ocorreram por setores específicos. A cada momento observávamos um e só depois passávamos para outro. Observamos atividades ocorridas na saúde mental, na saúde do adulto, na sala de curativos e na farmácia.

Como para a atenção primária as atividades de enfermagem têm grande importância, optamos por observar mais as atividades realizadas por profissionais dessa categoria do que os das consultas médicas. Também preferimos, diferentemente do CSE Barra Funda, centralizar as observações no profissional, acompanhando todos os seus atendimentos do período.

Com relação às entrevistas, primeiro entrevistamos os profissionais e depois os usuários. Foram entrevistados um total de 19 profissionais de diferentes formações e áreas de atuação. Quanto aos usuários, entrevistamos 16 homens.

Capítulo 5

SER HOMEM, SER MULHER: AS CONCEPÇÕES DE GÊNERO DOS SUJEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir deste capítulo apresentaremos algumas representações de gênero que se mostraram bastantes significativas para uma melhor compreensão das relações existentes entre masculinidades e cuidados de saúde. Tais concepções foram sendo construídas à medida que fomos entrando em contato com os dados da pesquisa por nós realizada, especificamente os relatos de observação dos dois serviços pesquisados e as entrevistas feitas com os profissionais e usuários de ambos. Nesse sentido, procuraremos trilhar os caminhos que tais sujeitos percorreram para alcançar o entendimento necessário para uma maior satisfação das necessidades de saúde dos homens.

Inicialmente, abordaremos as concepções que os sujeitos participantes da pesquisa consideraram acerca dos significados de gênero e, posteriormente, como esses significados são articulados com as questões que perpassam as práticas e os entendimentos acerca dos cuidados de saúde.

Para o alcance dessas proposições, nas entrevistas, tanto com os profissionais como também com os usuários, inicialmente perguntamos o que significava para eles ser homem ou ser mulher. Já nas observações direta dos serviços, procuramos ficar atentos às manifestações dos profissionais e/ou dos usuários que indicassem possíveis concepções de gênero.

De uma perspectiva mais geral, podemos afirmar que o conjunto de sujeitos pesquisados constrói uma multiplicidade de concepções acerca do modo como se pode

vivenciar tanto a masculinidade como a feminilidade, apontando para a coexistência de uma diversidade de modelos, comportamentos e significados relacionados ao ser homem ou ser mulher. Mesmo da parte de um único sujeito investigado pôde-se perceber uma variedade de compreensões para a possibilidade de ser homem ou ser mulher. Assim, no que diz respeito especificamente aos homens, objeto principal deste estudo, pode-se dizer que do ponto de vista do masculino, é oportuno ter em conta sua dimensão plural, sendo por isso mais adequado nos reportar à existência de masculinidades, tal como proposto por CONNELL (1995a; 2000).

É interessante observar que, inicialmente, os entrevistados tinham dificuldades para lidar com a pergunta. Repetiam-na, gaguejavam, diziam não saber, aparentando certo embaraço na construção de uma imagem sobre o que viria a ser um homem. Passado esse instante, conseguiam então elaborar suas respostas. Uma primeira idéia que nos chamou a atenção foi que alguns entrevistados (principalmente usuários) constroem, num primeiro momento, a identidade masculina idealizada a partir de uma ótica valorativa norteadas por princípios gerais e que estão situados no campo da ética e da moralidade. A designação de expressões como “ter caráter”, “ser direito”, “ter dignidade”, “ser honesto” foram, muitas vezes, a primeira forma encontrada pelos usuários para caracterizar suas concepções acerca dos homens.

Dimensionar a identidade masculina em atributos como dignidade, caráter, honestidade e outros termos similares parece corresponder a significados que qualificam os usuários como sujeitos detentores de um valor colocado na ordem da honradez. Para os entrevistados, referir tais qualificações apresenta-os como sujeitos de virtude, portanto, honrados. Segundo o *Aurélio* (FERREIRA, 1986), “dignidade” corresponde à autoridade moral, respeitabilidade, honra e honestidade. Já quando falamos de “caráter” estamos nos reportando ao “conjunto de qualidades (boas ou más) de um indivíduo, e que lhe determinam

a conduta e a concepção moral, ou então, firmeza e coerência de atitudes e domínio de si” (FERREIRA, 1986). O mesmo pode ser percebido a propósito do termo “honestidade”, pois traz a idéia de probidade, decência e virtude, entre outros. Podemos considerar, pois, que, para os sujeitos entrevistados, o que está em jogo é a sua honra, reconhecida como valor moral dignificante da masculinidade.

A idéia da honra como um dos princípios norteadores da identidade masculina está presente em diferentes estudos que discutem a masculinidade. BOURDIEU (2003, p. 61), por exemplo, afirma que o senso de honra “torna o homem verdadeiramente homem”, ou seja, tal valor “é o motor de tudo que ele se deve, isto é, que deve cumprir para estar agindo corretamente consigo mesmo, para permanecer digno, a seus próprios olhos, de uma certa idéia de ser homem”.

Nesta mesma direção caminha VALE DE ALMEIDA (2000) em sua interpretação antropológica da masculinidade em uma comunidade do interior de Portugal. No seu estudo, ele utiliza a noção de “respeito”⁴, que, nessa localidade, é um dos elementos definidores de “ser um homem às direitas”. Na linha de raciocínio do autor, a autoridade moral dos homens é demarcada pela ética do respeito mútuo, o qual para ser afirmado deve ser, sobretudo, conquistado e merecido. Nesse sentido, embora algum indivíduo possa ser considerado um sujeito de respeito por assumir uma posição de *status*, tal indivíduo deve reiteradamente colocar à prova tal prestígio, por meio de atitudes como: honestidade, franqueza, capacidade de encarar ameaças de provocações, ter a exata dimensão de gastos, excessos e prazeres e provimento de mulher e filhos, entre outros. Nesse sentido, o respeito/honra é algo que sempre está ameaçado (VALE DE ALMEIDA, 2000; p. 164).

Para os nossos usuários entrevistados, o sentido moral que os leva a se afirmarem enquanto sujeitos dignos e de bom caráter funda-se em atitudes e condutas consideradas

⁴ Esta característica central na definição de prestígio de uma determinada pessoa parece ser a forma encontrada pelos moradores na região pesquisada por VALE DE ALMEIDA (2000) para afirmar a idéia de honra.

necessárias para que sejam reconhecidos como sujeitos detentores de tais valores. Na compreensão de nossos usuários-informantes os homens precisam “respeitar os outros”, “ter palavra”, “não mexer nas coisas de ninguém”, “cumprir com suas obrigações”, etc. Nesse sentido, posturas de honestidade e de probidade, assim como ser identificado como trabalhador, conferem ao homem uma virtude moral dignificante e o afirma perante os outros, com a conseqüente aquisição do reconhecimento social.

Ah, [...] eu ser homem, acho que, pra mim ser um homem eu tenho que ter caráter, tem que ter, tem que trabalhar, tem que ser honesto aí, não mexer nas coisas de ninguém. Que eu já, de menor eu já fiz isso e envolvi com os malandros, os malandro lá de Bauru, lá. Eu tinha quatorze anos, fui no embalo.

(Raí, 22 anos)

Ser homem? Ser homem é manter caráter, né? Isso aí é a base de tudo. Manter o caráter como homem, né? Ter palavra. Entendeu? Ser educado. Ser uma pessoa que saiba respeitar o vizinho, respeitar um cachorro, respeitar uma... Qualquer ser. Eu acho que pra um homem ser homem, eu acho que é um... O principio de tudo é o caráter.

(Ronaldo, 45 anos)

Ser homem idealmente, pra começar, é você ter dignidade, certo? Você ser honesto, cumprir com suas obrigações em todo sentido, entendeu? Trabalhar, poder trabalhar. Isso é ser homem. E ter inteligência suficiente pra poder sobreviver e aí, e também não, não tratar mal ninguém, ser uma pessoa correta.

(Edmundo, 58 anos).

Estes depoimentos demonstram, por sua vez, que para serem reconhecidos dignamente, o trabalho é uma categoria central e vital para a identidade masculina. Dito de outra forma, é por meio do trabalho que os homens se reconhecem como sujeitos sociais, o que pode ser sintetizado pela idéia trazida pelo dito popular “o trabalho dignifica o homem”. Nesse sentido, podemos afirmar que o trabalho assume uma dimensão “generificada” na estrutura das relações sociais, a ponto de um dos entrevistados afirmar: “se eu fico em casa um dia, eu me sinto mal”.

Alguns autores, como NOLASCO (1995) e SARTI (2005), demonstram os significados que o trabalho apresenta como constituinte da identidade masculina. Segundo

NOLASCO (1995), o trabalho define a primeira marca de masculinidade, pois é a partir do trabalho que são construídos os modelos de comportamento masculino, definindo-se uma linha divisória entre o público e o privado. SARTI (2005) advoga que, nas famílias pobres, o trabalho assume um referencial simbólico positivo, cunhado pelo seu valor moral, que permite ao homem das camadas sociais mais desfavorecidas requalificar-se socialmente.

Esta parece ser a compreensão dos usuários entrevistados nos serviços de saúde. Leonardo, um homem de 29 anos e casado, afirma que para ser homem é preciso primeiro trabalhar, pois dessa forma adquire sua independência e pode, finalmente, constituir uma família.

Primeira coisa é procurar trabalhar, né? Poder ter a sua vida sem depender dos outros, e, mais pra frente um pouco, ter a sua esposa, a sua família, e cuidar dela bem, bem certinho. Trabalhar, fazer força para viver bem, e acho que é por aí ser homem, mesmo, né?

(Leonardo, 29 anos)

Para muitos dos nossos entrevistados é por meio do trabalho que o homem alcança um patamar de respeitabilidade e hombridade, o reconhecimento moral que permite a ele se sentir um homem de verdade.

Aí eu acho que pra ser homem tem que ter vergonha na cara, tem que trabalhar, pra você ser honesto aí, e ser um homem de verdade, né?

(Raí, 22 anos)

Nos diferentes discursos dos usuários podemos perceber que o trabalho possibilita ao homem construir os diferentes modelos de representação social das masculinidades. O fundamento da atividade trabalho não está apenas na compensação financeira que ela representa. Embora a remuneração salarial tenha importância fundamental no mundo capitalista, importância essa garantida pelo valor que a circulação do dinheiro representa para um modo de vida impulsionado pelo consumo, o recebimento de salário não parece ser um fim em si mesmo. É bastante significativo que nenhum dos usuários entrevistados se refira explicitamente ao salário ou à renda quando aludem ao papel atribuído ao trabalho em suas

representações acerca da masculinidade. Apenas uma entrevistada (uma profissional) afirma que os homens valorizam mais o dinheiro que recebem, não dando tanta importância a outras instituições que compõem a malha social.

O homem traz a questão do trabalho muito, muito, muito forte. O homem vive pra trabalhar, né? A mulher, com exceções uma ou outra, a maioria é ao contrário, vive pra família, a prioridade é a família. A prioridade do homem não é a família, nem é a saúde, é o trabalho. É ganhar... Não é nem o trabalho, é ganhar dinheiro. Eu sinto muito isso. Então, essa coisa de você ficar parado, esperando uma consulta, você num está ganhando dinheiro, você num está fazendo nada.

(Marta, auxiliar de enfermagem)

Para os usuários, o trabalho assume uma outra representação. Tal como argumenta SARTI (2005) em seu estudo acerca da moral das famílias pobres paulistanas, para os usuários entrevistados:

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

O que parece mover os homens é, principalmente, a percepção de que por meio do trabalho podem adotar determinadas condutas e atitudes que os impulsiona para o reconhecimento e a respeitabilidade social. Para os entrevistados, o trabalho possibilita as condições necessárias para o cumprimento de seus deveres e obrigações, permitindo, dessa forma, que consigam assumir suas responsabilidades de manter, proteger e cuidar da família, ações diversas vezes reiteradas por eles como sendo inerentes à condição de ser homem. Por sua vez, para que possam exercer suas responsabilidades é preciso que tenham capacidade e sejam dedicados ao trabalho, outra característica importante referida nas entrevistas.

Acho que homem é uma pessoa que tem que ter muita responsabilidade, né? Consigo e quem está ao redor dele, né? Tem que ter responsabilidade, né? Principalmente quem tem família, né? Que nem, muitas vezes eu falo assim para minha mulher. Ela, né, reclama de certas coisas. Eu falo: 'Pô, mas, eu não deixo faltar...' ' Mesmo ferrado, eu não deixo faltar nada dentro de casa.

(Elano, 32 anos).

Ser um homem é... Sei lá, Eu mesmo eu me acho um homem, porque tenho responsabilidade com as coisas que eu faço.

(Oscar, 43 anos).

O homem, assim, por tradição, por tudo, eu acho que o homem sempre tem que ser o provedor, ser uma pessoa, assim, que sempre tem que está andando... tentando sempre andar mais pra frente, assim, no dia-a-dia pra poder manter os filhos, a mulher.

(Giovani, 30 anos).

Ser homem é... Vamos supor, é aquele cara que tem que ter uma capacidade em trabalhar.

(Emerson, 49 anos).

A referência ao trabalho como uma valor identitário masculino e compreendido como o modo mais apropriado para a aquisição do reconhecimento social por parte dos homens também foi discutido em outros estudos investigativos acerca da identidade masculina, desenvolvidos em diferentes regiões da América Latina. VALDÉS e OLAVARRÍA (1998b), por exemplo, ao pesquisarem os sentidos e significados da masculinidade para homens de setores populares e médios-altos da população chilena, afirmam que para os homens entrevistados o trabalho faz com que eles se sintam orgulhosos e respeitados. Perceberam ainda diferenças entre homens dos setores populares e das classes médias-altas na forma como a masculinidade é representada quando se trata de examinar os significados do trabalho. Os homens mais populares – no caso, o que mais nos interessa aqui, pois equivalem aos sujeitos investigados por nós – sentem que cumprem com as incumbências sociais relacionadas à identidade masculina. São responsáveis por suas famílias e seus provedores principais. Embora tenham condições de vida e de trabalho mais precárias que os homens das classes mais abastadas economicamente, em nenhum momento questionam sua masculinidade, apenas problematizam as condições que enfrentam para sua afirmação identitária.

Em outro estudo, realizado no Peru, FULLER (1998a) assinala alguns aspectos que conformam as representações de masculinidade para homens peruanos inseridos na classe média. Entre esses aspectos, aponta o espaço externo e a questão da esfera pública como

aqueles que sustentam e legitimam as prioridades masculinas. No âmbito do público, o trabalho significa alcançar a condição de adulto, constitui pré-condição para que se possa estabelecer uma família e é a principal fonte de reconhecimento social.

No entanto, ainda segundo FULLER (1998a), existe uma questão inerentemente contraditória na categoria trabalho. Embora representem a ascensão ao mundo adulto enquanto constituinte da hombridade, as exigências do mundo do trabalho muitas vezes se contrapõem às demandas da família e às responsabilidades éticas de cuidador enquanto chefe de família, aspecto este bastante considerado também por alguns usuários entrevistados. Este parece ser o entendimento de Edílson, quando ele afirma que muitos homens esquecem da família enquanto exercem suas atividades laborais, sugerindo a valorização da atenção e dos cuidados domésticos como algo necessário ao processo de identificação masculina.

Mas tem homens que 'se acha'. Porque homem machão, e não trata muito bem do que deve ser tratado. Por exemplo, pessoa no serviço esqueceu que existe família para os cuidados... os cuidados domésticos, entendeu? Que é uma coisa muito necessária.

(Edílson, 27 anos).

Associado ao trabalho, podemos perceber que há homens que valorizam o papel de responsável e provedor da família, também como uma característica da identidade masculina. Embora os entrevistados não se refiram diretamente ao trabalho como o motor que viabiliza suas prerrogativas com o espaço doméstico, muitos deles afirmam a importância das responsabilidades com a família e com a manutenção da casa. Desse modo, podemos perceber uma lógica que permite entrelaçar os sentidos dados ao trabalho com os significados de responsabilidade com a sustentação familiar. Em diversos discursos dos homens aparecem referências a atributos que os colocam como o principal provedor do lar e o chefe de família.

Ser homem é ser o chefe de uma família, ser a pessoa que dirige uma família, [...] que orienta a família. É o chefe da família. O homem é aquele que cuida do bem-estar e do futuro da família.

(Felix, 51 anos).

Todos nós somos iguais, mas o homem, assim, por tradição, por tudo, eu acho que o homem sempre tem que ser o provedor, ser uma pessoa, assim, que sempre tem que está andando... tentando sempre andar mais pra frente, assim, no dia-a-dia pra poder manter os filhos, a mulher.
(Giovane, 30 anos).

Nesse sentido, a constituição de uma família aparece como um projeto idealizado por inúmeros dos homens entrevistados. O processo de se formar homem, no sentido de ser reconhecido moralmente e socialmente, passa necessariamente pelo casamento e pela geração dos filhos. Com o casamento e com os filhos o homem se sente apto e impulsionado a assumir suas responsabilidades sociais. Para isso é preciso trabalhar, pois só por meio do trabalho o homem consegue se apresentar e fazer valer seu papel de chefe de família.

... Um homem pretende casar, pretende ter filhos. Aí vêm as responsabilidades de cuidar dele, primeiramente, de quem ele escolheu pra viver; e aí vêm os filhos, que precisam ter o apoio do pai, né? Desde quando o filho nasce, até onde o filho cresce. Hoje, ser o pai, em relação a ser o masculino, ele tem que ter várias responsabilidades que cabe ao homem, numa relação a dois, hoje, eu acho.
(Roger, 22 anos).

Todo esse processo de construção da identidade masculina associado à categoria trabalho, conferindo ao homem dignidade e respeitabilidade por suas responsabilidades sociais com a família e com a manutenção do espaço doméstico, não deve ser visto separadamente de uma outra dimensão também fortemente atrelada à constituição da imagem do ser homem. Tal dimensão diz respeito aos significados e a relação que a estrutura corpórea e a força física dos homens também jogam na edificação (imaginária) da masculinidade. Referir a capacidade física parece ser uma idéia que muitas vezes é compreendida como o fio condutor que potencializa a capacidade de trabalhar, como se percebe no depoimento de um dos entrevistados.

Ah, na natureza humana, o ser humano é aquele que tem mais força física, né? É aquele que a natureza mesmo deu mais força física pra ele, e... e que, normalmente, desde a Antigüidade, por ter essa força física, desenvolveu trabalhos braçais, e normalmente, na nossa espécie, a obrigação de trazer alimento, e... e isso, de tempo em tempo, veio, com o desenvolvimento da sociedade, tudo, mesmo não necessitando tanto da força física, até nos dias de hoje muitos homens acham que são obrigatoriamente o poder mais forte dentro da... de suas casas, né? Mas tudo isso tem uma história.

(Denílson, 34 anos).

A vinculação de uma possível valorização do homem com os atributos e características que se inscrevem e fazem parte de sua composição corporal parece ainda ser um pensamento bastante presente no imaginário da população de uma maneira geral, e da masculina em particular. Tal concepção aponta para um padrão ideal de masculinidade (a masculinidade hegemônica) centrada em aspectos relacionados à virilidade e à força física. A construção desse modelo é tida como sendo uma consequência natural e inerente à constituição dos seres humanos. Ou seja, denotam-se daí duas questões centrais permeando o processo de identificação masculina. A primeira diz respeito à crença no predomínio e sobreposição de uma base biológica e natural nas características e comportamentos dos homens. A segunda traz à cena a importância da dimensão corporal para a discussão dos processos de construção das masculinidades.

Entre os sujeitos pesquisados no nosso estudo, estas questões parecem ser algo já bastante sedimentado, aparecendo em várias entrevistas. Como exemplo, podemos citar a fala de um entrevistado, um usuário com formação universitária, que toma como referência, para compreender a experiência de ser homem, representações que remetem para características “naturalmente” determinadas. Além disso, ele compara os comportamentos humanos com aspectos da vida de outros seres vivos da natureza. Ao comentar que no seu ponto de vista o homem tem a necessidade de parecer forte e não transparecer algum tipo de problema, o entrevistador o questiona sobre qual seria a razão para o homem ter esse pensamento. Sua resposta segue na direção de que isso seria inerente ao homem, conforme podemos perceber

no excerto abaixo. Vale ressaltar ainda, que essa compreensão é reproduzida por outros entrevistados.

Eu acho que isso aí é inerente? Inerente ao homem. Eu acho que uma coisa, assim, como a natureza, né? Na natureza também acontece o mesmo com... Por exemplo, um macaco... Cuida das suas crianças. De um elefante. Na natureza é o mesmo também. O leão, por exemplo, ele cuida da leoa e dos seus filhotes. Procura comida pra eles e não sei o que... Não sei...
(Diego Lugano, 36 anos)

O debate acerca dos fundamentos que moldam as diferenças de características e comportamentos de homens e de mulheres não é algo novo. Como afirma CITELI (2001) desde o final do século XIX, quando Darwin publicou suas obras sobre a teoria da evolução, vive-se uma disputa científica: se as diferenças entre homens e mulheres estariam situadas no campo dos estudos da natureza ou no campo das questões que dizem respeito ao modo de organização da vida social, as ciências do social.

Compreendendo o determinismo biológico como o conjunto de teorias segundo as quais a posição ocupada por diferentes grupos sociais deriva de limites ou privilégios inscritos na constituição biológica (CITELI, 2001), tais estudos tomam os corpos masculinos e femininos como espelho da natureza. Segundo essa concepção, as diferenças nos comportamentos, habilidades e capacidades de mulheres e homens poderiam ser explicadas, por exemplo, por características adquiridas pelo tamanho do cérebro, pela estrutura genética ou seriam provocadas pela circulação de hormônios, etc.

Por outro lado, encontram-se as pesquisas de base sociológica, desenvolvidas inicialmente e principalmente por militantes e estudiosas feministas, que representam os chamados estudos de gênero. Esses estudos têm procurado contestar e refutar as bases do determinismo biológico, argumentando que muitos trabalhos reconhecidos como científicos, porque calcados em pressupostos de neutralidade e objetividade, partem, na verdade, de conceitos sociais e culturais baseados em gênero, e utilizam imagens preconcebidas do corpo para afirmar sua cientificidade.

Se tomarmos o depoimento de Diego Lugano como referência, é possível considerar que as vertentes teóricas essencialistas e pautadas no determinismo biológico vêm repercutindo com grande intensidade na formação da opinião popular, contribuindo, sobremaneira, para influenciar as idéias acerca de comportamentos e habilidades dos seres humanos no que tange às diferenças entre homens e mulheres. Tal como nos informa CITELI (2001), uma parte importante dessa repercussão se deve ao papel desempenhado pela mídia em sua tarefa de promover, divulgar e popularizar a ciência. Isso é possível de se comprovar ao atentarmos para os diferentes meios de comunicação de massa, recheados de reportagens que chamam a atenção para as novas descobertas científicas. Para a mídia, investir em tais assuntos garante o seu sucesso, pois, ao abordar as diferenças sexuais entre homens e mulheres enquanto categorias biológicas, assume tratar-se de tema atraente e que exerce um certo fascínio no público em geral.

No entanto, em que pese a força do determinismo biológico em âmbito popular, é preciso ponderar e problematizar tais concepções. A existência de uma variedade de arranjos no modo de ser homem ou de ser mulher entre diferentes grupos culturais e ao longo da história é algo muito maior para ser reduzido a uma simples questão de mecanismo da biologia. Como já referido anteriormente, devemos ressaltar que entendemos a vinculação dos processos identitários de homens e mulheres não como “causa natural” ou como parte da “essência” masculina ou feminina, e sim como uma construção cultural dos modos de viver em sociedade, tal com explicitado em outro trabalho (SCHRAIBER et al., 2005) acerca da discussão do tema violência. A fala do depoente Diego Lugano parece indicar, provavelmente, que é muito mais fácil e confortável acreditar num determinismo natural. Dessa forma, como bem sugere PAULSON (2002), se assim somos por natureza, não nos responsabilizamos por nossos comportamentos e atitudes, não questionamos a ideologia

dominante nem contestamos a forma como o poder se estabelece assimetricamente nas relações sociais.

Apesar de tais ponderações, não podemos desconsiderar os depoimentos que se valem de concepções essencializantes para afirmar os sentidos e significados do que vem a ser um homem. Ao contrário, devemos ficar atentos a esses pontos de vista que permeiam o senso comum, pois os mesmos, certamente, servem e servirão de argumentos para a compreensão dos processos de lidar com as necessidades e cuidados de saúde da população masculina, assunto o qual trataremos em seguida.

Como já dissemos anteriormente, associado ao processo de construção da identidade masculina por um viés naturalizador determinístico, há uma valorização da dimensão corporal nas falas dos entrevistados. Com relação ao *status* que assume o corpo para os homens, vários depoentes trazem as características corporais para salientar seus entendimentos acerca do que vem a ser um homem. Na maioria das vezes a alusão não é direta. Algumas vezes, o corpo aparece simbolizado por alguma imagem representativa do ser homem no consciente coletivo. Em outros momentos, fala-se do corpo por intermédio de comportamentos, atitudes e capacidades que acham particularmente significativos do ser masculino. Denota-se tal intenção, quando atentamos, por exemplo, para a importância que um dos usuários anteriormente referido dá à estrutura muscular quando descreve a força física como algo que qualifica o ser homem. Outras vezes, simplesmente a dimensão corporal reporta-se ao fato de o homem pertencer ao sexo masculino, indicando que a identidade masculina está em ser dotado do órgão sexual/reprodutor masculino ou no reconhecimento da presença de um pênis naquele sujeito.

Eu acho que ser homem é porque veio do sexo masculino.
(Carlos Alberto, 41 anos).

Ah, o que é ser homem, pra mim, é ser do sexo masculino.
(Giovane, 30 anos).

Nos casos de referência ao órgão sexual, observamos que a intenção dos entrevistados não é se autocaracterizarem, mas eles têm a finalidade de reforçar atitudes que outros homens assumem para afirmar sua masculinidade.

Porque tem muita gente que pensa que é homem porque... [riso]. Tem um pinto entre as calças. Pensa que é isso.
(Elano, 32 anos).

Os relatos acima apontam que, para muitos homens, as características corporais permitem previamente identificá-los como fazendo parte de uma determinada e específica comunidade: aquela formada pelos indivíduos do sexo masculino. É como se eles sentissem que desde sempre foram homens, pois têm pênis, nasceram dessa forma e isso é o suficiente para que possam dizer “sou homem”. Ou seja, naturalizam o processo, ignorando que na vivência em sociedade (na família e no entorno social) vão sendo *incorporados* atributos que modelam suas subjetividades aos modos de vida que os identificam como homens. Agindo dessa forma naturalizada, consideram que o corpo já traz a marca registrada que os identifica como homens, sem, todavia, atentarem para o fato de que é no uso social do corpo e, pois, no corpo e com o corpo, que se operam as práticas socioculturais definidoras da forma como os homens devem e podem se comportar.

Desse modo, não é possível ignorar os significados da experiência corporal na interpretação cultural de gênero, fazendo com que tal experiência assuma um papel central para a construção das masculinidades e das feminilidades. Por sua vez, não se pode desconsiderar a importância das construções e dos modelos de gênero nas representações e na forma de se viver e praticar o corpo no cotidiano. Em suma, não se pode desvincular o corpo da estrutura social na qual ele está inserido (BOLTANSKI, 1984). Tomando como referência a idéia de gênero como uma forma de ordenamento das práticas sociais e considerando que nos processos de gênero a vida cotidiana se organiza em torno de um cenário reprodutivo definido pelas estruturas corporais e pelos processos de reprodução humana (CONNELL, 1995a; 2000), é possível afirmar que a materialidade dos corpos está inserida nos processos de

construção de gênero. Poderíamos falar ainda da existência de uma incorporação das práticas de gênero ou, como nos fala CONNELL (1998), de uma encarnação social de gênero. Nesses processos, os corpos são tanto agentes como objetos das práticas de gênero, tornando-as práticas reflexivas do corpo (CONNELL, 1998).

Em vários momentos da pesquisa os entrevistados se reportavam ao corpo para afirmarem suas concepções acerca dos homens. Muitas vezes a incorporação da masculinidade se dava quando falavam de algumas atividades ou características que consideravam apropriadas para designar os homens. Referiam-se, por exemplo, à capacidade de ser ativo, lembrando de situações que remetiam às práticas como o trabalho, a sexualidade, os esportes, a violência. Outras vezes atentavam para a questão de gestos, posturas e suas interações sociais, que poderiam qualificá-los socialmente como mais homem ou menos homem. Abaixo seguem alguns relatos exemplificando ações de incorporação de gênero.

Tem muita gente que pensa que pra ser homem tem que ser desse jeito. Porque tem muitas mulheres. Ah, eu tenho X mulheres. Ainda eles falam: 'Eu dei X essa noite'. Pensa que ser homem é isso, né?

(Elano, 32 anos).

Eu acho que é: ele é o caçador, ele é o provedor, ele é o forte, ele é o que defende. Eu acho que é pela constituição física mesmo e pela questão hormonal. E eu acho que o homem atual provavelmente guarda essas reminiscências e também tem a necessidade sexual. Ele tem os desejos um pouco mais agressivos do que uma mulher.

(Isabel, médica)

O que é ser homem? (suspiro) Ah homem..., eu acho assim a sociedade impõe certas coisas. Que o homem tem que ser o machão, tem que ser o provedor da casa, tem que dar conta de tudo, tem que querer ser isso, ser aquilo. Mas eu acho... O homem não chora, essas coisas... Impõe essas masculinidades, essa coisa que eu não acho legal. Eu acho legal o homem que é delicado, que não só sabe conversar aos berros, mas tem aquela delicadeza pra conversar. Eu acho muito bonito isso, a delicadeza no homem. Só que assim, o pessoal é muito preconceituoso. Os homens não podem ser delicados que já acham que ele é gay. Tem muito homem que não é gay e é delicado. Isso acho que é tão...

(Leila, auxiliar de enfermagem).

É uma limitação muito grande, assim, né? Para o homem, né? Eu acho que... Por exemplo, a minha geração foi muito criada na atividade... Assim, desenvolvendo atividades físicas, por exemplo, né? Jogava muito futebol... Toda integração que a gente fazia nos grupos, envolvia uma atividade física, né? Fazer um esporte, ou então... Mesmo nas brincadeiras, né? A coisa do físico, assim, de pular muro, de subir, isso é uma característica muito importante pro homem, né?

(Luis Felipe, médico).

Uma outra dimensão importante na constituição da identidade masculina e bastante explorada pelos entrevistados foi a sexualidade. Inúmeras vezes os depoentes mencionaram os significados das práticas sexuais para compor seus modelos de masculinidades, tomando como referência não só as suas próprias vivências, mas também se reportando às representações que compõem o imaginário social acerca dos homens quando se trata dessa questão. A reiteração do tema sexualidade por parte dos entrevistados só confirma e demonstra a pertinência e a importância do assunto quando se trata da discussão da identidade masculina. Vários autores, nacionais e internacionais (LEAL E BOFF, 1996; OLAVARRÍA, 1999; DAMATTA, 1997; GOMES, 2003; SALEM, 2004), têm se debruçado na busca de uma maior compreensão das conexões entre masculinidade e sexualidade.

Ao falar da sexualidade, três aspectos sobressaíram nos relatos dos entrevistados. Em primeiro lugar, há uma vinculação da identidade masculina a um certo padrão de comportamento sexual, em que se destaca a realização de práticas sexuais simultaneamente com uma variedade de parceiras, associada diretamente com a idéia de uma vontade sexual impulsiva, a qual estamos chamando de heterossexualidade incontrolável. Um segundo aspecto diz respeito à rejeição à homossexualidade como uma prática identificada com a masculinidade. Deve-se ressaltar que os entrevistados procuraram desvincular essas práticas da sua própria vivência da masculinidade, ou seja, tais práticas representam a experiência de outros homens, não a deles. Por último, ocorreram relatos que associavam a masculinidade à capacidade de manter relações sexuais em razão da boa função do órgão sexual. Nesse enfoque surgem com destaque as dificuldades relacionadas à ereção. Para além de identificar

tais práticas aos significados da masculinidade, os entrevistados chamaram a atenção para as consequências diretas nas questões de saúde, idéia que será trabalhada no próximo capítulo, quando serão discutidas as necessidades de saúde em suas conexões com as masculinidades.

Com relação à heterossexualidade impulsiva, nem todos a aceitavam como o seu (dele) principal marco de referência identitária masculina. Preferiam se afirmar, enquanto homens, por meio de outros valores, como a responsabilidade, por exemplo. No entanto, ao mencionar a sexualidade, aparentavam reconhecer que o tema tinha um significado especial no processo hegemônico de construção das masculinidades.

Aí, você pegou. Por que eu não sei o que é ser homem. Bom... Ser homem, para mim, é ter responsabilidades. É o que eu entendo. Só isso. Ser homem, que eu saiba, é isso. Algumas pessoas falam que ser homem é ter várias mulheres, né? Sair com várias mulheres por aí. Eu não sei o que é isso. Então, não posso falar uma coisa que eu não sei. Eu não aprendi assim. Eu aprendi de outra forma. Sou homem, mas aprendi... Para mim essa parte de ser homem, para mim não existe.

(Richarlyson, 36 anos).

De preferência homossexual, declarada no decorrer da entrevista, o usuário do relato acima se reconhece homem em aspectos diversos da sexualidade, em convergência com outros usuários com preferência heterossexual.

Ser homem pra mim, é a pessoa respeitar o próximo. Ter dignidade, ser sincero com o que fala, não mexer em nada dos outros, querer o que dele, o profissionalismo. Isso pra mim é ser homem. Não é porque você tem, casos sexuais com 3, 4 mulheres... Isso não prova nada. Homem é ser digno, ter dignidade.

(Eder, 36 anos)

Tem muita gente que pensa que pra ser homem tem que ser desse jeito. Porque tem muitas mulheres. Ah, eu tenho X mulheres. Ainda eles falam: 'Eu dei X essa noite'. Pensa que ser homem é isso, né? Pra mim é diferente. Tem que ter responsabilidade, né?

(Elano, 32 anos)

As falas acima, portanto, mostram que, independentemente da opção ou preferência sexual adotada, há homens que relativizam o papel da sexualidade na definição de ser homem. No que tange à sexualidade e seu entrelaçamento com a masculinidade, as situações referidas acima nos apontam para uma questão que merece ser discutida: o referencial da

heterossexualidade incontrolável. Dois pontos ainda nos chamam a atenção nos relatos citados. O primeiro diz respeito ao fato de que o impulso sexual sem-controle dos homens segue sendo um marco fundamental para a afirmação da identidade masculina, mesmo para aqueles que não a tem como elemento prioritário no processo de construção de sua própria masculinidade. Por outro lado, referi-lo, mas com a intenção de diminuir ou rejeitar seu valor, nos indica a possibilidade da existência, da parte desses homens, de questionamentos dos modelos tradicionalmente construídos. Tais questionamentos, por sua vez, podem representar sinais da tão propalada “crise da masculinidade”, em que padrões de manutenção do poder masculino vêm sendo socialmente contestados, gerando tensões e conflitos de identidade em muitos homens. A questão da crise da masculinidade vem sendo apontada em inúmeros estudos (OLIVEIRA, 1998; 2004; GOLDENBERG, 2000; RAMOS, 2000; GOMES, 2003), suscitando polêmicas e confusões acerca das relações de poder que estão embutidas em qualquer relação de gênero. Desta questão específica, trataremos mais detalhadamente adiante.

A idéia da heterossexualidade incontrolável já vem sendo discutida por diferentes pesquisadores brasileiros. SALEM (2004), por exemplo, mostra, a partir de um estudo realizado com homens de 18 a 24 anos pertencentes às classes populares, que a impulsividade masculina para o sexo se estabelece naturalmente, como se fosse uma energia irresistível, uma força que emana do corpo e toma a cabeça do homem, dominando-o completamente. Tal representação, segundo essa autora, pode ser “formalizada nos termos de uma teoria sexual pulsional”.

No entanto, um detalhe chama nossa atenção quando observamos os seus achados e contrastamos com os nossos. Diferentemente dos nossos entrevistados, seus depoentes falam da heterossexualidade incontrolável como algo que diz respeito à sua própria vida, afirmando sua masculinidade e seu pertencimento ao gênero masculino a partir desse prisma. Já os

usuários dos serviços de saúde, em princípio, rejeitam tal padrão como modelo na construção de suas masculinidades. Embora reconheçam sua proeminência para os homens em geral, preferem se valer de outros referenciais de masculinidade. Poderíamos aventar que essa variação se deve a dois fatores: um primeiro poderia ser a diferença etária entre os sujeitos pesquisados, já que os nossos entrevistados constituem uma população um pouco mais velha e, por conta disso, talvez a sexualidade não prevaleça sobre outros valores que também constroem a masculinidade. Uma segunda questão importante diz respeito ao espaço onde foram selecionados os pesquisados. Enquanto os resultados de SALEM (2004) se referem a um estudo de base populacional, nossos depoentes são usuários de serviços de saúde, portanto, são sujeitos que se reconhecem com alguma necessidade de cuidado, o que pode se constituir como uma possibilidade de reelaboração de valores e práticas previamente instituídos.

À heterossexualidade como valor de referência para a identidade masculina socialmente construída, soma-se a repulsão à homossexualidade masculina⁵. Uma grande parcela dos depoentes não considera os homossexuais como homens. Um caso exemplar nesse sentido é o depoimento de Edmílson, para quem, os homens que se insinuam para outros homens não têm uma atitude de homem. É perguntado a ele, então, o que seriam essas pessoas:

Essas pessoas que fazem isso seriam o quê para você?

Homossexual, né?

Homossexuais, para você, não são homens?

Não... É metade homem e metade mulher, eu acho. Na minha opinião, entendeu? É metade homem e metade mulher.

Vamos supor, assim, por exemplo, se um homem chegar e falar. Vamos supor uma brincadeirinha: passar a mão na sua bunda e tal. Pô, já não é uma atitude de homem. É uma atitude errada. Entendeu? Ele fala: 'Ah estou gostando de você'. Vamos supor, eu sou homem, o homem chega e fala: 'Estou gostando de você'. É uma atitude errada isso aí, entendeu? Acho que não é uma coisa de homem isso aí, não.

⁵ Embora o termo homossexual seja utilizado tanto para os homens quanto para as mulheres que têm relação sexual com pessoas do mesmo sexo, em todo o texto usaremos a palavra homossexual para designar os homossexuais masculinos, pois em nenhum momento os entrevistados referiram as homossexuais femininas.

Por que você acha isso?

Ah, porque eu acho o seguinte, uma pessoa que é homem mesmo não vai chegar e falar: 'Vou passar a mão na sua bunda, vou... vou pegar no seu...' [risos] No seu bilau, eu vou pegar lá'. O que é isso? Eu acho que isso aí não... não é... atitude de homem.

(Edmílson, 36 anos)

Esse depoimento revela claramente como a identidade masculina passa por atitudes e gestos que não podem ser identificados com nenhuma imagem homoerótica, e como consequência algumas áreas do corpo devem ser objeto de intensa vigilância, pois representam a vulnerabilidade da própria masculinidade. O relato do entrevistado remete ao artigo de DAMATTA (1997) “Tem Pente Aí?”, no qual ele faz uma reflexão sobre a identidade masculina a partir de uma brincadeira dos seus tempos de infância, que consistia em apalpar o traseiro de um amigo, perguntando: tem pente aí?. Nesse artigo, o autor destaca o caráter de “lugar proibido do corpo masculino” representado pela bunda e como a homossexualidade pode ser vista como “uma traição ao gênero”. Chama a atenção ainda para o fato de se

[...] descobrir que um homem podia ‘virar mulher’ era uma desobediência ao sistema de classificação que tudo dividia em masculino e feminino, e uma prova inequívoca de desprezo à solidariedade básica devida ao gênero masculino, uma dimensão fundamental da identidade da pessoa no mundo. Ademais, ‘virar mulher’ era tornar-se um inferior e ficar satisfeito de ser uma reles imitação. Pois os veados eram seres intermediários e ambíguos. Não eram bem mulheres, embora procedessem social e sexualmente como tal. (DAMATTA, 1997, p. 40).

Desse modo, os homossexuais são classificados de diferentes maneiras, menos como homens. Para alguns entrevistados, a homossexualidade é uma “coisa errada”, “uma doença mental”, “uma fraqueza” ou ocorre devido à evolução do mundo, pois “quando foi criado o homem e a mulher... não existia isso”. Para outros, o homem deve manter um perfil de homem. Mas manter tal perfil não é apenas vestir calças. Abaixo seguem alguns depoimentos que ilustram essas interpretações.

Acho que é manter o perfil dele de não partir pra outras coisas igual... Como é que fala? Igual eu sou. Manter meu perfil de homem mesmo. Eu acho que o perfil de ser homem, no caso, é não ser viado. [risos] Manter sempre essa tese da gente desde os conceitos dos pais. Eu acho que pra mim é isso aí.

(Sócrates, 46 anos)

Ah, assim, o homem tem que ser homem, né? Homem que é homem. Agora, ser... coisa errada, aí. Ser um 'baitolo'. Ser uma outra coisa...

(Aloísio, 45 anos)

Percebe-se claramente nos depoimentos acima que os homossexuais são tidos como sujeitos que não podem ser considerados na categoria homem. Devem ser vistos como sujeitos socialmente inferiores ou então doentes. A homossexualidade pode ser compreendida como o contraste da masculinidade hegemônica. Os homossexuais distorcem a imagem simbólica do homem que se quer ser, refletindo um outro homem que não serve de marco para a identidade masculina e para definir um homem “de verdade”. Ou seja, embora desqualifiquem os homossexuais nas suas interpretações do que vem a ser homem, parece necessário aludirem a eles no processo de afirmação de sua própria masculinidade. Nesse sentido, é possível afirmar, seguindo a argumentação de PARKER (1998), que a homossexualidade masculina desempenha um papel-chave na regulação da conduta masculina normativa.

