



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

IVANILDA CONCEIÇÃO BIBIANO

**POR QUE NÃO VAI AO POSTO? O olhar do homem sobre o cuidado
à saúde em um distrito do Recôncavo da Bahia.**

Cachoeira-Ba

2018

IVANILDA CONCEIÇÃO BIBIANO

**POR QUE NÃO VAI AO POSTO? O olhar do homem sobre o cuidado
à saúde em um distrito do Recôncavo da Bahia.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia de Oliveira Pereira

Cachoeira-Ba

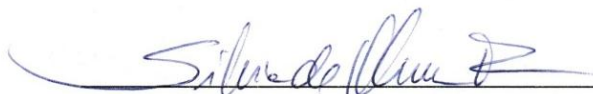
2018

IVANILDA CONCEIÇÃO BIBIANO

“PORQUE NÃO VAI AO POSTO?” o olhar do homem sobre o cuidado a saúde em
um distrito do Recôncavo da Bahia

Cachoeira – BA, aprovada em 06/09/2018.

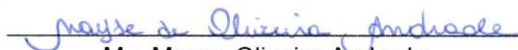
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª. Silvia de Oliveira Pereira
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
Membro da Banca Examinadora



Ms. Mayse Oliveira Andrade
Membro da Banca Examinadora

Agradecimentos

“Muitos são os planos no coração do homem, mas
o que prevalece é o propósito do Senhor.”

(Prov. 19:21)

Confesso não foi fácil a luta foi árdua, mas hoje vejo que o esforço valeu à pena! Concluo mas uma etapa fundamental da minha vida e chego ao final dessa jornada me sentindo vitoriosa, pois essa conquista impulsiona outras buscas e abre portas para novas oportunidades.

Agradecer é reconhecer e acima de tudo admitir que houve momentos nos quais se precisou de alguém, parceiros para concretizar o que tanto almejávamos. É ter a humildade de reconhecer que o homem jamais pode lograr para si o dom de ser auto-suficiente, pois ninguém e nada cresce sozinho. Pois tudo que conquistamos se torna mais valioso se compartilhado com pessoas especiais da nossa vida, que de alguma forma, foram essenciais para o nosso sucesso.

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela vida, por ter me concedido saúde e forças para superar as dificuldades. A minha mãe Edilene heroína que sempre me deu total apoio e seu amor incondicional e a minha irmã Cátia pelo incentivo.

Aos tios (as) em especial a M^a de Lourdes grande incentivadora para meu ingresso numa Faculdade, Edileusa pelo apoio e acolhida, M^a do Carmo, Joalice pelo singelo apoio e palavras de força, Carlos (Cacau mesmo de longe sempre presente) a meu avó Elpidio, e lindas primas pelas valorosas contribuições!

Aos anjos que Deus colocou em minha vida Rosimeire (Rose) que me ajudou no início da minha trajetória acadêmica, ao longo Joalice (Liu) com toda sua paciência, atenção, dedicação e incentivo.

A Luciene e sua graciosa sobrinha Monalisa. A Ramayana minha orientadora de campo de estágio pessoa pela qual tenho uma grande admiração. E tão quanto importante as minhas cúmplices de luta acadêmica aquelas que se mostraram verdadeiras amigas, com as quais realmente pude contar Daiane e Larissa anjos que contribuíram para que eu não desistisse frente aos momentos difíceis que encarei na minha trajetória acadêmica e Andressa com seu jeito alegre peça fundamental que completava o quarteto do dominó.

E não menos importantes a turma de 2014.1 a aqueles que passaram deixando o prazer de ter os conhecidos dentre os quais tenho que agradecer a cada um dentro de suas particularidades pela ajuda e carinho mútuo.

A minha orientadora Silvia Pereira. Aos vizinhos e amigos da Embira e aos amigos da vida e do coração que sempre torceram por mim. A todos que direto ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!!

“A desigualdade dos direitos
é a primeira condição
para que haja direitos”.
(Friedrich Nietzsche)

BIBIANO, Ivanilda Conceição. POR QUE NÃO VAI AO POSTO? O olhar do homem sobre o cuidado à saúde em um distrito do Recôncavo da Bahia. 2018. 60p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

RESUMO

O presente TCC tem por objetivo apresentar e analisar a discussão sobre o desafio da atenção primária para inserção do homem no serviço de saúde. A questão que guia este estudo se baseia em saber e entender quais são os desafios da atenção primária para inserção do homem no serviço de saúde tendo como objetivos específicos discutir a política de saúde do homem na atenção básica; identificar a existência ou inexistência de estratégias de enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelo homem; discutir a relação entre gênero masculino e o cuidado com sua saúde; analisar as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens, especificamente, moradores da Embira zona rural de Cruz das Almas- BA por serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde- UBS. Delimitando uma área de estudo, essa pesquisa foi realizada com os moradores do sexo masculino na localidade da Embira, pertencentes ao município de Cruz das Almas - BA. Buscando alcançar os objetivos propostos, a pesquisa trata-se de uma abordagem de natureza qualitativa a qual buscará conectar as idéias para compreender causas e efeitos em meio ao contexto social. Em síntese, este trabalho mostra a necessidade de dar uma maior atenção ao modo de vida por parte dos indivíduos do sexo masculino, estando estes em condições de morbimortalidade maior em relação ao sexo feminino.

Palavras– chave: Saúde do Homem. Construção do masculino. Atenção Primária.

ABSTRACT

The present CBT aims to present and analyze the discussion about the challenge of primary care for the insertion of men in the health service. The question guiding this study is based on knowing and understanding the challenges of primary care for the insertion of men in the health service, with the specific objectives of discussing the health policy of men in primary care; to identify the existence or nonexistence of strategies to address the difficulties of access to health services by men; discuss the relationship between male gender and care for their health; to analyze the explanations present in male discourses for the low demand of men, specifically, residents of Embira rural area of Cruz das Almas-BA for health services in the Basic Health Unit - UBS. Delimiting a study area, this research was carried out with the male residents in Embira, belonging to the municipality of Cruz das Almas - BA. In order to reach the proposed objectives, the research is an approach of a qualitative nature which will seek to connect the ideas to understand causes and effects in the midst of the social context. Die meeste van hulle het 'n noodsaaklikheid gehad om die meeste van hulle te vergemaklik, maar hulle het nie net 'n deel van hulle nie, maar hulle het ook 'n beroep op die morbiditeits- en seksuele vroulikheid.

Keywords: Men's Health. Construction of the masculine. Primary attention.

LISTA DE SIGLAS

BA- Bahia

CAPS- Caixas de Aposentadoria e Pensão

CNSH- Coordenação Nacional de Saúde do Homem

ESF- Estratégias Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNPS- Política Nacional de Promoção a Saúde

PNS- Política Nacional de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01- Modelos de proteção e atenção à saúde por períodos históricos (FONTE: Paim (2009) Elaboração própria a partir deste estudo).

QUADRO 02- Principais normativas da história antes e depois do SUS (Fonte: Modulo Especialização em saúde da família. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> REIS. D. O. et al).

QUADRO 03- Quantitativo de entrevistados conforme faixa etária (Fonte: Pesquisa de campo- 2018).

QUADRO 04- Perfil dos homens entrevistados (Fonte: Pesquisa de campo (2018).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 O SUS E A SAÚDE DO HOMEM	11
2.1 Breve percurso na trajetória da saúde pública antes e depois do SUS	12
2.2 Saúde do homem e a atenção primária	19
3 GÊNERO MASCULINO E CUIDADO EM SAÚDE	27
3.1 O ser homem e a construção do masculino.....	27
4 O CAMINHO DA PESQUISA	33
4.1 Universo da pesquisa: a saúde do homem na Embira.....	33
4.2 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	34
4.3 A pesquisa: voz dos sujeitos	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
6 REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

O quanto o homem cuida da sua saúde? Considerando os dilemas existentes dos homens no cuidado com sua saúde, a pergunta supracitada é uma inquietação pessoal, mas que também aparece em estudos encontrados na revisão de literatura. Estudos referentes à saúde do homem vêm ganhando destaque nas abordagens de gênero e masculinidade desde a década de 80 no cenário internacional (SCHRAIBER et al. 2005). Do mesmo modo, essa população passa a ter maior visibilidade no Brasil na 13^o Conferência Nacional de Saúde em Brasília- 2007, onde foi discutido em um dos eixos “Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde” trazendo como proposta à criação do programa de saúde do homem (BRASIL, 2007, p.58).

Suscitou-se então a relevância do tema “saúde do homem” para a sociedade brasileira, onde a temática fora discutida e analisada. Essa questão emerge em meio a uma preocupação mundial atribuída a condição desfavorável de saúde dessa população masculina, principalmente quando atrelada ao cuidado com a saúde da população feminina, que está historicamente mais próxima das questões do cuidado pela condição reprodutiva¹.

Ponderando os reais desafios e dilemas existentes nessa temática, este estudo de conclusão de curso tem por objetivo apresentar e analisar a discussão sobre o desafio da atenção primária para inserção do homem no serviço de saúde. O tema emerge tanto da inserção pessoal da autora enquanto trabalhadora da saúde, quanto da aproximação com os debates sobre política social, direito à saúde, gênero e patriarcado durante a graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB. Notou-se também escassez na produção acadêmica em Serviço Social na área da saúde do homem.

Desse modo, a questão que guia este estudo se baseia em saber e entender quais são os desafios da atenção primária para inserção do homem no serviço de saúde tendo como objetivos específicos discutir a política de saúde do homem na atenção básica; identificar a existência ou inexistência de estratégias de

¹ Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar. Observa-se, no entanto, que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelo homem; discutir a relação entre gênero masculino e o cuidado com sua saúde; analisar as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens, especificamente, moradores da Embira zona rural de Cruz das Almas- BA por serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde- UBS.

Parte-se da perspectiva de que as concepções de masculinidade apresentem-se de forma oposta a práticas cabíveis no cuidado em saúde, se contrapondo ao universo feminino (GOMES; SCHRAIBER, COUTO, 2005). Para tal, pleitear cuidados de saúde é algo que desmerece esse sujeito que foi criado para assistir e não somente ser o provedor² (GOMES, 2011). Deste modo, é improvável modificar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma sociedade sem considerar que eles foram criados em ambiente social e cultural machista³ e patriarcal e são frutos das relações sociais.

Pesquisa feita em 2016 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que no Brasil homens vivem em média 7,1 anos a menos que as mulheres. Atualmente a expectativa de vida da população masculina chega há 72,2 anos e a das mulheres atingem 79,3 anos (IBGE, 2016). Segundo a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) do Ministério da Saúde Brasileiro, vários determinantes sociais influem para que haja essa diferença na morbimortalidade masculina com a feminina incluindo a diferenciação relacionada ao gênero social, raça e etnia (BRASIL, 2012).

Diante do exposto é importante direcionar um olhar atento às especificidades dos homens no campo da saúde impulsionada pelo advento do agravamento da morbimortalidade do gênero masculino, para tal o Ministério da Saúde lança em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem- PNAISH (BRASIL, 2008). A referida política foi criada com objetivo de promover ações que viabilizassem a apreensão da realidade de cada homem em seus diversos contextos de vida, e, de ampliar o acesso dos mesmos aos serviços de saúde, dando prioridade as ações no campo da Atenção Básica.

² Aquele que provê, ou seja, que providencia, acautela as necessidades e fornece ou abastece.

³ É o comportamento, expresso por opiniões e atitudes, de um indivíduo que recusa a igualdade de direitos e deveres entre os gêneros sexuais, favorecendo e enaltecendo o sexo masculino sobre o feminino.

Saúde é um direito de todos, assegurado na Constituição Brasileira de 1988 como consta no artigo 196⁴. Deste modo, vale ressaltar a importância da integralidade como um preceito doutrinário que direciona a assistência básica de saúde. Segundo Campos (2003) buscando contribuir para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde o princípio constitucional toma como referência os desafios da efetivação da integralidade na atenção a saúde analisando as formulações teóricas relacionadas ao conceito de vigilância a Saúde e as mudanças implementadas pelo Ministério da Saúde no que tange o campo da atenção básica e da saúde da família.

Para tanto, o percurso histórico do Serviço Social não se dissocia desta dinâmica. Constituído entre os anos 1970 aos 1980, no processo de transição democrática da sociedade brasileira, a profissão consolida-se na década de 90 com o Código de Ética do Assistente Social, cujo tema central é o compromisso com a classe trabalhadora. O Projeto Ético Político do Serviço Social, propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração ou dominação de classe, etnia e gênero. Logo, este trabalho tem a finalidade de colaborar na transformação das atitudes desse grupo social, que em sua maioria não tem em seu núcleo o reconhecimento do auto cuidado com seu próprio corpo através da prevenção.

Partindo do conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) que “saúde não é ausência de doença”, ou seja, hoje a OMS entende como saúde o estado e o direito de total bem estar mental, físico e social não sendo apenas definida a saúde como ausência de doenças e enfermidades. Se deseja com este trabalho contribuir para o processo de informação para os usuários desses serviços para que eles se reconheçam no processo de protagonistas de suas histórias e reconheçam a importância desta atenção primária no que tange seu próprio corpo a sua própria vida e firme a sua significação real.

Dessa forma, a transformação do modo de vida contribui para evidenciar a necessária apreensão da questão social em sua complexidade; de outro modo, são destacados os processos sociais que se relacionam à elevação da racionalidade que incide sobre o conjunto da vida social.

⁴ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Nesse seguimento, a fundamentação desse estudo constitui-se sobre as idéias de grandes autores conceituados na literatura brasileira. A respeito disso, destacam-se os trabalhos de autores como: Gomes (2004), Bourdieu (2012), Bravo (2004), Figueredo (2005), Campos (2003) e vários outros.

Delimitado uma área de estudo, essa pesquisa foi realizada com os moradores do sexo masculino na localidade da Embira, pertencentes ao município de Cruz das Almas - BA. Buscando alcançar os objetivos propostos, a pesquisa trata-se de uma abordagem de natureza qualitativa a qual buscará conectar as idéias para compreender causas e efeitos em meio ao contexto social. “Nesse sentido, a opção pela metodologia qualitativa e descritiva se faz após a definição do problema e do estabelecimento dos objetivos da pesquisa a que se quer realizar” (GODOY, 1995, p. 63).

No primeiro capítulo discutimos sobre a saúde do homem no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política setorial no interior da política mais ampla de saúde, por conseguinte a política e a saúde do homem na atenção primária. Ademais a temática tratada no segundo capítulo aborda a questão da dificuldade da inserção do homem nos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde- SUS acometer o debate sobre gênero masculino e o cuidado com sua saúde, o ser homem e a construção do masculino existente na contemporaneidade. E, por conseguinte o são apresentados os resultados dessa pesquisa, a partir do levantamento de dados pela Agente Comunitária de Saúde locada na UBS Modesta Barbosa da existência de 100 indivíduos do sexo masculino de várias idades, destes, será retirada uma amostra aleatória.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma avaliação no contexto que cerca a compreensão dos reais motivos da falta do cuidado dos homens com sua própria saúde. Inicialmente espera-se que este trabalho possa colaborar para uma (re) avaliação das ações oferecidas pela UBS Modesta Barbosa, com vistas a promover uma formação que contemple as diversidades do gênero masculino presentes na comunidade da Embira.

2 O SUS E A SAÚDE DO HOMEM

O presente capítulo tem como objetivo apresentar e discutir a saúde do homem no Sistema Único de Saúde- SUS como uma política setorial no interior da política mais ampla de saúde. Para uma compreensão desta perspectiva é fundamental entender o que é, e como funciona o SUS a partir de uma incursão no cenário histórico da saúde pública revelando a sua gênese.

Para tanto, é necessário falar um pouco da Reforma Sanitária Brasileira, que antecedeu o SUS, pois ela atuou muito na perspectiva da atenção a saúde do trabalhador, fundamentada em um modelo contributivo centralizada numa produção capitalista (PAIM, 2008). O Estado Brasileiro, desde a sua primeira configuração no período imperial, não proporcionava a todos trabalhadores o acesso aos serviços de saúde e tampouco garantia do direito a saúde integral. Nota-se, a conformação de um modelo excludente, pois se organizava para poder dar conta de uma demanda da classe trabalhadora dentro dos limites do capitalismo (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006).

Com tal característica, Paim (2009) menciona que na década de 1920 “o Brasil exibiu uma proteção social incipiente” deste modo o “desenvolvimento histórico da organização sanitária”, revelava modelos específicos de atenção. O quadro 01, a seguir, apresenta as mudanças e avanços dos modelos de proteção social de cada época.