A estratégia para não considerar a homossexualidade dentro do espectro que compõe o terreno das masculinidades, muitas vezes, era articulada de forma inversa. Afirmava-se que ser homem é ter atração e manter relações sexuais com as mulheres, utilizando-se provérbios populares para exemplificar a questão.

Ser homem? É gostar da mulher. [risos]

(Hortência, psicóloga)

Ah, eu sou... Que eu acho? Eu acho porque eu gosto de mulher. Eu sou homem. Eu mesmo, eu me acho assim um homem porque... , mas porque eu gosto de mulher.

(Oscar, 43 anos)

O homem no seu devido lugar com a mulher. Não homem com homem. Acho isso errado. Porque Deus fez a panela pra tampa certa, né?
(Everaldo, 39 anos)

A importância da homossexualidade nas discussões acerca das construções sociais de gênero não é algo novo. Segundo PARKER (1991, 1998), o significado cultural da homossexualidade nessa construção não está enfatizado fundamentalmente no próprio modelo de prática sexual que ela representa, mas, particularmente, pela relação entre as práticas sexuais e os papéis de gênero assumidos durante o ato sexual. Dito de outro modo, o elemento central não é o fato de os participantes na relação serem do mesmo sexo, e sim os significados culturais representados pela ação de atividade e passividade tomada por ambos na relação. Para esse autor, ainda é hegemônica a idéia de que o homem que assume o papel ativo em uma relação homossexual não necessariamente sacrifica a sua masculinidade culturalmente construída, enquanto o outro, fazendo o papel passivo, abre mão da sua identidade masculina.

Embora concordemos com PARKER (1991, 1998) que a atividade e a passividade ainda tenham sentidos diferentes na noção cultural da homossexualidade, é possível vislumbrar compreensões um pouco diferentes e que não passam pela noção de atividade *versus* passividade. Um dos nossos entrevistados, por exemplo, afirma não ver diferença entre os parceiros quando se trata de uma relação homossexual.

Oh, eu sou bem real. Quanto da parte dos homens, eu penso fixo, assim, quanto eu falo, né? Eu acho que quando um homem for procurar o outro homem, ele é igual àquele lá que está passando pela mulher, entendeu? Porque, hoje em dia, Deus fez o homem e a mulher, entendeu? Então, o parceiro do homem é a mulher. Agora, se um homem procurar outro homem, os dois são a mesma coisa. Então, os dois são comparados iguais. No meu jeito isso aí, não tem nenhuma diferença.
(Aloísio, 45 anos)

Parece que para esse entrevistado o significado cultural da masculinidade se centra muito mais nos valores simbólicos dos desejos e suas relações com a identidade masculina (ser parceiro de mulher) do que nos papéis assumidos pelos parceiros em uma relação sexual.

Embora o depoimento de Aloísio condene as identidades sexuais direcionadas para pessoas do mesmo sexo, é possível reconhecer em sua fala mudanças que qualificam a homossexualidade de um outro modo. Tendo como parâmetro o trabalho de PARKER (1998), podemos perceber no discurso de Aloísio uma possibilidade de se criticar a idéia de atividade e passividade.

De acordo com esse autor, a construção do discurso acerca da homossexualidade sofreu um grande impacto a partir de meados do século XX, fruto do desenvolvimento das ciências, da medicina e do surgimento de novas tecnologias. Com isso foi sendo construído um novo discurso em que a ênfase deixava de estar centrada nos papéis de ativo e de passivo como componentes básicos de uma hierarquia de gênero, e passava a ser centralizada em uma definição do sujeito sexual, assinalando maior importância para o desejo sexual e para objeto do desejo. Essa idéia mais racionalizadora da experiência sexual permitiu que se elaborasse uma visão crítica das relações de opressão e dominação que estavam implícitas na idéia de atividade e passividade, com o conseqüente reconhecimento dos participantes da relação sexual como sujeitos de desejo sexual. A intenção do nosso entrevistado não foi a afirmação de um sujeito de direito. No entanto, podemos interpretar no seu discurso o reconhecimento da identidade sexual e do desejo como novos marcos de referência política na determinação das relações de poder que circunscrevem as experiências sexuais.

Ainda com relação às conexões entre masculinidade e sexualidade, merece ser destacada a importância dada por parte de um entrevistado ao significado que a (in)capacidade de ter relações sexuais mobiliza no processo de identificação masculina. Everaldo é um homem diabético que apresenta disfunção erétil motivada por complicações da doença. Em sua entrevista conta como vem lidando com o problema, os sentimentos que rondam ou já passaram por sua cabeça (suicídio) e como estimula outros homens que vivem a mesma situação a enfrentá-la corajosamente. Justifica sua atitude para com outros homens

dizendo: “ser homem é não ter vergonha de encarar o que está acontecendo comigo. E para muitos homens, encarar é meio difícil, né?”.

Para Everaldo é a potência sexual que afirma a masculinidade, pois a impotência é “um problema da masculinidade”. Segundo ele,

Não é questão de você querer ser macho, questão de você precisar. Você precisa daquilo ali; aquilo ali é a natureza sua. Sexo é uma natureza sua. E você fica sem isso, da hora pra outra, isso sobe pra cabeça.

(Everaldo, 39 anos)

O interesse nesse momento não é discutir os significados das dificuldades sexuais, tema a qual abordaremos mais detalhadamente no capítulo seguinte quando discutiremos as necessidades de saúde dos homens em sua interseção com os referenciais de gênero. O que merece ser destacado agora são os sentidos colocados pelos homens na potencialidade sexual como garantia de sua masculinidade. Ao se reportar ao pênis e à ereção, o nosso entrevistado chama a atenção para o aspecto natural do masculino e que se constitui num fundamento nuclear de sua identificação de gênero. É por meio dessas características, supostamente inatas e imutáveis, que o homem se reconhece como sexualmente ativo. Por sua vez, tais particularidades simbolizam a virilidade e a auto-afirmação que são esperadas de um homem. Como aponta LEAL E BOFF (1996) “a virilidade é um importante aspecto na significação do que é ‘ser homem’”. Se faltar esse atributo, o homem vê sua masculinidade ameaçada, correndo o risco de ser identificado com o feminino e, com isso, perder a sua força e o seu poder. É como se sente o nosso entrevistado, ao afirmar:

Eu acho que ser homem é ser isso mesmo. Que você perder a sua masculinidade assim, por causa de problema de doença... Você não vai mudar de sexo. Você não vai passar pra ser feminino. Porque, você sempre foi homem, você sempre está acostumado ali com a mulher. Pra mim é isso.

(Everaldo, 39 anos)

No entanto, parece não ser uma unanimidade a referência à potência sexual como um atributo de valor positivo para a vivência sexual dos homens. Um dos entrevistados se reporta à eficácia sexual travestida na idéia de potência para questionar algumas atitudes dos homens em suas práticas sexuais. Refere que os homens “falham” em seus relacionamentos por não serem carinhosos com as mulheres, e atribui essa falha à preocupação de se mostrar mais homem e, portanto, mais potente, como podemos ver abaixo em parte de uma entrevista:

E, na prática, como são os homens?

É, na prática eles são..., O homem..., ele no relacionamento dele, eu acho que ele tem um pouco de falha, né? O homem falha...

Como assim um pouco de falha?

Ah, assim... no sentido de relacionamento, né? Eu falo de transar, esses negócios. Então, o homem tem um pouco de falha.

Como essa falha no jeito de transar? Por que você acha que falha?

É porque o homem... Ele é menos carinhoso do que a mulher. Isso é uma falha. O homem tem que ser mais carinhoso do que a mulher.

[...]

E por que você acha que os homens são menos carinhosos?

Ah, por causa da masculinidade, né? Ele quer ser mais homem, mas... acaba não conseguindo, né?

O que é isso, ser mais homem?

Ah, ser mais homem é..., sei lá eu, né? Mostrar pra mulher que é mais potente, que tem mais potência. Ai acaba atrapalhando, né?

(Emerson, 49 anos).

Muitas vezes, tanto os entrevistados quanto os pesquisadores procuraram tomar a mulher como referência para melhor compreender o que é ser homem. Acreditava-se que seria mais fácil responder a pergunta, que por diversas vezes parecia tão embaraçosa. Parte dos entrevistados, contudo, achava que as mulheres eram iguais aos homens, só diferenciando-os nas características sexuais e em algumas funções fisiológicas. Outros, porém, tinham concepções bastante peculiares, que merecem ser destacadas.

Uma das questões mais apontadas se refere a uma suposta fragilidade da mulher. Vários depoentes qualificam as mulheres como mais frágeis e fracas que os homens, muitas vezes salientando aspectos de sua fisiologia e constituição corpórea para justificar e confirmar sua afirmação. Os homens assinalam a anatomia do corpo feminino, a menstruação e a

gravidez como características que reforçam a idéia de uma maior complexidade da mulher, tornando-a frágil. No entanto, nem sempre se toma a dimensão corporal como eixo para compreender a fragilidade da mulher. Alguns reconhecem que esse atributo feminino é algo que se aprende socialmente, sendo parte de um modelo sociocultural introjetado por todos. Outros ainda vêem a mulher como frágil e pronto.

Eu acho que só isso, o sexo e a mulher é mais frágil, ela tem o problema de dar a luz, ter filho. Do mais é igual.

(Jorge Wagner, 58 anos)

A mulher sempre existe uma gravidez, existe uma coisa e outra. Tem aquele... Vamos lá, aquele procedimento mensalmente. Tem aquele negócio assim, tal. Vai ter uma criança, tem que haver um pré-natal, tem que fazer uma cesariana. É uma coisa complicada em questão de ser mulher.

(Edilson, 27 anos)

Porque elas são educadas para a fragilidade. Em oposição ao homem, que é educado para ser forte. Ela sendo educada para a fragilidade, ela é muito mais sensível a suas mudanças físicas. Aos seus sentimentos, às suas sensações.

(Darci, assistente social)

Porque têm muitas maneiras, muitos ângulos de ser visto isso aí. [...] A mulher, além de ser uma parte fraca, frágil... Porque mulher, ela pode ser juíza, ela pode ser o que for. Ela é a parte fraca. Ela no trânsito, ela faz barbearagem...

(Eder, 36 anos).

A questão das características corporais da mulher reforça uma outra concepção acerca da identidade feminina. Diz respeito à idéia da mulher reprodutora e mãe.

Ser mulher seria... ter filhos. Isso seria.

(Marcelo Moreno, 27 anos).

Por outro lado, a idéia de fragilidade nos conduz para a questão da sensibilidade como uma referência ao se falar das mulheres. Alguns entrevistados se reportam às mulheres como sujeitos sensíveis, diferentemente dos homens que são mais práticos e objetivos. Tal compreensão leva alguns dos depoentes a questionarem determinadas atitudes das mulheres, pois acham que características como sensibilidade e vaidade dificultam a vivência cotidiana, principalmente quando se trata do trabalho.

Digamos, a mulher fica com esse lado mais sensível e emocional, e o homem fica com o lado mais racional, provedor, de responsabilidade de manter a família.

(Hortência, psicóloga).

Às vezes eu penso que eu gostaria de ser homem. Eu acho que o homem é mais prático. Mais prático com a vida. Ele tem mais foco nas coisas que ele faz. Quando ele tem que resolver uma coisa, ele vai, resolve, não fica com nhe-nhé. Esse nhe-nhé. Eu não gosto dessa coisa. Eu sou mulher, mas eu sou muito prática. Eu não gosto de nhe-nhé. E quando você trabalha com mulher, muita mulher, fica muito [riso]... É uma fogueira de vaidades. É difícil de trabalhar. A mulher fica olhando a roupa, que sapato, se está gorda, se está magra. Você vê assim: 'Teu cabelo tá despenteado. Você tem que alisar o cabelo, não sei o quê'. Perde tempo com algumas coisas que a gente não precisa perder. Então ela fica muito...: 'Ai, meu Deus! Ai, porque hoje eu estou assim'. Ah, não, uff. Vamos trabalhar! Deixa isso pra lá! Agora isso não vai resolver. E o homem é mais direto, né?

(Natália, técnica de enfermagem).

Todas essas interpretações acerca da identidade feminina, enfatizando aspectos como a fragilidade e a sensibilidade da mulher, e fundadas em dimensões ora culturalmente valorizadas (ser mãe e esposa) ora consideradas desqualificadas socialmente (pouco práticas e pouco objetivas), remetem para as perspectivas de gênero ideologicamente consagradas como tradicional e essencialista. Nesse sentido, o que os nossos entrevistados parecem afirmar é a visão estereotipada de uma sociedade vista sempre pela ótica da diferença de gênero e de papéis de homens e de mulheres, reforçando, dessa forma, a visão naturalizada do que vem a ser homem e mulher.

Do mesmo modo que para os homens, muitos entrevistados procuraram chamar a atenção para a valorização de aspectos que apontam para a dimensão moral da mulher, citando especificamente a questão do caráter, das responsabilidades e da honestidade. Contudo, o valor moral colocado nesses atributos correspondia a outras condutas e virtudes diferentes daquelas conferidas aos homens. Para os usuários, uma mulher virtuosa é aquela que não se prostitui e se dedica ao seu homem. Ela deve ser uma boa dona de casa, cuidando de suas responsabilidades domésticas e respeitando o marido.

Mulher? Eu acho que é quase a mesma coisa. É ter caráter, não se prostituir aí, que ela pode pegar uma doença aí de qualquer um, né?
(Raí, 22 anos).

Eu sei lá. É uma coisa que não explico. Eu tive uma esposa..., Ela nunca trabalhou, nunca precisou trabalhar. Minha primeira esposa. Vivia uma vida maravilhosa. Chegava em casa, minha roupa estava tudo prontinho já pro meu banho e tudo. Chegava do trabalho, né? Chegava em casa e estava tudo prontinho. Saía do banho e o jantar já estava na mesa. É uma coisa que eu admiro, entendeu, sobre a mulher.
(Carlos Alberto, 41 anos).

A postura de mulher... É uma mulher responsável, é uma menina. É uma mulher que dedique a você, né. Que respeite você e faça as coisas da mulher, que é lavar roupa, varrer a casa. É essas coisas. Mulher, não é?
(Luis Pereira, 41 anos).

Nota-se, nos excertos acima, que para os depoentes um ideal feminino estaria centrado, por um lado, em comportamentos e posturas das mulheres relacionados ao recato e ao pudor e, por outro lado, associada a tais comportamentos, há a expectativa de seu desempenho na manutenção do espaço familiar. Como já referimos anteriormente, para os homens ocorre uma valorização de aspectos que remontam para a sua responsabilidade no sustento e provisão do lar. Novamente aqui se percebe nos discursos de nossos depoentes a construção de um modelo de relações de gênero em torno de valores ainda bastante tradicionais, em que os papéis de homens e de mulheres estariam de certa forma cristalizados numa divisão sexual do trabalho e do poder nas relações afetivo-sexuais. Dessa forma, as mulheres estariam submetidas e subordinadas aos homens, tendo o seu espaço restrito ao ambiente privado, que deveriam honrosamente respeitar de forma responsável. Embora reconheçam as mulheres como sujeitos responsáveis, afirmam-se na tradição para dizerem que os homens são mais.

Ah, por exemplo, a pessoa do sexo masculino. Ela exige responsabilidade... Assim, um pouco acima mais do que a mulher. Eu sei que a mulher é igual. Todos nós somos iguais, mas o homem... Assim, por tradição..., por tudo, eu acho que o homem sempre tem que ser o provedor, ser uma pessoa, assim, que sempre tem que está andando... tentando sempre andar mais pra frente, assim, no dia-a-dia pra poder manter os filhos.
(Giovane, 30 anos).

Na lógica moral das mulheres recatadas e pudicas, um dos entrevistados chama a atenção para algumas situações que, segundo ele, estariam ocorrendo com as mulheres atualmente. De acordo com a sua compreensão, o comportamento das mulheres na atualidade “*deixa a desejar*”. Ele afirma que as mulheres maculam a própria imagem quando se apresentam na televisão. O usuário não explicita claramente o que quer dizer com apresentar-se na televisão, mas parece querer chamar a atenção para a exposição e exploração do corpo das mulheres, responsabilizando-as por essa situação. Acha ainda que as mulheres que iniciam um novo relacionamento afetivo após uma separação querem apenas se mostrar para o parceiro anterior e com isso também se desqualificariam.

E a mulher muitas vezes ela deixa a desejar. As mulheres, de um modo geral, muita vezes deixa denegri a própria imagem delas. Elas mesmas passam aquilo, se apresenta na televisão. Ela se mostra toda. Não creio que aquilo seja um papel pra mulher. Quando é um profissionalismo, tudo bem. A própria imagem da mulher denigre a imagem das outras. Porque tem muitas maneiras, muitos ângulos de ser visto isso aí. Vamos supor. Eu moro aqui, eu tenho uma vizinha que é solteira, aqui do lado. Se ela me procurar antes de eu procurar ela, seria dois cafajestes, um sendo safado ao outro. Mas a mulher ela mesmo denigre a imagem dela.[...] Ela terminou o relacionamento, ela quer provar pro marido que é capaz de qualquer coisa. Então isso aí, ela denigre a imagem das outras. Porque separou ela que arrumar, vamos supor: ‘Ah, vou arrumar um namorado antes que meu marido arrume outra, e já vou largar um na cara dele’. Isso, ela não vê por um ângulo, ela vê por vingança, só que ela ta denegrindo a imagem dela mesmo. Como quem diz: ‘Olha, então o cara tinha razão mesmo. Olha a mulher lá, já está com homem’. Então isso aí denigre a imagem da mulher.
(Eder, 36 anos).

Merecem ser destacadas as observações quanto às transformações mais recentes nos modelos de ser homem e de ser mulher. Os depoentes relacionam tais transformações ao processo de mudança em curso na sociedade. Alguns recordam a maior independência e autonomia das mulheres, apontando o crescimento da inserção das mulheres no mercado de trabalho. Parte dos entrevistados chega mesmo a lembrar da mobilização do movimento feminista e sua contribuição para uma maior participação das mulheres nos processos sociopolíticos cotidianos.

Ó, pra grande maioria é o provedor. Hoje em dia está muito diferente. Mas, antes, né? Ser homem era ser o provedor, aquele que manda. Aquele que exerce a maior influência. Aquele que comanda. Mas, hoje em dia esse conceito já está bem... Mudou bastante. Hoje em dia as mulheres estão mais independentes. Muitas já trabalham. Lógico que ainda não é totalmente a maioria. Mas, muitas já se libertaram um pouco desse conceito, um tanto quanto machista, que existia antes. E os homens acabaram também, eu acho, tomando consciência de que não é mais desse jeito, né? As coisas podem ser divididas.

(Fabiana, enfermeira).

Hoje a mulher já faz coisas iguais ao homem mesmo. Não tem nem tanta diferença assim. [...] Que hoje, a mulher e o homem já tão quase igual aí, junto. Em questão de trabalho. Tem mulher hoje que pega um caminhão e sai dirigindo, sem problemas. Então acho que não tem muita diferença hoje, também. A mulher em relação ao homem.

(Roger, 23 anos).

Ocorreram, no entanto, depoimentos que questionaram o processo de mudança. Alguns homens assinalaram que a maior participação da mulher no mercado de trabalho gerou uma certa confusão, pois os papéis e responsabilidades de homens e de mulheres não ficaram totalmente claros. De certa forma, tais pronunciamentos pareciam uma indagação ou quem sabe até uma reclamação acerca da perda de espaço dos homens naquilo que sempre foi considerado como de domínio masculino (o trabalho no espaço público). Assim, tem-se a impressão que os homens compreendem as mudanças como uma desorganização da vida em sociedade.

Não, ser homem e ser mulher tem, sim, um pouco, né? Cada um tem o seu dia-a-dia. O homem cuida das obrigações dele. A mulher tem as obrigações dela. Hoje, como o mundo está mal organizado, as mulheres aqui estão tomando conta quase de tudo. Então, eu acho que a diferença do homem pra mulher é que... A diferença é pouca hoje. Entendeu? Porque tem mulher pilotando avião, tem mulher pilotando metrô, pilotando trem... E tem homem aí que nem saber varrer uma rua. Entendeu? Então... Nessa parte aí, de ser homem e ser mulher..., a única coisa que tem diferença de um para o outro, só o sexo mesmo. Porque, parte de serviço, a mulher está quase administrando tudo.

(Ronaldo, 45 anos).

Para lidar com essas situações, alguns usuários procuravam argumentos que pudessem afirmar a força e o poder da masculinidade. Buscavam a diferença entre homens e mulheres, procurando ressaltar algumas características, que eles entendem como específicas dos homens. Reforçavam, por exemplo, a importância da força física e sua relação com o trabalho, tornando-a símbolo da maior capacidade masculina.

Por que o homem já tem mais capacidade de entrar... Pegar um serviço pesado... Chegar, conversar, esse negócio. Uma coisa diferente da mulher.
(Carlos Alberto, 41 anos).

Fica assim. A mulher, serviço pesado ela não agüenta mesmo... O dia-a-dia dela é completamente diferente. Cuidar da casa, ter filhos, esse negócio aí. É. O que eu acho que é diferente só isso. Diferencia do homem.
(Jorge Wagner, 58 anos).

É interessante notar, contudo, o incômodo que o processo de mudança social de gênero na contemporaneidade provoca em certas pessoas. Nos discursos de alguns profissionais há menções que problematizam algumas situações vividas pelos homens nos dias atuais. Uns falam nas exigências, expectativas e confusões que o processo tem gerado em muitos homens, deixando-os por diversas vezes perdidos e atabalhados. Outros se referem à inversão de papéis entre homens e mulheres, deixando os homens sem espaço e angustiados, chegando mesmo a afirmar que “ser homem hoje é uma coisa complicada”. Alguns ainda apontam para uma frustração e desencanto com certas instituições sociais como o trabalho e o casamento. Dessa forma, vários profissionais vêem os homens como coitados, perdidos, atrapalhados, etc.

Na minha opinião, ser homem é uma coisa complicada hoje em dia. Eles estão meio sem papel na sociedade. A gente está suprimindo cada vez mais a [riso] masculinidade deles, e fazendo cada vez mais o papel deles. Eles estão muito perdidos. Eu, quando converso com eles, eles tão meio sem saber aonde ir, o que fazer. Por conta da necessidade da auto-afirmação, do machismo, do poder; isso hoje em dia está muito mais nas mulheres do que nos homens. Então eles vêm muito angustiados em relação a relacionamento homem-mulher; quando a menina está trabalhando e eles não... Tem muito homem desempregado passando aqui. E ele acaba no bar, bebendo, jogando, arranjando briga. Ele se sente meio diminuído pela esposa...
(Paula, técnica de enfermagem)

Coitados, não? [risos] A gente, felizmente, se for bem atenta, vai está percebendo uma mudança. No “ser homem”. A minha geração percebeu as mudanças com os irmãos, com o marido. Do meu pai pra eles. Porque é... Mas eu tenho pena [risos].

A mulher agora é a provedora, ela é lutadora, ela busca o prazer sexual sozinha ou com vários parceiros. Então, eles estão desloca... Ela não precisa dele para proteger nem pra caçar. Nem pra nada. Então, eles estão deslocados e a sociedade tem a pressão de que é mesmo pra aceitar a sociedade... Para ser assim mesmo. Para ser um homem, um metrosssexual [risos].

Eles perderam o lugar. Do ponto de vista social, eu percebo por causa das pessoas mesmo, né? Dos homens insatisfeitos, frustrados. Com o trabalho, com o casamento. Tudo por conta acho que dessa mudança. Deve ser independente mesmo. Aqui a gente percebe bem isso.? O grande chefe de família... Não precisou o IBGE falar e sair na “Folha” há poucos dias. A gente viu isso. Elas têm vários filhos de vários parceiros. Elas bancam filho, neto e sozinhas. As mulheres são as chefes de família... A maior parte dos lares a gente não vê mais o homem ser o centro daquele lar.

(Isabel, médica).

Eu acho que, atualmente, se exige muito também dos coitados dos homens! [Riso] Eles têm que ser companheiros, eles têm que escutar. Eles têm que participar. Sei lá, acho que tem se exigido muito deles mesmo. [Riso] Numa outra geração, isso não era tão importante. Numa geração anterior, era meio claro o que era ser homem e o que era ser mulher. Mas, isso está cada vez se misturando mais, eu tenho impressão. O que é papel masculino e papel feminino está cada vez se misturando mais. As mulheres estão trabalhando, estão aí na luta. As tarefas domésticas têm que ser divididas. Então, não é exclusivamente mais da mulher. A educação dos filhos também tem que ser dividida. Do mesmo jeito que a mulher divide a conta da casa, o marido tem que dividir as tarefas domésticas, a educação das crianças. Então, hoje em dia, se espera muito que o homem seja companheiro. Que ele esteja presente e que ele ouça. Que ele partilhe as tarefas domésticas. [Risos] Cozinhar até que dá, porque se ele estiver, assim, trabalhando ou estiver numa carreira legal, a gente compra comida! [Risos] Mas, de qualquer jeito, se exige cada vez mais que o homem entre em contato com uma parte afetiva, sensível dele. Pra conviver melhor com a mulher e com a família em geral. E acho que isso deixa os homens meio confusos. É o que eu percebo. [Risos] Eu sinto isso, às vezes. Sinto isso até em casa, às vezes. Que o marido se atrapalha às vezes, ele quer ajudar a lavar louça. Mas..., [Risos] Tudo bem, eu lavo a louça hoje! Como se fosse uma obrigação também. É meio esquisito, sei lá! Não sei como é ser homem hoje... Tem mais exigências do que tinha antigamente. O papel é mais fragmentado, não basta ser provedor. Mesmo porque ele não consegue ser o provedor de antigamente. Então tem que ser mais sensível, tem também que trabalhar, igual à mulher. Mas também tem que está dentro de casa. E eu fico pensando, às vezes: ‘e a parte dele mesmo? Assim, sei lá, a saída com os amigos. Não sei. ‘Pô’, se exige tanto dos coitados, será que tem uns homens ainda [...] jogam lá as peladas, fazem umas coisas de homens só? [Risos] Então eu não sei! Todo esse universo, não sei! [Risos].

(Érica, técnica de enfermagem).

Os discursos acima remetem para a idéia de vitimização dos homens (OLIVEIRA, 1998, 2004), indicando que para muitas pessoas as inúmeras transformações ocorridas na sociedade ocidental nas últimas décadas trouxeram dilemas e conflitos no processo de socialização dos homens. Os argumentos utilizados parecem expor que nesse processo os homens estariam enfrentando e experimentando expectativas que confrontam os ideais hegemônicos de masculinidade com a prescrição de um modelo que restringe e limita comportamentos considerados legítimos para a identidade masculina, gerando nos homens um sentimento de insegurança. É com base nesse confronto e nessa insegurança que se constrói a discussão acerca de uma possível crise da masculinidade.

Vários autores vêm empreendendo um debate acalorado sobre a existência ou não dessa crise (OLIVEIRA, 1998, 2004; RAMOS, 2000; GOLDENBERG, 2000; GOMES; 2003). OLIVEIRA (1998; 2004) talvez seja um dos autores brasileiros mais contrários acerca da idéia de que a masculinidade viveria nos dias atuais momentos de crise. Segundo esse autor, parte dela estaria sendo formulada por uma linha de pensamento que enxerga o homem como vítima de sua condição de gênero, haja vista os abalos que vêm sofrendo os pilares que sustentam o modelo de masculinidade idealizado. OLIVEIRA afirma ainda que o discurso vitimário dos homens apóia-se em uma tríade conceitual formada por argumentos psicologizantes, pelo paradigma funcionalista de papéis sexuais e por uma crítica à estrutura de produção capitalista, resultando em uma perspectiva que se mostra aflitiva e angustiante na avaliação da condição masculina.

Não obstante, para esse autor, não se trata de uma crise de masculinidade. Fruto de mudanças em que o movimento feminista teve destacado lugar, o que parece existir são questionamentos e descontentamentos com o modelo tradicional de gênero vigente e que acarretam insatisfações ou tensões com os padrões masculinos socialmente sancionados. Assim, menos que uma crise, o autor identifica “desajustes”.

Outros autores, como RAMOS (2000), também questionam a existência de uma crise da masculinidade. Esse autor argumenta que o masculino não se encontra em crise, pois ele em si, enquanto condição de gênero, vive em “permanente e endêmica” crise na sociedade patriarcal. Partindo dessa premissa e de que a masculinidade não é algo dado e que deve ser constantemente conquistada, o preço que se paga é a vigília eterna das emoções, dos gestos e do corpo masculino. Nesse sentido, as conquistas do feminismo não podem ser tratadas como os determinantes da crise, apenas a tornaram mais visíveis.

No entanto, os discursos dos entrevistados apontam que os descontentamentos referidos vão além desajustes temporários ou conjunturais. Parecem muito mais sintomas produzidos por conflitos causados por um modelo que já não responde às necessidades do presente, espelhando um padrão de masculinidade superado socialmente. Concomitantemente, tais questionamentos manifestam incertezas com o novo, com outras possibilidades de se exercer a masculinidade. Dessa forma, percebemos o trilhar de um caminho de ruptura do modelo tradicional e que momentaneamente, se expressa tal como uma crise, a crise da masculinidade hegemônica. O fato é que as prerrogativas atuais sobre o ser homem têm suscitado questões na sociedade, como podemos constatar nas falas reproduzidas acima. Essa situação parece tão marcante que uma das médicas entrevistadas simplesmente afirmou:

Acho que ser homem hoje é estar em crise (risos).
(Fernanda, médica).

Não podemos considerar esses relatos como sendo apenas uma postura vitimizadora dos homens. Muito menos devemos asseverar que as entrevistadas respaldam uma hierarquia que valoriza a dominação masculina. Seus relatos parecem indicar muito mais que isso. Em que pese muito dos homens entrevistados reivindicarem posições mais tradicionais dos significados de ser homem, enfatizando traços idealizados no que é mais hegemônico em termos de relações de gênero, as percepções dos profissionais de saúde nos indicam que,

mesmo nos estratos populacionais considerados mais desfavorecidos socialmente – a população atendida por eles –, os conflitos e dilemas da masculinidade emergem como situações problematizadoras para o campo da saúde.

A análise dos discursos dos sujeitos pesquisados possibilita construir um patamar diferenciado quando se trata de discutir as necessidades de saúde dos homens. Não podemos esquecer, como já demonstramos em capítulo anterior, que os padrões epidemiológicos dos homens mostram uma condição de saúde bastante desfavorável. Como ficariam então as concepções de saúde quando as discutimos à luz dos referenciais de gênero e masculinidade trazidos pelos próprios entrevistados? É sobre esta relação que iremos nos debruçar no próximo capítulo.

Capítulo 6

MASCULINIDADES E SAÚDE: CONSTRUINDO GÊNERO E (DES)CUIDANDO DA SAÚDE

As construções de gênero definem as diferentes formas de cuidar da saúde e, na perspectiva das masculinidades, as práticas de cuidar da saúde são vivenciadas de modo bastante problemático. Essa pode ser uma síntese dos pensamentos e representações percebidas no material coletado nesta pesquisa. Vários sujeitos participantes do estudo mesclavam sua representação de gênero com as questões de saúde, as quais não se restringiram apenas aos cuidados e problemas de saúde dos homens, mas também os das mulheres. Trataram, pois, de situações nas quais a saúde delas poderia estar em risco, demonstrando a importância da dimensão relacional e interativa de gênero.

Neste capítulo iremos descrever, portanto, esse entrecruzamento das questões de gênero com as de saúde. Serão apresentadas e discutidas quais as características identitárias de homens e de mulheres que os sujeitos pesquisados relacionam, primeiro, com a ideia mais geral de saúde. A seguir, tomaremos alguns temas mais específicos considerados pelos sujeitos entrevistados. Tais temas vão ao encontro dos que SCHRAIBER (2005) aponta quando tratou das esferas da vida cotidiana para as quais já são reconhecidas desigualdades de gênero e que podem ser arroladas como relevantes para o campo da saúde. Entre outras, podemos citar a sexualidade, o trabalho, as relações familiares, a vivência e representações do corpo e as situações de violência.

Inicialmente, devemos levar em conta que os sujeitos pesquisados destacam o sentido relacional da questão de gênero e suas interseções com outras formas de se pensar as relações sociais quando o cuidado de saúde está em questão. Inúmeros entrevistados ressaltaram a importância da dimensão social e econômica no processo de determinação de uma prática de

cuidado. Alguns lembraram que a posição social do sujeito condiciona sua disponibilidade para os cuidados, seja pela possibilidade de ter mais tempo para se cuidar, seja porque sua renda permite que tenha uma atenção mais qualificada com a própria saúde.

O homem só vai mesmo procurar quando ele se sente doente. Eu só procuro quando eu sinto que estou com algum problema. Aí eu procuro. Mas antes eu não procuro. Porque tem gente que se cuida demais. Também pode, tem condição. Sempre fazendo exame. Passando no médico periodicamente. Eu mesmo só me cuido quando eu vejo que estou precisando.

(Oscar, 43 anos).

Por outro lado, é interessante notar a relação estabelecida por um médico quando questiona a dimensão de gênero nos cuidados de saúde. Primeiro chama a atenção para o sofrimento psíquico dos homens quando ganham menos que suas mulheres. Mas, ao se colocar que esse padrão não é uniforme na sociedade, ou seja, que existem situações em que a diferença de renda em prol da mulher não gera conflitos no casal, ou para o homem, o médico assinala a importância que assumem os valores tradicionais quando se trata dos pobres. Dessa forma, indica que há um diferencial nos significados de gênero quando são vistos da ótica dos níveis de inserção social. Esse entrevistado apontou para uma maior “rigidez”, isto é, um apego ao tradicional inflexível mesmo diante das mudanças sociais, nas camadas mais populares ou de nível socioeconômico mais baixo. Por contraste, acentua a importância de se pensar na perspectiva da diversidade e da pluralidade.

*Assim, as ambições é uma questão cultural, essa pressão pela sobrevivência. E geralmente um homem que ganha pouco sofre muito mais do que uma mulher que ganha pouco. Num casal, uma mulher desempregada tem geralmente um peso muito menor, psicologicamente, do que o homem desempregado. Mas eu acho que isso é uma coisa que não é um todo. **(O fato de estar desempregado, para o homem, parece...)** Sim, sim, mais pesado, é uma coisa muito maior. Eu acho, de novo, isso é relativo. Eu tenho uma paciente que é uma alta executiva e ele é um “dono-de-casa”. E os dois vivem muito bem. E eles estão muito felizes, pelo menos aparentemente, nesse modelo. Ele leva o filho na escola, supermercado. E ela, uma executiva. **(Mas pensando na população que vocês atendem, devem ter muitos homens desempregados...)**. Eu não sei se é preconceito meu, mas é uma população mais, o grosso dela, é uma população mais simples, de valores mais tradicionais.*

(João Saldanha, médico).

No plano mais geral, quando pensam nos cuidados e problemas de saúde e procuram interpretá-los à luz da idéia de ser homem, os entrevistados valorizam algumas características que qualificam como sendo bem específicas do modo de ser homem. Chama a atenção, em um primeiro momento, as diferentes maneiras de referência aos homens. São modos tão diversos que às vezes parecem contraditórios. Para alguns, por exemplo, os homens são “desligados”, “relaxados” e “despreocupados” com a saúde, embora, por outro lado, haja os que afirmam que isso talvez seja “folclore”. Os que se utilizam desses adjetivos parecem argumentar que a saúde não faz parte do repertório de identificação masculina. Nesse sentido, a saúde não poderia se constituir como um assunto de homem, é coisa de mulher.

Percebe-se que homens procuram menos os serviços de Saúde. Têm, não sei se menor preocupação, mas têm uma atitude de... Eu não sei, também, o quanto isso é folclore ou não, mas...

(João Saldanha, médico).

Então, eu acho que o homem tem um... Ele não se preocupa com isso. [...] Que isso é coisa de mulher, coisa de saúde é coisa de mulher, né? Ir a médico, ir a psicólogo, coisa, tudo isso é coisa de mulher. Não é de homem. Ainda tem muito isso, né?

(Hortência, psicóloga).

Outros afirmam, no entanto, que na verdade os homens se sentem imunes à doença e que nenhum problema pode acontecer a eles. Nesse caso não seria apenas uma questão de não preocupação com problemas de saúde, mas, principalmente, uma percepção de invulnerabilidade.

Ah, porque o homem, ele acha que ele é sempre superior, né? Ele não vai precisar. Ele acha que ele está livre dessas coisas.

(Roger, 22 anos).

É porque ele acha que ele está acima de qualquer coisa. Que vai acontecer com ela e não com ele. A mulher, no geral, ela busca mais a saúde do que o homem. Porque, o homem ele sempre acha que não vai acontecer... “-Aconteceu com o fulano, comigo não vai acontecer”. E quando ele vê já está bem afetado no problema

(Eder, 36 anos).

Quando percebem que alguma coisa não vai bem, preferem aguardar, “empurrando com a barriga”, e só procuram algum tipo de cuidado de saúde quando não tem mais jeito. Nessa situação, priorizam outras necessidades que eles valorizam e consideram mais importantes no seu cotidiano e no seu processo de identificação.

Têm umas dificuldades aí também, mas acho que muito é dele mesmo, quer dizer, o trabalho dele pra ele é mais importante que o estado de saúde, então ele não vai preventivamente. Se ele está doente, se dá pra empurrar com a barriga, acho que ele empurra, na verdade. Então é complicado, ele só vai quando é de última instância mesmo, quando não tem mais jeito, quando ele já não dá mais pra trabalhar. Geralmente, é isso.

(Antonio Lopes, médico).

Para muitos dos sujeitos pesquisados, as razões e explicações para este modo dos homens lidarem com as questões de saúde estariam pautadas em duas dimensões: a pressão social para o cumprimento de determinados papéis por parte dos homens em geral e, relacionada a esta, as posturas e atitudes que cada qual assume individualmente. Alguns entrevistados lembram que a sociedade cobra dos homens um papel social que não lhes permite cuidar da saúde. A obrigação de se mostrar forte e detentor de um poder socialmente instituído contrapõem-se a qualquer possibilidade de um homem se perceber com algum tipo de necessidade de saúde, pois esta expressa a idéia de fragilidade. Nesse caso, os homens acabariam sentindo-se com se estivessem perdendo o seu poder, o que gera neles a sensação de medo.

É assim: por exemplo, homem sofre muito mais pressão social também pra não cuidar da sua saúde. Por exemplo, o cara que começa a ir muito no médico, no serviço, é mal visto. O cara que está cuidando da saúde, ele é mal visto. Ele não é o cara que, de repente, se cuida não. Ele é o doente, o cara que já está ficando fraco, que não tem mais a mesma... o mesmo poder, a mesma potência. Então ele... Então os pacientes evitam muito.

(Ana Paula, médica).

Para os homens, portanto, adoecer significa reconhecer uma limitação, caracterizando um sinal de fraqueza. Por isso eles precisam parecer saudáveis, pois dessa forma aparentam manter o seu posto de sujeito forte e destemido. Nesse sentido, a questão não passa apenas

pelas dificuldades em cuidar da saúde quando um determinado problema se manifesta, mas, antes, pelo próprio significado de estar doente.

A impressão que eu tenho... Porque pro homem é difícil, né? Ficar doente, né? Muito difícil. É uma limitação muito grande, assim, né? [...] Então, a primeira limitação, ficar doente significa uma certa dificuldade... não só de cuidar da doença, né? Quer dizer, a doença em si, tudo que põe em risco a vida da gente nos abala, né?

(Luis Felipe, médico).

Homem não fica doente. Tem o discurso, né? De não chorar, de não ficar doente, de não mostrar fraqueza, de não se queixar de dor nunca.

(Paula, técnica em enfermagem).

Eu acho que a primeira é que existe uma... aí, que está dentro dessa idéia de homem, né? O homem que tem o poder é que é invencível. Quer dizer, não se abate por nada, né? Não é fraco. Não adoece, né?

(Darci, assistente social).

Para alguns entrevistados, os homens, em sua obstinação de se mostrarem fortes e invencíveis, ou seja, de não poderem demonstrar qualquer sinal de fragilidade, acabam criando as condições para que determinados problemas de saúde possam se manifestar ou se agravar. O relato de um usuário é bastante emblemático dessa situação, quando conta o que faz para que outras pessoas não percebam sua condição de diabético. Ele fala das atitudes e posturas adotadas e que são prejudiciais à sua própria saúde. Sua intenção principal é esconder a própria fragilidade perante os outros. Diz que nesses casos ele se assume como um “super-homem disfarçado”.

Ela já é difícil, né? Porque você, por exemplo, você vai numa festa, você vai ficar o dia todo lá, você não pode fazer de tudo que outra pessoa faz. Você tem que se controlar, né? Esse aí que é outro problema da gente. (...) Por conta disso, você tem que ser um super-homem disfarçado. Você está um super-homem ali... As pessoas vê você fazendo as coisas ali, fazendo de tudo, mas não sabe o que tem atrás de você. Depois você fica lá, doente, sem poder fazer. Por exemplo, você é um diabético, você chega numa festa, você come, bebe, faz farra, tudo; e você, geralmente, não pode fazer aquilo, você faz pra mostrar que você é aquela superpessoa. E daí, depois? Aí você vai sentar na privada igual super-homem, ficar lá triste, né? Doente, cheio de problema... É o super-homem disfarçado, né?

(Everaldo, 39 anos).

Para outros entrevistados, no entanto, a cobrança por assumir um papel social dimensionado na aquisição e no reconhecimento do poder acaba sendo o desencadeador de problemas de saúde. Tais problemas surgem quando o homem não se sente mais capaz de executar determinadas atitudes condizentes com o modelo construído socialmente para ele. Segundo uma médica, para um homem que experimenta em sua vida momentos em que não consegue ser tão ativo quanto ele acha que seria o esperado, aquela situação torna-se um indicador de que algo não vai bem, portanto, de uma possível doença.