QUADRO 01. Modelos de proteção e atenção à saúde por períodos históricos

Década	Modelo
1920	Assistencialismo exclusivo ou modelo residual (fenômenos estreitamente vinculados ao modo de produção capitalista e intensificados durante o processo de industrialização)
A partir dos anos 1930	Adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos (assegura

	direito somente para os que possuem vínculo com o trabalho e renda ou realizem contribuição prévia ao sistema).
Depois da Constituição de 1988	Vem tentando implementar seguridade social, onde foi constituído SUS (visa a alterar de forma significativa a ação do Estado no setor saúde).

FONTE: Paim (2009). Elaboração própria a partir deste estudo.

Citados por Paim (2009), os marcos foram responsáveis por formar uma base favorável para a construção posterior do nosso Sistema único de Saúde - SUS. Deste modo, segundo Paim (2008) o movimento sanitário visava à reconstrução da sociedade em novas bases adotando atitudes inovadoras e uma prática política alternativa, direcionada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde.

Na contemporaneidade, as características do sistema de proteção social brasileira de seguridade social se baseia na concepção de seguridade social implementada no Brasil fruto de uma construção história como podemos vê citados anteriormente que está inteiramente relacionada às transformações societária na economia e da política social (SPOSAT, 2013). Entretanto, analisar os rumos da proteção social brasileira denota identificarmos incompletudes na atual conjuntura brasileira cuja superação vem sendo contínua frente às lutas sociais e sindicais.

2.1 BREVE PERCURSO NA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA ANTES E DEPOIS DO SUS

Bravo (2006) faz referência às conquistas de alguns direitos sociais adquiridos pelas classes trabalhadoras no que tange a elaboração de políticas para esse âmbito. Deste modo, Bravo (id. Ibid.) destaca que o Estado em sua função de

mentor da ordem social capitalista e ao mesmo tempo mediador “das relações entre as classes sociais” adéqua [...] “a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas”. Em meio a esse contexto a autora menciona que em consequência, as reformas “econômicas e políticas” impulsionaram determinadas ações no âmbito da “saúde pública”, configurado na “vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”. Continuando, Bravo (2006) menciona a aprovação da Lei Eloi Chaves em 24 de janeiro de 1923 pelo Congresso Nacional, marco inicial da previdência social no Brasil.

Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), fundada em meio projeto previdenciário brasileiro. Porém, como destaca a autora (id. Ibid.) os benefícios consistiam de acordo com a sua contribuição. Cabe destacar que os primeiros trabalhadores vinculados a esses benefícios eram os ferroviários- 1923, seguindo dos estivadores⁵ e marítimos em 1926 e os demais conseguiram após a década de 1930. Desse modo, os trabalhadores tinham direitos a assistência médica-curativa e acesso aos medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Ainda nesse contexto, conforme explica Silva (2003) por volta de quatro a cinco décadas atrás, os serviços de saúde no Brasil atendiam basicamente às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. Visto que, no plano das práticas, a exclusão ao direito a saúde era uma realidade para a maioria dos cidadãos onde o Instituto Nacional de Previdência Social prestava assistência somente aos trabalhadores que para eles contribuía (MERCADANTE, 2002).

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2017, p.06).

Dessa forma, derruba-se o mito que todos que tinham carteira assinada naquela época usavam necessariamente a previdência, posto que a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela tinha que

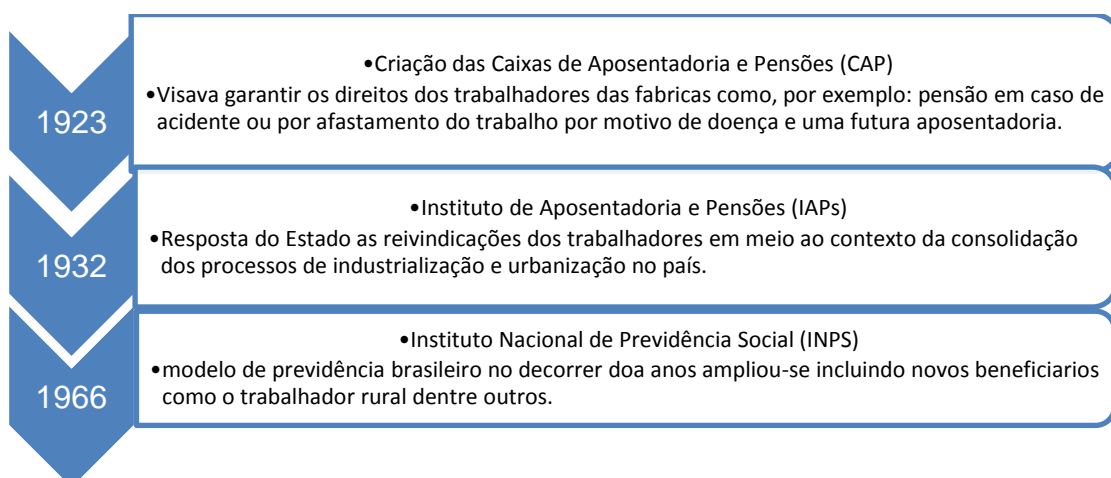
⁵ É o técnico responsável pela colocação, retirada e/ou arrumação de cargas nos porões ou sobre o convés de embarcações principais e auxiliares, autopropulsadas ou não.

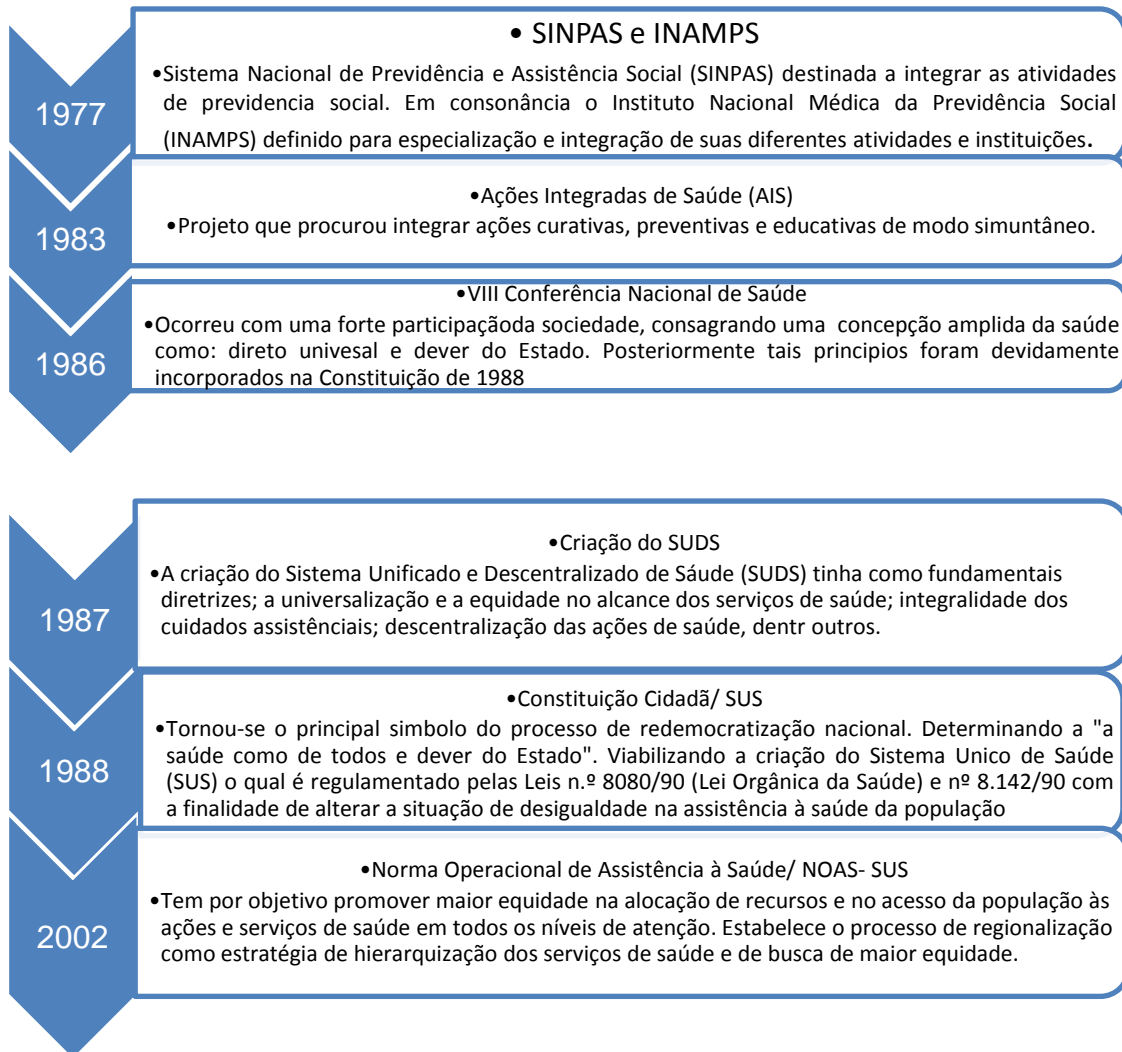
pagar. Por conseguinte, a consolidação do SUS se deu como espaço destinado para aqueles que não têm acesso aos subsistemas privados (PAIM, 2009). Nesse sentido, a problematização do estudo perpassa em se pensar que, o fato de garantir através da Política Pública de saúde o direito a saúde a todo e qualquer indivíduo é uma resposta a uma grande questão social.

Corroborando nessa linha, Bravo (2006) destaca que as políticas sociais surgiram em meio à conjuntura da década de 1930 como respostas aos problemas sociais, se fazia necessário transformá-los em questões públicas. Através da criação de novos dispositivos que contemplassem os sujeitos sociais que eram relevantes no panorama político nacional. No que tange aos problemas sociais a serem resolvidos, Bravo (id. Ibid.) faz referência a consolidação da Política Nacional de Saúde- PNS que ocorreu entre as décadas de 1945 a 1950 no intuito de garantir que o Estado atuasse em função da sociedade, assegurando democraticamente direitos dos cidadãos através das políticas sociais, e, em consequência, a saúde da população como um todo.

A seguir veremos as políticas de saúde existente no Brasil de acordo com os períodos históricos. E as influências de todo contexto político social que o Brasil passou, no decorrer do tempo. Para que assim, se possa ter uma melhor noção sobre a história das políticas de saúde no Brasil destacando algumas premissas importantes dessa trajetória.

Quadro 02. Principais normativas da história antes e depois do SUS





Quadro 2. Fonte: Módulo Especialização em saúde da família. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> REIS. D. O. et al.

Avaliando, portanto essa cronologia denota-se o progresso histórico das políticas públicas de saúde que está associada inteiramente ao avanço político-social e econômico do Brasil, sendo impossível dissociá-las desse contexto histórico.

Entretanto, é notório que as desigualdades sociais ainda existam, ocorrendo ainda à expansão de políticas compensatórias dirigidas aos mais pobres, e os avanços das privatizações, desfinanciamento e fragmentação das políticas públicas (BRAVO, 2006).

Como vimos o marco histórico para o surgimento do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no período da Nova República. Na qual foram discutidos pontos muito importantes na história para gênese do SUS

como, por exemplo: “saúde como direito de todos e dever do Estado”, estando inscrita entre os direitos fundamentais do ser humano; equidade e integralidade das ações de saúde; separação da Saúde da Previdência; sistema público com comando único; conceito abrangente de saúde, levando em conta condições de habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e aos serviços de saúde; política de financiamento do setor saúde; dentre outros (PAIM, 2008).

Segundo Paiva e Teixeira (2014) em outubro 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que aprovava a criação SUS incorporado nas propostas das emendas populares do movimento Reforma Sanitária. Fundamentado legalmente e assegurada na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 a mesma regulamenta e se dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços adequados. O SUS tem como preceito a universalização do acesso às ações e serviços de saúde.

Paim (2008) conceitua que o SUS se define como um conjunto de atores (profissionais e trabalhadores da saúde) e empresas (organizações públicas ou privadas) que tem por finalidade garantir a saúde da população. Seu marco se deu através de muitas lutas e mobilizações no ano de 1986 as quais foram feitas por profissionais da saúde que defendiam propostas que facilitassem o acesso de todo e qualquer usuário ao serviço de saúde na instituição pública, de forma comprometida e criativa. Segundo (id. Ibid) o SUS surge em meio a um conjunto de idéias relacionadas às modificações e transformações necessárias no campo da saúde, resultante de várias propostas feitas pela Reforma Sanitária.

Mattos (2007) destaca a integralidade como sendo uma das bandeiras levantadas pelo SUS também apoiada pelo movimento sanitário, porém o autor supracitado destaca que nessa conjuntura essa completude ainda não se concretizou para muitos que utilizam os serviços do SUS. Entretanto, o autor traz a compreensão que transcorrem os múltiplos sentidos da integralidade os quais se referem aos encontros entre equipe de saúde das unidades e os indivíduos. O mesmo entende que a integralidade acontece quando as práticas em saúde no SUS são feitas na relação entre sujeito e sujeito, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Mattos (2009) menciona que a despeito dos progressos e conquistados com o SUS, o estreitamento de recursos públicos e a

propagação de determinadas idéias tornam o sistema suscetível ao risco de distanciar-se de seu conceito original. Destarte, como consta na Constituição Federal de 88 é dever do Estado em provê à democratização da gestão, a organização segundo as idéias da descentralização, regionalização, hierarquização e integralidade do cuidado (CAMPOS, 1992).

Entretanto, segundo Silva Jr. (2007) o SUS vem tentando trabalhar a eficácia da equidade na alocação dos recursos públicos e a indissolubilidade entre prevenção e prevenção curativa havendo prioridade metodológica em detrimento das ações de promoção e proteção a saúde. É importante destacar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de um conjunto de estratégias que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS⁶ apenas para os seus beneficiários contribuinte.

Para mais, às políticas públicas de saúde surgem com a intenção de distribuir de forma igualitária os recursos de caráter individual e social para poder assim garantir uma qualidade de vida a esses usuários como consta no art. 196 da Constituição Federal de 88.

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

Em meio a esse contexto os movimentos sociais crescem no país com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais (PAIM, 2009). Pinheiro e Mattos (2007, p. 49) são bem incisivos a pontuar que o governo adota políticas por determinado seguimentos populacionais, onde chamam de “políticas de saúde específicas às respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como, as respostas

⁶ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições.

governamentais dadas a demandas e necessidades de certos grupos populacionais específicos”. Em vista disso, certas doenças são consideradas problemas públicos. Nessa conjuntura, a integralidade está ligada às configurações de políticas específicas e distintas. Faz-se necessário então, ampliar o olhar sobre os sujeitos, e, o elenco de ações contempladas nestas políticas, tanto preventivas quanto assistenciais.

Ao logo dos anos algumas leis e programas de saúde surgiram para resguardar os direitos previstos na Carta Magna⁷/Constituição brasileira. No decorrer dos tempos houve a necessidade de mudar o modelo assistencial vigente, onde antes predominava o atendimento emergencial ao doente. Nesse intuito o Ministério da Saúde lança em 1994 o Programa Saúde da Família- PSF como política nacional de atenção básica de caráter organizativo e substitutivo frente ao modelo tradicional de assistência primária. Para tal, a família passa a ser objeto de atenção, permitindo uma compreensão mais ampla do processo saúde/doença. O PSF atualmente denominado e conhecido como Estratégia da Família retoma a importância do Programa Agente Comunitário de Saúde- PACS criado em 1991 em continuidade da reforma do setor da saúde (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, para que haja uma garantia de saúde para população, são firmados compromissos em torno das medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira. A partir dele, definem-se prioridades e metas a serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e no país. Atualmente existem variáveis primárias em vigência como: a Saúde do Idoso; Controle do Câncer do colo do útero e da mama (saúde da mulher); Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; e de caráter tão quanto emergencial a Saúde do homem (BRASIL, 2006), que será tratada no próximo tópico.

⁷ Ou Constituição documento que consta um texto normativo que apresenta as disposições gerais para organizar a vida em sociedade e o funcionamento do estado.

2.2 SAÚDE DO HOMEM E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aprovada em 30 de março de 2006 a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) surge para subsidiar as diretrizes propondo ações estratégicas de organizações das atividades desenvolvidas para a promoção da saúde no SUS, a vista de, garantir a integralidade do cuidar da saúde (BRASIL, 2015). Em consonância, mais uma estratégia para promoção, proteção e recuperação da saúde o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 28 de Março de 2006, revisada no ano de 2011 (BRASIL, 2006).

[...] a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil (BRASIL, 2012, p. 10).

Mediante a compreensão de saúde assumida no texto constitucional as ações são direcionadas para uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centralizado na doença e fundamentado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, para que haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 2012).

Visto como um método que não está livre de discontinuidades e retrocessos, surgido de um contexto repleto de contradições, a Política social é um direito impetrado pela sociedade civil envolvido pelos poderes públicos. A política social deste modo é compreendida como desenvolvimento de estratégias coletivas para diminuir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais, envolve inclusões de procedimentos, atividades e instrumentos fundamentados em diretrizes que visam.