Então, eu acho que é isso mesmo, os homens têm uma... uma certa cobrança, o papel de homem, e como dá impressão que eles têm que ser efetivos em todas as respostas e quando não são, então, é doença. Então, vamos procurar o remédio... o exame e o remédio pra dor.
(Isabel, médica).

As diferentes situações relatadas acima demonstram claramente que a relação entre saúde e autocuidado e as construções da identidade masculina estão estruturadas nos modelos de gênero socialmente construídos. A forma como os sujeitos investigados representam o cuidado de saúde dos homens, ou melhor, as dificuldades dessa parcela da população para cuidar da saúde, nos remete para as conclusões de DE KEIJZER (2003) de que a boa saúde e o autocuidado não fazem parte do processo de construção das masculinidades. Ao contrário, ainda de acordo com o autor acima, esse processo configura, determina e influencia o surgimento de problemas de saúde, assim como o modo como os homens lidam com essas questões.

Podemos perceber, contudo, que os relatos reforçam algumas características bem estereotipadas do que vem a ser homem, reproduzindo os significados utilizados na sociedade no processo de compreender as construções de gênero. Para alguns entrevistados existem certas atitudes e posturas que são tipicamente masculinas ou, então, tipicamente femininas.

Várias afirmações apontam algumas características como específicas dos homens, no sentido de representar alguma coisa personificada nas pessoas do sexo masculino, ainda que socialmente adquiridas. Ao dizerem, por exemplo, que os homens são desligados, despreocupados, só procuram cuidados quando estão muito doentes e que saúde é coisa de mulher, os entrevistados multiplicam as prescrições de gênero existentes em toda a sociedade, fortalecendo de certa forma o modelo dicotômico de categorias fixas e estáticas de se pensar gênero, como se houvesse, tal como sexo, o gênero masculino e o gênero feminino.

É bom deixar claro que não pretendemos simplesmente fazer uma crítica às compreensões dos entrevistados. Mas o que procuramos é atentar para o processo de conformação que os discursos espelham, como se ignorassem o papel (no sentido de participante ativo da sociedade) que cada um de nós (cidadãos) tem na construção e reconstrução dos valores dominantes de gênero. Ou seja, o que pretendemos salientar é a alienação da reprodução de gênero, isto é, o aparente descolamento dos sentidos introjetados nos sujeitos pesquisados daqueles significados que eles identificam nos homens em geral e de modo mais abstrato, não reconhecendo, portanto, em suas ações e em seus discursos os agentes que reproduzem aquilo que afirmam sobre outros.

Foi possível, todavia, reconhecer em alguns discursos uma maior compreensão da questão de gênero que se constrói ativamente na vida de relação dos sujeitos participantes. A idéia formulada pela médica Ana Paula acerca dos significados que assume o cuidado da saúde para homens já aponta para a possibilidade crítica do modelo que parece sedimentado..

De outro lado, podemos perceber nos relatos transcritos a pressão social que os homens sofrem quando se trata de pensar as questões de cuidados de saúde. COURTENAY (2000a) já nos apontava que diferentes pesquisas demonstram que os homens experimentam uma grande pressão para se adequar às prescrições sociais de gênero. Nesse sentido, é compreensível, e de certa forma, até esperado o relato de determinados comportamentos

como, por exemplo, homens não choram, homens têm que ser efetivos, homem não fica doente, os homens são invencíveis. Os discursos reproduzem os estereótipos de gênero moldados socialmente e indicam como a construção social das masculinidades dificulta o bom cuidado da saúde dos homens.

Retomando no sentido acima o usuário que coloca em risco sua condição de diabético, ao assumir a imagem de um super-herói e negar suas necessidades e vulnerabilidades, observamos com COURTENAY (2000a), o quanto, para demonstrar poder e dominação, os homens utilizam-se de comportamentos e atitudes pouco saudáveis, e por isso podemos dizer que negando suas necessidades de saúde, os homens constroem o padrão de gênero. É interessante ainda perceber que Everaldo não desconhece suas fragilidades. Ele as escamoteia para, diante de outros, manter e adquirir poder. Para isso é necessário se disfarçar, negando aquilo que ele é, mesmo que depois precise se esconder em um banheiro, para voltar à sua condição de homem doente.

Para alguns entrevistados a dificuldade dos homens em buscarem cuidados de saúde estaria de fato associada ao machismo. Esse tema foi por diversas vezes lembrado nas entrevistas, principalmente quando queriam se referir a questões que contrapunham força e fraqueza, dominação e submissão, superioridade e inferioridade, enfim, a discussão de poder nas relações entre homens e mulheres. Especificamente, ao tratar da saúde, consideraram que os homens tinham determinadas atitudes machistas, quando: negavam a possibilidade de ficar doente; não admitiam o uso de serviço de saúde e só o procuravam quando não havia mais solução; manifestam dificuldades para falar de seus problemas e emoções. Os homens que se referiram ao machismo, o tratavam como algo que não dizia (mais) respeito a ele, sujeito concreto, e o tratavam como algo desvalorizado e pejorativo, que precisava ser rechaçado, ao menos nesse contexto de fala sobre saúde e seus cuidados.

É por isso que eu estou falando pro senhor: o homem é um pouco relaxado. Porque só vai no médico quando precisa. Quando acontece... Não estou falando? Homem não quer ser machista? Quer ser machista e ter saúde... Acabei de falar pro senhor que eu usava essa tese. Minha mulher batia no martelo, batia na mesa: ‘Vai no médico. Vai no médico’. Cadê? Eu não ia. Certo? A mesma coisa acontece com outros e outros e outros por aí... Acha que não tem problema... E tem problema. Entendeu?

(Ronaldo, 45 anos).

É porque o homem tem aquela idéia de ser durão, de ser machão, de não precisar de nada... “não eu não posso chorar, eu não vou no médico porque está tudo bem”. Então muitos deles tem aquela coisa de não querer precisar de se cuidar, mas pode ser de criação também, pode ser um machismo, né...aí depende do tipo de homem.

(Danielle, atendente de recepção).

No que se refere ao machismo, diferentes autores chamam a atenção para sua identificação com as sociedades latino-americanas (GUTMANN, 1998; FULLER, 1998; BEATTIE, 2002). FULLER (1998), por exemplo, afirma que o machismo associa-se com a idéia de uma obsessão dos homens pela dominância e pela virilidade, compreendendo homens e mulheres em pólos opostos. No entanto, percebe, em tempos mais atuais, a representação do conceito como forma de expressar as mudanças nas relações de gênero na sociedade. Em estudo realizado com a população peruana, encontrou relatos que definem o machismo como um sinal de insegurança de homens mais jovens com a sua virilidade ou, ainda, como uma reação irracional de defesa contra o desafio que representa a liberação feminina. Embora reconheça o conceito como parte constituinte da identidade masculina latino-americana, define o machismo atual como o que os homens não devem e nem querem ser.

Essa compreensão parece bem apropriada para a análise das falas dos nossos entrevistados, quando eles rotulam como machista as atitudes que não consideram adequadas no cuidar da saúde. Trazer para o campo dos cuidados da saúde a questão do machismo significa reconhecer que os que agem de forma machista querem negar qualquer sinal de fragilidade e, preferem, ao contrário, demonstrar que são superiores e invencíveis. No entanto, como parecem questionar o machismo como uma dimensão simbólica do que vem a ser um

homem de verdade, por seu caráter ilegítimo e desvalorizador de uma masculinidade qualificada como responsável e respeitadora, acabam por denominar assim os homens que demoram a procurar ou não procuram cuidados. Dessa forma, podem estar salientando negativamente a idéia de superioridade e de invulnerabilidade que associam a tais atitudes.

Não obstante, negar o machismo não gera automaticamente uma superação da atitude que oculta a preocupação com a saúde: os entrevistados ainda ressaltam a dificuldade dos homens em expressar suas necessidades de saúde quando procuram os serviços. Na opinião deles isso se deve à uma independência masculina e uma suposta objetividade a ela aliada, pois os homens são tidos como capazes de resolverem sozinhos seus problemas e arredios, não gostam muito de conversar e explicar suas demandas, sendo sintéticos na descrição do que estão sentindo. Para alguns entrevistados, parte desse problema se deve à dificuldade de se abrirem emocionalmente. Os homens são considerados fechados, pois não gostam de contar suas intimidades. Alguns lembram, ainda, que eles se sentem envergonhados de falar dos seus problemas ou de se expor. Para outros, no entanto, isso acontece por medo da dependência.

Que às vezes eles têm medo de procurar. Igual um tio que tinha um negócio, ele tinha vergonha de ir, de ir procurar o médico. (...) É hemorróida, eu acho que ele tinha. Vamos supor, e a pessoa tem vergonha, sente vergonha de ir lá falar com o médico lá. Meu tio. Ele tinha vergonha. Aí ele operou, mas ele tinha, demorou pra ele ir.

(Raí, 22 anos).

Muitos homens eles entram com uma dívida no consultório e saem com milhões delas. Porque não se abriu, não teve coragem de conversar, de se abrir com o médico e saem com mais dívidas ainda. Se fecham. Tem pacientes aqui que a mulher tem que vir junto, entrar na sala junto. A irmã tem que entrar junto, principalmente se é uma queixa sexual, alguma coisa assim. Eles têm vergonha de falar né?

(Leila, técnica de enfermagem).

E o homem não, o homem... ele tem. Parece que ele tem muito medo. Porque numa relação de ajuda existe uma certa dependência, né? Toda relação de ajuda existe uma certa dependência. E o homem tem muito medo dessa dependência. Ele não pode depender do outro que vá cuidar dele, nessa relação de cuidado, entendeu? Eu acho que o homem tem muito essa dificuldade, né?

(Hortência, psicóloga).

É possível que essa dificuldade dos homens em descreverem suas demandas seja devida mais ao medo e à timidez que representa expor-se enquanto sujeito com algum problema de saúde e perder sua autonomia, do que mesmo a uma questão relacionada à objetividade. Devemos lembrar que se assumir doente pode significar a constatação de uma vulnerabilidade que, na perspectiva da masculinidade, se quer negar. Com isso encontram-se fortalecidas suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (FIGUEIREDO, 2005). Assim, deixando de lado o referencial de “macho”, pela crítica socialmente já em curso, como nos mostraram alguns entrevistados, mas sem querer aderir à vulnerabilidade que parece feminina, em matéria de adoecimento, os homens parecem estar sem lugar identitário.

Além da possibilidade de estar associada à dimensão de fraqueza e vulnerabilidade, a idéia de vergonha na busca de cuidados pode estar relacionada também a duas outras dificuldades relacionadas ao corpo. A primeira diz respeito ao significado de expor partes íntimas, mostrando-se indefeso. Essa foi, por exemplo, a explicação dada por diferentes homens em estudo realizado por GOMES et al. (2007). Para esses autores, isso pode ser devido à falta de hábito de se expor ao médico, pois, ao contrário das mulheres, em sua socialização os homens não se acostumaram a ter o seu corpo tão submetido ao olhar da medicina. Uma outra dificuldade seria o próprio processo de socialização de gênero, pois, como afirmam SCHRAIBER et al. (2005), a valorização do corpo no sentido de cuidar da saúde não é uma questão colocada para os homens. Por outro lado, devemos recordar que a construção de gênero define a forma como os homens usam e percebem seus corpos (FIGUEIREDO, 2005). Portanto, ao expor o corpo, seja tomando a dimensão de gênero como

referência, seja adotando a lógica do olhar da medicina, é possível que os homens manifestem sentimentos como vergonha, medo, timidez, etc.

Quanto à questão da intimidade, da dificuldade de se abrir emocionalmente e da dependência, vários autores, entre eles KORIN (2001), consideram que a separação física e emocional age como um suporte no processo de aprendizado do que deve ser valorizado na masculinidade. O homem aprende, em seu processo de construção como sujeito social, que deve se afastar de qualquer comportamento que demonstre sensibilidade, emoção, debilidade, ou qualquer outra qualidade identificada como feminina. Dessa forma, para receber a aprovação social de seus pares precisa se mostrar insensível, sem emoções, que é independente e não precisa de ninguém.

A propósito, uma questão bastante polêmica para os entrevistados é o significado da dor para os homens. Uns referem que os homens só procuram um serviço de saúde se sentem muitas dores, sendo a dor um referencial para procurar cuidados. No entanto, acham que os homens, para não demonstrar sinais de fraqueza, negam as dores até o último momento, só acessando o serviço quando as dores ultrapassam o limite do suportável.

Os homens da faixa etária até os 40, quando chega é porque tem alguma coisa já. Está com alguma dor, algum problema mais grave, né?

(...) Homem não fica doente. De não chorar, de não ficar doente, de não mostrar fraqueza, de não se queixar de dor nunca. Então, quando chega a vir, é porque a coisa está além do limite suportável por eles.

(Paula, técnica de enfermagem).

O homem é meio relaxado na saúde, ele é meio... ele larga, às vezes está com uma dorzinha aqui ele: -- Não, eu tenho que trabalhar hoje, tal, tal, tal. Quando ele vai é porque não tem mais jeito, está ruim mesmo.

(Adriano, 54 anos).

A rejeição da dor como expressão da masculinidade foi mais explicitamente abordada na observação de uma prática em uma das unidades de saúde. Durante a execução de uma

pequena cirurgia para retirada de um cisto sebáceo, a médica e o usuário discutiram suas concepções acerca de uma possível reação à dor em um determinado procedimento.

Dra. Jaqueline: *Eu sei que dói um pouco viu, mas o sr vai ter que agüentar um pouquinho.*

Túlio: *Não, não tá doendo.*

Dra. Jaqueline: *Não tá doendo, o sr que é muito machão. Muito bom. Eu iria estar chorando.*

(retirada de cisto sebáceo).

Em contrapartida, alguns profissionais são de opinião que os homens têm um limiar muito pequeno para a dor. São medrosos e ao primeiro sinal de dor já procuram ajuda. Um deles chega a lembrar como é complicado para os homens suportar uma dor psíquica como uma perda. Uma outra profissional exemplifica contando suas dificuldades para coletar sangue dos homens, pois eles fazem confusão, parecendo crianças.

... agora, tem uma coisa que eu acho, assim. Que eu diria que é pra todos os homens, né? Que é um problema de saúde, assim: dor. O homem não suporta a dor. Ele não consegue agüentar a dor. Ele procura o Centro de Saúde mesmo. A mulher, ela até suporta mais a dor. Eu acho, né? E seja ela dor do que for, né? Ou porque sofreu um acidente. Um corte. Ou, porque é uma apendicite ou sei lá. Uma dor. Dores em geral. Ou, até uma dor psíquica, né? Eu acho que o homem suporta muito menos do que a mulher. Eu acho que, se fosse pra falar, assim, de um problema que pega toda aí o gênero, né? Eu acho que é a dor. Quando ele sente dor, ele vem pro Centro de Saúde.

(Darci, assistente social).

Outra coisa, o homem não suporta dor bem. Quando eu faço coleta de exames laboratoriais, os homens são os que fazem mais 'forfêr', para coleta de sangue. Eles fazem uma cerimônia, e fica, ai, vai... Parece criança. Daí no laboratório, eu nem comentei, né? No laboratório a gente tem que correr, porque tem hora pra entregar o sangue, né? E eles fazem forfê, pra colher sangue; são cheios das 9 horas.

(Marta, técnica de enfermagem).

Essa situação que relaciona dor e medo de procedimentos técnicos no campo da saúde também foi percebida em duas outras ocasiões. Em uma entrevista, um usuário opinou que muitos homens não procuram cuidados de saúde por medo e citou como exemplo a história de um colega de trabalho que refere medo de agulhas.

Acho que é machismo. Sei lá. Ou medo de um consultório médico. Agora, as mulheres vão espontaneamente.

Por que os homens, por exemplo, têm esse machismo e esse medo? Você tem alguma idéia?

Bom... Tem um que trabalha comigo que tem medo de agulhas, por isso que não vai no médico. Então é relativamente...

(Richarlyson, 36 anos).

Um outro momento em que um procedimento técnico provocou considerações acerca de medo e de uma possível fragilidade dos homens a esse respeito ocorreu durante a observação de uma sutura em um usuário que havia cortado a mão em um acidente de trabalho. O usuário Romário começou a sentir tonturas e perguntou se era normal o que estava acontecendo. Seguindo então o diálogo entre Romário, o médico e a auxiliar de enfermagem:

Romário: Normal sentir tontura assim?

Dr. Giovani: Prefere deitar? Na verdade as pessoas ficam muito impressionadas. Quer deitar?

Auxiliar Hilma: Deitar é melhor!

Dr. Giovani: Nós homens, né? Sempre mais frouxo...

Auxiliar Hilma: Deita filho.

Dr. Giovani: Pode deitar. Isso, vamos lá. Fica deitado, pode estender as pernas, não tem problema, só não deixa... Isso. Só dois pontinhos. Pode ficar tranqüilo.

Auxiliar Hilma: Eu tenho três, eu sei a moleza.

Dr. Giovani: Hã?

Auxiliar Hilma: Eu tenho três, sei o que eles são moles.

Dr. Giovani: Mas sabe o quê? Da moleza de quê?

Auxiliar Hilma: Homens não podem ver uma agulha, já fica amarelo.

Romário: Eu sempre fui assim.

Auxiliar Hilma: É, sim.

Romário: Se eu vejo muito sangue, me dá tontura.

Auxiliar Hilma: Meus filhos são assim.

Romário: Doar sangue então...

Auxiliar Hilma: Doar sangue, diz que não vão mais porque...

Todas as situações referidas acima acerca dos significados de sentir dor e medo de procedimentos técnicos revelam as contradições que determinados valores relacionados às masculinidades provocam quando se trata dos cuidados de saúde. Ora os homens querem se mostrar invulneráveis e negam suas dores, ora são frágeis e demonstram sinais de medo e

debilidade diante de circunstâncias desagradáveis com as quais estão pouco acostumados. No primeiro caso problematiza-se a masculinidade hegemônica manifesta e que pode dificultar um cuidado mais acurado dos homens. Já no segundo, discute-se a ausência dos valores que afirmam a masculinidade, levando a se questionarem possíveis sinais de fragilidade dos homens. Tais situações servem para flexibilizar idéias acerca da existência de um modelo único ideal de comportamento quando se trata de um homem. Aponta claramente para a diversidade de modelos de masculinidade, reforçando a perspectiva pluralista de masculinidades.

Aponta também, nesse sentido da pluralidade de modelos concretamente exercidos, aspectos das identidades em conflito, sugerindo possível momento histórico de reconstrução do próprio modelo hegemônico. Esta reconstrução representa para o modelo ou um ideal a ser tomado, ou um momento de crise: superação do passado sem ainda definição do futuro.

Diante desse quadro de dificuldades, registradas em diferentes contextos e dimensionadas a partir de uma multiplicidade de formas de manifestar as masculinidades, não poderia ser esperado que os homens fossem considerados mais cuidadosos que as mulheres. A grande maioria dos entrevistados afirma que as mulheres cuidam e se cuidam mais. Em parte, isso se deve à maior sensibilidade, delicadeza e fragilidade da mulher e por sua condição “naturalmente” cuidadora, condições reconhecidas como a expressão máxima de um modelo de feminilidade idealizado. Remetem, ainda, esse maior cuidado para a maternidade e para a própria fisiologia da mulher, revelada, principalmente, pela presença da menstruação.

Sim, eu acho que é mais... A mulher se cuida mais que o homem. E eu acho que também se cuida mais por causa de que... como ela é a quem tem as cri... quem fica grávida,... Então, eu acho que, em geral, elas se cuidam mais que os homens por causa das crianças, por causa da gravidez também, por causa de... ‘--Ah, se meu marido fica doente, quem vai cuidar das crianças?’ Esse jeito, assim, como de proteger as crianças sempre. Por isso eu acho que elas se cuidam mais. Além do que elas também têm essa coisa ruim, que chega uma vez por mês, que também é ruim, eu acho, pra ela, não é?.

(Diego Lugano, 36 anos).

Eu acho que é mais fácil pras mulheres. Por quê? Eu acho que, porque socialmente, no papel da mulher, está aí essa coisa da responsabilidade do cuidado com o outro. Que vem do papel de mãe, né? Eu acho que é muito mais fácil. Consigo próprio também. Também, consigo próprio também.

(Darci, assistente social).

Alguns entrevistados lembram que a qualidade de ser sensível e frágil da mulher é fruto de um processo de aprendizado social. Tal processo permite a ela uma percepção mais apurada de alterações em suas condições físicas e emocionais, tornando-a mais atenta ao surgimento de possíveis problemas de saúde. Essa característica pode, por sua vez, deixá-la mais apreensiva e ansiosa a qualquer sinal de mudança. Por isso, para alguns, a mulher tem mais medo de adoecer e procura ajuda até por motivos menos aparentes.

Porque elas são educadas, né? Pra fragilidade, né? Em oposição ao homem, que é educado pra ser forte. Ela sendo educada pra fragilidade, ela é muito mais sensível a suas mudanças físicas. Aos seus sentimentos, às suas sensações, né? Eu acho que a mulher consegue perceber, mais rapidamente do que o homem, um problema de saúde consigo próprio. E até no outro. Até no outro. Eu acho que tem... uma coisa do papel aí que ajuda, sim.

(Darci, assistente social).

Porque parece que a mulher é, por ser mais sensível, é mais medrosa contra as doenças. Porque vem muito mais mulher aqui com queixas vagas do que os homens.

(Joyce, técnica de enfermagem).

Para os entrevistados, tais características estão entre as principais razões e justificativas para as mulheres procurarem os serviços de saúde com mais frequência que os homens. Buscar e estar mais nos serviços são atitudes valorizadas pelos que consideram as mulheres mais cuidadosas e atentas às questões de saúde. Os profissionais afirmam que as mulheres dialogam mais e acatam melhor as prescrições. Um dos profissionais relaciona tal disponibilidade para seguir o que lhes é sugerido ao fato de as mulheres aceitarem o discurso do campo da saúde com mais facilidade, o que se coaduna com a idéia das mulheres terem sido mais educadas para se cuidar.

Por que você acha que a mulher cuida mais?

Ah, porque eu andava muito, via aquele centro de coisa lá, que é ali.... coisa de mulher. E vejo lotado lá, vejo lotado lá. Já fui em coisa de doença só do homem, não vejo quanto que lotado como a mulher lá no hospital, quando a mulher faz aquele...papanicolau lá, como é que é? Ah, eu vejo sempre lotado ali. Eu já acompanhei minha mulher, eu fui deixar, eu vejo o movimento. Então eu vejo que, então, as mulheres cuidam mais da saúde.

(Aloísio, 46 anos).

Acho que justamente a mulher, porque a mulher se abre mais, a mulher conversa mais. Se vai ao médico ela já quer falar todos os problemas que ela tem. Às vezes nem é pra aquele profissional cuidar, mas ela já quer abrir tudo...

(Leila, auxiliar de enfermagem).

As mulheres se cui... vêm mais nos médicos, São melhores, assim... para conversar, para acatar as prescrições, assim, né?

(Luis Felipe, médico).

*Outra coisa, eu acho que o tipo de discurso que a gente tem é muito... Você tem que evitar tudo pra não ter doença e você tem que checar se o teu corpo não está doente, acho que é um tipo de coisa que não é agradável. **Para os homens?** Pra ninguém. Só que pras mulheres, como elas tinham que cuidar da vida reprodutiva e aceitar esse tipo de discurso, 'vai' engolindo.*

(Renato, médico).

Vários entrevistados atentaram ainda para as diferentes atividades oferecidas às mulheres nos serviços de saúde. Lembram que as mulheres já estão acostumadas a procurar os serviços para acompanhar o pré-natal, para cuidar das crianças, para fazer a contracepção, fazer exames preventivos do câncer ginecológico (colo do útero e mama). Enfim, a presença de diferentes atividades e programas nos serviços serve como estímulo para as mulheres se cuidarem. Por outro lado, o próprio serviço e os profissionais encorajam-nas a buscar a atenção da saúde, fazendo com que elas se sintam mais à vontade para buscar algum tipo de ajuda.

...a mulher, eu acho, que ela se cuida mais, o serviço de saúde, por mais complicado que seja, a prevenção do câncer ginecológico, câncer de colo, é coisa que está dentro do repertório feminino de cuidar da saúde, mesmo das mais relaxadas, desleixadas. Tipo eu... que não vou muito ao médico, mas enfim, as prevenções mínimas a gente faz, porque está estabelecido que o papel da mulher é cuidar mas também se cuidar minimamente dessas coisas 'nossa, você não fez seu papanicolau?!', Que coisa horrorosa'.

(Fernanda, médica).

...a mulher já tem, historicamente, uma questão do papanicolau, da mamografia. A mulher que costumeiramente procura o serviço de Saúde com os seus filhos, desde pequenos, né? Então já começa a ver na puericultura, até ver essas estratégias de cuidado, de prevenção.

(Adriana, enfermeira).

Embora tenham sido os profissionais quem mais assiduamente referiram as diferentes atividades que fazem parte do Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM) para indicar a presença da mulher mais frequentemente nos serviços, os usuários também se reportavam a tais atividades como justificativa para um maior cuidado das mulheres. Algumas vezes eles não falavam explicitamente o nome do procedimento, mas afirmavam que as mulheres precisavam passar regularmente no ginecologista, ou então diziam que elas têm muitos problemas de saúde, como o câncer de colo de útero, câncer de mama e gravidez, reconhecendo indiretamente a existência de ações específicas de saúde voltadas para as mulheres. Isso, no entanto, levava-os a achar que as mulheres possuíam mais problemas de saúde que os homens.

Que nem a mulher... Eu digo... Tira assim: a mulher, cada seis meses, no máximo um ano, ela tem que passar por um especialista... Um ginecologista pra se cuidar.

(Ronaldo, 45 anos).

A mulher tem vários outros tipos de doença, né? Tem um monte... Como fala mesmo? É, câncer do útero, câncer de ovário, né? Eu não sei se tem uma diferença aí, acho que tem... É, câncer de mama... Principalmente aquela que não se cuida, né?

(Leonardo, 29 anos).

Percebe-se, nos diferentes discursos acerca da relação entre as mulheres e o cuidado de si e de outros, um processo de construção de práticas sociais moldadas por concepções fundamentadas nas relações de gênero. Devemos recordar que faz parte do senso comum a vinculação das mulheres com diferentes ações que remetem à prática do cuidado. Por outro lado, como tais práticas estão associadas à demonstração de sensibilidade e de afeto,

naturalmente se estabelece a idéia de que o cuidar é inato às mulheres, e não algo construído socialmente. Tal dimensão se vê reforçada pelo papel instituído socialmente de que a mulher é a responsável pela manutenção do bom andamento do mundo familiar, pois fica sob seu encargo a alimentação, a higiene, o cuidado dos filhos, questões reconhecidamente valorizadas para um bom cuidado da saúde (SCAVONE; 2005). No entanto, como os próprios entrevistados recordam, no processo socialmente aprendido, aos homens é dada a responsabilidade de um outro cuidar: os cuidados de manutenção da família por meio do seu papel de provedor. Vale ressaltar, neste sentido, o quanto nesse contexto de saúde, e na esfera das questões de “cuidados”, a tarefa de provedor é significada não apenas como a identidade de indivíduo produtivo na sociedade, mas como “um cuidar dos outros”.

Essa divisão sexual das atribuições sociais é de certa forma introjetada pelas instituições de saúde. Como já referido anteriormente, tais instituições reproduzem em suas práticas a mesma lógica das atribuições sociais de gênero, tanto na definição de ações que devem ser voltadas para homens e mulheres, como também na forma como o serviço se organiza e como os profissionais operam e compreendem suas práticas. Portanto, não podemos desvincular as práticas de saúde dos padrões que as conduzem para um contexto culturalmente instituído nas e pelas relações de gênero (D’OLIVEIRA; SCHRAIBER; 1999; COURTENAY, 2000).

Além de se respaldarem em concepções que remetem aos posicionamentos culturalmente instituídos de forma mais tradicional em uma ordem de gênero (CONNELL, 1995; 2000), os entrevistados recorreram a alguns outros motivos para justificar o maior envolvimento das mulheres com o cuidado de saúde e, ao contrário, uma menor preocupação dos homens com o assunto. Muitos deles disseram, por exemplo, que as mulheres têm mais tempo para pensar nessas questões, pois estão mais presentes no ambiente da casa. Os homens

não têm tempo, pois, em sua maior parte, estão trabalhando. Mesmo quando lembravam que as mulheres trabalham, afirmavam que elas conseguem arrumar mais tempo para a saúde.

Eu acho que a mulher, ela cuida mais da saúde do que o homem. Porque a mulher, ela tem mais tempo pra isso. Ela sempre está envolvida dentro casa, assim, com filho. Ela está sempre envolvida em posto, no hospital. O homem, eu acho que ele só vai quando ele vê... quando tá ruim mesmo pra ele.

(Giovane, 30 anos).

A mulher cuida mais porque é o seguinte, ela tem mais tempo pra cuidar da saúde. E o homem tem que trabalhar mais, porque é pra cuidar da família. E a mulher, geralmente, fica em casa, pra cuidar do lar, entendeu? Então, geralmente ela tem mais tempo do que o homem. O homem é mais radical. O homem é mais radicalizado no emprego, ele é mais preso no emprego.

(Emerson, 49 anos).

Uma outra razão também referida foi a rede de relações que homens e mulheres estabelecem em suas vidas. Para alguns entrevistados as mulheres constroem relações de solidariedade com mais facilidade, podendo, dessa forma, dispor de um número maior de pessoas para ajudá-las a lidar e enfrentar com mais tranquilidade os problemas que podem interferir diretamente em sua saúde. Os homens têm dificuldades para assumir atitudes mais acolhedoras e, por conseguinte, mais dificuldades para estabelecer relações quando é ele que precisa ser cuidado. Um dos relatos é bastante exemplar, quando um profissional fala sobre uma situação vivida por ele, em um processo de separação conjugal.

A atitude acolhedora ela é menos presente nos homens do que nas mulheres, acho que por trajetória de vida e de modelo oferecido pros homens, o que acaba sendo, 'vai'... Que talvez tenha sido algo protetor antes porque aí tinha alguém que cuidava dele e que defendiam uma certa posição; hoje não aprende a cuidar. Hoje se você não aprende a cuidar. É mais difícil você encontrar alguém que cuide de você. Acho que a gente está construindo...

Quer dizer, que os homens estão solitários, é isso?

A gente está querendo construir igualdade e tal, mas tudo é baseado também nessa coisa... nessas possibilidades que um oferece pro outro, né? Acho que os homens têm mais dificuldade de conseguir pactuar relações desse tipo.

(Renato, médico).

Olha, eu, acho que existi, a mulher tem mais possibilidade de ser cuidada. Acho que ela tem uma rede melhor de gente próxima, de amigos, de amigas, né? Eu acho que ela tem uma rede melhor.

Eu acho que quando o homem fica doente, muitas vezes... Eu passei um problema assim, um problema sério, há uns três anos atrás; uma separação e que eu fiquei mal, depressão brava mesmo. A minha ex-mulher, na verdade, foi muito bem cuidada; ela teve bastante respaldo - ela ficou muito mal também, eu a vi depois de um tempo, alguns meses. Ela continuava mal e eu também estava. Mas, na verdade, é que eu senti uma solidão muito grande, eu, claro, eu também não queria muita gente, mas na verdade eu não percebi muito... as pessoas meio que te largam, sabe assim? Você que se vira. Eu não sei se é uma coisa dos outros também, talvez, mas eu não queria ser largado. Mas eu também não queria muita proximidade, mas também não queria largar total ou ser largado total, eu queria um espaço pra eu ficar sozinho, claro, pra rever a minha vida. Eu senti um pouco. Algumas pessoas me ajudaram muito nessa fase, algumas – pontualmente - em algumas coisas que foram decisivas. No trabalho mesmo acho que foi decisivo, mas eu senti que o resto evitava de até falar comigo.

(Antonio Lopes, médico).

Questões como a disponibilidade de tempo e o compartilhamento acolhedor de vivências parecem, à primeira vista, temas pouco condizentes com o que é refletido tradicionalmente em uma perspectiva de gênero. No entanto, podemos perceber, em tais apontamentos, concepções que remetem à forma como homens e mulheres vivem socialmente, sendo, portanto, pertinentes abordá-las sob esta ótica. Em ambas as questões – tempo disponível e vivências compartilhadas – estão implícitos determinados padrões que configuram o modo de ser homem e de ser mulher socialmente. No primeiro caso, o tempo não está dissociado da questão trabalho, ou do significado social que o trabalho representa para homens e mulheres. A valorização do trabalho masculino em detrimento do trabalho feminino reforça o papel de responsabilidade masculina com o provimento e a manutenção da casa e da família e, em contrapartida, desvaloriza o trabalho feminino e o trabalho doméstico, considerando-o menos nobre e de menor valor, tal como pôde observar SCHRAIBER (2005) no programa de saúde da família do Recife.

Quanto ao compartilhamento de vivências acolhedoras, o que parece estar em jogo é o embaraço dos homens em compartilhar problemas e dificuldades. Como já discutimos acima, a verbalização de suas vivências mais problemáticas traz no seu cerne a

exposição de alguma vulnerabilidade, o que representaria assumir uma determinada fragilidade. Por outro lado, expor para outro os seus problemas traz a possibilidade da dependência e incapacidade de lidar com as suas próprias necessidades. Ao mesmo tempo, abrir-se para as necessidades dos outros não parece ser considerado algo que faça parte do repertório construído para ser praticado pelos homens. Ouvir e falar sobre problemas é algo que remete para o campo dos afetos e das emoções, o que, na perspectiva das relações de gênero, é compreendido como pertencente ao feminino.

Embora em sua maior parte os entrevistados reconheçam que as mulheres são mais cuidadosas que os homens, alguns têm opiniões contrárias. Não poderíamos nem dizer que se trata de uma exceção, pois, sobretudo, entre os usuários, essa afirmação não aconteceu apenas uma ou duas vezes. Alguns tomavam como referência o ambiente em seu próprio domicílio, considerando suas mulheres menos cuidadosas que eles. Outros, no entanto, diziam que as mulheres eram desatentas e não se preveniam, lembrando que muitas mulheres não usam preservativos em suas relações sexuais, prejudicando a saúde dos homens. Um usuário dá sua versão para explicar como as mulheres se cuidam mal.

A mulher acho que é mais difícil de cuidar da saúde. Elas não se previnem mais do que os homens, eu acho.

Por que você acha que os homens se previnem mais?

Porque às vezes os homens têm medo, né, de certo, que às vezes tem... Tem uns colegas meu que fala: ‘- Ih, acha que eu vou pegar essa menina aí? Essa menina tem doença. Às vezes ela fica aí num bar, numa roda de homem ali. Diz que ela sai tudo com aqueles caras ali, como é que eu ...’ Então o cara fica naquela, né? Eu acho que elas num, eu acho que elas são mais faladas assim porque, por causa disso, que elas não se cuidam, certo? Às vezes, né?

E por que que tu acha que as mulheres não se cuidam direito?

Acho que elas não pensam. Acho que, assim, na hora, assim, vamos dizer, elas pensam depois, mas depois é tarde, se arrepende. Quando se arrepende é tarde. (Por que você acha que elas não pensam antes?) Ah, como é que eu vou falar pra você. É, não, elas não pensam. Elas não pensam, assim, na hora de manter a relação com o cara. Muitas vezes ali, na hora de manter a relação, às vezes ela não pensa. O cara tira pra fora ali, coloca dentro dela ali, ela não pensa. Ela vai pensar depois: “Ai, peguei uma doença, aí”. Vai saber de quem foi? Foram tantos ali. Então, acho que ela não pensa, não pensou. E depois é tarde. Aí: “-Se arrependi”, aquelas coisa e tal. E aí prejudica o outro amigo, o outro amigo, o outro amigo. E assim vai prejudicando a nação inteira.

(Raí, 21 anos).

Bom eu acho que o homem, viu. Porque ele pensa assim, em está bem com a vida, né? Está bem animado... Vamos supor eu, é que nem eu. Por exemplo, eu tava me sentindo gordo, né? Eu falei pra minha esposa: 'Eu vou fazer um regime aí porque eu não estou me sentindo bem'. Né? Aí eu estou incentivando ela, né? Mostrando pra ela que eu posso fazer, né? Ela fala assim: 'Ah, não sei como você consegue'. Por exemplo, à noite eu como coisa leve e ela fala: 'Ah, não sei como você consegue comer coisa leve e não sente fome'. Né? Ah, eu falo: 'Tem que fazer um sacrifício, né? Se você quer está de bem com a vida e de bem com a saúde, né? Você tem que fazer um sacrifício'.

(Edmilson, 36 anos).

Uns entrevistados não chegavam a afirmar especificamente que as mulheres eram menos cuidadosas, mas diziam que cuidar da saúde dos homens é bem mais fácil. Suas concepções partiam principalmente da idéia de que o corpo masculino é mais simples e o da mulher, mais complexo. Por isso, as mulheres têm mais problemas de saúde e são mais complicadas. Parte desses problemas é devido à questão dos hormônios, da gravidez e da ocorrência de diferentes tipos de cânceres.

*Bom, mais fácil ser homem, viu? Eu acho, bem mais fácil. **(Por que você acha que é mais fácil?)** Bom, o homem não tem tanto transtorno futuramente. A mulher sempre existe uma gravidez, existe uma coisa e outra. Tem aquele... Vamos lá. Aquele procedimento mensalmente, tem aquele negócio assim, tal. Vai ter uma criança, tem que haver um pré-natal, tem que fazer uma cesariana, Entendeu? É uma coisa complicada em questão de ser mulher. E homem não, o homem é uma coisa mais simples que, tratando da saúde e sabendo como elevar a saúde, eu acho que ele vive mais tranqüilo do que a própria mulher.*

(Edilson, 27 anos).

Não, eu, no meu papel de homem, eu acho que é muito mais fácil ser homem. A mulher é mais difícil, pra cuidar da saúde. A mulher tem mais problema. Se ela não tiver cuidado, ela se torna muito mais que um problema.

É? Por que que você acha isso?

Porque a mulher, a mulher tem mais motivos para ela ter mais, ser mais frágil nesse sentido. Mulher você pode, ela pega uma coisa, um negócio. Qualquer coisa contagiosa, ela pega, e aquilo se aguda nela muito, com muito mais facilidade, que no próprio homem. (...) A mulher, o cuidado dela é muito mais delicado. E por isso ela é muito mais..., assim, ela é muito mais frágil nesse sentido.

(Edmundo, 58 anos).

Podemos depreender que uma grande parte das dificuldades da relação dos homens com a saúde passa por questões que estão colocadas no terreno da sexualidade e do trabalho.

Esses temas foram referidos inúmeras vezes quando se perguntava como os entrevistados viam a relação entre ser homem e os cuidados de saúde. Ainda que alguns tenham lembrado de outras situações vivenciadas pelos homens que podem trazer problemas de saúde, como o alcoolismo e a violência, a sexualidade ou o trabalho eram recorrentemente tomados como objetos de reflexão para se pensar a dimensão de gênero e saúde na perspectiva das masculinidades.

Para os usuários, a sexualidade emerge como uma questão fundamental na discussão quando se trata da saúde dos homens. Muitos se reportaram ao que estamos chamando de heterossexualidade incontrolável para discorrer sobre uma maior vulnerabilidade a qual os homens estariam sujeitos. Falavam que os homens são atirados, são muito mulherengos, têm relações sexuais com mulheres que não conhecem, têm relações extraconjugais e que, por não se prevenirem adequadamente, acabam correndo riscos de ter doenças sexualmente transmissíveis.

Pra falar a verdade... Tem muita gente que não procura se cuidar da saúde. (E por que você acha que eles não cuidam?) Ah, sei lá... Por que é muito mulherengo também, sai com qualquer tipo de pessoa. Inclusive, já perdi muitos amigos por causa dessa doença aí: o HIV. Então é o tipo da pessoa que ele mesmo não gosta, não se cuida. Entendeu?

(Carlos Alberto, 41 anos).

É, aí agora só o sexo né? [risos] Aí se ele num tomar cuidado com quem ele anda, aí já viu como é que vai ser né? Aí vai trazer problema para ele também. Mais cedo ou mais tarde ele pode ter problema, Que as vezes nem sempre é uma coisinha simples, e as vezes nem sempre ela sara, né? Elas recolhem né?

(...)

Não, porque às vezes a pessoa num sabe com quem está saindo, né? Que nem, vamos supor, não discriminando, né? Vamos supor, uma mulher que fica na avenida, sai com três, quatro, cinco pessoas. Então, quer dizer, eu vou sair com uma pessoa daquela? Se eu for sair com uma pessoa daquela, o que eu estou passando para mim? Uma doença, mais cedo ou mais tarde, um problema para mim. Quantas pessoas ela não saiu? Vai saber se algum daqueles não estava doente? Esse que é o problema.

(Adriano, 54 anos).

É bastante interessante observar que os motivos arrolados pelos usuários para justificar porque os homens se arriscam são contraditórios. Por um lado, os homens são fortes e atirados e devem controlar os seus impulsos para não se prejudicar. Por outro, o desejo sexual seria uma fraqueza, que o homem deve vencer no sentido de cuidar da sua saúde. Contravertidamente força e fraqueza aqui se tensionam, assim como a sexualidade e seu impulso como sinal de vitalidade, versus a vulnerabilidade ao adoecimento dela decorrente. Tais tensões parecem que estão mais claras, hoje em dia, e se mostram em seus discursos.

Ah, o homem, ele já é mais... Quer ir chegar e chegando, né? Mulher já dá um tempo...

Acho que o organismo dele é mais forte que o da mulher, né? O organismo do homem é mais forte que o da mulher, assim na... o homem já [não] quer saber de ficar enrolando muito, de ficar beijando, essas coisas. Já quer ir logo pro ataque [riso] Então, é... Daí tem que se prevenir. Eu acho que tem, se cuidar da saúde, que senão mais tarde pode prejudicar ele mesmo, né?

(Raí, 21 anos).

Você não pode chegar e conhecer uma pessoa e já sair com a pessoa sem nenhum tipo de proteção, sem nenhum... nem saber com quem você está saindo, entendeu?