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] O serviço de saúde deve se

organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012, p. 20).

Assim, a PNAISH está perfilada a Política Nacional de Atenção Básica tornando-se porta de entrada do Sistema Único de Saúde através das ações de humanização, e em conformidade com os princípios do SUS, fortalecendo os serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde, objetivando facilitar e expandir o acesso com qualidade da população masculina na tentativa de contribuir para a redução da morbimortalidade desta população.

Para Araújo et. al. (2012), se faz necessária à compreensão da realidade singular do gênero masculino, onde possa ser desenvolvidas ações de saúde em diversas formas de expressões em consonância com os determinantes sociais que de certa forma influenciam na saúde desses homens como, por exemplo, os contextos sociocultural, territoriais e aspectos como etnia, econômicos, orientação sexual, identidade de gênero, políticos, privação de liberdade, e muitas outras questões. Para tanto, é preciso entender que cada indivíduo é sintetizado, através da transmissão cultural, o processo histórico que determinou a construção de cada ser humano.

No que tange essa população masculina, estudos encontrados na literatura brasileira evidenciam os desafios encontrados no campo da saúde coletiva para que essa população acesse os serviços disponibilizados pelo SUS para que assim possam ser amenizadas as emergências das epidemias e agravos de muitas doenças⁸.

A saúde do homem, enquanto campo do cuidado e área de conhecimento surge como questão a ser estudada a partir do comportamento de risco adotado

⁸ câncer, doenças cardiovasculares, doenças crônicas, doenças do aparelho circulatório(DAC), e varias outras.

pelos próprios sujeitos do sexo masculino, que muitas vezes é enraizado pelos pareceres de um machismo⁹ hegemônico imposto socialmente.

Com intuito de contribuir para a compreensão dos homens sobre a importância de cuidar da saúde, se faz necessário investimentos em campanhas de informação, bem como em infra-estrutura nas Unidades de Saúde da Família- USF.

Inserir o homem em ações de saúde no nível da atenção básica e implementar intervenções que visem atender suas demandas específicas, é um enorme desafio. Entretanto, é um passo fundamental para que esses usuários sejam vistos pelos profissionais da saúde como seres dotados de necessidades, que precisam ser incluídos nessas ações, seja para a promoção da saúde e/ou prevenção de agravos (MOREIRA, et al., 2014, p. 617).

Estudos nacionais encontrados em literaturas, revistas, artigos e jornais, como o estudo realizado pelo autor Pinheiro et al. (2002), mostram que os homens só se atentam a sua saúde quando realmente necessitam dos serviços médicos, fazendo com que estes retardem a busca por assistência e só procuram quando não conseguem ver outra opção, ou seja, quando não conseguem lidar sozinhos com seus sintomas.

Nesse sentido, Couto et al. (2010) observaram que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres, e a não inserção da população masculina nas políticas públicas sempre constituiu uma barreira para o acesso dos mesmos aos serviços de saúde, embora tenha como centro de atenção a família que se constitui em um espaço voltado exclusivamente para a população feminina, infantil e idosa, deixando os adultos e jovens masculinos sem a devida atenção. O desafio que se coloca na garantia da saúde do homem, também se contextualiza nas diferenças de gênero e nas formas como essas questões são trabalhadas em cada USF. A formulação de estratégias e ações fundamentando-se na atenção primária, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, tem representado um desafio para os profissionais de saúde, tendo sido focalizadas como eixos fundamentais na estratégia saúde da família (MOURA et al., 2014).

⁹ É o comportamento expresso por opiniões e atitudes de um indivíduo que recusa a igualdade de direitos e deveres entre os gêneros sexuais fortalecendo e enaltecendo o sexo masculino sobre o feminino.

Em relação aos aspectos preventivos, o distanciamento masculino referente aos cuidados com a saúde, a não adesão ao tratamento e ao engajamento em situações de risco, atua de forma negativa sobre os índices de mortalidade masculina. Essa questão de mortalidade é citada por Costa-Junior (2009) a partir de diferentes autores¹⁰, datas e períodos distintos o que demonstra que é uma questão que já vem sendo discutida há mais de 30 anos.

Refletindo sobre essa questão supracitada Gomes et al. (2007) apontam a importância de uma educação em saúde contínua e permanente, direcionada exclusivamente para essa população onde possa ensinar ao homem que, mesmo estando em sua condição de provedor, é fundamental que o cuidado à saúde, de forma preventiva, torne-se uma rotina impossibilitando possíveis agravos de doenças. Deste modo, se faz necessário a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade de cada indivíduo em suas especificidades.

O capítulo a seguir se propõe em adentrar nessa questão, buscando elucidar as orientações gerais, de modo que se possa observar e discutir o distanciamento que esse gênero masculino tem do cuidado com seu corpo e o que está juridicamente disposto pela lei. A ABS no Brasil surge como tática de organização do sistema por meio de ações que possibilitem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população atendida. No entanto, o desenvolvimento e a constituição da ABS foram marcados por problemas históricos na estrutura física, no acesso aos recursos e na habilidade e capacitação dos recursos humanos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) 1948 define os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de ações, tendo como principal finalidade promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Logo, em 1994, foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF), segundo Rocha et al. (2012) cujo objetivo era proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, substituindo o modelo tradicional de assistência.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para

¹⁰(Courtenay, 2000; Doyal, 2001; Gawryszewski, Koizumi & Mello-Jorge, 2004; Macintyre, Hunt & Sweeting, 1996; Verbrugge, 1982).

a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Nesse contexto a atenção primária é direcionada para responder de forma regionalizada e sucessiva a maior parte das necessidades de saúde da população, onde são integradas ações preventivas, tal como a atenção aos indivíduos das comunidades. Prontamente a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a PNAB, buscando reforçar o conceito de saúde guiando as ações e serviços neste nível de atenção determinando que:

O sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (LAVRAS, 2011, p. 871).

Nesse sentido, percebe-se a importância do papel da Atenção Básica e as promoções de suas ações realizadas para minimizar as fragilidades do acesso do homem ao sistema de saúde. Portanto, diante da compreensão da importância Silvia et. al. (2012) aponta que o Ministério da Saúde (MS) cria em 27 de agosto de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH com as estratégias de humanização, buscando fortalecer as ações e serviços em redes e cuidados da saúde, tendo como objetivos principais: qualificação da assistência à saúde masculina na aparência de linhas de cuidado, visando o resguardo a integralidade e qualificando a atenção primária para que ela não seja restrita apenas à recuperação, fazendo-se prevalecer, especialmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.

A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo,

para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos. (STARFIELD, 2002, p.29)

Mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, tendo em vista promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, a Portaria Nº 1.944 de 2009, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, menciona no art. 4º “V – fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde”, por meio de ações a que venha contribuir efetivamente, na redução da morbidade e da mortalidade dessa população.

Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde é um dos desafios da Política de Saúde, que tem a intenção de tornar os homens protagonistas de demandas que consolidem seus direitos de cidadania. (BRASIL, 2009). Assim, as estratégias necessárias para o atendimento da saúde a população masculina é continua sendo um grande desafio para os serviços de saúde, uma vez que, a masculinidade construída historicamente e sócio-culturalmente é um processo em permanente construção e transformação, fundamentada nos princípios equidade, integralidade, universalidade, intersetorialidade e humanização em saúde.

Cuidar da saúde dos homens passa por oferecer-lhes intervenções ética e cientificamente aceitáveis, como abordagem do etilismo e tabagismo e medida anual de pressão arterial. Parece estar claro que o rastreamento do câncer de próstata não deve ser estimulado, mas os profissionais devem ser capazes de discutir prós e contras com homens que busquem esse procedimento. Entretanto, é igualmente importante organizar os serviços de saúde para atender às características e demandas dessa população, evitando posturas culpabilizadoras e olhares estereotipados, e enxergando os homens para além da próstata. (MODESTO, et al. 2018, p. 257)

O Novembro Azul movimento já conhecido internacionalmente surge no Brasil em 2008 chamando atenção para a neoplasia, no Brasil essa campanha direciona a

atenção para importância da prevenção do câncer de próstata, tendo por objetivo principal incentivar, o diagnóstico precoce de doenças como o câncer de próstata, (MODESTO et al. (2018) entretanto o autor supracitado menciona a forma que é feita a propaganda direcionando tão somente a atenção a prevenção do câncer de próstata “[..] abordagens campanhistas, verticais e reducionistas podem não ser estratégias profícuas e costumam falhar em integralidade e continuidade[..]”. Ao invés de também contemplar tanto quanto outras questões que envolvem a saúde do homem. Para o autor o movimento proposto pela campanha “[...] não resolve o desafio que a saúde masculina representa para serviços” onde os quais estão “preocupados com integralidade e equidade” em relação à saúde do homem. No entanto vale ressaltar o sentido do novembro azul está direcionado a adoção da importância do ato de se falar sobre a saúde masculina e chamar a atenção da sociedade para o fato de que prevenir é melhor que remediar.

Deste modo, a importância da organização dos serviços de saúde para atender, as características e demandas desta população têm que ser feitas de modo que seja extinta as posturas que culpabilizem essa categoria masculina, facilitado seu acesso aos serviços de prevenção.

Finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas. (BRASIL, 2008, p. 9.)

Nessa direção, a problematização desse eixo metodológico se faz importante para conceituar práticas que são fundamentais nas estratégias e ações para atrair essa população. Dessa forma, entende-se por menor, que a ação serviu para aproximar a Unidade de Saúde da Família da população masculina, sensibilizando-o ao cuidado com a sua saúde, assim como para estimular a ida desses usuários com, mas freqüência ao serviço de atenção primária à saúde (OLIVEIRA e ROSA, 2012).

Entretanto percebe-se na contemporaneidade segundo Couto et. al. (2010) a invisibilidade da participação do homem no planejamento reprodutivo que se dá muitas vezes pela falta de oferta de atividades pautadas na promoção, prevenção organizada para a saúde do homem. Onde normalmente encontra-se nas Estratégias Saúde da Família- ESF demandas planejadas para atendimento a mulher, criança e ao idoso.

Com respeito a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (FIGUEREDO, 2005, p. 106).

Nesse sentido, Figueredo (2005) pontua que um dos desafios que a implantação de atenção primária em saúde do homem tem a enfrentar é a própria inserção dos homens nos serviços da Atenção Primária em Saúde onde muitas vezes as atuações dos profissionais de saúde reproduzem concepções de gênero, como o conceito de que o corpo masculino é um campo do não-cuidado. Contudo cabe mudar, por exemplo, a forma em que homens são acolhidos que muitas vezes é de maneira curativista ou tão somente medicar, se faz o necessário do incentivo da participação masculina potencializando as oportunidades para realização de exames clínicos de rotina, de forma, mas estratégica valorizar a paternidade na estratégia do pré-natal e incluir os homens no planejamento familiar.

3 GÊNERO MASCULINO E CUIDADO EM SAÚDE

Para este capítulo o trabalho traz a construção de um referencial teórico para o desenvolvimento da presente proposta investigativa promovendo a abordagem e o esclarecimento de conceitos como: o ser do gênero masculino e o cuidado em saúde. Paralelamente buscou uma breve explanação sobre a construção do masculino na sociedade. Assim, essa seção abordará a discussão desses conceitos considerados essenciais para compreensão dessa temática.

3.1 O SER HOMEM E A CONSTRUÇÃO DO MASCULINO

De acordo com Bourdieu (1999 apud CARVALHO, 2004) o gênero é uma construção social, histórica e cultural que se baseia nas diferenças sexuais, onde há uma relação de poder que envolve uma oposição entre masculinidade e feminilidade, que são por sua vez representações que variam conforme a classe social, religião, etnia e região. Constituindo num processo educacional, a relação de dominação entre os sujeitos molda as identidades de sexo e gênero. Nas palavras do próprio Bourdieu "Tendo apenas uma existência relacional, cada um dos dois gêneros é produto do trabalho de construção ao mesmo tempo teórica e prática, que é necessário a sua produção como corpo socialmente diferenciado do gênero oposto..." (2012, p. 34).

Nas relações de gênero, o poder, a força e o sucesso se caracterizam com atributos dos homens, resultando em condutas que predispõem aos cuidados.

Assim, Bertoline e Simonetti afirmam que:

"Há diversas representações e estereótipos relacionados aos gêneros, tais como: homens são mais fortes"; "o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidados"; "mulheres são naturalmente cuidadoras". Assim sendo, a invisibilidade do gênero masculino é produzida por meio de uma expectativa dos profissionais de que homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos autênticas. (2014, p. 723).

Conforme Brunner e Suddarth (2009), nesses modelos de masculinidade idealizada estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco como valores da cultura masculina e a idéia de uma sexualidade instintiva e, portanto, incontrolável. “O cuidar ainda é visto e entendido como tarefa essencialmente feminina, pois desde cedo as mulheres são educadas para desempenhar e responsabilizar-se por este papel” (POZZATI et al., 2013, p. 543). O ato de cuidar é atribuído ao sexo feminino fazendo com que os homens deixem de lado a sua própria saúde, assim, “As questões de gênero influenciam na conduta e nos hábitos de vida masculinos, produzindo não apenas modos de vida e sim também maneiras de adoecer e morrer” (id, ibid.), fortalecendo a desvalorização do autocuidado e a exposição aos riscos à saúde.

Há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde. Neste sentido, verifica-se que o processo de adoecimento torna-se de difícil aceitação e, embora se possa até reconhecer a importância da prevenção para a saúde em geral, não há a adoção, na prática, de tais comportamentos, nem tampouco há a busca, para fins preventivos, dos serviços de saúde, o que determina que riscos e doenças, quando existentes, sejam de difícil detecção e tratamento pelos profissionais (SILVA et al., 2012, p. 563).

Diante disso, as barreiras institucionais e socioculturais, cuja finalidade é resguardar a prevenção e a promoção como aspectos necessários e fundamentais de intervenção, têm sido considerados importantes para a conjectura estratégica de medidas, visando à promoção ao acesso dos homens aos serviços de atenção primária.

Para Gomes (2003) homens e mulheres carecem ser vistos em sua singularidade tanto quanto em sua diversidade no âmbito das relações que se constituem. Tendo em vista que, dada a devida importância às questões de prevenção e da promoção a saúde do homem, essa ação não fica restringida à saúde masculina. Por conseguinte, a saúde da mulher tem ganhos em temas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina segundo (SCHRAIBER, et al 2005).

Porém, segundo Gomes (2003) a resistência masculina quanto à prevenção ainda é patente, visto que, há muitos com pensamentos conservadores baseados em fatores decorrentes do estereótipo masculino, que são vistos pela sociedade como seres fortes e invulneráveis. Deste modo, os homens costumam dar menos atenção à saúde e realizam menos consultas médicas. Porém, como afirma Figueiredo (2004) quando há necessidade muitos optam por utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou pronto-atendimentos, pela agilidade no atendimento sem ter a necessidade da espera. Deste modo para Pozzati et al :

Um dos reflexos da procura por um atendimento rápido e emergencial e, às vezes, inadequado é o agravamento com possível cronicidade de muitas doenças que se tratadas precocemente poderiam ser evitadas. A duração média de dias de internação hospitalar é maior no sexo masculino, apontando como possível hipótese o fato de que, talvez, os homens seriam internados em serviços médicos especializados em fases mais avançadas da doença do que as mulheres, prolongando assim o seu tratamento [...] os fatores que levam à alta morbimortalidade masculina são decorrentes de hábitos e estilo de vida menos saudáveis. (2013, p.544)

Segundo Lemos et al. (2017) “[...] homem busca pelos serviços de saúde em momentos de dor, padecendo, assim, de condições mais severas e crônicas de saúde[...]” (p. 4550). Em consequência da não procura por serviços preventivos, acarretam doenças muitas vezes incuráveis. Associadas a isso se encontram 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). A respeito da vulnerabilidade segundo (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002) e as altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam os serviços da atenção básica como as mulheres.

É notório que os serviços de saúde têm uma dificuldade em absorver a demanda apresentada pelos homens, isso decorre da má organização dos serviços, que não estimula o acesso do mesmo. Assim, são necessárias mudanças nas estratégias dos serviços de saúde e no enfoque relacionado ao gênero masculino.

Segundos dados do IBGE de 2015 o Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM o índice de morte por parte da população masculina é bem maior que o da população feminina. Destacam-se vários tipos de agravos, dentre os quais os mais incisivos são os externos (acidentes com transporte automobilístico, brigas e assassinatos, dentre outros). Por causas internas são as (doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho digestivo, e algumas doenças infecciosas e parasitárias).