Mas isso acontece?

Acontece, muito... Com vários homens. Pode acontecer até comigo na hora de, lá...

Então, por que você acha que na hora acontece isso?

Por um lado, fraqueza, né? (...)Fraqueza, se ele for pensar... pensar bem, e for articular, ele não vai fazer esse tipo de coisa. Então, porque ele... Primeiro, que o próprio homem, ele tem que cuidar da saúde dele mesmo. Se ele não cuidar, quem vai cuidar?

(Aloísio, 46 anos).

Contudo, os padrões de gênero pautados nos valores que edificam a masculinidade hegemônica são também considerados quando se trata de cuidar e lidar com os possíveis problemas de saúde relacionados com a vida sexual. Os homens se submetem a determinadas estratégias de cuidado cujo objetivo principal parece ser afirmar-se enquanto homem. A forma como um usuário tenta explicar a maior fragilidade da mulher comparando-a com a robustez masculina é exemplar para demonstrar a importância dos significados de ser forte e corajoso e como esse significado é incorporado no (des)cuidado de saúde.

Porque a mulher, a mulher tem mais motivos para ela ter mais, ser mais frágil nesse sentido. Muitos... Certo? Toda maneira. Mulher você pode, ela pega uma coisa, um negócio, qualquer coisa contagiosa, ela pega, e aquilo se aguda nela muito, com muito mais facilidade, que no próprio homem. Você teve uma relação, de repente você teve uma dúvida naquilo ali, você chega em casa, se asseia com uma água de limão. Você pode fazer isso, pegar o seu pênis, se assear, lavar com limão, se você não tiver um cuidado médico perto, ou onde você estiver. Que eu já fiz isso... no meio da mata, longe de atendimento médico. Eu tive um... senti uma coisa diferente, peguei, já me asseiei, me lavi com limão bem forte. Está certo que arde um pouquinho, mas... Mulher não pode fazer isso. A mulher, o cuidado dela é muito mais delicado. E por isso ela é muito mais... ela é muito mais frágil nesse sentido.

(Edmundo, 58 anos).

Uma outra questão referida no que tange a sexualidade, masculinidade e cuidados de saúde foi a homossexualidade. Alguns usuários relacionam o surgimento da epidemia de aids e a ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis com a maior visibilidade dos homossexuais. Outros não chegam a falar especificamente de nenhuma doença, mas chamam a atenção para diferentes problemas que podem acometer os homens que fazem sexo com homens. Para um único usuário, a própria homossexualidade deve ser considerada uma doença, pois em sua compreensão do mundo, os homens nascem normais e só depois aparecem esses “problemas”.

Não é todo mundo que é igual. Hoje em dia, não é que nem na minha época, mudou muito. (O que mudou, que o senhor acha?) O que mudou foi...Têm os homens... E tem, se acontecer... Tipo viado. É muita coisa, aconteceu muita doença, por causa disso... Que nem essa aids mesmo... Cachorrada dos homens... Ficou muito diferente, a maioria, né? Não todos, a maioria. Há até problema mesmo, quem se liga do lado deles, só arranja problema.

(Alex, 52 anos).

Não, eu acho o seguinte: quando a pessoa nasce, nasce um homem. Não é isso? Esses problemas que vêm a aparecer, muitos... Como da parte de sexualismo dos homens, aí. Têm muitos homossexuais... Meu ponto de vista... Quando foi criado o homem e a mulher, acho que não tinha... Não existia isso. Depois que o mundo foi evoluindo, se evoluindo... Acho que isso é como se fosse uma doença mental, sabe? Eu considero a parte de homossexual como se fosse uma doença mental. Do mentalismo, saca? Ele põe aquilo na cabeça - que vai ser aquilo, vai ser aquilo... E consegue ser. Por que... Eu penso assim. O meu ponto de vista. Eu não sei se eu estou certo. Entendeu? Eu acho que já faz parte de um problema mental. Que põe aquilo na cabeça... Que vai ser aquilo, e vai ser aquilo e vai ser aquilo.

(Ronaldo, 45 anos).

Um outro tema privilegiado pelos entrevistados quando se trata de discutir a relação de homens e saúde na perspectiva de gênero são suas dificuldades sexuais. A questão da impotência sexual e seus significados para a identidade masculina são lembrados por usuários e profissionais. Um dos usuários refere os problemas vividos com a parceira quando começou a apresentar dificuldades causadas por uso de medicamentos e como se sentiu desvalorizado socialmente. Os profissionais, por outro lado, contam como é difícil para os usuários abordarem esses temas, mesmo reconhecendo a existência de novos medicamentos. Uma médica afirma que muitas vezes os usuários demoram a tocar no assunto, aventando a possibilidade de isso estar relacionado ao fato de ela ser do sexo feminino.

Quanto ao trabalho, como já referido anteriormente, trata-se de uma dimensão substantiva para a produção da masculinidade e, no campo da saúde, assume um papel preponderante quando se pensa a questão dos cuidados voltados para a população masculina. Um ponto central, tanto para usuários como para profissionais, diz respeito à disponibilidade de tempo para se cuidar. Os usuários dizem que precisam cumprir suas obrigações com a família, assumindo seu papel de provedor. Já os profissionais acham que os homens priorizam o trabalho ao invés da saúde. Lembram, no entanto, que as empresas não liberam os homens para procurar cuidados médicos, dificultando o acompanhamento quando se trata de cuidados preventivos. Quando os homens encontram um tempo em seu horário para cuidar da saúde, precisam retornar logo ao trabalho, o que os torna, na visão dos profissionais, usuários menos pacientes.

A mulher cuida mais porque é o seguinte, ela tem mais tempo para cuidar da saúde. E o homem tem que trabalhar mais, porque é pra cuidar da família.

(...)

O homem é mais preso, né? O homem tem que cumprir mais o seu papel, né? Tem que trabalhar mais.

Que papel seria esse que ele tem que cumprir?

Ah, o papel é de... cumprir o papel é cumprir com as suas obrigações. O homem tem que cumprir mais com a sua obrigação do que a mulher.

Que obrigações seriam essas?

Trabalho, né? É a responsabilidade, né?

(Emerson, 49 anos).

Porque homem trabalha, tem que trabalhar, né? Às vezes chefe não quer liberar do trabalho. Às vezes, quando você tem uma enfermidade, né? Você não trabalha...

Homem tem uma responsabilidade, porque homem tem que trabalhar, né? Por isso que às vezes, você vai ficar mal, sabe que não vai poder trabalhar.

(Marcelo Moreno, 27 anos).

Os homens evitam vir no médico, e, quando eles vêm, eles querem uma coisa rápida, pra poder voltar pro serviço o mais rápido possível. Muitas vezes quando eu vou marcar, eles falam: 'Ah, eu não posso porque eu tenho que ir no trabalho'. 'Não, mas no trabalho a gente tem... dou atestado, não tem nenhum problema'. Eles falam: 'É, mas o meu patrão não aceita o comprovante. É contra a lei, mas eles não aceitam. É, se eu começo a vir muito, ele vai me mandar embora'.

(Ana Paula, médica).

Por outro lado, os homens que se cuidam não podem assumir suas necessidades diante da empresa, pois podem ser considerados mais fracos, com menor poder e incapacitados para cumprir suas obrigações. Um profissional relata uma situação de dois homens que, para cuidar de sua saúde, escondem o fato no trabalho, pois não gostariam que ninguém soubesse sobre os seus problemas. Para o profissional, esse episódio exemplifica as dificuldades dos homens em lidar com as prescrições sociais de gênero que impõem uma imagem de homem forte e trabalhador, mesmo para aqueles que se vêem diante de um problema de saúde.

Eu vejo pelo meu marido, quando tem que ir. Meu marido não vai em médico! Eu falo: "Mas por que você não vai?" "Fica mal ficar pedindo pro chefe pra ir pro médico". É como se fosse assim: "Eu estou reconhecendo que eu sou um doente, e meu chefe vai me julgar por aí". "Fulano vai, sicrano vai, tira folga, não sei quê. Vai também!" Né? Então "Não, eu sempre preciso marcar meus horários de médico num horário à noite, que não atrapalha o serviço". Tem todo esse pudor de você não parecer que você tem algum problema, e que você é frágil, né? Que precisa...

O chefe mesmo, tudo bem?

Mais ou menos. Por exemplo, o chefe do meu marido teve um câncer de laringe super velado. Ele até hoje faz tratamento de quimioterapia, só o meu marido sabe que ele vai de quarta-feira fazer esse tratamento dele lá, e o controle. Ele fala que ele tem negócios pra tratar. Não assume que faz o tratamento. Tem a vergonha, entendeu?

Você acha que a vergonha, tem a ver com a coisa da fraqueza, de que...?

Da vergonha, da fragilidade, tipo assim: "-Eu não sou tão viril, nem tão macho, não tenho aquela figura forte do homem social, porque eu estou doente". É mais ou menos isso assim.

(Valeska, técnica de enfermagem).

Se existem dificuldades para o homem cuidar da saúde relacionadas com o trabalho, a atividade em si torna-se uma questão pelos comprometimentos que causam na saúde dos homens. O desgaste provocado pela carga de trabalho, a pressão sofrida para a aquisição de sucesso e as relações tensas no ambiente do local de trabalho geram situações de ansiedade, estresse e sofrimento psíquico nos homens. A propósito, alguns entrevistados relatam situações vividas em seu cotidiano profissional exemplificando problemas de saúde enfrentados pelos homens.

Então, no meu caso... Hoje a minha mulher está trabalhando comigo, mas até um tempinho atrás ela não trabalhava, só eu que trabalhava. Trabalhava, assim, serviço externo e aonde vinha dinheiro pra dentro de casa. Então a obrigação financeira pesava toda em cima de mim, e ela desenvolvia o serviço dela, dentro de casa. Então o fato de você carregar a responsabilidade de manter a sobrevivência da família pode ser, dependendo da forma que isso chegar em' você, pode... Se você não souber encarar a situação independente da car... e dependendo da carga que ela venha, pode fazer mal à saúde. Então, um caso de estresse e... outras... ansiedade, outras coisas mais, que é um exemplo específico meu.

(Denílson, 34 anos).

De novo a gente veria os problemas típicos relacionados ao trabalho anteriormente, talvez tenha até se agravado, né? Parece que as condições, os contextos de trabalho hoje não são nada favoráveis a cuidados de saúde, manutenção da mesma posição, excesso de carga trabalho. (...) Porque tem uma cobrança maior por sucesso, parece que não ser bem-sucedido é uma coisa que é mais pejorativa pro homem.

(Renato, médico).

A carga de trabalho é ainda lembrada nas lesões provocadas pelo trabalho pesado e nas dificuldades que acarretam no cotidiano. Alguns usuários referem que perdem o horário da alimentação, não dormem direito e nem dispõem de tempo para o lazer. Um usuário que trabalha como motorista conta sobre as noites mal dormidas e como se mantém à base de medicamentos para conseguir cumprir com a tarefa que estabeleceu para ele.

[o trabalho] com o tempo interfere sim. Pêso, tipo assim, o desgaste mesmo, interfere. Hora de comer não tem, entendeu? Não tem domingo, não tem feriado, não tem nada disso, aí, não sei nem que dia é dia. Interfere, interfere muito na saúde. Tem pessoas que não interfere porque às vezes pega um serviço mais leve, né? Monta uma oficina, põe alguém pra trabalhar, mas a pessoa mesmo que trabalha de bico mesmo, esses pesados que nem caminhão, trator, carreta... Sofri muito, muito pesado.

(Jorge Wagner, 58 anos).

Por outro lado, o desemprego é referido como um fator importante para os homens, pois os deixa preocupados, causando maior sofrimento psíquico. Um profissional acha que os homens têm buscado cuidados de saúde com mais frequência, mas acredita que esses homens devem estar desempregados.

Quer dizer, no homem também, quer dizer, preocupação com o trabalho, preocupação com a falta de trabalho, talvez, com o desemprego, com a dificuldade de achar um trabalho - isso sim é um fator que pode sim ajudar a ser um problema psíquico, mesmo, que gere a outras coisas.

(Antonio Lopes, médico).

Na perspectiva da masculinidade, duas outras questões de saúde foram consideradas importantes nos relatos dos entrevistados: a violência e o alcoolismo (e outras drogas). Tais questões são referidas tanto por profissionais quanto por usuários, ao contarem situações, respectivamente, ocorridas em suas práticas profissionais e no seu convívio social. Quanto à violência, os profissionais lembram que os homens são socialmente estimulados a se arriscar para provar sua masculinidade. Dessa forma, ao experimentarem situações em que o poder e sua autoridade podem ser questionados ou estarem em disputa, valem-se de atributos como agressividade, coragem e força física para restituir sua posição na hierarquia social.

Acho que ser homem, também, é estar exposto, muito à violência, apesar da violência ser uma coisa que expõe à todas as pessoas, né? No nosso Brasil, no mundo. Eu acho que o homem, hoje, é mais exposto à violência. Isso, no meu ponto de vista. Violência física, violência... não a domiciliar, a violência fora de casa.

Existe um apelo pra violência física entre grupos muito grande, grupos masculinos, né? Tipo as torcidas organizadas, as gangues de rua – que mais que tem...? A própria briga, né? Até a briga pra... Se alguém ofender a namorada... Ainda existe isso, muito! Então o homem está muito exposto a esse tipo de violência. Eu acho que os homens são cobrados a tirar satisfação com a força física, né? Com a agressão. Ainda são. Com a força física. O homem ainda é cobrado por isso. Então eu acho que o homem, ele está mais exposto à violência do que a mulher, né? Na violência fora de casa, né?

(Adriana, enfermeira).

Quanto ao uso do álcool, este é visto de duas maneiras no que tange à construção das masculinidades. A primeira se refere à agregação social ou, como afirma VALE DE ALMEIDA (2000), pelo sentido dado a homossociabilidade vivida em ambientes como bares, por exemplo. Além da questão de interação social, para alguns homens, o álcool funciona como um modo de enfrentar a vivência de uma masculinidade marginalizada, uma maneira de readquirir um poder perdido ou, de suprimir, encarar e desabafar suas dificuldades cotidianas.

*Porque sempre quando eu prefiro tomar mais, no caso, eu prefiro tomar em casa, né? Assim, para não ficar fora. E, dessa vez, eu encontrei um amigo meu, e tomei bastante. Não sei se eu misturei. Às vezes, quando eu misturo uma coisa e outra, não bate muito legal, porque eu logo fico ruim. Ai, esse dia eu não sei se eu misturei, que às vezes eu não lembro no outro dia, quando eu tomo umas a mais, no outro dia eu não lembro quase nada. Ai, esse dia eu fui chegar em casa quase duas da manhã, e estava todo 'regaçado', eu não sei onde eu 'regacei'. **(O que é arregaçado? Se machucou?)** Assim, se machuquei tudo, o rosto, aqui no ombro, um bocado... uns quatro ou cinco arranhões... e estava todo sangrando, e eu não percebi. Só no outro dia, que eu acordei em casa, e fui olhar no espelho, e eu percebi que...*

(Leonardo, 29 anos).

Um dos grandes problemas que os homens trazem ao serviço, não só os moradores de rua, homens em geral, e os homens que nós atendemos deste status socioeconômico, é o alcoolismo, e aí qual é a representação de beber entre os homens; então beber é muito mais importante do que só a adição, só o vício, com relação ao consumo de álcool. É uma questão social. O povo sai para beber... almoça e toma a dosezinha de pinga, né... e todo mundo toma...e almoça com a garrafa de cerveja, ou uma dosinha de pinga e por aí vai, bebendo muito, e dependendo da profissão, bebendo bastante. E aí como você lida com esta questão do alcoolismo para o homem? Porque o homem que não bebe é o homem impotente para desenvolver uma certa atividade social, ele tem uma impotência, ele não consegue dar conta, por algum problema, sei lá, porque ele enfim, tem a questão de por ter ficado alcoólatra ele não consegue realizar um hábito que é absolutamente social; todo mundo bebe, bebe muito. Então, como é que a gente consegue lidar com o alcoolismo? Eu acho que isso é um grande desafio, com a questão ... mais álcool do que tabaco; a nossa população masculina bebe MUITO, os nossos moradores de rua então...esses nem se fala, esses bebem de litro mas o...tem o happy hour dos executivos, mas para os nossos pacientes a pinginha no final do dia é sagrada né, não é só uma pinginha, às vezes é meio litro de pinga. E os moradores de rua, também são homens, que aí a pinga funciona, além dessa questão social, funciona como uma anestesia para suportar a condição; "eu meio me anestesia para dar conta dessa situação, sei lá, porque perdi todos os laços progressivos, eu perdi todos os meus laços e vou reconstituindo eles a base de muita pinga". Não reconstituindo né... anestesiando para não perceber que perdeu tanto, com muita pinga. Eu acho que essa questão do alcoolismo, no homem, para a gente aqui é um desafio...

(Fernanda, médica).

Assim, partindo para uma conclusão deste capítulo, podemos perceber que, tendo em vista os sujeitos pesquisados, as questões de saúde estão fortemente relacionadas à maneira como homens e mulheres compreendem e vivenciam suas perspectivas de gênero. Considerando as masculinidades como foco do interesse em questão, observamos que os cuidados com a saúde são confrontados com noções de identidade que concebem o ser homem segundo padrões relacionados ao poder, à autonomia, à responsabilidade. Tais concepções, seja na perspectiva dos usuários, seja na visão dos profissionais, constituem impedimentos quando está em questão o cuidar da saúde.

Capítulo 7

OS HOMENS E OS USOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Neste capítulo destacaremos alguns pontos apontados por profissionais, por usuários e aqueles percebidos em seus momentos de interação e que consideramos importantes na representação da dimensão das necessidades para o processo de cuidado da população masculina.

De antemão, devemos deixar claro que os temas e os problemas levantados serão cotejados numa dinâmica que os relaciona com a questão de gênero. Ou seja, as questões aqui consideradas relevantes para a reflexão acerca da saúde masculina não serão problematizadas a partir de uma ótica que naturaliza as doenças ou olha para as necessidades de saúde como se fossem comuns a todos os homens. Ao contrário, procuramos enfocar a importância que as relações sociais perpassadas pelos significados colocados na diferenciação sexual e, em particular, no exercício das diferentes masculinidades, jogam no processo de adoecimento e construção das necessidades de cuidados de saúde dos homens. Com isso pretendemos avançar na discussão acerca das relações entre masculinidades e cuidados de saúde, no sentido de reverter quaisquer processos que recaiam numa reificação das necessidades de saúde dos homens e em uma automação das soluções e burocratização das práticas de cuidado de saúde da população masculina, conforme nos lembram SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000) na discussão sobre necessidades de saúde.

Para uma aproximação das necessidades de saúde consideradas pelo ângulo do exercício das masculinidades, inicialmente iremos discutir as concepções de saúde dos sujeitos entrevistados. Embora reconheçamos que delimitar uma definição para a saúde não seja tarefa das mais fáceis, almejamos com essa proposição saber de onde partem os

pesquisados no processo de construção das necessidades de saúde. Em seguida, faremos uma caracterização dos homens usuários dos serviços pesquisados, procurando delinear aspectos que consideramos importantes tanto para a perspectiva dos cuidados de saúde quanto para os significados que representam em uma leitura a partir dos referenciais de gênero. Feita essa caracterização, descreveremos como os homens usam os serviços de saúde, como chegam, quem são seus acompanhantes, por onde e como circulam, quais são suas posturas e conversas no período em que se encontram no serviço. Por fim, serão analisadas as necessidades e demandas dos homens ao procurarem esses serviços, ou outras necessidades referidas nas entrevistas.

Os Homens Usuários dos Serviços de Saúde

Nas entrevistas realizadas, foram encontrados homens que apresentam diferentes características. Suas idades, posturas, comportamentos, modos de utilização e práticas de cuidados que buscam no serviço são variáveis, apontando para uma diversidade e multiplicidade de sujeitos-homens na condição de usuários de serviços de saúde e reforçando a tese de que existem diferentes modelos de masculinidades.

Essa diversidade de características foi apreendida nos diferentes momentos da pesquisa. Tanto era apontada pelos profissionais entrevistados, que chamavam a atenção para a heterogeneidade dos usuários dos serviços, como foi notada nos diversos espaços dos serviços durante o período de observação. Percebemos ainda algumas diferenças entre os dois serviços pesquisados, as quais merecem ser salientadas.

O CSE Barra Funda tem como característica a presença de uma população bastante diversificada, em que se misturam os moradores da área onde o serviço tem a responsabilidade de prestar assistência, os trabalhadores de empresas localizadas na região e um grande número de usuários que, em um primeiro momento, não podem ser categorizados

nem como moradores, nem como trabalhadores da região. Entre estes últimos destacam-se agrupamentos excluídos socialmente, tais como moradores de rua, imigrantes bolivianos, profissionais do sexo. Essa característica é ressaltada por todos os profissionais entrevistados.

Ao descrever os usuários, os profissionais do CSE Barra Funda apresentam primordialmente duas categorias: a população de classe média-baixa moradora da região e a população que vive em situação de exclusão social. Os primeiros são em sua maioria idosos, com grande predominância de mulheres. No segundo grupo, destacam-se os moradores de rua e os bolivianos, que, segundo os profissionais, têm ultimamente pressionado a demanda por atendimento. Referem ainda que os moradores de rua são em sua maioria homens. A grande afluência da população excluída socialmente faz parte de uma política implementada na unidade a partir da década de 1990, de privilegiar o acesso ao serviço desses segmentos populacionais, dentro dos “princípios de equidade e da discriminação positiva” (CARNEIRO JR.; SILVEIRA, 2003; CARNEIRO JR. et al., 2006). No entanto, para alguns profissionais, a presença de pessoas de diferentes inserções sociais gera muitas vezes conflitos de relacionamento no serviço. Com relação à ocorrência de conflitos, durante a observação constatamos um diálogo que evidenciava tal situação. Um usuário, que havia procurado o serviço para a realização de curativo, retorna à sala de recepção reclamando da demora e comenta com a funcionária do setor que, caso fosse morador de rua, boliviano ou traficante de drogas, seria mais rapidamente atendido, mas, por ser trabalhador, seu atendimento é demorado.

De fato, a diversidade de homens-usuários no serviço foi verificada durante o processo de observação. Tal diversidade pôde ser percebida em diferentes espaços do serviço e abrangia desde características como idade, aspectos comportamentais, vestimentas, modo de se portar perante o serviço, motivação de procura, entre outros. Com relação à idade, embora os profissionais afirmem que a presença de homens jovens no serviço não seja muito comum,

foi possível observá-los em grande número nos vários momentos em que nos encontrávamos no serviço. Os homens mais jovens têm uma postura mais ativa quando comparados com os mais idosos. Procuram rapidamente informar-se sobre suas necessidades no serviço e tentam resolver suas demandas com maior agilidade. Os idosos solicitam o que querem e aguardam seus atendimentos sentados, com mais tranquilidade.

Uma outra característica peculiar do serviço é o grande número de homens que manifestam suas condições de trabalhadores. Vários deles apresentavam-se uniformizados e com crachás ou, simplesmente, informavam que estavam vindo diretamente da empresa onde trabalhavam. Em vários momentos percebemos alguns homens que, enquanto aguardavam por seu atendimento, exteriorizavam símbolos relacionados ao trabalho, como pastas ou mochilas. Alguns demonstravam preocupação com o desemprego, como é o caso de um homem visto por mais de uma vez na área de espera do serviço. Em um determinado dia, trajava calça social e camisa de mangas compridas, cabelos bem penteados e, enquanto aguardava, lia um jornal na página de empregos, marcando com uma caneta os anúncios com oferta de emprego. Em outro momento encontramos este mesmo homem lendo um jornal que trazia na manchete, no alto da página, a palavra “TRABALHO”. Mantinha a boa aparência, com os cabelos penteados com gel e roupas bem compostas.

Por sua vez, a circulação de homens moradores de rua ou albergados é bastante intensa. Parecem estar familiarizados com o serviço, pois são facilmente reconhecidos pelos funcionários. Esta particularidade foi ressaltada por uma médica, que dizia em entrevista que os moradores de rua, apesar de não constituírem um agrupamento muito numeroso, eram freqüentadores assíduos do serviço, com uso repetitivo das atividades oferecidas.

...apesar de poucos, eles são impactantes, a gente estava levantando isso (...) A população de rua, eles usam muito o serviço. Então eles podem nem ser tantos, mas usam muito. Estão sempre vindo aqui... Então, tem um morador de rua que passou 35 vezes no serviço no último ano, 35 vezes é um monte de vezes!!! Isso dá a impressão de que eles são..., tem muito. Não é porque numericamente eu tenha muitos moradores de rua cadastrados, mas é que eles usam muito, várias vezes, às vezes na mesma semana; tem o Sr. X (morador de rua) aqui que vem todo dia, e às vezes duas vezes por dia... Então eles usam demais...

(Fernanda, médica).

Como se vê, foi possível perceber que os moradores de rua fazem uso recorrente do serviço. Após pouco tempo de observação já reconhecíamos vários deles. Alguns pareciam que apenas passavam pelo serviço, sem uma demanda específica para o uso. Chegavam, sentavam-se nos bancos e logo depois iam embora. Outros solicitavam atendimento e aguardavam deitados nos bancos, como foi o caso de um usuário que não respondeu à chamada para o atendimento, pois, segundo informação de uma funcionária, estava dormindo em algum lugar, já que tinha passado a noite acordado.

Os moradores de rua ou aqueles que vivem albergados, em sua maioria, usam trajés mais simples e aparentam condições de higiene mais precárias. Carregam em várias sacolas seus documentos, receitas médicas e exames realizados. Afirmam que precisam andar com os seus pertences para todos os lados, pois não têm onde guardá-los nos albergues onde pernoitam. Muitos deles apresentam ferimentos no corpo e andam apoiados por bengalas e muletas. Grande parte dos moradores de rua trabalha como catador de material reciclável, sendo comum ver carroças estacionadas do lado de fora do serviço. Alguns chegam acompanhados por cachorros, que são deixados amarrados na carroça ou entram no serviço junto com o dono.

Tais características são reforçadas por estudos que procuram traçar um perfil da população de moradores de rua da cidade de São Paulo (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 1992; SÃO PAULO, 2003). Segundo estes estudos, feitos sob encomenda da Secretaria de Assistência Social do Município de São Paulo, a população de moradores de rua concentra-se

na região central do município, é predominantemente masculina, a maior parte vive sozinha, tem como fonte de renda a coleta de sucata e uma parcela significativa demanda o uso de abrigos para pernoitar.

Os bolivianos constituem um outro agrupamento social bastante citado pelos profissionais e percebido com regularidade no espaço do centro de saúde. É mais comum encontrar mulheres que homens bolivianos. No entanto, em vários momentos percebemos a presença dos últimos no serviço. A maior parte acompanhava suas esposas nas consultas. Segundo os profissionais, os bolivianos são muito empobrecidos e moram em ambientes bastante precários. A maior parte trabalha no ramo da confecção, em condições de subemprego, sem vínculo empregatício e tem grandes dificuldades para usar os serviços de saúde, conforme nos relata um profissional entrevistado.

...tem uma população de bolivianos muito grande. Visualmente, eles são muito pobres, vivem em cortiços; eles têm uma inserção no Brasil que é geralmente em setores de costura, então eles vivem como costureiros aqui, são bastante pobres, mas eles já vêm da Bolívia com esse emprego garantido. E é, na verdade, um emprego complicado. Normalmente, trabalham treze, quatorze horas por dia, têm um vínculo profissional assim muito complicado; os donos, geralmente coreanos, não deixam eles vir em consultas, o que é bastante difícil negociar com eles, coisas de falta até pra vir em consulta. Então, as condições deles são muito ruins em termos de nutrição, em termos de vida mesmo; eles vivem em cubículos, em lugares pouco iluminados e pouco ventilados, então tem uma alta taxa de tuberculose entre eles. Acho que é um setor da população bastante problemático.

(Antonio Lopes, médico).

A situação da população boliviana imigrante na cidade de São Paulo tem sido objeto de reflexão de alguns estudos. Segundo SILVA (2006), os bolivianos são atraídos por promessas de emprego e bom salário feitas por empregadores coreanos, bolivianos e brasileiros da indústria de confecção. Em sua maioria, são jovens, de ambos os sexos e alimentam sonhos de uma vida melhor para si mesmos e seus familiares. Concentram-se em bairros da região central do município de São Paulo e trabalham no ramo da costura em condições insalubres, sem nenhuma regulação de relações trabalhistas. Em alguns casos, a

exploração chega ao seu limite, transformando-os em escravos. O esquema de subjugação imposto pelos donos das oficinas de costura consiste na retenção dos seus documentos, na proibição de saída mesmo nos fins de semana e no exaustivo regime de trabalho imposto aos trabalhadores(as). Há relatos de aumento nos últimos anos do número de mulheres em condições servis nas oficinas de costura, incluindo os casos de violência física contra elas.

Já no CSE Butantã, diferentemente do que se observa no CSE Barra Funda, a população usuária não tende a ter grandes diferenciações, ainda que prevaleça uma maior concentração de pessoas idosas. Para os profissionais não existe um tipo de usuário que seja característico do serviço. Como eles mesmos afirmam, tudo pode aparecer. Não obstante, referem que as mulheres estão mais presentes no serviço. Com relação à população masculina, não foi detectado qualquer sinal que permita identificar algum agrupamento mais específico.

O que mais se destaca no discurso dos profissionais do CSE Butantã, no sentido de caracterizar a população usuária, são as suas condições socioeconômicas. Eles reconhecem que o serviço atende principalmente a população mais carente da região, domiciliada em comunidades populares e faveladas. No entanto, acreditam que mudanças ocorridas no bairro têm trazido, para o Centro de Saúde, usuários que anteriormente não tinham o hábito de utilizar o serviço. Tais mudanças são percebidas por uma maior procura de moradores pertencentes à classe média, que passam a ter a instituição também como sua referência para cuidados de saúde. Segundo os profissionais, o crescimento da demanda dessa parcela da população se deve à perda de convênios médicos e planos de saúde, perdas resultantes do desemprego e da falta de condições financeiras condizentes com a possibilidade de pagamento dos elevados preços dos serviços privados. Portanto, de acordo com os profissionais, o CSE Butantã presta assistência para diferentes estratos populacionais, embora pareça existir no serviço um uso mais rotineiro e recorrente de uma população considerada mais pobre.

Assim, no que diz respeito aos homens usuários do CSE Butantã, é possível dizer que, por um lado, não há segmentos sociais tão específicos que demandem necessidades particularizadas no uso do serviço de saúde. Entretanto, por outro lado, a participação de diferentes estratos populacionais gera uma maior diversidade de modelos representativos dos homens no serviço, o que, por conseguinte, suscita uma ampliação do leque de necessidades que devem ser satisfeitas.

A seguir, discutiremos as concepções de saúde verificadas entre os usuários e os profissionais de ambos os serviços pesquisados.

A Concepção de Saúde

De um modo geral, a idéia de saúde apresenta-se com um sentido bastante ampliado, tanto para os profissionais como para os usuários. Entretanto, as opiniões dos usuários se constroem em torno de uma base mais concreta, que tem como referência situações, contextos, atitudes e comportamentos que fazem parte de suas vidas cotidianas. Ao passo que os profissionais elaboram seus juízos de modo mais abstrato. Apresentaremos separadamente as concepções de profissionais e usuários.

Nos discursos dos profissionais, o que chama a atenção em um primeiro momento é a multiplicidade de aspectos considerados fundamentais e importantes nas diferentes opiniões referidas. As expressões “amplo” e “complexo”, utilizadas por diversas vezes nas respostas oferecidas, parecem contemplar a pluralidade de questões apontadas por eles. Dessa forma, os profissionais constroem uma imagem da saúde tal como um mosaico composto por diferentes pontos de vista, onde é possível se encontrar desde simplesmente a ausência de doenças até um estado de satisfação plena, utópico, quase que um nirvana, conforme palavras de uma médica entrevistada.

A fala de uma outra médica parece sintetizar mais claramente a diversidade de possibilidades colocadas pelos profissionais de saúde quando são solicitados a refletir acerca de sua área de trabalho.

Então, você tem aí um largo espectro, desde aquele estado de saúde plena, que é praticamente inatingível, quase que definição de felicidade, até não ter só doenças. Então falar a definição de saúde é uma coisa muito difícil, não é, com relação a isso. Porque tem esse largo espectro de coisas que a gente vai trabalhando. E aí, dialogando com a realidade. Dialogando com a realidade da nossa população, situando no contexto da população aqui do município de São Paulo e com as condições que a gente tem de serviços de saúde para dar conta dessa saúde. Então, assim, desde a coisa mais inatingível até o que a gente consegue dá conta na realidade das práticas de saúde.

(Fernanda, médica)

Um outro aspecto mais geral depreendido dos pontos de vista dos profissionais foi que eles baseiam-se em suas próprias vivências pessoais, em suas visões social e política e em suas interações com o espaço de trabalho e com a população a quem prestam assistência. O relato acima aponta como suas concepções de saúde se constroem cotidianamente e como os seus significados estão na dependência de uma infinidade de valores que vão sendo incorporados continuamente no processo de experiência e de relações que estabelecem em diferentes contextos vividos.

Vários profissionais afirmaram que sua compreensão modificou-se à medida que passaram a trabalhar no campo da atenção primária à saúde, surgindo idéias, como, por exemplo, prevenção e bem-estar, que até então não faziam parte de seu repertório.

A minha concepção atual sobre saúde, ela vem se construindo a cada dia que passa, né? Acho que ela era uma visão muito simplista, quando eu cheguei aqui, de saúde ser simplesmente a ausência mesmo de doença. Hoje eu acho que a minha concepção sobre saúde é essa sensação de bem-estar na maior parte do tempo do indivíduo. Ela envolve tanto o corpo, como a mente, como a relação com o lugar onde a pessoa vive, né? A relação com quem à cerca...

(Adriana, enfermeira)

Então, acho que antes da gente trabalhar na Saúde, você tem uma visão. Depois que você começa a trabalhar aqui, você tem outra visão, ainda mais sendo um Centro de Saúde que visa mais o cuidado pra não ficar doente. Porque, na realidade, é isso que a gente fala pro paciente: 'Você tem que tomar cuidado pra não ficar doente. Depois que está doente tem que tratar'. E você só tem essa visão acho que depois que você trabalha na Saúde ou que você se envolve com alguma coisa na saúde. Tomar cuidado pra não ficar doente, porque depois que fica doente tem que tratar, né? Então tem que ter cuidados antes de adoecer, pra evitar as doenças mesmo.

(Karen, auxiliar de farmácia).

Por outro lado, alguns profissionais tomam como referência as pessoas que são atendidas nos serviços para discutirem saúde relacionando-a com as condições de vida da população. Lembrem, por exemplo, que é difícil falar em saúde em se tratando de pessoas excluídas socialmente, como é o caso de um médico que atenta para a precariedade de parcela da população assistida no serviço em que trabalha.

O conceito que a gente tem hoje de saúde é um conceito ampliado, quer dizer, que abarca condições de vida. As pessoas terem condição de vida, terem acesso a serviços, ter... uma condição social adequada, quer dizer, ter um status de cidadania adequada, não é? Especificamente no setor, a ênfase aos cuidados em saúde... Tem uma dimensão de compreender as questões de saúde, de acesso aos serviços. Promoção de recuperação a saúde para o conjunto das pessoas. Quanto mais democrático isto for na sociedade, melhor.

(Luis Felipe, médico).

Acho que a saúde é muito ampla mesmo, acho que é difícil dizer pra uma pessoa que não tenha condições sociais para comer, por exemplo, o que é saúde. Que é o que a gente tem bastante aqui: têm pessoas que tem basicamente, o problema dela, que a gente nota, é problema de falta de dinheiro pra comer, pra se locomover, pra morar. Não dá para imaginar saúde no contexto onde essas pessoas tenham essas necessidades básicas não cumpridas. Então fica difícil qualquer coisa mínima que ela tenha, seja hipertensão – que pra nós é o dia-a-dia, o banal da clínica – qualquer coisa fica difícil de orientar. Por exemplo, o diabético, colesterol alto, fica difícil fazer dieta pra ela se ela não tem o básico pra comer, quer dizer, que restrição eu vou colocar pra ela se ela não come nem o necessário todo dia e não tem uma dieta equilibrada?

(Antônio Lopes, médico).

Outros profissionais valorizam o estado de espírito, a satisfação com o próprio corpo e/ou as potencialidades sociais do sujeito como questões primordiais para o alcance de um nível de sanidade adequado.

Deve ser ressaltado que em tais concepções a presença de uma doença não constitui fator impeditivo para que alguém se sinta saudável. Aqui, a saúde assume uma dimensão mais subjetiva e que remete para os sentidos e os significados que cada pessoa dá para a sua própria vida.

Eu defino saúde como você estar em paz consigo mesma. Você está tranqüilo, está em paz consigo mesmo, está saudável, mesmo que você esteja morrendo de câncer.

(Ana Paula, médica).

Bom, saúde pra mim é... e atualmente acho que essa idéia ela está cada vez mais forte. É um sossego interno. Uma coisa subjetiva. Uma coisa de está bem consigo mesmo, com o que você faz. Com o que você é. Com os seus projetos.

(Darci, assistente social).

Poderia te dizer que tem uma sensação de ter saúde ou de ser saudável, que é uma certa relação de gratificação com o próprio corpo. Quer dizer, o corpo não é uma fonte de experiências de frustração. E a gente tem momentos em que a gente se sente assim, a gente se sente saudável. Agora, saúde, do ponto de vista de ausência de doença, ninguém tem saúde e ninguém tem doença só. Quer dizer, o corpo funciona, em geral, com umas partes bem e outras mal. Então, todos somos mais ou menos saudáveis e mais ou menos doentes. Mas eu acho que, em termos de percepção de saúde, tem uma coisa de uma relação de um certo bem estar com o próprio corpo, assim. Acho que passa por aí. Talvez não se lembrar do corpo seja...

(Maria Ester, médica).

Os discursos dos profissionais demonstram um caráter diverso e polissêmico sobre a concepção de saúde. Neles, é possível reconhecer uma tentativa de se alcançar um sentido mais totalizador para a questão que, poderíamos afirmar, vai ao encontro dos objetivos definidos nos princípios da integralidade das ações de saúde. Ou seja, buscam-se definições que consigam articular corpo, mente, vida social, condições socioeconômicas, etc. Procuram, dessa forma, distinguir modos, ações e atitudes que consideram necessárias para se atingir essa totalidade, estado que chamam de bem-estar ou equilíbrio do indivíduo consigo mesmo e cuja meta principal é o alcance de uma melhor qualidade de vida.

À medida que vão construindo em seu imaginário um modelo de uma boa saúde, os profissionais trazem elementos que consideram essenciais para se alcançar o estado de bem-

estar. Por exemplo, recordam a importância de uma alimentação balanceada e a necessidade de práticas cotidianas de exercícios físicos. Valorizam as relações pessoais e familiares na direção de um maior apoio social, assim como as relações com o ambiente, com o espaço, enfim, com os lugares onde se vive. Por outro lado, chamam a atenção para as prerrogativas específicas do setor saúde, como as práticas preventivas, acesso às informações e aos serviços de saúde, além, é claro, dos cuidados curativos que passam pela atenção médica.

Os usuários também partem de suas práticas cotidianas, de seus modos de vida e de suas necessidades pessoais e familiares para refletir acerca da saúde, mas, geralmente, argumentando de modo mais objetivo e direto, na comparação com os profissionais. Não obstante, é mister reconhecer algumas considerações de cunho mais político tecidas pelos usuários, quando falam da necessidade de mais verbas para a saúde, de maior investimento governamental, atentando para situações de desvio de verbas e corrupção política.

Pra mim, era pro governo ter mais verba pra saúde, pra melhorar mais a saúde pra... Principalmente pro pessoal mais pobre, né? Que não tem tanta saúde que nem eu. Eu não tenho tanta saúde. Ai, eu acho mais dificuldade é isso, porque quem... Você vê as filas que tem hoje no SUS... A pessoa, se for pra fazer uma consulta vai passar o dia inteiro. Não é culpa dos médicos... Já é culpa lá do governo porque dificulta mais as coisas.

(Oscar, 43 anos).

Acima de tudo, o cuidado com a saúde, um pouco mais de interesse na saúde do Brasil, porque a verba da saúde no Brasil é uma das verba que é mais utilizada pra desvio. Sempre é uma verba mais desviada. Nós temos um problema de um negócio do CPMF, que isso, é, esse imposto foi criado pra saúde. Você deve conhecer esse assunto desde o começo. Daí ele foi provisório, desse provisório foi fixado, ficou, efetivo para receber. Você só vê no teu talão de cheque ou no teu extrato, desconto de CPMF. Mas a saúde continua a mesma coisa. Pior sempre. (...) Ah, sinceramente, infelizmente não pode se afastar a política de uma história dessa, porque tudo depende deles. Se eles tivesse força de vontade, nós teríamos uma grande saúde. Porque nós pagamos... todo nosso impostos. Pagamos, descontamos o INPS, tudo, e você não tem direito de dizer: “-Não vou pagar”, porque já vem descontado em tua folha de pagamento. Então, você é obrigado. Tudo, se dependesse de mim ou de alguém, em de eu fazer, a coisa era outra. Mas infelizmente não tem nada sobre isso, ao nosso alcance. Que infelizmente a política, sempre ela está em primeiro lugar, nesse sentido. Então, se eles tomasse cuidado e tivesse um pouco mais de atenção ao povo, aos pobres, era outra coisa.

(Edmundo, 58 anos).