Ao se estabelecer a discussão sobre o distanciamento que esse gênero masculino tem do cuidado com seu próprio corpo. Para este capítulo o trabalho traz algumas considerações acerca da questão da cultura patriarcal como um fator que perpassa a educação, valores compreendidos e repassados a nova geração. No entanto, a promoção da igualdade emana da inserção do homem no processo de desconstrução dos papéis de gênero. Entretanto ainda hoje se é vista as relações de gênero, associada ao poder. Pois dentro da medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações de forma desiguais, a mulher é mantida de forma subjugada ao homem e ao domínio patriarcal (COSTA, 2008).

Dentre as relações formadas entre masculinidade e juventude podem levar a práticas violentas, trazendo comprometimentos para a saúde dos homens jovens, tendo em vista que esses sujeitos, ao almejam o status de ser homem, podem ser influenciados pelo modelo hegemônico de masculinidade, relacionado à dominação e ao ser forte (NASCIMENTO et al., 2009). Paralelamente, objetivando uma melhor compreensão do assunto, (Id. ibid.) trás em seu texto nesse sentido, que os jovens, para comprovarem ou serem aceitos como homens de “verdade”, para tanto, passam a dominar todos aqueles que julgam mais “fracos” como, por exemplo, mulheres, e até outros homens podendo assim cair na sua própria armadilha, onde se expõem a riscos, comprometendo sua saúde e até mesmo sua própria e de outras pessoas. Nascimento et al. (2009) compreende que:

A partir dessa perspectiva, as consequências das relações masculinidade-violência-juventude para a saúde pública se expressam fortemente nos perfis de mortalidade por causas externas, trazendo não só custos para o Estado como também desafios a serem enfrentados frente a um problema tão complexo e multifacetado (p. 1156).

Subtende-se a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor. Nesse sentido segundo Machin et al. (2005) o gênero, é de certo modo o princípio ordenador do pensamento e da ação no qual estabelece atributos culturais aos sexos desde uma perspectiva relacional desde outrora.

Assim, em cada nível, apesar dos efeitos de uma superseleção, a igualdade formal entre os homens e as mulheres tende a dissimular que, sendo as coisas em tudo iguais, as mulheres ocupam sempre as posições menos favorecidas. Por exemplo, sendo embora verdade que as mulheres estão cada vez mais representadas em funções públicas, são sempre as posições mais baixas e mais precárias que lhes são reservadas (elas são particularmente numerosas entre as não tituladas e os agentes de tempo parcial, e, na administração local, por exemplo, vêm ser-lhes atribuídas posições subalternas e ancilares, de assistência e cuidados — mulheres da limpeza, merendeiras, crecheiras etc.) (BOURDIEU, 2012, p.110,)

Para tanto, Machin et al.(2005) ainda pontua que ambos os sexos tanto masculino como feminino são espaços simbólicos que constituem a identidade dos sujeitos onde são modificados hábitos comportamentais e até emocionais. No passar dos anos os homens se tornaram objeto de pesquisa em meio ao modelo “patriarcal” atrelado a um modelo provedor, ativo sexualmente, dono do poder. Já a mulher é vista como ser cheia de emoções, vida associada ao modelo de reprodutora passiva e dependente sexualmente, pessoa obediente e do lar. Nesse conflito existente entre homem e mulher nas relações vividas socialmente, em ambiente doméstico e coletivo o homem leva vantagens mediante aos valores dominantes na sociedade titulada individualista de total rivalidade monetária.

Durante séculos a reprodução da existência humana e o cuidado com os filhos foram reconhecidos como atividades relacionadas ao feminino, acabando por naturalizar essa relação. [...] Ainda que tenha

havido um progressivo acúmulo de reflexões no âmbito da promoção da saúde sob uma perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidado dos outros continuam ausentes do processo de socialização dos homens (MACHIN et al., 2005, p. 4509).

Ainda no interior das explicações ancoradas na cultura, o homem em situação de usuário é visto de forma negativa por demonstrar pouca paciência na espera por atendimento em contraposição a postura feminina de ser paciente, onde denota seu domínio nas instruções prevalentes nesses espaços institucionais.

Segundo Gomes (2003) essa imagem masculina do “ser forte” interfere em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações. O aspecto cultural é associado a um ser homem, que tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição ao ser mulher identificada com fragilidade e sensibilidade.

No que tange à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a idéia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. O preconceito masculino associado à falta de informação e recursos são um dos fatores que impedem o acesso do homem as unidades de saúde. “os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (BRASIL, 2008). Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino.

Desde pequenos os homens são desafiados a provar sua masculinidade. Nunca relaxar para sempre ser considerado macho gera angústia, além de sentimento de inferioridade entre eles. Nesse sentido, Nascimento et al. (2009) observa que as discussões acerca das relações masculinidade, juventude, e violência devem se situar numa lógica complexa em que a violência é entendida como um fenômeno multifacetário e sócio-histórico, nutrida e modelada a partir de aspectos políticos, econômicos e culturais que se traduzem nas relações cotidianas entre os sujeitos e as instituições, sendo este um processo apreendido e internalizado.

4 O CAMINHO DA PESQUISA

Neste terceiro capítulo será demonstrado o caminho percorrido para realização da pesquisa e os resultados obtidos através dela. A fim de alcançar esse objetivo, trataremos de evidenciar o contexto da pesquisa social, qual seja, os homens da zona rural de Cruz das Almas- Embira. Nesse sentido, abordaremos os aspectos metodológicos da pesquisa, o instrumento utilizado para coleta de dados, isto é, a entrevista. E por fim, teceremos uma análise interpretativa dos dados, partindo da premissa que esses dados refletem uma dada realidade.

4.1 UNIVERSO DA PESQUISA: A SAÚDE DO HOMEM NA EMBIRA

A Embira, zona rural de Cruz das Almas, é considerada uma das localidades povoadas mais antigas da cidade, seu nome origem Tupi Guarani, significado de nome genérico de todas as plantas de hastes finas e flexíveis que servem para atar; plantas trepadeiras que pendem das árvores; cipó. (Fonte: Dicionário de Palavras Brasileiras de Origem Indígena – Clóvis Chiaradia) ¹¹.

Comunidade que teve um grande aumento nos últimos 08 anos de moradores depois da construção do conjunto de casas habitacionais do Programa da minha casa minha vida do governo da Bahia onde passou a ter uma creche e uma Unidade Básica de Saúde Modesta Barbosa que antes não existia ¹².

Através de um cadastro já existente na UBS feito pela agente comunitária de saúde que atua na área já supracitada, foi feito um levantamento do quantitativo de homens do gênero masculino existente na área de cobertura. De antemão foi identificado a existência de 100 indivíduos do sexo masculino de várias idades, destes, foram identificados os quantitativos de entrevistados conforme faixa etária considerando a proporcionalidade, tal como demonstra a tabela 03 na próxima sessão.

¹¹ Devido à dificuldade de achar dados sobre a comunidade da Embira, essas informações foram tiradas do blog de Edisandro Barbosa Bingre acessado em 16 de agosto de 2018 e o mesmo se refere que tais informações foram colhidas do dicionário de palavras brasileiras de origem indígena, entretanto esta autora não teve acesso a esse dicionário.

¹² Registro de memória e tradição oral da autora que é residente da comunidade desde sua infância.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Optou-se por selecionar 10 indivíduos, tendo como critérios ser maior de idade, ter idades distintas de modo alcançar jovens, adultos jovens, adultos e idosos. Tal como apresentados no quadro 03.

Quadro 03. Quantitativo de entrevistados conforme idade

Idade	Quantitativo	Classificação
22 anos	01	Jovem
24 anos	01	Jovem
33 anos	01	Adulto jovem
42 anos	01	Adulto
45 anos	01	Adulto
49 anos	01	Adulto
51 anos	01	Adulto
66 anos	01	Idoso

Quadro 03 - Fonte: Pesquisa de campo (2018).

O trabalho de campo ocorreu na própria comunidade em que os entrevistados residem e são cadastrados e acompanhados pela agente comunitária de saúde, as entrevistas foram realizadas no segundo semestre do ano de 2018. Cabe ressaltar que houve a possibilidade das entrevistas ocorrerem todas no dia 09 de agosto de 2018 sendo que no turno vespertino foram entrevistados 06 indivíduos do gênero masculino e no turno matutino foram 04 entrevistados, devido à aproximação das casas fator que contribuiu muito para evolução das entrevistas e também a disponibilidade dos entrevistados decorrente a rotina de cada um. Deste modo o trabalho de campo seguiu as orientações éticas de pesquisa com seres humanos as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por conteúdo temático com a concordância dos entrevistados a despeito da análise, explanação dos dados colhidos e informações obtidas na pesquisa. Os tópicos abordados foram desenvolvidos de modo que pudesse pautar a produção literária na área da Atenção

Básica a essa população do sexo masculino com a realidade apresentada pelos sujeitos envolvidos no estudo.