Os usuários acreditam que se vive mais saudavelmente quando se está de bem com a vida e menos preocupado com os problemas cotidianos. Para tanto, valorizam o bom humor, o bom relacionamento familiar, as amizades e os momentos de diversão e lazer. O ambiente profissional e a convivência entre patrões e empregados também são ressaltados como questões importantes para se viver mais saudavelmente. Dizem que é preciso “não esquentar a cabeça” e “deixar o barco rolar”, para viver com sossego, com mais tranquilidade e harmonia. Afirmam também que as pessoas fechadas e que vivem de mau humor apresentam mais problemas de saúde, independentemente da manifestação ou não do problema. Para justificar a importância de viver menos preocupado com o cotidiano, um usuário conta um diálogo que teve com uma médica acerca de doenças que podem surgir quando alguém se preocupa muito.

Viver bem é não esquentar a cabeça. Que nem a história, deixa o barco rolar... Que se eu colocar tudo na minha cabeça, o bicho fica louco... Que nem... tipo assim, briga de família, que você tem mesmo, sem dúvida, todos os casais têm. Tem problema com filhos, todos têm, ou um ou outro sempre dá um problema. Que nem, comentando... Uma médica daqui, nós conversamos, a gente vinha no ônibus, ela falou: ‘Se caso a pessoa colocar tudo na cabeça, é perigoso dar um enfarte, um derrame, sei lá o que’. Agora que eu não esquento mesmo! (risos)

(Jorge Wagner, 58 anos, CSE Butantã).

De uma maneira geral, os usuários relacionam cuidados de saúde com o atendimento médico. Afirmam que as pessoas devem sempre procurar um serviço de saúde ao perceber que algo não vai bem, ou mesmo para evitar o surgimento de possíveis problemas de saúde. Neste caso, parecem valorizar os cuidados preventivos com a saúde, como se pode notar no discurso abaixo. Há, ainda, alguns que apontam para a necessidade de campanhas educativas que esclareçam e incentivem as pessoas a se cuidarem mais.

Procurar sempre ir ao médico. Tem que ir [...] Igual eu, por exemplo, eu passo nesse postinho de seis em seis meses, pra olhar sangue, diabetes, colesterol. Então, eu acho que aí o importante é você estar sempre de olho na saúde, fazer a prevenção pra poder você saber como é que está a situação da gente. Não abandonar, achar que está sempre bom, que não está sentindo nada. Só procurar o médico quando adoecer. Eu acho que é bom a gente fazer a prevenção antes. Então, é isso que eu procuro. E eu acho, eu entendo que é uma coisa que influi muito com a gente.

(Sócrates, 46 anos).

Acho que uma boa campanha, às vezes esclarecendo como é a saúde para a pessoa se cuidar. Às vezes, até, muitas coisas você poderia ter se cuidado e não... Educação, educativa. Uma campanha, tipo na televisão, dando mais incentivo à pessoa se cuidar mais.

(Oscar, 43 anos).

À valorização da busca por serviços de saúde e, mais especificamente, da consulta médica, são contrapostas as dificuldades para se conseguir atendimento, conforme entendem os usuários o que deveria ser uma assistência de boa qualidade. Queixam-se muitas vezes que a atenção prestada deixa a desejar e que se sentem desrespeitados pelo médico. O tempo de espera é um outro obstáculo que os usuários criticam no uso dos serviços do SUS. Aqui, especificamente, referem-se tanto ao atraso no atendimento já marcado, como também à demora e às filas para agendamento de novas consultas. Alguns traçam um paralelo com os convênios e os planos de saúde, achando que nestes locais o atendimento é mais rápido e de melhor qualidade.

É, porque tem médico que é... [riso] “cri-cri”. Que nem esse médico, o doutor Leão, que eu falei para você. (Por que “cri-cri”? O que seria “cri-cri”?)

É que... Quando eu cheguei lá, eu fui pra ele ver se me encaminhava pra fazer uma cirurgia, que eu não tava atrás de laudo médico nenhum. Aí, quando eu cheguei lá, ele já deu um tapa na mesa e falou: ‘Oh, Anda ligeiro aqui. O meu negócio tem que ser ligeiro’. E começou a bater. Eu falei: ‘Mas eu tenho que mostrar o que é que...’ – ‘Não, não quero saber de nada, não. Quero saber logo o que é que você tem, para chamar outra pessoa’. Aí, eu fui, catei o meu exame, que eu tinha pago na época... Foi em 2005, isso. Eu falei: ‘O meu problema é isso aqui, oh’. Ele olhou assim e falou: ‘Toma isso aqui pra você ir fazer a cirurgia. Pode sair’.

Outra vez, a mesma coisa. Eu voltei lá porque o médico daqui falou que eu tinha que fazer outras coisas. Eu não podia fazer esse tipo de cirurgia mais. Quando eu voltei lá e fui mostrar pra ele, ele falou: ‘Se o médico lá acha isso, o que é que eu posso falar pra você?’.

(Elano, 32 anos).

Um bom atendimento. Seria um bom atendimento para eu poder me sentir bem. Eu, no meu caso, na saúde. Mas eu estou para começar. Você sabe quantos meses eu estou lutando pra marcar uma consulta lá no ortopedista, no meu hospital? Está fazendo cinco meses que eu estou tentando marcar uma consulta e não consigo, porque ainda sempre a agenda está lotada. Além de você passar uma hora e meia tentando... ao telefone, quando você consegue quem te atenda, aí fala: 'Não, mas, ah, só pro final do mês. Nossa agenda está fechada. Ainda não abriu a agenda'. Então, é duro, entendeu? Simplesmente isso. Porque já que a gente não pode ter um convênio, porque a única coisa que é bem atendida nesse país... quem pode pagar um convênio. Você pode pagar um convênio, você tem bom atendimento.

(Edmundo, 58 anos).

Além da consulta médica, entre as outras questões apontadas pelos usuários como importantes para uma boa condição de saúde, destacam-se a alimentação e a prática regular de exercícios físicos. Na maioria das vezes, tais referências são feitas de modo superficial, sem especificações mais claras sobre o que compreendem como uma boa alimentação ou prática de exercícios corporais. Parece que, na verdade, apenas reproduzem um discurso hegemonicamente reconhecido como apropriado na atualidade, embora alguns afirmem que de fato são cuidadosos com alimentos gordurosos e que praticam atividade física regularmente.

Ah, eu acho que é uma boa alimentação. Uma boa alimentação, uma boa... sei lá eu. Fazer uma física também. Andar bastante. Correr, por exemplo. Aqueles que podem correr, eu acho que é bom. Fazer um cooper, né? Que isso entra numa boa saúde também.

(Emerson, 49 anos).

Pra gente ter uma saúde boa mesmo, começar pela alimentação. Saber se educar na parte de alimentação – esse é uma base principal, alimentação – para poder a gente ter saúde cem por cento. A segunda parte, eu acho que tem que fazer um pouco de exercício... Entendeu? Diariamente, ou senão duas, três vezes por semana, que nem eu pratico.

(Ronaldo, 45 anos).

Há ainda os que se referem à importância das atividades esportivas e de lazer, mencionando, por exemplo, a prática de futebol e as visitas aos parques municipais para a realização de alguma atividade esportiva nos finais de semana. Estas, segundo eles, não são, entretanto, práticas disponíveis para todos. Um usuário, por exemplo, ressalta as dificuldades

relacionadas às pessoas com condições econômicas desfavoráveis para realizá-las. O ritmo intenso de trabalho também é citado como impedimento para o lazer, pois o tempo disponível é todo dedicado à atividade laboral. O envolvimento exagerado com o trabalho, por sinal, é lembrado como prejudicial à saúde, já que muitas vezes impede uma atenção mais adequada com a alimentação, com o sono, etc.

Muitos fazem menção à necessidade de se dormir bem e a uma boa qualidade de moradia para se alcançar uma qualidade de saúde satisfatória. É interessante notar que muitas dessas questões são referidas por usuários que apresentam maiores dificuldades para viver sob tal condição. Por exemplo, chama a atenção a valorização por parte dos moradores de rua para a necessidade de uma boa moradia como fator de saúde. Entre os que manifestam a necessidade de se ter um sono reparador, é curioso perceber a importância dada ao fato por um usuário cujo horário de trabalho é no período noturno. Dormir bem é a primeira coisa referida por ele como essencial para uma boa saúde.

Ah, dormir bem. Uma boa alimentação. O que mais?
(Edmilson, 36 anos).

Ter um ambiente saudável, uma moradia. Uma boa alimentação, eu acho que teria uma boa saúde. Porque a pessoa de rua não tem uma boa saúde.
(Carlos Alberto, 41 anos).

O uso de drogas foi por diversas vezes citado para exemplificar atitudes que prejudicam a saúde da população. Especificamente em relação ao álcool, os usuários lembravam dos problemas e riscos não só para a saúde, mas também nos relacionamentos familiares e no trabalho. Apesar de mencionarem o malefício do álcool para a saúde, vários deles diziam fazer uso de bebida alcoólica com alguma regularidade. Um entrevistado chamou a atenção para a quantidade de jovens que bebem e fumam, afirmando que na atualidade tais práticas são bastante comuns entre os adolescentes. O uso de outras drogas foi lembrado por alguns entrevistados, embora, na maior parte, não se referissem a si como

consumidores. Contam de amigos e conhecidos que se envolveram com algum tipo de droga, principalmente aqueles que vivem na rua. Os que reportaram a utilização de drogas ilícitas afirmavam já não serem mais consumidores ou estar buscando tratamento para o abandono definitivo.

Vamos supor, pessoa que fuma muito. Que fuma, que bebe. Ainda bem que eu não fumo e nem bebo. É uma coisa que eu acho importante isso aí, se a pessoa evitar fazer isso... Que hoje em dia a gente vê muitos jovens, né? Adolescente. Eu vejo muito na região onde eu trabalho. Jovens e adolescentes fumando. Assim, pessoas novas fumando e bebendo. Eu acho que isso aí faz um grande mal à saúde. Eu acho que se a pessoa não fizer... Deixasse de fazer isso, eu acho que ela estaria bem de saúde.

(Edmilson, 36 anos)

Assim, tendo caracterizado as concepções de saúde dos usuários e dos profissionais, iremos a seguir discutir como ocorre a presença dos homens nos serviços de atenção primária estudados, refletindo acerca de suas posturas e comportamentos nos diferentes espaços existentes.

A Presença dos Homens nos Serviços de Saúde

As considerações anteriores já apontam para uma ampla possibilidade no modo como os homens podem utilizar os serviços estudados. A multiplicidade de compreensões acerca dos padrões de masculinidades exercidos e suas imbricações com as práticas de cuidar da saúde, as distintas noções de saúde que os sujeitos têm como finalidade, a existência de homens usuários de diferentes inserções socioculturais, tudo indica que a presença masculina em um serviço de saúde não pode ser vista sem uma consideração das diversidades de modelos de ser sujeito no mundo. A partir dessa perspectiva, é possível vislumbrar desde facilidades para a efetivação dos cuidados até antever barreiras e resistências que possam dificultar a manifestação de suas necessidades.

Tais possibilidades dependem também da forma como os serviços se estruturam no processo de organização de suas práticas de cuidado, assim como das estratégias que empregam para absorver e dar acesso a determinados agrupamentos populacionais na busca de ações que respondam às suas necessidades de saúde. Uma maior ou menor abertura no reconhecimento das necessidades dos homens pode acentuar facilidades ou barreiras, tornando a presença dos homens mais ou menos visível quando estes se encontram no serviço.

Tomando tais questões como aspectos fundamentais para a compreensão do objeto em estudo, procuramos apreender e identificar como se dá a presença dos homens nos serviços pesquisados. Nesse sentido, um primeiro resultado importante da pesquisa é a constatação do comparecimento dos homens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Embora, em princípio, a questão do comparecimento não estivesse em questionamento, tornou-se relevante na medida em que no senso comum é disseminada a idéia de que os homens não buscam os Centros de Saúde. Tal idéia é tão difundida, que ouvimos de profissionais, durante o trabalho de campo, que os dados de produção de consultas e atividades realizadas naquele serviço permitiam afirmar que os homens não procuram as UBS. Contudo, o que verificamos foi que, em certos momentos, havia nas salas de espera uma quantidade maior de homens que de mulheres. Isso nos possibilitava argüir a opinião sedimentada de que os homens não procuram, ou procuram menos, os serviços de saúde. A situação encontrada por nós seguia na direção contrária ao que era propagado. Dessa forma, identificamos uma primeira barreira no processo de satisfação e reconhecimento das necessidades dos homens: a barreira da visibilidade. Refletir acerca das dificuldades associadas ao cuidado de saúde por parte dos homens tomando como única referência os dados objetivos de número de consultas realizadas em um serviço não nos parecia o caminho mais adequado. O que observamos indicava que participar menos das atividades contabilizadas em uma UBS não significa necessariamente procurar menos os serviços. Nossas observações impulsionavam para a reflexão de que os vínculos estabelecidos

entre homens e serviços de saúde vão para além da simples presença em uma consulta médica. Nesse sentido, se faz necessário problematizar a interação dos homens com os diferentes espaços existentes nos serviços de atenção primária.

Uma característica marcante entre os homens é a aflição demonstrada quando procuram pela primeira vez o serviço. A manifestação de dificuldade ao se chegar a um local desconhecido é algo esperado das pessoas. Contudo, as mulheres parecem se sentir mais à vontade para perguntar. Os homens chegam, param na porta, olham e parecem não saber como adquirir informações sobre o atendimento. Não sabem para quem perguntar e mesmo se podem perguntar algo a alguém. Às vezes andam de um lado para o outro, com se estivessem constrangidos em se aproximar de um funcionário para solicitar informação. Depois de um certo tempo, procuram se aproximar de um outro usuário para pedir ajuda, indicando que se sentem mais à vontade em perguntar a uma pessoa com quem se identificam mais.

Em vários momentos os pesquisadores foram abordados por usuários pedindo informações sobre o serviço, e estes, só depois de serem informados de que conseguiriam a informação desejada com um atendente do balcão de recepção, sentiam-se confiantes em ir até lá para conversar com o funcionário.

Parte da aflição está relacionada à possibilidade de não ser atendido. Uma outra parte se deve à condição de trabalhador. Em um dos campos de pesquisa, um homem jovem, aparentando ter por volta dos 30 anos de idade, aproximou-se do pesquisador e lhe indagou se trabalhava no local, pois está temeroso de não ser atendido. Demonstra certa timidez em se aproximar do balcão de recepção, mas mostra grande interesse em ser esclarecido sobre sua situação de saúde. Revela que veio ao serviço pela primeira vez na semana anterior e não pôde ser atendido porque não tinha o cartão do serviço. Informaram-lhe que deveria vir na segunda-feira logo cedo para receber atendimento. Chegou e subiu no primeiro andar para o atendimento de saúde do adulto, pegou uma senha e ficou ali esperando. No atendimento de

enfermagem foi informado que não poderia ser atendido, pois não passou na recepção para fazer matrícula. Ele volta à recepção e o recepcionista o informa de que o horário de fazer a ficha de matrícula se encerrou (era até às 7 horas), mas que vai “tentar” um pronto-atendimento. A essa altura dos acontecimentos, o usuário estava muito zangado, sentindo-se mal atendido, pois tinha enxaqueca, sangramento no nariz e temia não ver solução para o seu caso. Afirmou que estava aflito com a espera e receava perder o trabalho. Além da dor, estava sofrendo com a pressão do patrão. Dizia que estava em uma situação constrangedora, por ter que faltar tanto no trabalho. Dizia que era uma pessoa muito responsável. Demonstrava dificuldade de se aproximar da recepção para expressar sua aflição. Quando o(a) pesquisador(a) lhe informou que ele conseguiria orientação com o(a) atendente do balcão de recepção, ele sentiu-se autorizado a ir até lá para saber sobre a sua situação. A atendente o escutou e questionou sua pressa. Disse-lhe que ele era muito novo para estar tão nervoso. Que sua saúde merecia atenção e que era a pressa que o deixava doente.

A situação descrita acima foi por diversas vezes observada pelos pesquisadores. A sensação da falta de informação, o sentimento de constrangimento diante do serviço, além da demonstração de estar com pressa, via de regra, eram manifestações mais comuns entre os homens que entre as mulheres. Os homens expressam maior ansiedade e impaciência com o tempo de espera. A propósito, deve-se ressaltar que o tema “demora em ser atendido” é um dos assuntos mais comentados pelos usuários enquanto esperam o atendimento. Contudo, as mulheres verbalizam mais sua insatisfação, enquanto os homens adotam uma postura mais inquieta. Não conseguem se manter sentados enquanto aguardam, levantando-se a todo instante. Muitos preferem ficar de pé ou sentar na ponta do banco, como se estivessem querendo facilitar sua mobilidade. Outros se encostam à parede, mais distante da porta de entrada da sala de atendimento. Alguns, todavia, colocam-se em frente à porta, como se dessa forma agilizassem o atendimento. Na maior parte, no entanto, afastam-se da maioria das

pessoas e posicionam-se mais próximos da saída, caminhando de um lado para o outro. Quando se sentam, permanecem calados ou resmungando, ao passo que as mulheres conversam entre si.

De fato, muitos homens dizem se sentir deslocados quando chegam a um serviço de atenção primária. Em entrevista, por exemplo, um usuário relata que se sente envergonhado quando entra no serviço. Conta que a primeira vez que foi ao serviço achou que estava no lugar errado, pois não viu muitos homens, e as mulheres ficaram olhando para ele. Ainda assim, passou a freqüentar regularmente o serviço para resolver seus problemas ortopédicos, mas acreditava que as pessoas achavam que ele teria outro problema, como doença sexualmente transmissível.

Porque, veja bem. Muitas vezes eu estou aqui, né? É difícil você ver um homem aqui, só tem mais mulheres. E quando alguém... Principalmente que eles falam que eu sou novo, né? Me encontra aqui, fica olhando: 'Pô, o que esse cara está fazendo? Um cara tão novo?' Já fica pelo lado da maldade. Pensa que está com uma doença venérea, alguma coisa assim, né? [riso] (...) Porque as mulheres não têm vergonha, os homens têm. Que quando eu vim fazer a minha carteirinha aqui... Eu, além de sentir vergonha, eu não vi homens aqui. Ai eu estava pensando que eu estava no lugar errado. Tipo, procurando o serviço, né? De saúde. Eu olhava pra um canto, olhava pra outro e não via ninguém. Principalmente o dia que eu cheguei aqui, eu falei: 'Nossa! Eu acho que eu estou no lugar errado.' E o pior de tudo é que a mulherada ainda fica olhando. Ai a gente já fica mais tí... Eu já sou tímido com essas coisas, né? Ai, pronto, aí complica. [riso]

(Elano, 32 anos)

Tais comportamentos apontam como para os homens o uso de serviços de atenção primária se reveste de grandes dificuldades. Ao que tudo indica, os homens se sentem pressionados tanto com a dinâmica do serviço como com outras questões que parecem estar relacionadas à identificação de gênero. Querem chegar e rapidamente irem embora, de preferência com suas demandas solucionadas. Para discutir essas dificuldades se faz necessária, portanto, a articulação das referências conceituais que subsidiam a noção de gênero com aquelas relativas aos modos de organização dos serviços de saúde. Ou seja, por

um lado, estamos diante de uma questão que passa pelo planejamento das ações e dos recursos disponíveis a serem ofertados à população, assim como pelas expectativas e grau de satisfação do usuário enquanto consumidor. Por outro, há a necessidade de considerar os significados de gênero que o próprio serviço de saúde representa. Para os homens, o uso do serviço de atenção primária parece representar o conflito entre vivências do espaço público e do espaço privado. Se, na perspectiva de gênero, ao masculino se destina o espaço da rua e o mundo do trabalho, o serviço de saúde, com sua dimensão feminilizada (FIGUEIREDO, 2005), está associado à interioridade e ao domínio do natural, portanto, do privado (COUTO et al., 2006). Dessa forma, não há uma identificação dos homens com o serviço de atenção primária, que se torna para eles um espaço incômodo e desagradável, do qual querem rapidamente se distanciar. Cabe, nesse sentido, na definição de estratégias de organização de serviços, o reconhecimento dessa dimensão, para que tais serviços não sejam tomados como espaços de exclusão dos homens e, pelo contrário, consiga incluí-los, permitindo a incorporação e satisfação das necessidades da população masculina.

O tempo de espera, por exemplo, é reiteradamente referido pelos homens como uma barreira no acolhimento de suas necessidades. Entre os entrevistados, vários usuários contam que os homens preferem ir ao pronto-socorro ou à farmácia, pois nesses locais o atendimento é mais ágil e não atrapalha seus horários de trabalho.

No hospital vão mais, né? Pronto-socorro. Os que eu conheço... principalmente os filhos deles... Igual eu, também, às vezes. É mais fácil, às vezes, ir no pronto-socorro, embora eu moro perto. Os outros meninos que eu conheço, também, eles preferem... Como não tem tempo pra ir de manhã, e o posto, geralmente, é mais de manhã, então, eles chegam em casa, ele já leva direto para o pronto-socorro. Ou ele mesmo já vai no pronto-socorro. É porque acho que é mais rápido ir. E, no posto, acho que é mais demorado, né? Igual falei, os problemas deles, que eles têm, é igual eu, a mesma coisa, né? É assim: uma febre, uma gripe. Não tem algo mais sério.
 (...) *Bom, esses que eu conheço, que são tudo na minha área, né? De porteiros, aqui em São Paulo. Então, esses vão, quando precisa mais rápido, procura o sindicato, né? Que também é um pouco mais rápido. No mesmo dia atende, e se tiver alguma coisa mais complicada, e tendo dinheiro para pagar, aí sim, eles encaminham pra outro hospital, que aí sai um pouco mais barato. Aí, é como fala, aquele negócio, o horário, né? Então, não dá*

pra ir no posto, porque é tarde já, então eles vão... Chega em casa, já é 3h, 4h, então, prefere ir no hospital, pronto-socorro, pra não está fazendo troca lá no serviço, essas coisas. Agora, os outros meninos que eu conheço também, que não é porteiro, eles vão só no pronto-socorro também. Por causa disso, por causa do trabalho. Fim de semana o posto está fechado, e geralmente eles agüentam até fim de semana. E vai.

(Leonardo, 29 anos).

Ah, farmácia. O mais fácil, né?(...) É, uma dor aqui, uma dor ali, talvez nem tem aquela dor. Por quê? Porque ele sabe que vai no posto, vai tomar uma canseira, então na farmácia é mais fácil de resolver o problema. E a população, geralmente homens, mulheres, vai na farmácia. Primeira coisa é a farmácia... Que eles vão nos outros lugares, vai ter problema, e vai demorar muito.

(Everaldo, 39 anos).

Os trabalhos que discutem o tempo de espera nos serviços de atenção primária no Brasil (GAIOSO E MISHIMA, 2007; FERRI et al., 2007; LIMA et al., 2007) não problematizam a questão em uma perspectiva de gênero, mas relacionando-o à satisfação dos usuários, em geral quanto ao acesso e acolhimento de suas necessidades. O estudo de PINHEIRO et al. (2002), por exemplo, confirma que os homens utilizam mais os serviços de pronto-socorros e as farmácias que as mulheres. Contudo, estes autores não debatem as razões para a procura do pronto-socorro e da farmácia prevalecer entre os homens. Já nossos resultados indicam que, além da maior agilidade no atendimento de farmácias e pronto-socorros, são as dificuldades relacionadas ao se afastar do trabalho para cuidar da saúde que podem fazer com que os homens prefiram esses serviços aos de atenção primária.

Não obstante, os homens procuram as unidades básicas de saúde. Quando vão a estes serviços, o fazem por diferentes razões. Em nossa pesquisa presenciamos homens sozinhos em busca de alguma informação; homens como acompanhantes de mães, esposas, amigos; homens que levam os seus filhos para serem consultados; homens que procuram a farmácia em busca de medicamentos para si ou para outros; homens que procuram assistência médica, às vezes sozinhos, outras vezes acompanhados; e mesmo homens que entram na unidade com um propósito diferente daqueles reconhecidos como sendo próprios de uma unidade de saúde.

Assim sendo, as finalidades que os levam aos serviços são múltiplas, revelando que o sentido do cuidado em saúde tem interfaces que muitas vezes não são consideradas quando são discutidas as necessidades dos homens ou quando são questionadas as práticas de atenção que os homens tomam para si.

Alguns setores são mais facilmente utilizados pelos homens que outros. A farmácia, por exemplo, é um local onde eles são vistos com mais frequência, tal como foi também observado por SCHRAIBER (2005) no Programa de Saúde da Família do Recife. Cabe dizer que a farmácia é um dos setores mais procurados em ambos os serviços pesquisados, com filas durante boa parte do dia. O setor não somente atende as pessoas que passaram em consulta naquela unidade, mas também usuários de outros serviços da região. Em geral, a farmácia é um dos setores que mais vivencia tensões na interação com os usuários. Na maioria das vezes os conflitos se dão por indisponibilidade da medicação ou por erros cometidos no preenchimento das receitas, levando muitos usuários a retornarem sem a medicação prescrita. Em alguns casos, o usuário reclama com a atendente, achando que é a profissional que está com má-vontade de atendê-lo. Muitos, no entanto, saem sem esboçar qualquer reação. Em nossas observações, o curioso foi perceber que os homens foram os que menos se conformaram com as dificuldades, demonstrando reprovação e reivindicando os seus direitos.

Deve ser ressaltado ainda que uma grande parte das dificuldades percebidas na farmácia se deve à pouca clareza no preenchimento das receitas. A equipe da farmácia em vários momentos manifestou dificuldade na compreensão do que estava escrito, devido à letra do médico, à falta de detalhamentos de doses, tempo de uso da medicação e à falta de outras informações importantes para o uso adequado do que é prescrito. Várias vezes expressaram desaprovação à forma com que os médicos lidam no preenchimento da receita. É importante discutir esta questão, pois ela demonstra a pouca integração e articulação dos diferentes

profissionais com um assunto de tamanha relevância. Se para os profissionais da farmácia é difícil compreender uma receita médica, o que deve acontecer com usuários sem a capacidade técnica desses profissionais ou, o que é pior, com aqueles usuários com baixo nível de escolaridade, como ocorre comumente em serviços voltados para a população de baixa renda?

Além da farmácia, e diferentemente do que se pensa no senso comum, não é raro ver homens na condição de acompanhantes nos serviços de atenção primária. Em vários momentos observamos pais levando filhos para serem consultados, às vezes sozinhos ou junto com a mãe. Outros acompanham suas parceiras no pré-natal ou levam seus pais ou suas mães em consultas de seguimento médico. Também percebemos homens que apóiam amigos ou colegas de trabalho quando estes necessitam de cuidados. Contudo, tais situações muitas vezes não são consideradas pela equipe profissional que presta assistência no serviço. Por outro lado, muitos homens não valorizam tal condição, às vezes por não se reconhecerem no papel de cuidador, às vezes por acharem que o serviço não permite sua presença enquanto tal. Alguns casos merecem destaque, pois auxiliam na percepção de como a presença dos homens nos serviços de atenção primária torna-se invisível. Por vezes, os homens passam despercebidos; em outras vezes, não são valorizados determinados momentos de sua presença como importantes para o desenvolvimento de ações mais concretas de cuidado ou, simplesmente, não se reconhece a existência de necessidades e ações de cuidado voltadas aos homens. A seguir, relataremos alguns episódios para ilustrar o que falamos.

Por exemplo, em várias ocasiões observamos a chegada de casais no serviço. A maior parte era composta por uma mulher grávida e o seu parceiro como acompanhante em consulta de pré-natal. Muitos casais, até o momento da consulta, permaneciam juntos sentados na sala de espera com claras demonstrações de uma relação afetuosa, com trocas de atenção e carícias. No momento em que as mulheres eram chamadas para o seu atendimento, imediatamente os homens levantavam-se, afastavam-se e iam para o lado de fora aguardar até

o seu retorno. Durante esse intervalo, os homens procuravam conversar com os agentes de segurança ou então fumavam. Acabada a consulta, encontravam-se novamente. O parceiro perguntava como tinha sido a consulta, e a mulher respondia contando acerca de suas condições e as do bebê. Muitas vezes, o parceiro demonstrava preocupação, solicitando mais detalhes da consulta e dos encaminhamentos. Resolvidas as últimas questões, como marcação de consulta e retirada de medicamentos, saíam felizes de volta para casa. Em alguns casos, chegamos a perguntar para dois homens por que não acompanhavam suas parceiras nas consultas. Um deles respondeu que não queria entrar, enquanto o segundo perguntou se era permitido, pois achava que não era.

Em uma outra ocasião percebemos como os homens podem entrar e sair do serviço e não serem abordados por qualquer profissional. Em uma determinada tarde, quando observávamos a área externa de um dos campos de pesquisa, vimos a chegada de dois homens jovens, sendo que um deles trazia na mão uma “quentinha”. Entraram, sentaram-se em um banco da área de espera, abriram a quentinha e ali mesmo, no meio de outros usuários, começaram a comer. Dividiam a alimentação com um único talher, passando a quentinha de um para o outro. Em um dado momento, uma criança que brincava nas imediações, ao passar por eles, recebeu um pedaço de algo que comiam. Depois que comeram, foram embora do serviço. Não conversaram com ninguém, não solicitaram qualquer informação, nem foram procurados por qualquer funcionário.

Uma terceira situação mostra como, para os serviços e seus profissionais, os homens não são sujeitos de necessidades de saúde. Tal situação ocorreu quando uma funcionária da recepção atendia uma mulher com uma criança no colo. A solicitação da mulher era marcar um exame de Papanicolau. A atendente marca o exame e aproveita a ocasião para perguntar quando havia sido a última consulta pediátrica da criança. A mulher informa que o filho tinha passado no pronto-socorro há pouco tempo, pois estava com catapora. A funcionária então diz

que estava perguntando por consulta médica de rotina, para pesar, medir e avaliar o desenvolvimento da criança. A mãe responde que por esse tipo de consulta fazia tempo que o garoto não passava. A funcionária então decide marcar uma consulta para o garoto no mesmo dia do exame da mãe. E termina a conversa dizendo que, assim como as mulheres, as crianças devem passar rotineiramente no médico. Não lhe ocorre, entretanto, a possibilidade de questionar a mulher quanto ao seu parceiro e o cuidado dele com a saúde.

Outras situações poderiam ser arroladas no sentido de demonstrar a presença dos homens nos serviços de atenção primária. Não obstante, os relatos descritos acima permitem apreender não só tal presença, mas também que existem várias motivações que conduzem a população masculina às unidades básicas de saúde. Contudo, mesmo que os homens compareçam, há problemas e dificuldades na forma de interação entre eles e os serviços. Pudemos observar barreiras que atrapalham sua inserção enquanto sujeito de necessidades diversas. Há desde dificuldades relacionadas à maneira como os homens constroem seus modelos de masculinidades, fazendo com que muitos deles não se identifiquem socialmente com o espaço, até processos que passam pelo modo de organização dos serviços e que contribuem para a invisibilidade e desvalorização das necessidades dos homens.

Assim, notamos a existência de uma complexa teia de relações problemáticas que envolve três dimensões que interagem entre si, a saber: 1) os homens enquanto sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; 2) os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; 3) os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa (FIGUEIREDO, 2005).

A seguir, discutiremos as necessidades e demandas dos homens, tomando como referência os atendimentos observados.

Capítulo 8

AS PRÁTICAS DE SAÚDE: A EMERGÊNCIA E O ACOLHIMENTO DAS NECESSIDADES E DEMANDAS DOS HOMENS

Com relação às práticas de saúde, as observações das consultas e/ou atendimentos realizados nos serviços adquiriram um significado preponderante no processo de condução da pesquisa. Entre as razões para tal valorização, duas, sobretudo, têm papel de destaque. A primeira diz respeito à própria centralidade desse tipo de atividade no processo de trabalho em saúde. Tradicionalmente, as consultas e os atendimentos individuais (em especial, as consultas médicas) são reconhecidos como as atividades que configuram mais claramente o trabalho em saúde. Essas atividades assumem um maior valor no cardápio de ações oferecidas pelos serviços de saúde e, dessa forma, são consideradas tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos próprios usuários dos serviços.

A segunda razão para a valorização das consultas e atendimentos deve-se ao fato de que essas atividades, por suas características e dinâmicas, são sempre processos interativos. Ou seja, são relações que ocorrem entre, pelo menos, duas pessoas: uma posicionada na condição de profissional, e a outra disposta enquanto usuária de um determinado serviço. Essa característica das atividades assistenciais individuais muitas vezes é pouco enfatizada, ou melhor, não é reconhecida, devido ao fato de que a relação entre profissionais e usuários “ocorre entre pessoas que no plano social representam autoridades técnicas e científicas bastante desiguais” tendendo a ser vista como “interferência de uma só mão: do médico para o paciente” (SCHRAIBER, 1997). No entanto, devemos reconhecer que a interação tem como pressuposto a idéia de compartilhamento, reciprocidade e diálogo. Neste estudo, optamos por trilhar tal caminho por entendermos que, para a discussão que procuramos implementar, olhar

a dinâmica de relações interativas entre profissionais e usuários é uma questão central. Partimos da idéia de que essa dinâmica pode ampliar, ou não, a possibilidade de apreensão das necessidades de saúde geradas pelo exercício das masculinidades dos diferentes homens atendidos.

A análise das atividades observadas está focada em três dimensões consideradas fundamentais no processo relacional entre profissionais e usuários: a dimensão de cuidado; o processo de tomada de decisão e definição do plano de intervenção para resolução dos problemas e tratamento das doenças e, por último, a operacionalização dos tratamentos e medidas de resolução definidas para resolver os problemas e curar os doentes. Tais dimensões envolvem aspectos comunicacionais relacionados ao acolhimento, ao esclarecimento de condutas, às informações e aos encaminhamentos e os procedimentos adotados, assim como ao modo de condução para diagnóstico e tratamento. Essas dimensões serão consideradas enquanto reveladoras de questões de gênero que, como tais, são apreendidas e trabalhadas nas práticas assistenciais. Sendo assim, a análise das atividades está estruturada da seguinte forma:

- 1) Características gerais das atividades observadas;
- 2) Descrição do ambiente onde se realizam as atividades;
- 3) Os aspectos comunicacionais da interação profissional-usuário(s);
- 4) Os procedimentos adotados na interação profissional-usuário(s);
- 5) Os problemas de saúde e as necessidades referidas nas atividades;
- 6) As questões de gênero e suas articulações com os problemas mais recorrentes.

Características Gerais das Atividades Observadas

Foram observados diferentes tipos de atividades nos serviços pesquisados, com destaque para aqueles que correspondem às ações mais rotineiras de um serviço de atenção primária: o atendimento de enfermagem e a consulta médica. Para cada atividade, esforçamo-nos para que a observação abrangesse o trabalho de diferentes profissionais, garantindo assim a consideração de uma maior diversidade dos seus modos de trabalhar. Dessa forma, foram observadas as seguintes atividades: consultas médicas; atendimentos de enfermagem (realizados por auxiliares de enfermagem); consultas de enfermeira; atendimento de assistente social e atividades educativas em grupo. Foram também observados alguns procedimentos realizados tanto por parte da equipe de enfermagem quanto por parte de médicos, como, por exemplo, curativos, aplicação de medicação venosa (soro), exérese de cisto.

Como características gerais, podemos ressaltar que a maioria dos atendimentos realizados pela equipe de enfermagem diz respeito à triagem de pacientes sem consulta agendada e que podem ou não ser encaminhados para atendimento médico. Aqui cabe uma ressalva importante, pois, da perspectiva da atenção aos homens nos serviços de atenção primária, as consultas de pronto-atendimento assumem papel relevante. É por meio da triagem feita pela equipe de enfermagem que ocorre a maior parte dos pronto-atendimentos realizados. Nesse sentido, o papel desempenhado pela profissional da triagem e a relação desta com o restante da equipe multiprofissional (médicos, enfermeira) têm caráter fundamental, pois é necessária uma negociação permanente devido à crescente demanda espontânea por parte dos usuários e ao número restrito de vagas oferecidas a cada dia. Voltaremos a tratar desse tema adiante, mas por ora devemos frisar que é nesse espaço que acontecem muitos dos conflitos e desgastes na interação de profissionais e usuários. Foram observadas também realizações de curativos, sendo que a maior parte deles estava voltada para o seguimento de feridas crônicas

e algumas, em menor número, de acidentes de trabalho ocorridos no mesmo dia da observação.

As consultas médicas observadas se dividiram em consultas agendadas e consultas de pronto-atendimento. As consultas ocorreram tanto no setor de atenção à saúde do adulto com também na saúde mental (consulta psiquiátrica). É importante salientar que, em um dos campos de pesquisa, algumas consultas médicas foram feitas por médicos residentes, que posteriormente discutiam o conteúdo dessas consultas com seus supervisores, médicos clínicos do quadro fixo do serviço. Devemos lembrar que os serviços pesquisados são Centros de Saúde Escola que, portanto, recebem regularmente estudantes e profissionais em período de treinamento.

Algumas particularidades das observações de atendimentos devem ser consideradas. Em alguns momentos da pesquisa, seguíamos o usuário desde sua chegada ao serviço e acompanhávamos todos os atendimentos a ele oferecidos. Portanto, para alguns usuários, foram observados mais de um tipo de atendimento dado. Em outras ocasiões, seguíamos o período de trabalho de um único profissional, observando indistintamente todos os atendimentos por ele realizados. Dessa forma, acabamos por incorporar na pesquisa também consultas a mulheres que, a princípio, não era intenção. Parte das consultas com mulheres participou do universo de análise, pois algumas traziam inúmeros aspectos que remetiam para as questões de gênero. Também foi realizada a observação de um atendimento de enfermagem para uma mulher que iniciava o pré-natal. Neste caso, tratava-se de um atendimento que contava com o acompanhamento do parceiro, o que pareceu adequado para os propósitos da pesquisa.

Descrição do Ambiente Onde se Realizam as Consultas

Os Centros de Saúde observados se organizam diferentemente quanto ao modo de separar as várias atividades que desenvolvem. Embora em ambos existam setores destinados à saúde do adulto e à saúde mental, algumas características são específicas. Desse modo, faremos a descrição de seus ambientes separadamente.

No Centro de Saúde Escola Barra Funda, as consultas observadas foram realizadas em diferentes ambientes. A depender do profissional responsável e da necessidade do usuário, podiam acontecer na central de enfermagem (no caso de atendimento de enfermagem), nos setores de saúde do adulto, na sala destinada ao atendimento de usuários cadastrados na estratégia saúde da família (consulta médica e de enfermagem) ou na saúde mental (consulta psiquiátrica e atendimento de serviço social).

A central de enfermagem é composta por cinco salas de atendimentos: três para as consultas de enfermagem, e duas outras para aqueles usuários necessitados de cuidados mais intensos, caso dos que precisam ser acamados temporariamente em macas ou dos que necessitam receber algum tipo de medicação injetável. Em uma das salas também acontece o preparo de medicação. A central de enfermagem é bastante movimentada. Por ela circulam os funcionários da enfermagem (auxiliares e enfermeiras), os médicos (que buscam os prontuários daqueles usuários que serão atendidos por eles ou discutem com a equipe de enfermagem as orientações para algum usuário já atendido), além dos próprios usuários. Na sala principal da central acontecem as medidas de pressão arterial para as pessoas que desejam fazer o controle de seus níveis pressóricos e os procedimentos terapêuticos feitos por meio de inalação. Algumas vezes, ainda, ocorrem orientações para determinados usuários. Vê-se, dessa forma, que a sala, o “centro nervoso” do CSE Barra Funda, conforme atestou uma de suas médicas, é um ambiente que conta, a todo instante, com um número grande de

pessoas, embora seja um espaço de dimensão mediana. O barulho de vozes é constante, o que pode prejudicar um maior detalhamento das atividades desenvolvidas, contribuindo, assim, para uma maior dispersão no trabalho.

As salas de atendimento de enfermagem são pequenas e contam, fundamentalmente, com uma mesa e uma cadeira. A possibilidade da presença de um acompanhante torna-se mais difícil, pois para ele não existe disponível uma cadeira, por exemplo, devendo, por isso, permanecer em pé ao lado do usuário. A poluição sonora que invade o espaço de atendimento é grande. Na maioria das vezes, as salas permanecem com as portas abertas durante os atendimentos, o que prejudica a privacidade dos usuários. Em várias ocasiões foi possível registrar na gravação da consulta conversas relacionadas a outros atendimentos. Muitas vezes ouvíamos também as conversas que aconteciam do lado de fora da central de enfermagem, o que em diversas oportunidades interferiu na gravação do atendimento. Por outro lado, também foi possível, quando da observação na área externa, ouvir as conversas que aconteciam nos consultórios.

Além da poluição sonora, em vários atendimentos se observou a interrupção por parte de outros profissionais, com questionamentos acerca de outros atendimentos, como podemos perceber no caso a seguir.

Enfermagem1: A barriga dói, Seu Edu? A barriga dói?

Usuário: O estômago

Enf1: O estômago dói? Mas o estômago dói quando come, ou quando fica sem se alimentar?

U: Antes e depois, né?

Enf1: Tanto quando come dói, quando fica...

U: É aquela dorzinha incômoda, sabe?

Enf1: É sempre essa dor, ou de vez em quando?

U: Agora está sendo sempre.

Enf1: É como se fosse uma queimação?

[Enfermagem 2 entra na sala de atendimento]

Enfermagem 2: – A pessoa com isso aqui, ela vai aonde?

Enf1: Do quê?

Enf2 – Esterilização cirúrgica. Manda pra onde?

Enf1: Mas quem que trouxe isso?

Enf2 – Pra operar, fazer cirurgia de esterilização. Eu não sei se encaminha...

Enf1: Para o X. [nome do profissional que lida com essa questão]

Enf2 – Para o X.? Ah, tá.

Enf1: Então, é porque o X. que vê essa parte de cirurgia.

Enf2: Vê se agenda lá, né?

Enf1: É para poder ver se faz a ...

Enf2: Vou chamar. Então manda para o A., né?

[Enf2 sai da sala de atendimento]

Esse tipo de interferência não foi percebido apenas nos atendimentos de enfermagem. Embora a consulta médica possa ser caracterizada como de maior privacidade, pois, em sua maioria, acontece com as portas fechadas, também foram observadas nessas consultas interrupções do atendimento, chegando ao ponto, em uma delas, da médica fazer o seguinte comentário com o usuário:

Médica: Se bater na porta de novo a gente grita, Ah!

Embora se reconheça que as consultas médicas acontecem em ambiente mais privativo, merece destaque uma situação observada de atendimento médico de um usuário durante o qual a privacidade da pessoa foi desconsiderada. Essa consulta se deu na anti-sala da central de enfermagem, com várias pessoas passando ao lado, interrompendo de vez em quando para conversar com a médica.

Em outras situações, as interrupções, no entanto, aconteciam por iniciativa do próprio médico. Nelas, o médico solicitava o auxílio de um outro profissional para o encaminhamento de questões surgidas no decorrer da consulta. Muitas vezes era para procurar um exame que não fora encontrado no prontuário do usuário ou, então, para agilizar a realização de algum procedimento importante para a elucidação do caso, como podemos perceber na situação abaixo:

Enfermagem: Fernanda?

Médica: Eu.

Enf: Esse paciente fez o exame?

Méd: Então...

Enf: Aqui não consta nada.

Méd: Veja bem. Eu pedi um clearance de creatinina para ele. Aqui tem o resultado de creatinina, do exame de urina, e não a dosagem. Mas não veio o clearance.

Enf: Não está lá.

Méd: Aí eu não sei por que eles não fizeram.

Enf: O senhor trouxe as garrafas de urina?

Méd: Trouxe. Aqui está. Fizeram, dosaram a urina, dosaram o sangue, mas não fizeram a relação do peso com a creatinina dele.

Enf: Pode pedir a segunda via amanhã.

Méd: Dá pra fazer?

Enf: Um bilhetezinho na sala três? A gente vai pedir a segunda via amanhã.

Méd: Tá? Vê, senão ele vai ter que colher de novo tudo.

Enf: Não, eu peço amanhã. Pede de amanhã, vem de tarde. Amanhã à tarde está aí, está bom?

Nas consultas médicas a poluição sonora também é bastante intensa. Como o CSE Barra Funda está localizado em uma avenida com intenso tráfego de automóveis, por diversas vezes o ambiente da consulta era invadido por barulhos de buzinas, carros acelerados e sirenes. Vale lembrar que ao lado do CSE Barra Funda funciona o Fórum Criminal do Estado de São Paulo e, a todo instante, chegam e saem viaturas com detentos, utilizando sirenes para transitar com maior rapidez.

Com relação à infra-estrutura dos espaços de atendimento, muitas vezes foi referida por parte dos profissionais a dificuldade para a realização de determinados procedimentos, por falta de instrumentos fundamentais para a sua execução. Em uma das consultas, por exemplo, um paciente refere sensação de febre e a médica solicita a mensuração de sua temperatura. Segue abaixo a conversa entre a médica e a auxiliar.

Médica: Meninas, vamos colocar um termômetro no seu Gerson, por favor?

Enfermagem: Não tem termômetro.

Médica: Ah, não tem termômetro? Ótimo, então a gente faz ao toque da mão.

Enfermagem: É, no toque...

Médica: Não, mas não está com febre não, querido.

Por sua vez, no Centro de Saúde Butantã os atendimentos dos setores de saúde mental e saúde do adulto ocorrem em espaços separados. Cada setor conta com sua própria equipe de enfermagem e médicos, e os usuários são encaminhados diretamente para cada um deles, a depender de suas necessidades.

O setor de saúde do adulto é o mais movimentado do serviço, com grande circulação de usuários e profissionais. Todas as salas de atendimento localizam-se no mesmo espaço, sendo que as salas de atendimento de enfermagem voltam-se para o saguão que funciona como sala de espera para esse setor, para a saúde mental e para o consultório odontológico. Os consultórios médicos e as salas de atividades de grupo se ligam com o saguão por meio de dois corredores laterais. Todas as salas se comunicam com um espaço interno de circulação, com movimentação preponderante de profissionais.

Existem duas modalidades de atendimentos de enfermagem: as consultas agendadas (AE) e a recepção da demanda espontânea. Centrar-nos-emos em discutir a última modalidade, pois se trata da que tem o maior movimento de usuários e aquela que os homens mais demandam. A recepção da demanda espontânea é feita por meio de senha eletrônica, cujo objetivo é proporcionar maior comodidade às pessoas, evitando filas em frente à recepção. Algumas vezes a distribuição de senhas é suspensa em determinados momentos para que a equipe de enfermagem possa atender todas as pessoas que já retiraram suas senhas, mas não foram ainda atendidas. Este procedimento, associado à pressão crescente por parte dos usuários por consultas, gera conflitos e desgastes na relação entre profissionais e usuários. Da parte dos profissionais percebem-se estresse e irritação com o cotidiano de trabalho e com as tentativas de usuários de adiantar seu atendimento. Da parte dos usuários, evidenciam-se insatisfação com o tempo de espera, receio de não ser atendido e desconfiança com a qualidade do atendimento. Muitas vezes ocorrem discussões, como pudemos observar em alguns momentos.

Na saúde mental, o movimento de usuários é menor e, como se situa em um corredor um pouco mais afastado da sala de espera, o ambiente é mais silencioso. Os equipamentos que compõem o setor de saúde mental incluem, entre outros, uma sala de recepção, várias salas para atendimentos individuais; duas salas maiores utilizadas para atividades em grupo, terapia ocupacional e reuniões de equipe; uma sala com maca utilizada por pacientes e acompanhantes que não estão passando bem. Todos os usuários passam pela sala de recepção quando chegam ao setor, pois é ali que buscam informações necessárias para a sua assistência e/ou anunciam sua presença a uma atividade previamente agendada. A recepção também funciona como sala de pós-consulta, onde o usuário comparece ao terminar o seu atendimento para marcar seu retorno ou para agendar outra atividade por sugestão do profissional que lhe atendeu.

A Comunicação entre Profissionais e Usuários

De um modo geral, nas atividades individuais a interação de profissionais e usuários está centrada em uma relação comunicacional cujo objetivo é o controle de riscos e a prevenção de doenças e a busca de patologias ou processos de adoecimento que justifiquem a procura pelo serviço. A comunicação se dá principalmente por meio de perguntas e procedimentos técnicos que auxiliam na triagem de riscos e na detecção e solução dos problemas trazidos. Assim, o trabalho profissional tem como ênfase, por um lado, a tomada de informações sobre sintomas e queixas dos usuários (a anamnese), sobre hábitos e histórias de vida de importância epidemiológica e, por outro, o retorno de informações sobre as condutas, orientações e prescrições medicamentosas compreendidas como necessárias para a resolubilidade do caso. Outras questões, que não estejam circunscritas a um campo de

conhecimento de caráter mais técnico-científico, são pouco valorizadas, não sendo consideradas relevantes no lidar com o problema de saúde referido pelo usuário.

Dessa forma, os atendimentos médicos e da equipe de enfermagem podem ser caracterizados como um trabalho padronizado dentro de um modelo pré-formatado. De um modo geral, essa característica é mais percebida nos atendimentos de enfermagem, que fazem transparecer um roteiro pré-estabelecido, com pouca abertura para o surgimento de demandas de cunho mais social. Nesses atendimentos a auxiliar faz perguntas aos usuários acerca dos sintomas do momento e procura circunscrever as questões de caráter mais epidemiológico, como, por exemplo, queixas respiratórias, tabagismo, esquema de vacinação antitetânica e vulnerabilidade para DST/aids, entre outras. Abre-se pouco espaço para o surgimento de questões da vida ou alguma outra coisa que seja de interesse do usuário

Embora a comunicação entre profissionais e usuários esteja centrada nos procedimentos que regem a normatividade médico-epidemiológica, algumas vezes percebe-se abertura para uma maior aproximação no âmbito do universo pessoal dos participantes, para uma maior informalidade na relação. Tal situação acontece, principalmente, com os usuários que fazem acompanhamento por um período de tempo mais longo, quando se estabelece uma relação usuário-profissional mais duradoura, como no caso das pessoas que fazem parte de programas específicos de seguimento de saúde – tuberculose e hipertensão arterial, por exemplo – e que, portanto, já têm uma convivência mais antiga no ambiente do serviço. Nesses casos, notamos a possibilidade de o usuário se expressar com maior afinidade, sendo permitidas manifestações de afeto de sua parte e uma relação mais pessoal entre usuário e profissional. Isso pôde ser percebido em alguns atendimentos, como nos diálogos referidos abaixo.

Consulta de enfermeira

Enfermeira: Faltou comigo em outubro, né?

Usuário: Foi, meu amor!

Enfermeira: Que bonito!

Usuário: E o pior não é isso. Você sabe que hora que eu me lembrei dessa consulta? No outro dia. Eu digo: brincadeira! Aí, eu corri aqui e remarquei. Você tava saindo de férias. Aí eu perguntei pra menina, ela falou: ‘não, agora só depois que ela voltar’. Falei: Beleza. Aí eu remarquei. Como foram as férias? Descansou bem?

Enfermeira: Descansei, viu! Voltei, ainda torci o joelho. Fiquei mais duas semanas engessada

Usuário: Meu Deus do céu.

Enfermeira: Eu mereço!

Usuário: Como assim? Um pequeno passo, né? É como sempre, pra se machucar...

Enfermeira: Eu jogo, né.

Consulta Médica

Médica: Tá tudo bem?

Usuário: Tá tudo bem.

Médica: Tudo bem com o trabalho?

Usuário: Com o trabalho tudo bem. A família também tudo bem.

Médica: Continua trabalhando demais?

Usuário: Ah. Como sempre. Tudo tem que correr na vida nossa mesmo.

Médica: Você foi pra Curitiba pra trabalhar ou você foi lá pra descansar?

Usuário: Não, pra trabalhar.

Médica: Trabalho, fez o que lá em Curitiba?

Usuário: Em Curitiba, é que eles fizeram umas mudanças lá e necessitava que eu e mais um colega, pra pode ficar com a equipe nova. Fizeram só uma troca, eles têm 90 funcionários lá e trocou o quadro quase em 60%. Todo mundo novo e tivemos que ir lá dá uma força pra eles.

Médica: E ficou quanto tempo lá mesmo?

Usuário: Fiquei 38 dias. Foi em duas vezes...

Médica: Nossa! Trinta e oito dias diretos? E como que ficou, sua mulher? Não ficou brava não?

Usuário: Não, não. Só ligando. Só através de telefone se comunicando só.

Médica: Tudo isso fora de casa?

Usuário: Não, vim duas vezes. Vim no feriado e anteriormente eu vim numa sexta-feira e fiquei no final de semana e na segunda já retornei.

Médica: Continua trabalhando muito, né?

Usuário: É.

No entanto, uma maior participação do usuário é, muitas vezes, interdita. Não se quer dizer que o usuário não fale, não se expresse ou não procure estabelecer uma comunicação com o profissional. Isto acontece, mas geralmente de forma restrita ao que o profissional entende como importante para o encaminhamento do caso, ou seja, os sintomas e sinais que ele entende como necessários para circunscrever o diagnóstico e para a formulação

do procedimento considerado adequado. Em tais casos, o profissional controla e conduz todo o diálogo, interrompendo muitas vezes a fala do usuário e direcionando a sua expressão, na busca de apreender somente aquilo que é valorizado e padronizado por ele.

Tais situações foram presenciadas em várias consultas observadas. Muitas vezes o usuário tentava explicar com maior detalhamento os problemas que sentia e era imediatamente interrompido pelo profissional, que solicitava outras informações consideradas por ele mais importantes do que aquelas sobre as quais o outro falava. Ou então o profissional não deixava o usuário contar sua história, informando-lhe o procedimento que deveria ser feito. É o que podemos perceber nos dois diálogos apresentados a seguir.

Atendimento Médico

Médico: Onde que é a dor de cabeça?

Usuário: A dor de cabeça é aqui.

Médico: Febre?

Usuário: Não, febre não. Só dor de cabeça.

Médico: Está sangrando o nariz também?

Usuário: É. O olho fica... a vista fica preto. Dá zonzeira. Outro dia quase desmaio.

Médico: Sei, sei, mas então, o sangramento nasal é todo dia, sangramento pelo nariz?

Usuário: Não, não. Não é todo dia não.

Atendimento de Enfermagem

Usuário: Bom dia, minha senhora.

Enfermagem: Bom dia, senhor.

Usuário: Olha, eu estou com um problema aqui... Meu problema é um problema sério. Eu fui no Pronto Socorro e me mandaram para o X (nome do serviço). Aí, eu cheguei no X (nome do serviço), eles mandaram pra eu vim aqui primeiro. Porque me saiu um carocinho desse tamanho...

Enfermagem: Uhm, marcar urologista. É o urologista que vê isso. A gente marca numa...

Usuário: Mas diz que primeiro... eu tenho de ir pra lá. Porque, ó, eu vou contar logo a história, como foi. Aí eu pedi pra ele me operar, ele não quis operar. Quando é agora, está desse tamanho o caroço.

Enfermagem: Cadê o seu cartãozinho do posto, daqui?

Usuário: Ah, está aqui.

Enfermagem: Nós não temos... Então, o senhor me dá, por favor. Nós não temos urologista aqui. É marcado uma lista, no qual o senhor vai para fora, vai passar no especialista fora.

Embora um dos serviços estudados tenha como proposta uma política de discriminação positiva para as pessoas em situação de exclusão social, muitos dos atendimentos observados não valorizavam relatos que remetiam a tal situação. Em alguns casos ficava patente a dificuldade do profissional em lidar com histórias de vida difíceis, procurando evitar entrar em detalhes ou agindo de forma evasiva com pacientes que apresentavam comportamentos e modos de vida muito diferentes dos padrões mais tradicionais. É o caso, por exemplo, de um atendimento de enfermagem a uma usuária travesti com inúmeros relatos de discriminação social. No atendimento observado, a profissional de enfermagem não foi capaz de acolher e apoiar adequadamente a travesti, mesmo quando ela chorou ao relatar os seus problemas. Quando Bruna, a travesti, começava a falar das discriminações sofridas, imediatamente a profissional procurava retomar as perguntas sobre os sintomas e medicações que ela estaria usando, não acolhendo em momento algum suas demandas.

Enfermagem: Hoje você nos procurou por quê? O quê que você está sentindo hoje?

Usuária: Então, eu estou de novo... Depois que eu operei voltou de novo e está começando a sair... Começando, não. Está doendo. Eu estou tomando medicamento, mas o medicamento acabou, entendeu? E estou com dor de novo, entendeu? E eu não sei se o medicamento pra mim ele é bom, ele me ajuda, entendeu? A pomada...

Enfermagem: Você está sentindo dor até para urinar, não é?

Usuária: Hã? Até pra urinar. Esse medicamento, pra mim, é bom. Até pra fazer xixi, pra tossir. Pára até a dor. **(Escuta...)** E a pomada também é ótima. Mas só que a pomada... Eu acho que eu perdi a pomada.

Enfermagem: A sua urina, como que está? Clara ou escura?

Usuária: Se a minha urina está clara ou escura? Está normal, entendeu? E eu tô sem... Também estou sem dinheiro nenhum, entendeu? Não estou podendo trabalhar. Entendeu?

Enfermagem: É... Corrimento, você não está tendo?

Usuária: Corrimento?

Enfermagem: É.

Usuária: Onde?

Enfermagem: Anal ou no pênis.

Usuária: Não...

Enfermagem: Não?

Usuária: Então, dentro dessa... É hemorróidas, né? A médica falou que é hemorróidas. Eu nunca tive isso. Está saindo uma coisa horrível, uma coisa... Ai, horrível... Nojenta.

Enfermagem: É um corrimento.

Usuária: É.

Enfermagem: Que cor que está esse corrimento?

Usuária: Tem hora que fica meio amarelado... Entendeu? Até com... Ai, é horrível! Ai, uma coisa tão desagradável, isso... Deus me livre. Ai, eu não vejo a hora de sarar logo isso daí. Porque está me deixando com depressão.

Enfermagem: É amarelo escuro?

Usuária: É.

Enfermagem: Fede?

Usuária: Hã?

Enfermagem: Ele fede, cheira? Cheira mal?

Usuária: Horrível.

Enfermagem: Esse corrimento, ele é em pequena quantidade ou em grande quantidade?

Usuária: Ai, tem dia que... Que vem. Tem di...

Enfermagem: E molha todo o dia?

Usuária: Ai... Depende da calcinha.

Com as perguntas, Bruna começou a chorar, parecendo se sentir envergonhada. O pesquisador achou conveniente intervir, tentando mostrar que essa situação poderia acontecer a qualquer pessoa. A profissional pouco falou a respeito e imediatamente continuou a perguntar sobre os sintomas, não acolhendo em nenhum momento o sofrimento da paciente.

Pesquisador: Bruna, eu posso te falar uma coisa? Isso só dá em gente...

Enfermagem: É.

Pesquisador: Isso acontece com você e acontece com qualquer um...

Enfermagem: Qualquer pessoa [...] E no pênis não tem corrimento?

Usuária: Não, está ótimo. É só esse [palavra inaudível] que está me impedindo mesmo de eu ir pra... Entendeu? De eu ir pra barreira de novo, entendeu? Pra batalha... É isso daí, entendeu? E umas roupa, também, que eu prefiro perder, né? Minhas roupas, lá... Loucura, né? Isso acontece mesmo, né? Que a pessoa que pegue e faça bom proveito. Entendeu? É babado, né? É babado. Só Deus mesmo. Que, você, assim... Você é uma pessoa, assim, entendeu? Você se sente, tem hora que você se sente, assim, tão só, tão carente. Aí, você procura outras pessoas... Que nem... Mulher eu gosto, assim, mas de ter amizade; de conversar, tudo. Mas eu nasci pra gostar de homem.

(...)

Enfermagem: O medicamento que você tava usando acabou?

Usuária: Acabou. É...

Enfermagem: E você está precisando de novo, né?

Usuária: Tô precisando de novo. E da pomada também.

[Silêncio]

Usuária: E também estou precisando falar com a assistente social. Pra ela dar uma outra carta pra mim... Porque você sabe como que nós somos discriminados pelas pessoas, né? Têm pessoas que aproveita de ver você numa... Numa situação bem difícil e quer te humilhar. Entendeu? Quer te humilhar: 'Ah, é travesti mesmo. Tem que ir lá pro Emílio Ribas morrer de

Aids... ' Porque têm pessoas que deseja isso mesmo pra nós. 'Ah, se não presta... É viado? Ixe. Vixe. Tem que matar mesmo'. É assim; têm pessoas que pensam assim. Entendeu? É muito complô. Entendeu? Então, você tem que ficar... Só Deus mesmo. Só Deus.

Enfermagem: Espera. Que pomada, você lembra...

Usuária: Porque as pessoas discriminam muito, demais. Desde criança eu passo por isso.

Enfermagem: Bruna, você lembra o nome da pomada?

Usuária: O nome da pomada eu não lembro, mas a menina dali sabe qual é que...

Enfermagem: É... Deve ser Xilocaína, será?

Usuária: É, de Xilocaína... É. É muita discriminação, sabe? Têm pessoas que não têm amor. Sabe? Não têm coração bom. Por isso que tem hora que nós precisamos...

Enfermagem: E os comprimido também, né? Comprimido também você tomava?

Usuária: É. Comprimido...

Enfermagem: Qual será que era...? Diclofenaco!

Usuária: Diclofenaco de sódio! É esse mesmo.

No mesmo serviço do relato anterior, em uma outra consulta de enfermagem foi percebida uma estratégia utilizada pelos profissionais para lidarem com situações difíceis associadas às questões sociais e de contexto de vida que parecem deixá-los pouco à vontade. Em um dado momento de um atendimento prestado a um morador de rua albergado, o usuário solicitou que a profissional lesse um bilhete, escrito por um outro morador do albergue a seu pedido, solicitando da unidade de saúde informações acerca das suas condições de saúde, pois, segundo o usuário, os administradores do albergue não acreditavam em seus problemas de saúde. A profissional demonstrou que não sabia como agir naquela situação e, aproveitando-se de um episódio de tosse do paciente imediatamente retomou as questões que remetiam para o campo da biomedicina, onde ela parecia se sentir com melhor domínio da situação, não voltando a falar do assunto.

Enfermagem: Como é que é, Seu...?

Usuário: Eu quero que a senhora dê uma lidazinha aqui nessa escritazinha aí. Como eu moro aqui no albergue, lá eles ficam... Eles não tão acreditando...

Enfermagem: Quem que escreveu isso daqui, Seu Gerson?

Usuário: Foi um rapaz lá do albergue.

Enfermagem: Isso foi o que o senhor falou para ele?

Usuário: Hum, hum. [tosse]

Enfermagem: Tosse? Está tendo?

Com relação ao cuidado, os diálogos registrados nas consultas analisadas revelam que os profissionais procuram enfatizar mais as informações, as ações e os procedimentos que remetem fundamentalmente para a busca do diagnóstico clínico e para a definição de tratamentos e comportamentos a serem adotados pelas pessoas que decorram desses diagnósticos. Em algumas ocasiões observadas, tal ênfase se deu sem a devida valorização de seus significados para o usuário ou, então, com poucos esclarecimentos sobre as dúvidas e orientações solicitadas por ele.

Médico: A ultra-sonografia do rim que você fez no X (nome do hospital) está normal, tá? O exame de sangue está normal. O ácido úrico está um pouquinho elevado, mas você nunca sentiu nada não né?

Usuário: Não. O que é ...ácido úrico é o quê?

Médico: É uma substância do sangue que pode dar problema de gota, já ouviu falar?

Usuário: Gota?

Médico: Aquelas dores que dá...

Usuário: Ah tá, já ouvi falar.

Médico: Então...mas assim, o ácido úrico está um pouquinho elevado, o normal é até 7,2 e o seu está 7,4...

Usuário: Certo...

Médico: Mas isso aí tem muito em carne vermelha, ovos, grãos, tipo feijão que tem bastante...

Usuário: É eu como carne...

Médico: mas se você começar a ter gota, você me avisa que a gente diminui um pouco.

Esse tipo de orientação sem muita explicação sobre o significado dos procedimentos a serem seguidos também se fez presente nos atendimentos de enfermagem. Muitas vezes, a explicação do profissional é feita de modo apressado e sinteticamente, sem maiores detalhes das condutas a serem seguidas. Em outros momentos, a preocupação em explicar alguns procedimentos e ações que considera importante impede o profissional de ouvir outras queixas, dúvidas e solicitações trazidas pelo usuário, conforme vemos no diálogo abaixo.

Enfermagem: Esse Gardenal foi receitado para o senhor por quê?

Usuário: Negócio de confusão

Enfermagem: O senhor tinha convulsão?

Usuário: A primeira vez. Nem sabia o que era isso.

Enfermagem: O senhor toma de que maneira? Como o médico prescreveu?

Usuário: Oh, a primeira, que começa aqui debaixo, ele mandou passar de doze em doze horas. Aí já foi esse outro aí, já passou para eu tomar um. Aí eu continuei do jeito que estava aqui, de dois.

Enfermagem: Então o senhor não está tomando como o médico pediu para que o senhor tomasse.

Usuário: Esse primeiro aqui eu estou tomando, de dois em dois. Esse daí mandou tomar um.

Enfermagem: Então, quando o senhor voltou lá, ele deve ter reavaliado o senhor, e ver como que não teve mais a convulsão.

Usuário: Não, ele não falou nada para mim.

Enfermagem: Porque aqui, nessa outra receita, está marcando um comprimido ao dia, não é? Então o senhor está tomando...

Usuário: Estou tomando dois. Porque é o seguinte, porque essa caixa aqui ele mandou comprar os quatro... Eu não entendi, não é? Eu só comprei uma caixa. Aí eu voltei na farmácia para comprar de novo, aí ele falou: 'Não, você tem que entregar a receita do médico'. Aí eu fui lá e peguei, essa daí. Porque uma fica na farmácia, não é isso aí? Então eu fui e comprei as três.

Enfermagem: Então, o senhor, na verdade, está tomando o Gardenal de cem miligramas, um comprimido de doze em doze horas? E desde que o senhor está tomando esse comprimido, não teve mais convulsão?

Usuário: Não tive mais nada. E agora, para melhor informar, quando estava perto de acabar, eu diminuí para um mesmo. Aí fiquei tomando só um.

Enfermagem: Só que tem uma coisa, Seu Clodoaldo, essa medicação o senhor não pode estar tomando assim, uma hora aumenta, outra hora diminui. O senhor tem que tomar conforme a prescrição do médico. Por quê? Porque o senhor pode, de repente, desencadear uma convulsão no meio da rua, atravessando ela e ser atropelado. O senhor pode estar trabalhando e se ferir numa máquina. Pode estar dirigindo, e perder o controle do veículo. Então, tudo isso tem um por quê. Então, por que tem que ter um acompanhamento? Para que o médico... ele vai vendo se pode diminuir, se o senhor está com ela controlada. Entendeu? Porque a convulsão, ela dá de repente, sem aviso, não é?

Usuário: Eu não sei. Foi a primeira vez. Não sei.

Enfermagem: Eu só estou orientando o senhor, os cuidados que o senhor deve ter. O senhor trabalha aqui na redondeza?

Usuário: Não, eu trabalho de camelô.

Enfermagem: Porque, para o senhor ter um lugar que o senhor possa ter um médico lhe acompanhando, não é? Daí, durante o tempo que o senhor estiver tomando o remédio, ver se o senhor não tem convulsão, se o senhor não tem dor de cabeça, uma porção de coisa que ele vai fazer no exame físico.

Usuário: Dor de cabeça eu não sinto. Olha, quanto, para melhor dizer, eu não tenho nada. Eu não sinto nada, nada.

Enfermagem: Eu vou verificar a pressão do senhor.

Usuário: Eu estou com a cabeça doendo agora um pouquinho. Porque eu preoquei de madrugada. Eu passo muito sono. Muito mesmo.

Enfermagem: Então, mas o difícil é dizer, a dor de cabeça é pela falta de sono? Ou é porque o senhor não está tomando a medicação certa?

Usuário: A medicação eu estou tomando todos os dias.

Enfermagem: Deixa eu verificar a pressão do senhor.

Usuário: Eu não sinto nada. Nada, nada.

Ou seja, a preocupação em insistir na necessidade de determinados procedimentos e ações e a pouca atenção destinada à fala do usuário acabam impedindo que o profissional ouça algumas queixas e sintomas referidos pelos usuários, negligenciando outros cuidados importantes e necessários. Por outro lado, a pressa e a valorização de algumas orientações, em detrimento de outras, levam o profissional a esquecer de oferecer outras formas de cuidado, como as diferentes atividades de promoção à saúde existentes no serviço. Em uma das nossas observações, por exemplo, uma profissional de enfermagem dá pouca importância ao desejo de um usuário na participação de um grupo de homens, atividade para qual ele refere já ter sido agendado anteriormente, mas que, por motivo de greve, não ocorreu. A profissional não valoriza a manifestação do usuário, preferindo discutir outras formas de cuidado, apesar da demonstração de seu maior interesse na atividade de grupo.

Em algumas situações, a reconhecida assimetria nas relações entre profissionais de saúde e usuários é percebida na forma como algumas posturas dos usuários são consideradas. Muitas vezes, o profissional (nesse caso, mais comumente, o médico) usa de seu poder socialmente reconhecido para questionar posturas e comportamentos que ele julga serem inadequados para o cuidado de saúde. Em nossa pesquisa podemos perceber tal questionamento acontecendo de forma ríspida, fazendo com que o usuário se sinta constrangido e envergonhado com a sua atitude.

Médico: O que está acontecendo, Basílio?

Usuário: Eu tava com uma espécie de micose na virilha...

Médico: Aonde?

Usuário: Na virilha. E eu achei que teria que comprar alguma coisa pra tentar matar essa micose aí. Aí, eu ia comprar aquele Vodol, mas o farmacêutico me aconselhou que eu comprasse um outro lá. Automedicação, né. E eu comprei, só que...

Médico: O senhor usou quantos dias...

Usuário: Acho que uns 5 dias, por aí.

Médico: Aí, não melhorou?

Usuário: No terceiro dia já senti reação adversa, começou a avermelhar e...

Médico: Qual que você usou?

Usuário: O nome eu esqueci. Eu sei que ele era à base de betametazol, alguma coisa assim. Tem essa, eu li, tinha essa substância e mais uma outra.

Médico: Betametasona? Por isso que você tem que vir no médico quando você tiver problema. O farmacêutico é médico?

Usuário: (rindo) Mas achamos que a gente chega lá, pedir a medicação...

Médico: Mas nem farmacêutico deve ser. Deve ser o atendente do balcão da farmácia.

Usuário: É, porque eu ia pegar o Vodol e ele me indicou um outro...

Note-se que muitos dos diálogos referidos acima tratam de questões que parecem importantes para o cuidado da população masculina e que poderiam ser pensados e trabalhados a partir de uma perspectiva de gênero. No entanto, o modelo de interação na forma de operar o trabalho, reconhecidamente tradicional nas práticas de saúde, não facilita a emergência de determinadas necessidades que remetem para as questões práticas da vida. Por outro lado, percebe-se, em algumas situações, que os profissionais lidam com tais questões a partir de estereótipos de gênero, o que os impede de realizar ações que valorizem outras práticas sociais de gênero. Seguindo o modelo de medicina proposto, não se sentem capacitados tecnicamente para abordar situações que consideram difíceis. Dessa forma, usam de sua autoridade técnica para retomar e controlar a discussão tal como conhecem, protegendo-se nos procedimentos de que têm domínio. Tal interação entre profissionais e usuários terá reflexos na condução da prática de saúde dos profissionais como veremos adiante.

Os Procedimentos Adotados nos Atendimentos

Os processos de trabalho desenvolvidos nos atendimentos observados estão estruturados, fundamentalmente, em duas dimensões: a busca do diagnóstico, por meio de investigações que incluem a anamnese e a solicitação de exames complementares, e a definição do tratamento, centrado na medicalização e no controle de comportamentos e hábitos. Ora mais, ora menos, tanto os atendimentos de enfermagem quanto as consultas médicas têm suas finalidades colocadas nessas duas dimensões.

Em sua maioria, os atendimentos de enfermagem são consultas de triagem dos usuários que procuram o serviço sem atendimento agendado e com alguma queixa imediata. Na triagem, a ação se direciona preferencialmente para o levantamento de sinais e sintomas que devem estar circunscritos aos problemas do momento. Em algumas observações notou-se que a referência a problemas crônicos ou antigos era menos valorizada, sendo remetida para a discussão em outras ocasiões consideradas mais apropriadas, por exemplo, em uma consulta agendada. Na maioria das vezes o usuário acatava a orientação sem nenhum questionamento. Deve-se ressaltar que, em alguns casos, o motivo da busca era exatamente o problema que o incomodava há muito tempo.

Usuário: Esqueci de te falar que eu sinto assim uma queimação danada aqui.

Enfermagem: No estômago?

Usuário: Isso.

Enfermagem: Faz tempo que está assim, com queimação?

Usuário: Faz. Geralmente só depois da comida. E dá umas pontadas.

Enfermagem: Então, o pronto atendimento, pra que serve? Para uma queixa do momento, para uma coisa que esteja acontecendo no momento, grave, uma queixa de hoje. Todas essas outras, por exemplo, a dor na coluna, essa queimação, essas coisas que já faz tempo que está tendo, o Dr. X (nome do médico) vai te atender em outra consulta, vai te pedir exames. Está bom?

Usuário: Está bom.

Esta questão parece central na discussão de cuidados para a população masculina. A falta de programas específicos para os homens que não são nem adolescentes nem idosos, nem têm doenças crônicas instaladas, faz com que a demanda espontânea, ou seja, o pronto-atendimento (PA), funcione como a porta de entrada e também como a principal forma de prestação de assistência para os homens. Como afirma DALMASO (2000), o PA, para ser eficaz, deve ser um tipo de atenção à saúde integrado não só às diversas áreas clínicas, mas também às ações de controle de riscos e de promoção geral da saúde. Para os homens, essa característica toma uma dimensão muito mais ampla. É por meio da demanda espontânea que os homens podem receber dos serviços de atenção primária uma atenção norteada pelos princípios da integralidade. Se levarmos em conta ainda as dificuldades que as construções

sociais das masculinidades jogam nas práticas de cuidar da saúde, ao centrar a atenção apenas nas queixas mais imediatas, perdemos a oportunidade de acolher adequadamente as masculinidades e suas necessidades específicas nas ações de cuidado que os serviços de saúde empreendem.

Os atendimentos individuais seguem, conforme já referido anteriormente, um padrão pré-estabelecido no desenvolvimento do trabalho. Em ambos os serviços, no processo da consulta estão incluídos alguns questionamentos que remetem para problemas de grande impacto em saúde pública. Em praticamente todos os atendimentos de enfermagem são solicitadas informações cujo objetivo é rastrear riscos e prevenir agravos de prevalência importante. Fazem perguntas sobre sintomas respiratórios mais crônicos, com o objetivo de rastrear possíveis casos de tuberculose; na maioria das vezes é feita uma medida da pressão arterial; são questionados hábitos como o tabagismo; avaliam-se vulnerabilidades para DST e aids; é oferecida vacinação antitetânica, entre outros. A realização desses procedimentos constitui ações que condizem com as boas práticas de prevenção e promoção da saúde esperadas na atenção primária.

No entanto, o cumprimento de tais ações é feito, muitas vezes, de maneira burocrática, como se a tarefa fosse apenas uma obrigação sem um sentido técnico mais claro. No caso do oferecimento da vacinação antitetânica, por exemplo, foram percebidas justificativas das mais variadas, como por exemplo: “é uma vacina que toma pro resto da vida”; “não é só quando é criança que toma não, adulto também toma”; “a vacina do tétano é uma vacina importante”; “tem que manter em ordem as vacinas, porque se você tiver algum ferimento...”. Às vezes, mesmo após explicar com detalhes a importância da vacina, utilizam-se de argumentos como “agora, se o senhor não quiser tomar...”, desestimulando o usuário a se dispor para a vacinação.

A ausência de sistematização na condução de determinados procedimentos também foi percebida nos atendimentos aos acidentes de trabalho. Embora a necessidade da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) tivesse sido sempre lembrada em todos os casos observados, as atendentes pareciam ter pouca compreensão sobre o significado do documento, pois não sabiam informar adequadamente ao usuário que o documento representava uma garantia para ele em suas relações de trabalho. Ao mesmo tempo tinham dificuldades no preenchimento e encaminhamento da CAT e tratavam sua realização como algo meramente burocrático.

Atendimento de enfermagem para acidente de trabalho

E, esse papel aqui Kleber, é pra ir pro INSS. Então, você vai levar um pra firma e um vai ficar aqui. A firma já conhece esse papel; não é nada que vai te prejudicar... 'Ai, meu Deus, tem que levar...' Esse aqui é pra você mesmo encaminhar ao INSS isso aqui. Deixa eu só preencher aqui...

Nas consultas médicas, pudemos perceber a supervalorização de alguns procedimentos, sobretudo aqueles relacionados ao uso da medicação e ao controle de comportamentos e hábitos. Isso acontecia principalmente nas consultas destinadas aos usuários em seguimento por problemas de hipertensão arterial e com aumento nos níveis de colesterol e triglicerídeos. A preocupação em manter o uso da medicação sob vigilância é de tal natureza, que em vários atendimentos observados a comunicação entre o médico e o usuário já se iniciava com questionamentos sobre a medicação, antes até de se estabelecer qualquer outra forma de diálogo, que seja cumprimentar o usuário ou perguntar como ele estaria passando.

Início de uma consulta médica de seguimento

Médico: E aí, está usando o remédio?

Usuário: Estou usando. Eu acho que eu fiquei uns dois dias aí sem usar porque eu esqueci.

Médico: Eu tinha te passado qual mesmo?

Usuário: Olha...

Médico: Hidroclorotiazida né?!

Usuário: Eu creio que seja.

Médico: Mas você tem usado todos os dias?

Usuário: É, eu uso todos os dias.

Médico: E está se sentindo bem com ele ou não?

Usuário: Eu estou normal.

Médico: E a pressão, como é que tá ficando?

Quanto aos hábitos e comportamentos, existe todo um esforço por parte dos médicos para os seus controles, no sentido de prescreverem atitudes que possam contribuir para a diminuição de riscos de determinados agravos. Tais controles incidem principalmente sobre os hábitos alimentares, o fumo e a ingestão de bebidas alcoólicas. Para muitos desses comportamentos a participação do usuário é bastante ativa, numa tentativa de demonstrar seu empenho no seguimento das prescrições. Algumas vezes o usuário sente-se frustrado, pois os resultados dos exames não correspondem à sua dedicação.

Médico: Deixa eu explicar uma coisa para o senhor, Seu Sócrates. O negócio é o seguinte. O colesterol continua alto.

Sócrates: Ah é?!

Médico: O senhor tá fazendo a dieta como? Fala pra mim.

Sócrates: Ah a dieta, a mulher lá diminui bastante as coisas que é muito gorduroso. Carne por exemplo, que a gente comia muito. Ia sempre na churrascaria... Mas tinha dado uma abaixada aí, agora não sei. Tá alto de novo?

Médico: Além de estar alto o colesterol ruim, o colesterol que é bom está baixo. Porque a gente tem dois tipos de colesterol, o colesterol bom e o colesterol ruim. O colesterol ruim tá alto e o bom tá baixo.

S: Mas ele já chegou a aumentar...? Da outra vez tava controlado!

M: Da outra vez tava no limite, agora ele tá um pouco alto, o colesterol ruim, e um pouco baixo o colesterol bom.

S: Gozado. Porque às vezes a gente diminui tudo quanto é coisa... A carne, por exemplo, diminuiu bem. O frango, a mulher faz ele cozido.

M: Fritura, essas coisas o senhor não tá comendo nada?

S: Fritura, lá em casa largou de fazer isso.

M: E massa, essas coisas assim?

S: Dificilmente eu como...

M: E pão, açúcar...

S: Será que o corpo da gente não produz esse colesterol não?

M: Ah sim, tem uma tendência que é a do corpo do senhor.

S: Só pode ser. Porque a mulher tirou essas coisas. Porque antigamente era demais, eu até concordo. Mas agora não tem mais. Até churrascaria eu larguei de ir.

M: Porque assim... Porque como o senhor está ainda numa fase inicial, tentar controlar com a dieta e com exercício, então...

S: Vê se baixa né?

M: É... e no caso assim não precisar tomar remédio, porque o remédio tem um monte de efeito colateral.

S: Remédio não é o caso, o mais é tentar ver de onde vem isso aí.

M: O senhor almoça fora de casa?
S: Eu almoço, mas levo de casa mesmo. Marmita.
M: Porque as vezes comendo fora não tem como controlar.
S: É mas isso ai acontece raramente, não é direto não.
M: Tá certo. Mas Seu Sócrates, eu vou tá insistindo aí nessa tese de reforço da dieta, tá certo? Não sei se as meninas aí na frente deram aquele papel da dieta, do que é pra substituir...
S: Deram, deram.
M: E o senhor tem comido bastante legume, frutas, verduras?
S: É, isso aí a gente sempre compra.
M: Porque é bom evitar o que faz mal, mas também é bom tentar aumentar aquilo que beneficia, tá certo?!
S: E esse colesterol aí que você fala, tem o bom e o ruim, dois tipo? O ruim é quando tá alto?
M: Tá aqui. Esse aqui é o bom, e esse aqui é o ruim. São dois tipos diferentes, certo?! O ruim é aquele que entope a veia, certo?!
S: Que entope a veia... certo.
M: E o bom tem que ter mesmo.
S: No caso, aí tá dando quanto?
M: O do senhor, o bom tem que estar maior que 40.
S: Ah é?!
M: O do senhor está 37. O ruim a gente aceita até 130, o do senhor está 149.
S: E aquele que tava 200 e pouco?
M: É o total.
S: Ah tá, mas aí o total deu quanto?
M: Tá 230.
S: Tá 230...já teve 260 e pouco, se você analisar aí.
M: No começo, né? Estava 270...
S: Então, por isso que eu falo para você, que nessa fase aí eu nem ligava, depois que eu comecei a vim no postinho é que eu comecei a preocupar.
M: Certo.
S: Aí, muita coisa que a gente comia, fritura, saía no fim de semana, ou nas folga se pegava aquelas costela assada em padaria, frango, essas coisas então normalmente, ia pras feira comia pastel.
M: Iii noosssaaaa!!
S: Agora eu fico meio em dúvida, se não é o corpo que produz isso aí...
M: É lógico, tem a tendência do corpo do senhor, né?!
S: Eu sinto, que... o cara falou, cê tem colesterol, magro desse jeito? Que gordura é essa? Mas é aquele negócio... você não sabe como é que está...

Os médicos utilizam de diferentes estratégias para convencer o usuário da necessidade de mudança de hábitos. Quando se trata do hábito de beber e de fumar, muitas vezes usam argumentos que remetem para questões morais e econômicas, ou então tentam amedrontar o usuário, chegando mesmo a ser inadequados.

Médica: Está bom. Oh, Seu Gerson, vou fazer uma... E está fumando, né?

Usuário: *Estou, sim.*

Médica: Está fumando! Ó, seu Gerson, essa gastrite não vai melhorar se o senhor continuar fumando. Vamos fazer um acordo? Quantos cigarros o senhor fuma por dia?

Usuário: Uns 20 maços... Uns 20... Vinte cigarros por dia.

Médica: Onde o senhor arruma dinheiro pra comprar cigarro? Oh, um maço de cigarro é no preço de um leite, de uma água, de uma bolacha; de arroz, de feijão. Está certo isso? E o cigarro altera a doença nos vasos que o senhor tem. Já pensou se o senhor perder a outra perna, como é que vai ser?

Usuário: [trecho inaudível].

Médica: Ah, já tirou as...? Então, ó, e se perder os braços?

Usuário: Não sei, o braço é mais difícil de perder, né?

Médica: É, então. Vamos parar de fumar?

Usuário: Vou ver se paro.

A prática da medicalização também se faz presente para os pacientes que expressam algum tipo de sofrimento psíquico. Nos casos de ansiedade e depressão pouco se discute a possibilidade de um acompanhamento psicológico, centrando-se todo o tratamento no uso de algum medicamento. Caso o tratamento não dê certo, o médico sempre argumenta com a tentativa de uma nova droga, conforme podemos perceber no excerto abaixo.

(paciente começa a chorar)

Médica: Seu Rivaldo, Eu sei que é difícil, mas tem solução, né? Quando estava tomando a fluoxetina, por exemplo, o senhor não estava bem melhor? Não estava bem melhor?

Usuário: O quê? Da crise de choro?

Médica: É. Da crise de choro...

Usuário: Me dá direto.

Médica: Que tem remédios que vão ajudar o senhor, só precisa a gente descobrir qual o remédio certo, né? Até agora o senhor só tomou só dois tipos de remédios, né?

[Entrevistado chora com mais desespero]

Médica: Quê que é esse choro, Rivaldo? O que o senhor está pensando?

Usuário: Sei lá eu, doutora.

Médica: Tem direto essas crises de choro?

Usuário: Tenho.

Médica: Fica com o pensamento, assim, de morte... De suicídio...

Usuário: É que bate aquela tristeza, doutora... Aí dá isso. Mas eu gosto de assistir televisão. Então, quando eu vejo que a notícia... Até o doutor Joel falou: *‘Para com isso. Não assiste não’*. Dá essa notícia forte, dá isso aí também... (Hum!) Eu choro... Eu já comprei a televisão pra mim, né? Aí coloco no quarto. Fico lá trancado pra... Pro meu filho não ver, né? Não é sempre que eu... Eu assisto muito os programas evangélicos, né? E eu ia me controlando. Eu tava indo na igreja... Agora eu estou vendo pela televisão.

Médica: Continua indo na igreja?

Usuário: Parei.

Médica: Parou? Por quê?

Usuário: Ah, meu pai, também... Já faz quatro meses que meu pai está na UTI lá no Incor. Está internado.

Médica: O que seu pai tem?

Usuário: Deu infarto. Cigarro, né? Fumou demais.

Médica: O senhor fuma também?

Usuário: Não.

Médica: Parou?

Usuário: Parei, está com um ano e dois meses.

Médica: Puxa, que bom!

Usuário: Beber, parei. Estou com vinte e dois anos que eu parei de beber. Usar droga eu parei, estou com vinte e dois anos também.

Médica: E, às vezes, dá um desespero, assim?

Usuário: Dá. Eu passo tanta vergonha. Aí, no portão... Nós somos dezesseis irmãos. Aí, faz festa tudo lá na casa do pai. Ajunta tudo. E, não posso está no meio de... Ficar tanta gente, né? Me dá aquele negócio ruim. E, você fica em casa. Todo mundo vai... Vão me buscar, tudo... Eu não vou pra canto nenhum...

Médica: E, Rivaldo, quando estava tomando a fluoxetina essa tristeza, o choro... Tudo isso tinha melhorado?

Usuário: Não, vinha. De vez em quando vinha, né?

Médica: De vez em quando vinha, mas tava melhor?

Usuário: Vinha. Se eu passar um pouquinho de raiva ou acontecer alguma coisa... Pronto, aí vinha tudo. Eu tinha que parar no pronto-socorro. Chegou o dia de eu chegar lá no pronto-socorro, a médica falar: *‘Ó, você está ruim, meu filho. Fala lá com seu médico, que não pode dar essas crises, não. Você quer quantos dias de atestado? Vou preencher atestado, tudo... De tão ruim que você está’*. Falei: *‘Não, doutora, eu sou aposentado’*. Quando médico de Pronto-Socorro preenche atestado, é que o negócio está bem ruim, né? E, pra tomar duas injeções. Ela... *‘Fica aí duas horas’*. Eu ficava duas horas. Aí, quando passava... Ela falava... *‘Mas você fala pro seu médico que não pode dar essas crises. Tem que achar uma solução. Você está bem em casa com essa crise e pode o coração acelerar. A pressão aumenta, também. Não é bom você andar sozinho’*.

Médica: Então, Rivaldo, mas, olha, tem outras opções de remédio, né? Agora eu tô te dando outra medicação, que pode ser que você se dê bem, né? E, se não se der bem, ainda tem alternativas, né? É... Se tiver que, que usar, também, um remédio que não tem aqui no Posto, dá pra mandar manipular, né? Não fica tão caro. Então, a gente tem muitas medicações que podem ser usadas. O senhor só experimentou duas...

Da parte dos usuários, também se percebe uma compreensão das práticas de saúde focalizada em um processo de medicalização. Em várias ocasiões se ouviu o pedido para a realização de exames complementares ou, então, o próprio usuário sugeria que talvez uma cirurgia fosse o mais adequado para resolver os sintomas apresentados. Em algumas dessas demandas, a argumentação era no sentido de entender melhor porque continuar com os mesmos sintomas, apesar do longo período de tratamento. Na mesma consulta referida

anteriormente, o usuário solicita que a médica peça um exame, pois gostaria de saber mais acerca dos motivos de suas crises de choro e ansiedade e que até aquele instante ninguém tinha lhe explicado o porquê. Embora a médica contra-argumente a solicitação, em nenhum momento foram discutidas questões mais subjetivas sobre o sofrimento do usuário.

Usuário: Oh, doutora. Eu me trato aqui já faz tempo... Eu queria fazer um exame da minha cabeça... Porque toda hora que eu passo a mão assim, ó... Parece que me estrala tudo por dentro. Eu digo: ‘Meu Deus do céu, que bicho eu tenho na cabeça?’. Eu já combinei tanto pra fazer o exame da cabeça. E nenhum médico falou assim: ‘Você não tem nada na cabeça. Você botou porcaria na cabeça’, como o doutor Joel falava né? ‘Agora, não sai mais...’.

Médica: Que exame?

Usuário: Fazer uma tomografia, uma chapa, qualquer coisa... Porque esse tempo todo que eu me trato aqui, ninguém nunca pediu...

Médica: Exame, o médico pede quando tem alguma dúvida. Daí o exame ajuda a esclarecer. A chapa só dá pra ver o osso. Não dá pra ver mais nada, além disso. Então, é bom quando tem fratura, alguma coisa assim. Não é o caso do senhor. A tomografia, para pedir, só em algumas condições. Esse problema que o senhor tem não dá nenhuma alteração na tomografia. Então, não adianta pedir porque não vai ajudar em nada no diagnóstico...

Usuário: Não sei, doutora. Faz tanto tempo que eu estou aqui. Vai fazer uns quinze anos. Mas, doutora, por que eu não tinha nada e aconteceu isso, me responde? E também, eu choro que nem uma vaca velha. Se eu tiver nervoso, aí, pronto. Se eu tiver nervoso hoje, amanhã eu não tenho condição de sair de casa. Não tenho condição de nada. Só vem pensamento ruim. Dá uma vontade de acabar com tudo... É um desespero. Por que eu não tinha nada disso?

Médica: O senhor tem pressão alta, não tem? O senhor nasceu com pressão alta?

Usuário: Não.

Médica: Então. As doenças, elas são assim. A maioria delas, a pessoa está bem... Está tudo normal, e, de repente, ela aparece. E a depressão e a ansiedade, é a mesma coisa.

Usuário: A ansiedade que a senhora fala é a....

Médica: É o nervosismo, a irritação...

Usuário: É síndrome do pânico, é?

Médica: Síndrome do pânico é quando a pessoa tem crises de ansiedade. E aí tem sintomas físicos. Dispara o coração, dá tremor, falta de ar...

Usuário: Oh, chegou um dia, doutora, de eu ir daqui pra Perus, eu apanhar quatro conduções. Apanhava uma, pensava que o cara ia bater, ia tombar, ia matar todo o mundo. Eu descia, apanhava outra. E até eu conseguir – me pegando com tudo que era santo –, até eu conseguir chegar em casa. Com medo de pegar a condução.

Médica: Então. Isso é sintoma da ansiedade, da síndrome do pânico. Isso acontece por causa de um desequilíbrio químico que acontece no cérebro. E, como a alteração é química, não aparece em exame. Entendeu? Se a gente for fazer um exame da sua cabeça, não vai ter nenhuma alteração visível. Por isso que não adianta fazer exame para isso, porque não aparece.

Os Problemas e as Necessidades de Saúde Referidas nas Consultas

Os usuários que tiveram suas consultas observadas referiram diferentes problemas e necessidades de saúde que, em sua maioria, podem ser caracterizados como questões típicas, comuns, recorrentes em um serviço de atenção primária. Essas questões serão apresentadas segundo grupos de necessidades, assim definidas:

- Necessidades de saúde relacionadas ao cuidado do corpo, ao uso e acesso aos serviços de saúde;
- Necessidades de saúde relacionadas ao trabalho e à vida em comunidade;
- Necessidades de saúde relacionadas à sexualidade;
- Necessidades de saúde relacionadas à reprodução e à paternidade;
- Necessidades de saúde relacionadas à subjetividade, às emoções e à saúde mental;
- Necessidades de saúde relacionadas à vida familiar e doméstica.

a) Necessidades de Saúde Relacionadas ao Cuidado do Corpo, ao Uso e Acesso aos Serviços de Saúde

A maioria dos problemas e necessidades referidas nas consultas observadas se encontra aqui agrupadas. Foi incluída neste item uma série de questões de saúde que têm como características comuns a representação de parte importante da demanda trazida pelos usuários, pressionando o uso e o acesso aos serviços de saúde. Tais questões são reconhecidas, tanto por profissionais quanto por usuários, como centradas em sua dimensão corpórea anátomo-fisiopatológica. Para tornar mais clara a descrição desse item, optamos por

subdividi-lo em quatro subitens: as doenças crônicas e os estilos de vida; os problemas de saúde e as condições sociais; o corpo masculino e suas necessidades; outros problemas e necessidades.

Quanto às necessidades relacionadas ao estilo de vida, observamos que, entre os usuários que faziam consultas agendadas de seguimento, os principais problemas de saúde foram os agravos caracterizados como doenças crônico-degenerativas de reconhecido interesse epidemiológico e consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares. Entre elas, o maior destaque é a hipertensão arterial sistêmica. Embora tivesse sido percebida mais frequentemente nas consultas médicas agendadas, a referência à hipertensão arterial (ou o registro de níveis de pressão arterial aumentados) também foi observada em alguns casos atendidos em demanda espontânea.

Além da hipertensão arterial, também observamos um grande número de homens com outros fatores de risco para doença cardiovascular. A presença de alterações nos níveis sanguíneos de colesterol e triglicérides e a obesidade foram bastante recorrentes. Na maioria das vezes, havia uma associação entre os diversos fatores de riscos, que se combinavam de diferentes formas.

A preocupação com os problemas relacionados ao aumento da pressão arterial e dos níveis de colesterol e triglicérides era algo muito comum entre os homens que tiveram suas consultas observadas. Muitos deles solicitavam, ao chegar à consulta, informações sobre o seu colesterol e a gordura no sangue. Os profissionais, por outro lado, também valorizavam essas questões. No entanto, pautavam sua discussão em torno de alterações no estilo de vida dos usuários, compreendendo-as como estratégias necessárias para lidar com esses problemas. Realçavam a importância da prática de exercícios físicos e estimulavam mudanças na dieta alimentar, na direção de uma alimentação mais equilibrada e saudável. Embora alguns homens reclamassem, reconhecendo uma grande dificuldade para assumir tais prescrições,

vários deles já referiam mudanças nos hábitos cotidianos, com a incorporação de práticas esportivas e o uso de uma alimentação mais balanceada. Dos homens observados, uns faziam uso de medicação anti-hipertensiva e outros apenas faziam o controle por meio de restrição alimentar. Em algumas consultas observadas, o uso de medicação para o controle de colesterol e triglicérides foi proposto.

No entanto, também foram observadas consultas em que o usuário tinha grandes dificuldades no seguimento de propostas de controle que passavam por uso de medicamentos e restrição alimentar. Assim, merece ser descrita a história de um homem jovem com hipertensão arterial e obesidade e que teve uma de suas consultas observada.

Diego tem 25 anos, trabalha como motoboy e é filho de uma auxiliar de enfermagem. Procurou o serviço há pouco mais de três anos, pois “gostaria de perder peso”. Na primeira consulta pesou 128 kg, e não apresentava nenhum sintoma físico. Nesse atendimento contou que seus hábitos alimentares era não comer nada até às 12 horas e almoçar duas esfihas, um sanduíche ‘cheese salada’ e um refrigerante. À noite comia quatro pedaços de pizza, dois bombons e, antes de dormir, dois pães de queijo. Não tinha hábito de comer frutas e legumes e não fazia atividade física. Sua medida de pressão arterial foi de 120x100 mmHg. Foi orientado a fazer dieta com pouco sal e pouca caloria, medicado com sibutramina (antidepressivo, usado como tratamento para emagrecer), um comprimido por dia, e marcado retorno para nova consulta em um mês. Diego faltou em sua consulta de seguimento e só reiniciou o tratamento três anos depois.

Quando resolveu voltar a fazer o acompanhamento médico, Diego mantinha praticamente os mesmo relatos, embora tivesse perdido um pouco de peso. A pressão arterial continuava alta e não estava mais usando a medicação para emagrecer. Nessa consulta foi, então, iniciado tratamento anti-hipertensivo com hidroclorotiazida 25 mg ao dia e se manteve a orientação para perder peso.

Na consulta observada, o médico perguntou se Diego estava usando a medicação e ele respondeu: “estou usando. Eu acho que eu fiquei uns dias aí sem usar porque eu esqueci.” Diego não soube informar o nome da medicação, mas disse que estava se sentindo normal com o remédio. Ao ser perguntado sobre a medida de pressão, afirmou: “Eu não andei medindo porque eu tô trampando muito, não tá dando tempo mais de eu... eu chego em casa às 7 e já saio às 8 para trabalhar à noite. E aí eu chego, minha mãe já está dormindo e eu não vou acordar ela para... Não tá dando muito tempo”. O médico pergunta sobre os valores da pressão arterial nas vezes em que foi medida e Diego conta o que sua mãe falou para ele: “Ela falou que tava boa. Eu não perguntei quanto que era. Ela falou: ‘tá um pouquinho alta ainda, hein’”. A conversa sobre peso e dieta é bastante interessante e merece ser apresentada em sua íntegra.

Médico: E você está fazendo regime ou não?

Diego: Eu tava fazendo, mas eu dei uma desandada aí e acho que vou ter que fazer de novo.

Médico: Tem que ter disciplina nisso, viu!

Diego: Puta eu tava indo bem...

Médico: Tem que ter disciplina porque é de família, né, a obesidade?

Diego: É, porque minha mãe é gordinha... Só eu e minha mãe, porque o resto é tudo magro.

Médico: Sua mãe é hipertensa também, não é?!

Diego: É.

(...)

M: Qual o seu peso?

D: A última vez que eu pesei eu estava com 113.

M: 116,5, engordou bem, hein!

D: Quando eu fiz o regime eu tinha parado no 98.

M: Tem quanto de altura?

D: 1.68, 1.69.

M: Você precisa emagrecer hein bicho, pelo menos aí...

D: Uns 30 quilos... para começar...

M: Para começar, cara... porque sua pressão é por causa disso. Se você emagrecer, sua pressão volta ao normal.

Esse é um caso que representa bem os referenciais de gênero e masculinidade em sua relação com os cuidados de saúde. A dificuldade para o controle de peso e para a realização de atividades físicas, a prerrogativa do trabalho sobre o cuidado da saúde e a necessidade do

envolvimento e participação feminina para a efetivação do cuidado da saúde de um homem estão explicitadas na consulta observada. Voltaremos a comentar esse caso quando apresentarmos as questões de gênero e suas articulações com os problemas de saúde.

A necessidade de cuidados relacionados ao controle de doenças crônico-degenerativas também pode ser observada no atendimento a alguns usuários portadores de *diabetes mellitus*. Nesse caso, as consultas observadas eram principalmente por demanda espontânea dos usuários, que procuraram o serviço para fazerem uso de medicação ou, então, por apresentarem algum sintoma. Apenas um deles fazia seguimento no serviço anteriormente. Ressalta-se que, para o controle da *diabetes mellitus*, a preocupação era maior com o uso da medicação, em especial, com a aplicação da insulina, e menor com as orientações dietéticas.

Quanto aos problemas de saúde relacionados com as condições sociais, o que mais chama a atenção é o grande número de casos suspeitos ou confirmados de tuberculose. A grande maioria de usuários observados com esta patologia vivia em situação de exclusão social, com destaque para os moradores de rua e os usuários pertencentes a núcleos populacionais que têm grande dificuldade no uso de serviços de saúde, como é o caso dos imigrantes bolivianos. As consultas observadas mostraram a existência de casos em que a tuberculose era um agravo já tratado anteriormente ou dizia respeito a casos em que o tratamento necessitava ser feito em ambiente hospitalar.

As necessidades de cuidado do corpo masculino em sua especificidade estiveram centradas na demanda por prevenção do câncer de próstata. Esta era uma necessidade que partia tanto dos usuários como dos profissionais. Quando o usuário solicitava, a preocupação estava relacionada com a idade de mais de 40 anos, achando que era o momento para a realização do exame da próstata. Nenhum deles, no entanto, especificou o tipo de exame a ser solicitado.

Sócrates: Uma coisa que está atrasado aí é o exame da próstata, porque, se eu não me engano, já fiz já tem uns dois anos.

Médico: O sr. Chegou a fazer agora dessa vez?

Sócrates: Não, eu não fiz. Parece que já tem uns dois anos para conseguir fazer. Mas é depois dos 45 ou depois dos 40?

Da parte dos profissionais, no entanto, foram percebidas discordâncias acerca da validade e dos exames necessários para realização de rotina para o diagnóstico precoce do câncer de próstata. Alguns médicos referiam a existência de controvérsias quanto à validade do exame, sugerindo ser necessário a presença de sintomas para a sua indicação com mais propriedade.

Usuário: Ah, por falar nisso, eu esqueci de lhe dizer naquele dia, que eu nunca fiz aquele exame de próstata.

Médica: Tá. É assim, esse exame de próstata, Seu Dario, pra quem não sente nada é meio duvidoso se ele ajuda ou atrapalha, sabe?

Usuário: Ah, sei.

Médica: É, não é comprovado que ele é bom no que faz. Se o senhor quiser fazer, a gente faz. Mas se não quiser, a gente...

Usuário: Mas assim, tem que sentir o quê, por exemplo?

Médica: É, a urina presa, ou dificuldade para urinar, ou ardência. Ou quando você urina, fica gotejando até acabar. Então alguma dessas coisas ruins.

Usuário: Sintomas?

Médica: É.

Usuário: É, não sei.

Outros, por sua vez, afirmavam a importância de se fazer exames de rotina a partir de uma determinada época da vida, referindo, inclusive, a necessidade da realização tanto do toque retal quanto da dosagem do PSA no sangue.

Médico: Mas fez exame da próstata, né?

Usuário: Graças a Deus fiz e não tinha nada.

Médico: Não tinha nada. Isso faz quanto tempo? Um ano?

Usuário: Não. Cinco.

Médico: Cinco anos que você fez! Vai chegando a idade, precisa acompanhar, no exame de sangue, uma vez por...

Usuário: Mas existe de sangue?

Médico: Mas tem que ser os dois, viu? Mas assim... Primeira consulta, vamos fazer o PSA. Depois a gente complementa com o exame da próstata. Porque precisa dos dois. Porque às vezes não dá no de sangue e dá no outro. Está certo?

Apesar de se perceber uma grande preocupação de usuários e profissionais com relação à prevenção do câncer de próstata, os profissionais pouco orientaram acerca de cuidados que devem ser tomados para a prevenção da doença. Também não se falava sobre a necessidade dos usuários estarem atentos aos sintomas mais comuns de alteração da próstata, com exceção do caso referido anteriormente, quando a médica explicou acerca das queixas urinárias, após a solicitação do usuário.

b) Necessidades de Saúde Relacionadas ao Trabalho e à Vida em Comunidade

Várias foram as consultas observadas que remetiam para questões de saúde relacionadas com o trabalho. Os relatos variavam desde as dificuldades para continuar o seguimento de determinado problema de saúde, ou para manter um cuidado mais adequado com a saúde, até situações em que a própria prática profissional era responsável pela procura do serviço de saúde.

Os curativos observados, por exemplo, tinham como objetivo cuidados com lesões ocorridas no ambiente de trabalho, caracterizando acidentes de trabalho. Apenas um dos curativos não se tratava de lesão aguda, ou seja, em um único caso o curativo era para uma lesão antiga. Todos os outros usuários observados procuraram o serviço porque tinham se ferido imediatamente antes, ou vieram para a realização de curativo em ferida provocada por acidente de trabalho e previamente cuidada pela instituição. Mesmo o usuário portador de lesão crônica referia seu ferimento como tendo sido causado por acidente no trabalho. Nos casos de lesões agudas, os profissionais avaliavam a necessidade de suturas e realizavam alguns procedimentos como a aplicação de dose de vacina antitetânica e o preenchimento de comunicação de acidente de trabalho. Nos outros casos apenas era realizado o curativo.

Em alguns outros atendimentos observados também foi possível ouvir relatos de problemas de saúde que os próprios usuários remetiam para situações de acidente de trabalho. Em um atendimento de enfermagem, por exemplo, um homem relacionava seus sintomas atuais de tontura e vertigens a um acidente de trabalho ocorrido há pelo menos oito anos.

Além dos acidentes de trabalho, em alguns atendimentos foram referidas queixas que o usuário dizia ter relação com sua prática profissional. Relatos de dores nas costas em carroceiros, de tendinite em auxiliar de serviços gerais e processo alérgico em um mecânico foram algumas das situações observadas na pesquisa.

Alguns usuários relataram problemas de saúde que trouxeram ou poderiam trazer dificuldades em suas relações de trabalho. Em um atendimento médico observado, por exemplo, o usuário solicitou um atestado para levar à empresa onde trabalhava, pois, uma semana antes, havia faltado por três dias ao trabalho e agora corria risco de ser demitido. Dizia que nesse período não teve condições de sair de casa e, por isso, nem procurou cuidados de saúde. Foi informado pela médica da impossibilidade de atestar um problema que ela não havia constatado e lhe foi sugerido que, em lugar do atestado, fosse feita uma declaração relatando o que ele estava contando, e que, devido ao seu problema, ele tinha ficado em casa de repouso. Em um outro caso, o usuário solicitava um exame para avaliar uma suspeita de hérnia de disco que, segundo ele, estava relacionada a um acidente ocorrido em um período de férias do trabalho, e que motivou a sua demissão. Desde então se encontra em licença médica pelo INSS.

Por outro lado, em alguns atendimentos foi possível perceber que para alguns usuários o compromisso com o trabalho dificultava um cuidado da saúde mais efetivo. Foi o caso, por exemplo, de um usuário que dizia ter dificuldades para manter uma alimentação condizente com o seu problema de saúde (hipertensão arterial e obesidade), pois trabalhava durante um longo período do dia, não dando tempo para se alimentar mais adequadamente. Num outro

caso, a situação era semelhante. O usuário contava que não tinha tempo de almoçar, pois trabalhava como camelô, e, caso se afastasse de sua barraca para comer algo, corria o risco de ter todas as mercadorias apreendidas pelos agentes da prefeitura.

Em um dos atendimentos observados a necessidade de saúde era o afastamento do trabalho motivado por questões de vigilância epidemiológica. Nesse caso, o usuário tinha uma suspeita de varicela e referiu, sorrindo, que havia sido “expulso” de seu local de trabalho, pois no mesmo existiam algumas mulheres grávidas. A médica o afastou por um período de três dias até o desaparecimento total das lesões.

c) Necessidades de Saúde Relacionadas à Sexualidade

Poucas foram as situações de consulta em que a questão da sexualidade surgiu como algo a ser problematizado ou cuidado. Podemos afirmar que em apenas três atendimentos houve algum diálogo entre o profissional e o usuário cujo tema passava pela sexualidade. Chama a atenção que um dos atendimentos tenha sido exatamente a consulta da enfermeira para a usuária do sexo feminino, na qual a discussão sobre a vida sexual da usuária foi assunto central. Da parte dos homens, apenas em duas consultas existiu algum questionamento acerca da questão e em ambos os casos partindo da solicitação do próprio usuário.

Há de se destacar que, nos dois casos de atendimento masculino referidos acima, a discussão acerca da sexualidade esteve atrelada ao uso de medicamentos e seus efeitos na prática sexual. Um dos casos dizia respeito a um atendimento de saúde mental, e o outro era um caso de seguimento clínico de hipertensão arterial.

No primeiro caso, o paciente reclamava com a médica uma piora em seu desempenho sexual, a qual ele relacionava com a introdução de uma determinada medicação psiquiátrica. Dizia que, após o início da medicação, diminuiu a vontade sexual e que procurou saber quais

eram as razões para essa situação, conversando com os médicos em diferentes serviços por onde passava.

Médica: O senhor tinha tido uma melhora, né? Estava bastante melhor da ansiedade, né?

Usuário: Só doutora, melhorou uma coisa e piorou outra. Que eu falei pra ele: *‘Doutor, Vamos dar um jeito aí pra ver se isso pára... Porque... Eu tô...’* Como diz, assim... Eu tinha relação normal com a minha mulher, né? Três vezes por semana... E, depois que ele passou esse medicamento, aí acabou. Só uma vez por semana, com boa vontade. Eu falei pra ele: *‘Doutor, então é o remédio; não...’*.

Médica: Diminuiu a vontade?

Usuário: Eu não tenho mais vontade. E quando tem vontade e está no meio, e já acabou tudo.

Médica: É a Fluoxetina que o senhor está tomando?

Usuário: É. Que o Doutor Nelson passou. Então, esse remédio aí foi uma... Um pingão d’água, que pra mim... Até que eu tava com um exame... Eu passo no Departamento da Próstata também, né? Do X (nome do hospital). E ele falou: *‘Não. Isso aí não é problema da sua próstata. Que na próstata você não tem nada’*. Fizeram uma raspagem, deixaram ela num tamanho certo. Deu tudo certo... Ele falou: *‘Procura lá o teu médico. Isso aí é o remédio que você está tomando’*. Está deixando fazer isso.

A médica concorda com o paciente acerca da possibilidade de seus problemas sexuais serem um efeito do uso do medicamento antidepressivo. O paciente, por sua vez, refere que já vinha solicitando a mudança da medicação para um outro médico, que preferiu, no entanto, manter o uso da medicação, devolvendo ao paciente a escolha entre a ansiedade e a relação sexual normal.

Médica: A Fluoxetina, o que acontece, é que diminui, pra alguns pacientes, pode diminuir o desejo sexual. E isso está acontecendo com o senhor?

Usuário: Aí, eu falei pra ele: *‘Vamos pára com isso, doutor. Vamos parar com esse remédio, dá um jeito’*. Ele falou: *‘O quê que eu posso fazer? Você prefere ficar nessa ansiedade?’*. Porque a ansiedade dá uma tristeza, né? Tinha vez que ia bater no Pronto-Socorro. Precisava tomar injeção. Vontade de morrer, vontade de correr, vontade de chorar e aquele desespero. Aí, o doutor: *‘Você prefere ficar com essa ansiedade? Ou você pára o remédio ou tem sua relação normal?’*. Aí ele falou: *‘Não, vamos esperar mais um mês. Vamos ver o que é que dá mais um mês. E, da outra vez que você vir aqui, nós damos um jeito’*. Aí, o que ele fez, foi ir embora.

A médica pergunta ao usuário se antes, quando estava usando um outro tipo de remédio, se ele sentia melhor e se, com a medicação anterior, percebia alguma diferença no desempenho sexual. A resposta do usuário remete para questões que valorizam determinados estereótipos de gênero esperados para um sujeito do sexo masculino.

Médica: Agora, antes, o senhor tomava a Amitriptilina, né? E a ansiedade tava pior, com essa...

Usuário: A ansiedade tava pra parar no pronto-socorro, ter que tomar injeção...

Médica: Mesmo com o remédio?

Usuário: Mesmo com o remédio.

Médica: Mas, aí, a parte sexual tava boa?

Usuário: É, tava boa. Era eu não ter nervoso, né? Se tiver nervoso, aí, pronto! Aí, a casa cai em dois, três dias. Agora, isso aí... Pelo amor de Deus! Isso aí foi um... Esse remédio aí foi um desastre...

Médica: Foi bom por um lado e ruim por outro...

Usuário: É. Bom por uma parte e ruim por outra. Falei: *‘Doutor, a gente é pra agradar a mulher? Ou vou virar mocinha?’*.

[Médica sorri]

Médica: Não dá pra continuar assim mesmo, né? Mas...

Usuário: Assim, não dá pra continuar. Assim, tomando esse remédio... Deus que me defenda! Virar mocinha?

No segundo caso, o usuário solicitava informações ao médico questionando se a medicação que ele vinha usando poderia trazer efeitos em seu desempenho sexual, pois tinha tomado conhecimento de que os remédios utilizados no controle da hipertensão arterial afetariam a potencia sexual. Refere que não teve nenhum problema até aquele instante, mas que ficou preocupado e parou de usar a medicação quando soube dessa possibilidade.

Usuário: Eu tava vendo aí que alguns remédios de pressão afeta a parte sexual. Esses que eu tô tomando não têm nada a ver com isso não, né?!

Médico: Você está com algum problema com isso?

Usuário: Não, mas eu estou cabrero. Não tem nada a ver não? Por isso que eu parei de tomar os remédios alguns dias aí.

O médico informa ao usuário que não são os remédios anti-hipertensivos os responsáveis pelos problemas sexuais, mas que tais problemas são causados pelo processo de desenvolvimento da própria hipertensão arterial. Explica ao paciente o mecanismo de

funcionamento da ereção e estimula-o a manter o uso constante de sua medicação sem maiores preocupações.

Médico: É ao contrário, se você tiver pressão alta tem mais tendência a ter impotência do que uma pessoa que não tem pressão alta.

Usuário: A pressão alta?

Médico: É. Porque a pessoa que tem pressão alta e leva este estilo de vida que você leva, com o tempo vai depositando gorduras nas artérias, e aí a irrigação ali do pênis... Porque o pênis, o que que é? É um órgão que recebe sangue e fica ereto. Por quê? Porque recebe sangue. Então, a partir do momento que está entrando menos sangue... (o usuário faz um gesto de pênis flácido). Exatamente.

Usuário: Certo.

Médico: Por isso que, por exemplo, o diabético tem muita impotência.

Usuário: Então os remédios...

Médico: Não tem nada a ver!

Usuário: Tem que tomar mesmo. Eu até parei de tomar uns tempos mesmo, porque eu fiquei meio cabrero.

Médico: Não fica cabrero, não tem nada a ver. O que você não pode é ficar sem o remédio.

Usuário: Certo.

Excluindo essas duas situações referidas acima, a questão da sexualidade praticamente não foi mencionada em nenhuma outra consulta. Da parte dos profissionais, os diálogos que poderiam suscitar questionamentos acerca do tema eram ora mantidos de forma superficial e mecânica, ora não eram sequer investigados. Mesmo quando os usuários referiam alguma questão acerca de sua saúde que poderia remeter para a vivência da sexualidade, o profissional não procurava aprofundar o assunto, como também foi constatado na pesquisa de observação das equipes de saúde da família, conduzida por SCHRAIBER (2005) no Recife. De outro lado, tampouco os usuários se mostraram interessados em investir em uma discussão sobre sexualidade, preferindo responder rapidamente às perguntas formuladas pelos profissionais.

Em algumas ocasiões a vivência da sexualidade poderia ter sido mais bem explorada tanto por profissionais quanto pelos usuários. No atendimento de enfermagem à travesti com sintomas de corrimento anal, por exemplo, a sexualidade não foi abordada em nenhum

momento. As perguntas feitas pela auxiliar foram direcionadas para os aspectos físicos do sintoma e para o modo de tratamento até então realizado pela paciente. Da parte da travesti, seus sintomas eram descritos ora como algo que lhe causava grande incômodo e mal-estar (físico e emocional), ora como algo que lhe impedia de trabalhar normalmente (era profissional do sexo). Nenhum dos dois participantes da consulta parecia interessado (ou, preparado) para investir no assunto.

Um outro exemplo se deu no atendimento médico a um usuário que fazia uso de medicação antidepressiva (Anafranil) como terapêutica para ejaculação precoce. Ao relato do paciente sobre o uso do remédio, não houve, da parte do médico, nenhum questionamento sobre os seus sintomas. Em outros atendimentos, quando foram formuladas perguntas sobre as práticas sexuais da clientela masculina, elas eram feitas sempre de forma automática, versando, fundamentalmente, sobre o número de parceiros sexuais e sobre o uso ou não de preservativo nas relações.

d) Necessidades de Saúde Relacionadas à Reprodução e à Paternidade

Se a sexualidade foi abordada de forma bem superficial nas consultas observadas, a saúde reprodutiva não foi nem ao menos mencionada nas consultas com homens. O único momento em que se tratou do assunto foi na consulta da enfermeira para uma mulher. Da parte dos homens, todos os relatos existentes acerca de tais questões foram conseguidos na conversa entre o pesquisador e o usuário, conversa que acontecia nas ocasiões em que a consulta era provisoriamente interrompida pelo profissional. Tais relatos ocorreram no atendimento de pré-natal feito pela auxiliar de enfermagem, no qual havia a participação do parceiro, e em um atendimento médico a um usuário cuja parceira estava grávida. Nas duas

oportunidades o assunto central foi, principalmente, o significado da paternidade para cada um deles.

Consulta 1

Pesquisador: É o primeiro filho?

Parceiro: O primeiro.

Pesquisador: Está feliz?

Parceiro: Oh, demais. Um nenezinho assim eu acho superinteressante, entendeu? Aí eu sempre pensava: '*Tenho que ter um, tenho que ter um*'. Surgiu essa oportunidade. Deus quis, passa a bola pra frente, que dê tudo certo, né?

Pesquisador: E aí você agora está acompanhando ela. Vai acompanhar tudo direitinho?

Parceiro: É. Acompanhar é legal. A gente fica por dentro, entendeu? Como é que tá....

Consulta 2

Pesquisador: Tem filho?

Usuário: Ela vai ter um agora.

Pesquisador: Quando ela vai ganhar?

Usuário: Acho que em março, mais ou menos. Ela está com cinco meses. Eu só não sei o que é...

Pesquisador: Você está ansioso?

Usuário: Ansioso demais!

Pesquisador: Com a novidade?

Usuário: Mas é sempre bom ser pai. Um dia tem que ser, né? É pra saber o que meu pai fez por mim. Porque que ele não deixava faltar as coisas dentro de casa. Então é uma experiência na vida. E nessa aí a gente tem que passar. Vamos logo começar de cedo.

Pode-se constatar, portanto, que embora questões de paternidade e outras relativas à saúde reprodutiva sejam consideradas muito importantes quanto se trata da atenção à saúde da mulher, elas parecem se ater, para o imaginário profissional, ainda como questões em que as mulheres é que deveriam se envolver e, pois, responder. Isto representa a reprodução da mais pura visão tradicional das relações de gênero em que todas as problemáticas de planejamento familiar e até mesmo as da responsabilidade paterna passam a ser atribuições da mulher, devendo esta interar-se dessas questões e 'convencer' seu parceiro não só acerca do que ela deseja, mas sobretudo, do que os profissionais acham correto. A mulher se vê investida assim da representante da ordem médica junto à família.

**e) Necessidades de Saúde Relacionadas à Subjetividade,
às Emoções e à Saúde Mental**

A expressão das dimensões emocionais dos usuários atendidos no Centro de Saúde da Barra Funda foi considerada de forma pouco ampliada nos atendimentos observados. Na maioria das consultas a temática da saúde mental não foi explorada, com os profissionais procurando lidar com as necessidades e demandas dos homens o mais objetivamente possível.

Nos atendimentos clínicos de seguimento e demanda espontânea, esta é uma necessidade pouco percebida ou, quando mencionada, os profissionais passam pela questão rápida e superficialmente. Já nas ações da saúde mental a questão mereceu um destaque maior, com mais investimento da parte do médico.

As questões da esfera da subjetividade e das emoções foram salientadas pelos usuários em dois atendimentos clínicos específicos. No entanto, em nenhuma deles o profissional reconheceu tais assuntos como algo de maior importância para a assistência prestada. Em uma das consultas, a referência a sentimentos de tristeza, solidão e depressão serviu apenas para que a médica buscasse algumas informações sobre como tais sentimentos estariam interferindo na vida cotidiana do usuário (trabalho, lazer, sono). E imediatamente ela passou para o exame físico do paciente, sem voltar a tocar no assunto novamente até o fim da consulta.

No outro atendimento, o usuário interroga a enfermeira acerca da possibilidade de seus sintomas digestivos estarem sendo desencadeados por “um pouco de nervoso”. A resposta dada pela profissional que o atende é curta e rápida: “Com certeza. O nervoso faz isso mesmo. Ataca o estômago facinho”. E logo continua sua consulta, valorizando os seus hábitos alimentares, sem aprofundar no tema do nervosismo. Em outro momento da consulta, quando a enfermeira questiona sobre o sono, o usuário refere ter dificuldades, afirmando que, algumas vezes, acorda no meio da noite e não consegue mais dormir. Ao perguntar se não seria

necessário o uso de algum calmante para dormir melhor, a enfermeira não questiona quaisquer possibilidades para sua dificuldade de dormir e pede que ele observe o seu sono para obter uma definição mais clara posteriormente.

Se nas consultas clínicas as subjetividades não são reconhecidas, no atendimento de saúde mental a medicalização constitui a proposta mais efetiva no lidar com as questões de ansiedade e depressão. Na consulta psiquiátrica, mencionada anteriormente a propósito dos procedimentos adotados no atendimento, a médica reafirma a todo instante a necessidade da medicação para atenuar as necessidades sentidas pelo usuário.

Médica: Tem solução. Têm outros remédios que dá para usar. Pelo que eu estou vendo aqui, foi só a Amipritlina que o senhor estava tomando.

Por sua vez, o usuário a todo instante demonstra um grande sofrimento psíquico, exteriorizado, principalmente, em suas queixas sexuais e na crise de choro que apresenta durante a consulta. Para todas as manifestações e demandas do paciente, a médica apresenta como solução um novo remédio, que ainda não tivesse sido usado por ele. Nessa consulta, o usuário faz uma série de questionamentos sobre o seu problema de saúde e refere uma grande dificuldade para compreender como tal situação aconteceu em sua vida. Para tanto, reafirma seus sintomas, solicita exames, pois quer entender o que se passa com ele. A médica apenas tenta explicar que as doenças acontecem e que, no caso dele, não existem exames para detectar as causas, justificando os problemas psíquicos por alterações ocorridas no cérebro. O reforço na medicalização se mantém durante todo o processo de consulta, mesmo quando o paciente afirma que o uso do medicamento não tem proporcionado melhora em seu quadro. A médica parece não escutar o que o paciente fala, pois retoma imediatamente a possibilidade de melhora com a medicação. Em toda a consulta não se discutiu nenhuma alternativa para lidar com o sofrimento do usuário.

Alternativas para lidar com questões que remetem para o cuidado de saúde mental só foram oferecidas no atendimento do serviço social à usuária travesti. Nesse caso, a profissional sugere a possibilidade de acompanhamento de psicoterapia, como recurso para a usuária vivenciar melhor as suas emoções e, com isso, enfrentar as situações de discriminação que afirma sofrer. O assunto surge quando Bruna, a travesti, fala de algumas dessas discriminações.

De reconhecida importância no terreno dos cuidados em saúde mental, o alcoolismo foi uma outra questão bastante citada nas consultas observadas. Vários usuários relataram o uso de álcool em algum momento da vida. Uns referiam seu uso de forma rotineira e intensa, outros afirmavam o uso de forma eventual e, havia, ainda, aqueles que não estavam mais fazendo uso, embora dissessem já ter feito uso de forma exagerada. Na maioria das vezes, o relato era feito independentemente do profissional solicitar alguma informação a respeito, como demonstra o excerto abaixo, com a fala de um usuário portador de diabetes e que havia se tratado de tuberculose em hospital de Campos do Jordão.

Usuário: Não quero morrer disso não, dizem que morre cedo. Essa doença..., bebida alcoólica também..., muito álcool.

Médica: O senhor está bebendo muito?

Usuário: Também naquele hospital ali, é álcool todo dia.

Médica: O senhor não pode beber não! Vai piorar mais ainda a diabete do senhor.

Usuário: Estou tentando parar com isso. Vou parar com isso aí de uma vez.

Médica: O senhor está bebendo todo dia?

Usuário: Consumi uns dois álcool um desses dias aí.

Médica: O senhor bebe quanto por dia?

Usuário: Sábado, domingo. Um litro, dois litros.

Médica: Mentira! É muita coisa, né?

Usuário: Nesse hospital aí é muito álcool.

Contudo, os profissionais valorizavam, principalmente, o aspecto moral do uso do álcool ou, então, chamavam a atenção dos usuários para os efeitos potencializadores que o seu uso provoca no processo de desenvolvimento das patologias que os levam a procurar o serviço. Nesse sentido, reforçam muito mais, por exemplo, os riscos para os cuidados com a

diabetes e os perigos da associação do álcool com determinados medicamentos, ou discutem os significados econômicos do uso de bebidas alcoólicas na vida do usuário. Uma proposta de intervenção específica parece não fazer parte do processo de cuidados de saúde. Em vez disso, a atenção é direcionada mais para os aspectos que relacionam o álcool com os problemas restritos ao corpo em sua dimensão mais física.

f) Necessidades de Saúde Relacionadas à Vida Familiar e Doméstica

Este também é um tema raramente abordado nas consultas. De uma maneira geral, nem os profissionais perguntam sobre a vida em família e o ambiente doméstico, nem os usuários trazem questionamentos acerca do modo de vida em seus espaços privados e pouco consideram acerca da possibilidade de tais aspectos influenciarem na saúde. Devemos recordar que, em um dos serviços pesquisados, muitos usuários são pessoas que vivem em situação de rua, não contando com nenhum núcleo familiar, nem mesmo dispondo de um espaço que possa ser considerado como sendo a sua casa.

No entanto, em certas situações percebemos a importância do ambiente doméstico e da vivência familiar para a satisfação das necessidades de saúde dos homens. Em algumas consultas observadas, por exemplo, chamou a atenção a maneira como a participação de familiares do sexo feminino era enfatizada como fator efetivo no cuidado com a saúde dos homens da família. Ora o profissional, ora o paciente reforçavam certa responsabilidade de filhas, esposas e mães para a condução, ou não, do cuidado da saúde usuário. Numa consulta de enfermagem a um senhor diabético com dificuldade para fazer a aplicação diária da insulina, os profissionais o questionaram se, por acaso, sua filha ou outro parente não poderia aprender a aplicá-la. Ele afirmou que ninguém tinha tempo, pois todos trabalhavam. Em uma

outra situação, o usuário justificava sua dificuldade em procurar cuidados médicos devido à falta de alguém (no caso, de uma mulher) para auxiliá-lo.

Usuário: O negócio é o seguinte. Eu moro sozinho, e Deus, né? Nunca casei. Mulher é bom, mas ela pra lá e eu pra cá. Nem todas, mas algumas...

Médica: Entendi...

Usuário: Aí a semana passada... Foi na terça-feira, eu passei mal. Aí eu fiquei três dias dentro de casa, sem poder sair pra..., só pra ir no banheiro. Eu tinha que ir se arrastando pra ir no banheiro. Três dias sem comer nada.

Médica: O que o senhor teve?

Usuário: Oh! Muita fraqueza, dor nas pernas. Olha que eu não agüentava nem levantar. Falta de ar, tontura, essas coisas aí. Eu não fui no médico. Não fui também porque eu não tinha condições de ir sozinho. Se tivesse uma pessoa pra me levar, aí tudo bem.

O papel das mulheres nos cuidados dos usuários foi referido em diversas ocasiões. Há relatos em que a mulher foi a responsável pela marcação da consulta do usuário. Em uma outra ocasião, o usuário refere as atribuições de sua esposa no manuseio da alimentação da casa, ficando, pois, incumbida das mudanças em sua dieta e em seus hábitos alimentares. Uma situação especial foi percebida quando o usuário conta a importância de sua mãe no controle de sua hipertensão, valorização reforçada pelo médico, em virtude de ela ser uma profissional da área de saúde.

M: E a pressão, como é que tá ficando?

R: Eu não andei medindo, porque eu tô trampando muito, não tá dando tempo. Eu chego em casa às 7 e já saio às 8 para trabalhar à noite. E aí eu chego, minha mãe já está dormindo e eu não vou acordar ela pra... Não tá dando muito tempo.

M: Mas no geral, quanto estava medindo, como estava ficando?

R: Ela falou que estava boa. Eu não perguntei quanto que era. Ela falou ‘tá um pouquinho alta ainda, hein’. No meu caso mesmo, se minha mãe não puxasse meu saco para eu vir aqui, eu nem...

M: Eu sei que você não ia vir.

R: É que a minha mãe enche meu saco mesmo.

M: Ainda bem que você tem ela. Dá graças a Deus, porque, se sua mãe não fosse auxiliar de enfermagem, tava ferrado, você ia descobrir depois que você estava...

(...)

M: E continua controlando a pressão. Só que me traz anotado, tá?! Vê se a sua mãe pode trazer isso anotado num papelzinho. E eu vou te dar um remédio que se chama Enalapril. Você está tomando Hidroclorotiazida?

R: Tipo assim, eu tomo o que eu tomo mesmo e falo para minha mãe medir, caso continuar alto eu tomo o outro?

M: Vamos combinar assim... Eu vou deixar esse remédio aqui para você. Como você está usando irregular, vamos começar a usar regular, pelo menos

uma semana. Você toma todo dia. E esse aqui você não toma por enquanto. Aí vai medindo com tua mãe. Se a pressão se comportar normal só com esse, mantém só ele. Se ela não se comportar normal, você pega esse segundo e começa a tomar.

No entanto, também se observou uma situação em que o usuário manifestou grande interesse e preocupação com a saúde da esposa, assumindo uma postura atenciosa e cuidadora de sua companheira. Ela havia sido atendida anteriormente pela enfermeira e, durante o seu atendimento, o usuário procurou se inteirar como se deu a consulta da mulher, se ela tinha lhe relatado os seus problemas e demonstrou preocupação com a sua alimentação, sua medicação e com o seu trabalho. Em vários momentos, mudava a discussão sobre os cuidados com a sua própria saúde para falar da companheira, contando como faz para cuidar dela.

Usuário: Deixa eu só te perguntar uma coisa. A Regina falou sobre o problema dela... Que ela está com uma gastrite. A gastrite dela está avançando.

Enfermeira: Eu falei tudo isso com ela.

Usuário: Eu falei... Que era para pedir pra você ver se não seria possível a gente fazer um exame de endoscopia nela. Se caso fosse possível.

Enfermeira: Não, vamos fazer tudo. Então, assim, eu falei pra Regina, ela vai ter que marcar agora pra janeiro o retorno dela. Aí ela vindo... A gente já vai passar todos os casos pro médico, a gente já vai fazer toda aquela rotina de exame do mês. E aí ela segue fazendo o tratamento dela. Tomando medicamento como tem que tomar.

Usuário: Outra coisa. Teimosa pra tomar suco de laranja. Ana, o suco de laranja, nesse caso, pra ela é prejudicial, por causa do ácido, não é?

Enfermeira: Não, ela deve tomar. Mas não só ele. Tem que tomar outros sucos também.

Usuário: Ela toma puro. Sem açúcar, sem nada. Eu quero morrer. Porque eu não resistiria, eu não agüento. Eu já tive problema...

E existe uma dificuldade dos profissionais abordarem as relações familiares quando se trata de usuários do sexo masculino. Essa dificuldade torna-se mais emblemática quando o usuário atendido é um indivíduo pertencente a grupos excluídos socialmente. Nesse caso, as vivências e conflitos familiares/conjugais não são questionados e, quando referidos pelos usuários, não são valorizados. Em um atendimento de enfermagem, por exemplo, uma travesti sugere ter vivido situações de violência praticada pelo parceiro. A postura da auxiliar foi de

total desconsideração ao relato da usuária. Na consulta, a travesti toca no assunto por diversas vezes e a auxiliar age como se o assunto não lhe dissesse respeito, nem merecesse algum tipo de acolhimento do serviço. Deve-se destacar que o serviço em questão é uma referência para o atendimento de mulheres que vivenciam situações de violência conjugal, tendo sido, inclusive, objeto de observação nesta pesquisa o atendimento e acolhimento oferecido a uma de suas usuárias.

Enfermagem: Bruna, aonde que você está agora?

Usuária: Então, eu estava morando com esse marido que eu tive, entendeu? Estava morando na rua. Só que ele é uma pessoa... uma pessoa boa, entendeu? Mas quando ele bebe, ele se transforma. Fica horrível. Não dá nem para... Nem mesmo se você não fazer nada com ele. Ele já é doente, ciúme doentio, sabe? Não sei, porque ele nunca teve um travesti junto com ele, entendeu? E parece que isso deixa ele meio perturbado, quando ele bebe. Mas no fundo, ele tem recuperação, tá? Ele precisa de... ou ir para um psiquiatra, psicólogo, sei lá, entendeu?

Enfermagem: Tá, e onde você está agora?

As Questões de Gênero e suas Articulações com os Problemas mais Recorrentes

É possível reconhecer em várias consultas concepções de cuidado da saúde que podem ser caracterizadas em uma perspectiva de gênero. Em alguns atendimentos foram feitas referências diretas de percepções nesse sentido. São relatos que revelam como profissionais e usuários representam o que é ser homem ou ser mulher, reproduzindo tais representações no processo de lidar e operar os cuidados em saúde.

Percebemos que os profissionais se sentem despreparados e com dificuldades para lidar com questões diversas como, por exemplo, a sexualidade. A situação torna-se ainda mais complicada quando estão em questão sexualidades marginalizadas, como a dos travestis. Muitos profissionais não sabem como agir ou abordar os indivíduos que têm uma identidade de gênero diferente daquela reconhecida por sua constituição biológica. No atendimento à

travesti, por exemplo, a auxiliar de enfermagem, em vários momentos, referiu-se a ela pelo nome de registro (sua identidade masculina), tratando-a por “ele”. Tal situação pôde ser percebida desde o início do processo de atendimento a Bruna (a travesti). Ao chamá-la para o atendimento, a auxiliar leu na porta da central de enfermagem o nome que constava em sua ficha, sem se dar conta de quem efetivamente iria atender. Portanto, chamava Bruna pelo nome que constava em sua identidade (Leonardo). Bruna demorou a atender o chamado, parecendo não se reconhecer no nome que ouvia. Após a auxiliar insistir, Bruna finalmente se deu conta do chamado e respondeu, aparecendo à porta da sala. Mas a situação causou certo alvoroço entre os outros usuários que esperavam por seu atendimento no pátio, provocando risos e comentários sobre Bruna. Já no consultório os comentários feitos pela auxiliar seguiam no sentido de continuar ignorando sua identidade feminina, e ela continuou tratando a travesti como ele.

Enfermagem: Você não lembra o nome dos seus documentos?

Usuária: Não lembro mesmo... (O número...).

Enfermagem: Se você lembrasse, ia facilitar muito.

Usuária: Eu sei disso...

Enfermagem: É por isso que aqui tem que ter uma ficha escrita.

Usuária: Pior que a minha mãe também não tem nem guardado.

Enfermagem: Que a dele não dá pra colocar [profissional fala com pesquisador, referindo-se à usuária]. Se tivesse a ficha escrita aqui...

Usuária: Vem cá, ó, deixa eu perguntar...

Enfermagem: ...com CPF, RG, nome da mãe, tudo, ia facilitar muito pra ele. Por que... Não lembra. Se tivesse aqui ia ajudar bastante.

Da parte dos usuários, as referências às questões de gênero também foram emblemáticas, inclusive, quando o assunto tratado era a sexualidade. O reconhecimento de um problema na vivência da sexualidade parece trazer questionamentos e conflitos que remetem para a possibilidade de se colocar em dúvida a identidade de gênero. Na consulta de saúde mental referida anteriormente, por exemplo, o usuário reclamava que o uso da medicação antidepressiva havia provocado diminuição do desejo sexual. Dizia que já tinha solicitado a

mudança da medicação para um outro médico, pois não queria continuar dessa maneira. Para ele era preferível ficar sem a medicação a se ver transformado em uma mulher.

Estas situações relacionadas à sexualidade, assim como todas as outras que, ao longo deste capítulo, estiveram associadas aos cuidados da saúde na perspectiva de gênero – os ambientes onde se realizam as consultas; a comunicação entre profissionais e usuários; os procedimentos adotados nos atendimentos; a consideração dos problemas e as necessidades referidas nas consultas (quanto ao cuidado com o corpo, ao uso e acesso dos serviços; ao trabalho e à vida em comunidade; à subjetividade e às emoções) – revelam claramente um cenário que demanda a qualificação dos profissionais, no sentido de que eles possam responder às necessidades dos usuários, acolhendo-os satisfatoriamente, inclusive, na consideração do que os caracteriza enquanto homens ou mulheres.

Outras questões também invisíveis quando o usuário é homem são as relacionadas às emoções e subjetividade, assim como as de saúde reprodutiva. Pode-se constatar com isso, que também para os profissionais de saúde, emoções ou aspectos de sofrimento mental não caberia para homens, reiterando a fórmula “nervoso é assunto de mulher”, ou ainda reprodução seria “assunto de mulher”. Negando, desse modo, a abordagem direta do aspecto relacional das situações afetivo-sexuais entre homens e mulheres ou quaisquer parceiros íntimos, mas necessitando que os relacionamentos sejam trabalhados para cumprir os projetos terapêuticos e sobretudo preventivos, os profissionais esperam que na abordagem de apenas um dos parceiros, quase sempre a mulher, a relação possa ser trabalhada, repassando a esta sua tarefa. Nisso reproduzem, mesmo sem conscientemente perceberem, as relações tradicionais de gênero e suas hierarquias internas. De outro lado, por deixarem escapar momentos preciosos de trabalharem a equidade de gênero, também perdem as oportunidades de aprimorarem a prevenção e a promoção em saúde, ao sistematicamente afastarem os homens de uma atribuição de cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho tratamos das relações entre o exercício da masculinidade e as práticas de cuidados de saúde. Partíamos da tese de que a naturalização das construções sociais das masculinidades cria dificuldades para a percepção da presença dos homens nos serviços de saúde, como também não permite que se reconheçam satisfatoriamente suas específicas e determinadas necessidades.

Procuramos discutir como os sentidos atribuídos por profissionais e usuários à idéia de ser homem ou ser mulher definem as práticas de cuidado em saúde. Analisamos como os homens usam os serviços de atenção primária e como nos serviços suas demandas e necessidades emergem e podem, ou não, ser acolhidas. O estudo foi realizado em dois centros de saúde-escola que têm entre suas prioridades a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras em atenção primária.

Há uma diversidade de significados nos modelos de masculinidade concebidos por profissionais e homens usuários. Percebemos que os padrões pautados no determinismo biológico ainda provocam repercussões que influenciam no modo como os comportamentos dos seres humanos são considerados. A estrutura corporal é o motor utilizado para movimentar tais vertentes essencialistas. Desse modo, os homens são valorizados por sua virilidade e força física, que os potencializa “naturalmente” enquanto sujeitos com habilidades e capacidades diferenciadas.

Por outro lado, devem ser destacados os incômodos provocados pelos processos de transformações que vêm ocorrendo mais recentemente nas relações sociais de gênero. Notamos que tais incômodos são considerados para afirmar uma perda de espaço dos homens

que os expõe a dilemas, conflitos e inseguranças, apontando caminhos que conduzem a uma crise que confronta o modelo hegemônico de masculinidade.

Diante da diversidade de padrões de masculinidade assinalados pelos sujeitos pesquisados, as práticas de cuidados de saúde vivenciadas pelos homens são bastante problemáticas. Para profissionais e usuários, a pressão social para o cumprimento de determinados papéis por parte dos homens em geral, relacionada às posturas e atitudes que cada qual assume individualmente, contrapõe-se a qualquer possibilidade de se perceberem com algum tipo de necessidade de saúde. Ou seja, para demonstrar poder e dominação, os homens negam necessidades e vulnerabilidades.

Alguns entrevistados consideram machistas os homens que negam a possibilidade de ficar doente e não admitem o uso de serviços de saúde. Ao se referirem ao machismo, tratavam-no como algo desvalorizado socialmente e que, portanto, não devem e nem querem adotar. Contudo, outros pesquisados ressaltam que a expressão das necessidades põe em xeque a autonomia e a independência dos homens. Ao expor fragilidades e vulnerabilidades, os homens correm riscos de se tornar dependentes e fracos, características associadas ao feminino.

Diante dessa situação contraditória, quando se trata de pensar o adoecimento, os homens parecem não encontrar um lugar com o qual possam se identificar. Não podem se apresentar frágeis, nem podem adotar posturas viris que remontam ao machismo. Vêm-se diante de um dilema, que pode assumir tantas e tão diversas proporções quanto são as possibilidades de existência de modelos de masculinidade confrontados com as necessidades de saúde do homem. No limite, o momento confirma uma crise da masculinidade hegemônica.

Não obstante, os homens estão presentes nos serviços de atenção primária. Mas existem barreiras que dificultam a percepção de suas demandas e necessidades no uso e acesso aos serviços. Com isso suas necessidades não são acolhidas, não são incorporadas nas práticas de saúde efetivadas. Há dificuldades relacionadas aos padrões de masculinidade construídos pelos homens, que não se identificam com o modo de operação dos serviços. Por outro lado, os modelos de organização dos serviços contribuem para a invisibilidade e não reconhecimento das necessidades de saúde dos homens. Desse modo, os homens, na qualidade de consumidores de serviços de saúde, e os profissionais, enquanto operadores do modelo de serviço oferecido, estabelecem vínculos que se tornam problemáticos.

As dificuldades são percebidas em diferentes aspectos. Primeiramente, a interação entre profissionais e homens-usuários está centrada em uma relação comunicacional regida pela normatividade biomédica. Observamos que a comunicação se dá apenas por meio de procedimentos técnicos e perguntas que auxiliem na triagem de riscos e na detecção de sintomas e sinais que levaram o homem até o serviço. Tal modelo de comunicação não facilita a possibilidade de emergência de determinadas necessidades que remetem para as questões práticas da vida, entre as quais aquelas relacionadas às questões de gênero.

Profissionais e usuários compreendem as práticas de saúde focalizadas no modelo da medicalização e da doença. A solicitação de exames e a prescrição de tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos são argumentações recorrentes no lidar com situações que, na verdade, remetem para o mundo da subjetividade. Portanto, não são acolhidos adequadamente os sofrimentos que estão colocados no mundo da vida.

Quanto às necessidades, nas consultas observadas percebemos referências a diversas questões que podem ser categorizadas como necessidades relacionadas ao cuidado do corpo; ao trabalho; à sexualidade e reprodução; à subjetividade, às emoções, à vida doméstica. No entanto, percebem-se invisibilidades nas possíveis respostas a determinados carecimentos,

especialmente, em relação àqueles que expressam maiores conflitos, como as situações afetivo-sexuais. Ao não considerar tais situações, são reproduzidas as relações tradicionais de gênero, deixando-se escapar oportunidades para se trabalhar a equidade de gênero.

Como lidar com tais situações de invisibilidade? Como trabalhar as desigualdades e dificuldades dos homens nos serviços de atenção primária?

Considerando o olhar e o conceito de gênero na definição das necessidades de saúde dos homens, pode ser viável a criação de recursos tecnológicos reabilitadores dos direitos sociais nas ações de produção dos cuidados integrais voltados à promoção e prevenção da saúde masculina. Esses cuidados podem ser especialmente observados nos serviços de atenção primária. Tais serviços podem ser compreendidos como recurso tecnológico para corrigir desigualdades de gênero, o que equivale a afirmar a possibilidade de realização de inovação tecnológica (de gênero e de direitos) na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.C.L. Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, nº. 3, p. 797-805, 2002.
- AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; AMOEDO, M.B. Gênero e Saúde no Brasil: Considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, nº. 3, p.195-202, 1992.
- ARILHA, M.; RIDENTI, S.G.; MEDRADO, B. (org.) **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998.
- ARILHA, M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.G.; MEDRADO, B. **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998. p. 51-77.
- AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, J.R.C.M Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49-83.
- BARATA, R.C.B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 276 p. tab, graf. (Saúde Movimento, 4).
- BARBIERI, T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. In: AZERÊDO, S.; STOLCKE, V. (coords.) **Direitos Reprodutivos**. São Paulo: FCC/DPE, 1991.
- BEATTIE, P.M. Beyond machismos: recent examinations of masculinities in Latin America. **Men and Masculinities**, New York, v. 4, nº. 3, p. 303-308, jan. 2002.
- BIRD, C.E.; RIEKER, P.P. Gender Matters: An Integrate Model for Understanding Men's and Women's Health. **Social Science & Medicine**, vol. 48, issue 6, p. 745-755, 1999.
- BOURDIER, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2003.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2ª edição. Tradução de Regina A. Machado; organização de texto de Maria Andréa Loyola Leblond e Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 191.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
- BROOKS, G.R. Masculinity and Men's Mental Health. **Journal of American College Health**. vol. 49, nº 6, p. 285-97, 2001.

BUTLER, J. Variações sobre sexo e gênero. Beauvoir, Wittig e Foucault. In: BENHABIB, S.; CORNELL, D. **Feminismo como crítica da modernidade**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1987, p. 139-154.

CAMPOS, C.M.S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. [tese doutorado] - Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

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

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

CARNEIRO JR., N.; ANDRADE, M.C.; LUPPI, C.G.; SILVEIRA, C. Organização de práticas equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, nº. 3, p.30-39, 2006.

CARVALHO, M.S.; D'ORSI, E.; PRATES, E.C.; TOSCHI, W.D.M.; SHIRAIWA, T.; CAMPOS, T.P.; ELL, E.; GARCIA, N.L.; JUNQUEIRA, A.P.; SERRÃO, S.A.; TAVARES, E.L.A. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, nº.1, p. 17-29, Jan-Mar, 1994.

CECILIO, L.C.O.; LIMA, M.H.J. Necessidades de saúde das pessoas com eixo para a integração de equipes e a humanização do atendimento na rede básica. In: PIMENTA, A.L. **Saúde e Humanização: a experiência de Chapeco**. São Paulo: HUCITEC, 2000, (saúde em Debate, 135), p. 159-182.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2001, p.113-126.

CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA BARRA FUNDA- “DR. ALEXANDRE VRANJAC”. **Projeto Específico**. São Paulo, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2004.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA PROF. SAMUEL B. PESSOA. **Projeto de Trabalho**. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 2007.

CITELLI, M.T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 9, nº 1, p.131-145, 2001.

CONNELL, R.W. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1995.

CONNELL, R.W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, nº. 2, p. 185-206, 1995.

CONNELL, R. La Organización Social de la Masculinidad. **Isis Internacional -Ediciones de las mujeres**, nº 24, p. 31-48, 1997.

CONNELL, R.W. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y equidad de género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile, 1998. p. 76-89.

CONNELL, R.W. **The men and the boys**. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 2000.

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

COURTENAY, W.H. Engendering health: a social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. **Psychology of Men and Masculinity**, vol. 1, nº 1, p. 4-15, 2000.

COUTO, M. T. **Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução**. [Tese de doutorado em Sociologia, UFPE, Recife, 2001.]

COUTO, M.T.; SCHRAIBER, L.B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr., C.E.A. (Orgs.). **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

COUTO, M.T.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; KISS, L.B. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 0, p. 1323-1332, 2006.

DAMATTA, R. Tem pente aí?: reflexões sobre a identidade masculina. In: CALDAS, D. **Homens**. São Paulo: Editora SENAC, 1997. p. 31-49.

DE KEIJZER, B. de Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In: CACERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENS, S. (coord.) **La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina**. Lima: Facultad de Salud Publica y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida. 2003. pp. 137-152.

DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ª ed. Tradução: Sandra Regina Netz, Porto Alegre, Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 4, n. 3, p. 105-121, 1999.

- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. & SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K. & COSTA, S.H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SENNA, D.M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, HUCITEC, 2000, 2ª ed.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade** (o médico e seu mercado de trabalho). São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A. de Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos - SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, nº 3, jul. 1999, p. 41-47.
- FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
- FERRI, S.M.N.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; CACCIA-BAVA, M.C.G.; ALMEIDA, MC.P. As tecnologias leves com geradoras de satisfação em usuários de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, nº. 23, p. 515-529, dez. 2007.
- FIGUEIREDO, W.S. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 1, p.105-109, jan.-mar.,2005.
- FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B.; BRAZ, T.O.B. **Tecnologías de atención a la salud de los varones: una experiencia en la atención primaria**. Trabalho apresentado no II Colóquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades. Guadalajara, México, 21-23 junio del 2006.
- FIGUEROA-PEREA, J.G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 14, supl. 1, p. 87-96, 1998.
- FULLER, N. La constitución social de la identidad de género entre varones urbanos del Perú. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y equidad de género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile, 1998. p. 56-68.
- FULLER, N. Reflexiones sobre el machismo en América Latina. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y equidad de género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile, 1998. p. 258-266.
- GAIOSO, V.P.; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, nº. 4, p. 617-625, out.- dez., 2007.

GARCIA, S.M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.G.; MEDRADO, B. **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Editora 34, 1998. p. 31-50.

GIFFIN, K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. **Saúde em Debate**, n. 46, p. 29-33, 1995.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 1, p. 47-57, jan.-mar., 2005.

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

GOMÁRIZ, E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. **Isis Internacional –Ediciones de las mujeres**, nº 17, 1992, p. 83-110.

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

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, nº. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GRIFFITHS, S. Inequalities in Men's Health. In: DAVIDSON, N.; LLOYD, T. (Eds.) **Promoting Men's Health: A Guide for Practitioners**. Baillière Tindall & Royal College of Nursing. 2001. p. 35-43.

GUTMANN, M.C. El machismo. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y equidad de género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile, 1998. p. 238-257.

JEWELL, D. Primary Care. In: DAVIDSON, N.; LLOYD, T. (Eds.) **Promoting Men's Health: A Guide for Practitioners**. Baillière Tindall & Royal College of Nursing. 2001. p. 151-163.

KIMMEL, M. La Producción Teórica sobre la Masculinidad: Nuevos Aportes. **Isis Internacional - Ediciones de las mujeres**, nº 17, 1992, p. 129-38.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, nº 2, p. 67-79, 2001.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, nº 1, p.35-46, 2005.

LEAL, O.F.; BOFF, A.M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (orgs.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará-ABIA-IMS/UERJ, 1996, pp. 119-135.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B.; NAUDERER, T.M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, nº. 1, p. 12-17, mar. 2007.

LIMA, A.M.M.; SCHRAIBER, L.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; NEMES, M.I.B. **Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária**. Dep. Med. Preventiva, FMUSP, 2000 (mimeo).

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? **Social Science and Medicine**, v. 42, nº 4, p. 617-624, 1996.

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUNT, K. Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science and Medicine**, v.48, p. 89-98, 1999.

MATHIAS, T.A.F.; SOBOLL, M.L.M.S. Morbidade hospitalar em município da região sul do Brasil em 1992. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, nº 2, p. 224-32, 1996.

MATSUMOTO, N.F. **A avaliação do impacto do PAS ao nível de um centro de saúde**. [dissertação de mestrado]. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1999.

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

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. [dissertação mestrado em Medicina Preventiva] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. Série Textos nº. 1. São Paulo: SMS-SP/ Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, 1992.

MENDES-GONÇALVES R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

MERHY E.E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Editora HUCITEC, 2002, 189 p.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 2006.

MINAYO, M.C.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005, 244 p. illus.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L.B. **Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930**. 2007 (mimeo).

NASCIMENTO, P.F.G. **“Ser homem ou nada”: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE**. [dissertação de mestrado]. Recife: Centro de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco, 1999.

NEMES, M.I.B. Ação Programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) **Programação em Saúde hoje**. São Paulo, HUCITEC, 1993.

NEMES, M.I.B. **Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde**. [tese de doutorado]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1995.

NICHOLSON, L. Interpretando gênero. **Revista Estudos Feministas**. Vol. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

NOLASCO, S. **O Mito da masculinidade**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Rocco, 1995.

NOVAES, R. L. Sobre a técnica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, nº. 1, p. 24-49, mar-jun, 1996.

NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, nº 17, p. 67-91, 1989.

OLAVARRÍA, J. Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 153-174.

OLIVEIRA, P.P. Discursos sobre a masculinidade. **Revista de Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, nº. 1, p. 91-113, 1998.

OLIVEIRA, P.P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG ; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004. 347 p.

OLINTO, M.T.A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 1, nº 2, p. 161-169, 1998.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: editora Best Seller. 1991. 295 p.

PARKER, R. Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile; 1998. p. 106-127.

PAULSON, S. Sexo e gênero através das culturas. In: ADELMAN, M. e SILVESTRIN, C. B. (org.) **Coletânea gênero plural**. Curitiba, Editora UFPR, 2002, p. 23-32.

PAIM, J.S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção da saúde. In: PAIM, J.S. (org.) **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador, Instituto Saúde Coletiva; 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional em Saúde: a interface entre trabalho e interação**. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, vol. 35, nº 1, 2001, 103-109.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO E OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, FIOCRUZ, 2006, p. 269-276.

PEREIRA, L.M.F.; GIORDANO JR., S. Saúde Mental. In: **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. Sao Paulo, 2000, HUCITEC.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social**. Estimativa do número de pessoas em situação de rua da cidade de São Paulo. São Paulo, FIPE, 2003. 42 p.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 4, p. 687-707, jan.-mar. 2002.

POTVIN, L. & FROHLICH, K.L. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. **Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé**, vol. 5, nº 2, p. 142-152, 1998.

RADAELLI, S.; TAKEDA, S.; GIMENO, L.; WAGNER, M.; KANTER, F.; MELLO, V.; BORGES, J.; DUCAN, B. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista de Saúde pública**, v. 24, nº. 3, p.232-240, 1990.

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

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Ripsa) **Indicadores e Dados Básicos** – IDB, Brasil, 2005.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Ripsa) **Indicadores e Dados Básicos** – IDB, Brasil, 2006.

SABO, D. & GORDON, D.F. (eds.) **Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body**. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1995.

SABO, D. Men's health studies: origins and trends. **Journal of American College Health**, v. 49, p.133-142, 2000.

SALEM, T. "Homem... já viu, né?": representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M.L. (org.) **Família e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV. p. 15-61.

SARTI, C.A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo, Cortez, 2005, 3ª ed.

SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA W.; MONTEIRO S. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro, ABRASCO, UNFPA, 2005. p.99-109.

SCHOFIELD, T.; CONNELL, R.W.; WALKER, L.; WOOD, J.F.; BUTLAND, D.L. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. **Journal of American College Health**, vol. 48 nº 6, p. 247-256, 2000.

SCHRAIBER L.B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo, Editora Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B. (org.) **Programação em Saúde hoje**. São Paulo, HUCITEC, 1993.

SCHRAIBER, L.B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, nº. 1, p. 57-64, 1995.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, nº. 1, p. 63-74, 1995.

SCHRAIBER L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: nos desafios e outros dilemas**. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SCHRAIBER L.B. No encontro da técnica com a ética; o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, nº 1, p. 123-140, 1997.

SCHRAIBER, L.B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA W.; MONTEIRO S. (Org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro, ABRASCO, UNFPA, 2005. p. 39-61.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.4. nº. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. 2ª edição. São Paulo, HUCITEC, 2000.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. 2ª edição. São Paulo, HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, L.B. & COUTO, M.T. **Homens, Violência e Saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde**. FMUSP, 2004. (Relatório final de pesquisa a FAPESP, Processo nº 02/00413-9)

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

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALCÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo, Editora UNESP, 2005.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife, SOS Corpo, 1995.

SILVA, S.A. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. **Estudos Avançados**, v. 20, nº. 57, p.157-170. mai.-ago., 2006.

SIMÕES, C.C.S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.:il.

STILLION, J.M. Premature Death Among Males. In: SABO, D. & GORDON, D. F. (Eds.) **Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body**. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1995. p. 46-67.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)**. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1991.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C.M.F.; SANTOS, L.; BILIBIO, L.F.S.; CECCIM R.B.; FEUERWERKER, L.C.M.; PINTO, H.A. (Org.) **Ver - SUS Brasil: cadernos de textos**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 1, p. 284-299.

VAITSMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: Fleury, S. (org.) **Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (eds.) **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile; 1998. 284 p.

VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. In: _____. **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina**. Santiago, Chile; FLACSO-Chile; 1998. p. 12- 35.

VALE de ALMEIDA, M. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário Antropológico/95**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1996.

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

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M. **População de rua: quem é, como vive, com é vista**. São Paulo: editora HUCITEC, 1992.

VILELA, W; MONTEIRO, S. Atenção a saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. IN: VILELA, W; MONTEIRO, S (org.) **Gênero e Saúde: programa saúde da família em questão**. Rio de Janeiro, ABRASCO, UNFPA, 2005.

WALDRON, I. Contribution of changing gender differences in behavior and social roles to changing gender differences in mortality. In: SABO, D. & GORDON, D. F. (Eds.) **Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body**. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1995. p. 22-45.

WHITE, A.; CASH, K. The state of men's health in Western Europe. **The Journal of Men's Health & Gender**, v.1, nº. 1, p. 60-66, 2004.

WHITE, A.; HOLMES, M. Patterns of Mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. **The Journal of Men's Health & Gender**, v. 3, nº. 2, p. 139-151, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics**, 2006, p. 80.

YAZLLE-ROCHA, J. S. Morbidade e Mortalidade hospitalar em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1972. **Revista de Saúde Pública**, v. 11. nº 2, p. 214-228, 1977.

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25.05.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 366/05, intitulado: "Masculinidades e Cuidado: Representações dos profissionais e da clientela masculina acerca da atenção primária em saúde para homens" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Profa. Dra. Lília Blima Schraiber**

Pesquisador (a) Executante: **Dr. Wagner dos Santos Figueiredo**

CAPPesq, 25 de Maio de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

CONSENTIMENTO INFORMADO I

Eu, abaixo assinado, autorizo a observação e gravação desta atividade assistencial por parte do pesquisador _____. Fui informado que esta entrevista fará parte do material da pesquisa sobre “Masculinidades e Cuidado: Representações dos profissionais e da clientela masculina acerca da atenção primária em saúde para homens” que estuda as demandas e usos de serviços de saúde da população masculina.

Fui informado que, se desejar, poderei, a qualquer momento, interromper a observação, ou, então, poderei solicitar a não inclusão dos meus relatos na pesquisa. Fui informado também que o pesquisador se compromete em manter sigilo sobre a minha identidade no uso das informações dessa gravação, resguardando meu nome e dados que possam eventualmente possibilitar minha identificação e que as informações por mim concedidas não acarretarão em nenhum prejuízo à minha pessoa.

O conteúdo das observações e entrevistas deverá ser utilizado para fins exclusivamente acadêmicos, ou seja, a tese de doutorado do pesquisador responsável, ou textos que poderão ser publicados a partir de sua conclusão.

Declaro que, após ter sido esclarecido a respeito da natureza da investigação e dos procedimentos para a sua execução, concordo em participar dessa pesquisa.

São Paulo, de de 200

Nome:

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Obs. Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou desejar informações adicionais, sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação (Dr. Wagner dos Santos Figueiredo e/ou Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber, telefone 11 3066 7094).

CONSENTIMENTO INFORMADO II

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder uma entrevista gravada ao pesquisador Wagner dos Santos Figueiredo. Fui informado que esta entrevista fará parte de seu material para a tese de doutorado “Masculinidades e Cuidado: Representações dos profissionais e da clientela masculina acerca da atenção primária em saúde para homens”.

Fui informado também que o pesquisador se compromete em manter sigilo sobre a minha identidade no uso das informações dessa entrevista, resguardando meu nome e dados que possam eventualmente possibilitar minha identificação e que as informações por mim concedidas não acarretarão em nenhum prejuízo à minha pessoa. Compreendo que minha participação é inteiramente voluntária e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar outros homens e desenvolver serviços melhores na assistência à saúde do homem. Fui informado que receberei orientação quando solicitar assistências adicionais.

São Paulo, de de 200

Nome:

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Obs. Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou desejar informações adicionais, sinta-se à vontade para perguntar agora ou à coordenação (Dr. Wagner dos Santos Figueiredo e/ou Profa. Dra. Lília Blima Schraiber, telefone 11 3066 7094).

Roteiro das Observações Direta das atividades desenvolvidas nas unidades assistenciais.

Sala de espera

Observar como os homens lidam com a dinâmica de funcionamento dos serviços;

Observar o número de homens no contexto das salas de espera;

Observar como se comportam (postura, com quem conversam, como chegam ao serviço)

Observar assuntos que emergem e são discutidos (ou não) nas salas de espera e nos outros ambientes dos serviços entre homens e entre homens e mulheres.

Atividades Individuais

Caracterizar as demandas trazidas pelos homens.

Identificar os temas que são abordados pelas equipes que prestam assistência.

Observar o tempo destinado na assistência prestada ao usuário do sexo masculino nas diferentes atividades.

Observar se os profissionais são homens ou mulheres e suas diferenças no atendimento (o que oferecem para homens e mulheres).

Atividade de grupo

Observar assuntos que emergem e são discutidos (ou não) nas salas de espera e nos outros ambientes dos serviços entre homens e entre homens e mulheres.

Roteiro de Entrevista com os Usuários

Informações Gerais

Nome, idade, estado civil, filhos ou não, ocupação, naturalidade, nacionalidade,
Caso a pessoa não tenha nascido em São Paulo, perguntar o que o motivou sair de sua cidade e o que o motivou vir para São Paulo.

Como é a relação com o trabalho

Quando precisa cuidar da saúde tem algum problema com o trabalho

Representação sobre saúde

1 – Gostaria que vc me falasse o que as pessoas acham necessário para ter uma boa saúde? E para Vc?

2 – Além disto, que outras coisas são importantes para viver bem?

3 – Conte-me o que você faz quando você acha que alguma coisa na tua saúde não vai bem. Que lugares/pessoas você procura? Caso você vá a um serviço de saúde, o que você espera que ele faça?

4 – você acha que você faz ou já fez algo no seu dia a dia para possa prejudicar sua saúde? Conte-me alguma dessas coisas.

5- Como vc cuida da sua saúde? Você cuida da saúde de outras pessoas? Caso sim, quem são essas pessoas.

6 – Se vc precisar de alguém para te ajudar em questões de saúde, quem te ajuda?

Representações de masculinidades e saúde

1 - Na sua opinião, o que é ser homem?

2 - Você acha que os homens podem ter algum problema de saúde por serem homens? Quais e por quê? Vc acha que o modo como os homens são pode trazer problemas de saúde para os homens? Quais problemas? Por que vc acha que pode trazer esses problemas?

3 - Acha que é mais difícil ou mais fácil cuidar da saúde sendo homem ou mulher? Por que? Quem é mais cuidadoso com a saúde? O homem ou a mulher? Por que vc acha assim?

4 - Quais as queixas (problemas) mais comuns dos homens em geral e dos homens que vc conhece?

5 - No último mês, caso você tenha tido algum problema de saúde, o que você fez? Conte-me um pouco desse problema. Como isso interferiu na tua vida?

6- Conte-me um problema de saúde que foi importante para vc.

7 – Você acha que as informações dadas pelo serviço de saúde para os problemas de saúde dos homens são adequadas? Vc as entende?

8 - Como deve ser um atendimento de saúde para os homens?

9 – Que outros lugares os homens procuram quando precisam cuidar da saúde? E para quais problemas?

10 - Você acha que na tua relação com parentes (mulher, filhos ou outros parentes), amigos ou pessoas do seu trabalho (colegas, chefe) podem interferir na tua saúde. Como interfere? Que questões seriam essas?

11 – Alguma vez você já teve dificuldade no atendimento neste serviço? Caso sim, pode me contar como foi isto?

12 – Alguma vez aconteceu deste serviço abordar contigo algo que você teve dificuldade para lidar? Caso sim, pode me contar como foi esse caso?

13 - E alguma vez aconteceu de você abordar com o profissional algo, mas sentiu que ele não permitiu ou evitou falar sobre esse assunto? Caso sim, pode me contar como foi esse caso? Por que você acha que ele evitou falar sobre isso?

14 - Você conhece algum serviço de saúde só para homens? Explorar.

15 – Vc indicaria este serviço para outro homem? Por quê?

16 – Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema?

Roteiro de Entrevista com os Profissionais

Informações Pessoais

Qual o teu nome? E a tua idade

Qual a tua formação profissional? A tua escolaridade?

Você fez algum curso de formação? A quanto tempo?

Há quantos anos você trabalha como auxiliar ou atendente ou técnica de enfermagem?

E há quanto tempo você trabalha na atenção primária? Há quantos anos você trabalha aqui?

Representação sobre saúde

- 1) Qual a tua concepção sobre saúde/cuidado de saúde?
- 2) O que você costuma fazer quando tem um problema de saúde (próprio ou de familiares)?

Representações sobre o trabalho em saúde

- 1) Descreva um dia típico de trabalho na sua unidade de saúde, desde a sua chegada. (atividades que faz, quem atende, principais problemas que precisa lidar)
- 2) Fale um pouco sobre os usuários que você atende (quem são eles, o que fazem, o que procuram)
- 3) Você nota alguma mudança nas características dos usuários acima descritas desde quando começou a trabalhar aqui? ***

Representações sobre masculinidade e saúde

- 1) Em sua opinião, o que é ser homem? Qual a relação entre ser homem e as questões de saúde (ter problemas/ cuidar da saúde)?
- 2) Qual é a sua opinião sobre a idéia de que homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres?
- 3) No que se refere às necessidades de saúde, você vê diferenças entre homens e mulheres?
- 4) Para você, há desigualdades entre homens e mulheres, no que se refere ao acesso e atendimento em saúde?
- 5) Em sua opinião, a forma como os homens utilizam os serviços de saúde é diferente da das mulheres? Como você explica isso?
- 6) Com base em sua experiência, existe diferença em se prestar assistência a homens e mulheres? Como você explica isso?
- 7) Quais as facilidades e quais as dificuldades em se prestar a assistência aos usuários masculinos? (explorar situações exemplares – positivas e negativas)
- 8) Em geral, quais são as demandas (queixa/motivos) dos homens que chegam este serviço de saúde? E quais as atividades que os homens mais procuram?
- 9) Como se deve lidar com as demandas e a procura?
- 10) O seu serviço vem atuando desta maneira?
- 11) Quais são as facilidades e as dificuldades relacionadas à adesão dos homens ao atendimento em saúde?
- 12) Como você acha que se deve lidar com a adesão?
- 13) Na sua percepção, o seu serviço vem lidando dessa maneira?

- 14) Se você fosse avaliar a sua atuação junto aos usuários masculinos, o que você considera que vem dando certo e o que deveria ser mudado?
- 15) Você poderia contar alguma situação em que você teve dificuldade para abordar alguma questão que você achava importante com um usuário masculino?
- 16) Você poderia contar alguma situação em que um usuário masculino abordou contigo algo que você teve dificuldade para lidar?
- 17) Você poderia contar alguma situação em que você abordou com um usuário masculino algo, mas sentiu que ele não permitiu o diálogo?
- 18) O que você recomendaria para que os serviços melhor atendessem aos usuários masculinos?
- 19) Você conhece alguma ação de saúde específica para população masculina? Qual? Você acha que essa ação funciona ou deveria ser repensada? Por que? Caso não conheça, você acha que seria necessário alguma ação específica? Qual, Para que? Por que?
- 20) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?