No intuito de apontar reflexões acerca do processo do cuidado dos homens com a sua saúde e apontar quais fatores carecem obter maior visibilidade por parte da Atenção Básica, deixou-se claro para todos os entrevistados que poderiam obter esclarecimentos antes, durante e depois da realização da pesquisa, bastando contatar a pesquisadora.

4.3 A PESQUISA: VOZ DOS SUJEITOS

Quadro 04. Perfil dos homens entrevistados

Ocupação Profissional e Denominação	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de residência	Reside com quantas pessoas	Tem filhos	Pratica atividade física
Desempregado Entrevistado 01	24	Solteiro	Ensino médio completo	24 Anos	03	Não	Futebol
Lavrador Entrevistado 02	42	Solteiro	Ensino Fundamental Incompleto	30 Anos	Sozinho	Não	Não
Mecânico Entrevistado 03	65	Divorciado	Ensino Fundamental Incompleto	10 Anos	Sozinho	04	Não
Aposentado Entrevistado 04	66	Mora junto	Ensino Fundamental Incompleto	08 Anos	04	06	Caminhada
Autônomo Entrevistado 05	22	Solteiro	Ensino Fundamental Incompleto	08 Anos	01	Não	Futebol
Pedreiro	51	Casado	Ensino	02 Anos	03	02	Caminhada

Entrevistado 06			Fundamental Incompleto				
Negociante Entrevistado 07	33	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	08 Meses	03	01	Não
Vigilante Entrevistado 08	45	Solteiro	Ensino médio completo	30 Anos	04	Não	Bicicleta
Pedreiro Entrevistado 09	49	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	01 Ano e 06 meses	01	01	Não
Aposentado Entrevistado 10	66	Solteiro	Ensino Fundamental Incompleto	18 Anos	Não	01	Não

Quadro 4- Fonte: Pesquisa de campo (2018).

Diante do levantamento dos dados coletados dos entrevistados exposto na tabela acima nota-se que em sua maioria os mesmos possuem o ensino fundamental incompleto variando entre jovens e adultos. Cabe ressaltar que a presença em campo favoreceu uma sensibilização analítica para a reflexão que se segue. A partir das entrevistas identificam-se as categorias que contribuem para responder as inquietações desta pesquisa. A primeira delas refere-se à consciência da existência ou inexistência do autocuidado com a própria saúde.

A partir da questão “**você se considera uma pessoa que cuida da sua própria saúde?**” e de outras questões correlacionadas na entrevista identifica-se na fala do entrevistado 10 que o cuidado só passou a ser feito com maior intensidade após a doença já instalada, ou seja, ele foi obrigado a cuidar-se. “[...] mas ou menos [...] agora que comecei a cuidar [...] que agora as doenças começaram a aparecer”.

Denota-se a cultivação de uma idéia de que eles não adoecem, sendo assim só procuram a Atenção Básica quando a doença já se encontra instalada.

É interessante essa associação entre frequência ao serviço de saúde e morte, como se a proximidade com esse lugar remetesse muito mais ao eixo do tratamento da doença e de suas seqüelas, do que a

um lugar de cuidado com a vida e a saúde. Tal perspectiva parece estar sintonizada com a representação histórica e socialmente compartilhada de que há uma descontinuidade entre saúde e doença, que esta última interrompe o ciclo vital e não a compõe. Essa perspectiva dificulta a incorporação da experiência de adoecimento e sua elaboração na direção (GOMES, et al, 2011, p. 985).

De forma oposta é interessante o que o entrevistado 02 relata em sua fala exposta a seguir onde demonstra ter a consciência da necessidade do cuidado, porém só cuida quando está sentindo algo. E o entrevistado 05 demonstra não se importar sendo ser uma pessoa relapsa com sua saúde. “[...] rapaz às vezes sim às vezes não, tem coisas que a gente deve fazer e nós não faz, tem que ir ao médico nós não vai um bando de coisas, essas coisas nos não vai aí vai levando a vida desse jeito ta entendendo? Sente uma dor hoje outra amanhã ficou bom, já acha que ficou bom não quer mais lá e é isso aí vai levando a vida”. “[...] mas ou menos [...] eu não ligo muito [...] relaxamente meu”.

a “não presença” dos homens nos serviços de saúde está associada a uma suposta ausência ou a um não reconhecimento da sua singularidade, que pode ser interpretada como uma invisibilidade não do sujeito/usuário e sim das políticas de saúde em reconhecê-lo e, portanto, incorporá-lo também como um protagonista de suas ações (Gomes, et al, 2011, p. 984).

Faz-se necessário a criação de novas estratégias de ações convidativas a esses usuários por parte da Atenção Primária para que venha corroborar no despertar do interesse em se integralizar esse homem/usuário as ações preventivas. As respostas que afirmam o cuidado total foram poucas, outras alegam o motivo do não cuidado à falta de tempo por trabalhar muito como conta na fala do entrevistado 03: “[...] Bem pouco [...] falta de tempo, mais o trabalho[...]” “Quando se trata de cuidado com a saúde, o trabalho tem sido considerado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos” (SCHRAIBER; ROMEU; COUTO, 2005, p. 11)

Em contrapartida os entrevistados 06 e 07 alegam praticar alguns hábitos saudáveis e somente isso ser o suficiente: “[...] mas ou menos né... tipo assim... não bebo não fumo, vou pra igreja. Só tem essa questão que eu não faço nenhum exercício por preguiça [...]”.

Já o outro entrevistado afirma: “[...] mas ou menos... Por que eu evito muitas coisas que eu parei de fazer na alimentação, jantar de noite gorduras essa coisas tudo eu cortei, não faço, mas e to caminhado... quer dizer... de um lado to contribuído pra minha saúde né, só não to indo no médico, mas eu to fazendo uma boa parte, que o principal é isso a alimentação eu to cortando graças a Deus muitas coisa, então acho que sim numa parte to, colaborando pra minha saúde to...”

Quanto à frequência dos homens na UBS, somente na fala do entrevistado 08 é registrado a confirmação de uma frequência assídua: “[...] com frequência, qualquer sintoma to na unidade de saúde”. O mesmo demonstrando uma certeza de onde ele pode encontrar um atendimento para suas necessidades. Deste modo, a visão do entrevistado 06 é complementar ao mesmo pensamento quando ele em sua fala manifesta seu interesse de ir a UBS assim que possível, tendo dificuldade devido seu trabalho diário. “[...] pouca frequência, pouca [...] Por que até agora como lhe falei só to dependendo fazer esses exames aí, que to querendo marcar, mas dificilmente graças a Deus... até aqui, até aqui agora né a gente acha que ta tudo bem né, mas pedir a Deus que esteja mesmo, mas nada eu sinto até agora e também não vou esperar sentir, me prevenir antes então eu quero marcar os exames por isso”.

A maioria dos entrevistados alega ir poucas vezes, somente quando realmente necessitaram no caso de urgência como está relatado na fala do entrevistado 03 e o entrevistado 04 respectivamente: “[...] só tive uma vez que tive ali pra medir a pressão só”. O outro: “[...] agora eu to indo muito, mas vezes, eu não queria ir tantas vezes, mas é forçado a ir... Por que eu to me sentido doente tem que procurar o posto né”.

Na fala do entrevistado 07 se destacam dois pontos significativos sobre a discussão entorno da procura por serviços de saúde por parte do gênero masculino em que ele enxerga a necessidade da sua esposa e filha e a sua própria não, e o medo que possa estar embutido por trás do desinteresse em procurar por serviço de saúde pra se próprio, quando em sua fala seguinte ele deixa claro seu medo de médico: “[...] eu só vou pra marcar pra minha mulher e minha filha pra mim não [...] só fui só duas vezes, pouca né [...] por que...foi só pra essas duas pessoas mesmo pra mim mesmo não fui não, ainda não [...] não gosto não, de ir pra médico ficar lá esperando a boa vontade... Tomar vacina, injeção não suporto esses negocio não”.

Em relação ao gênero e cuidado faz-se necessário entender que:

A partir dos anos 90 do século XX, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem, sem perder a perspectiva relacional de gênero, veio focalizando, sobretudo, a resignificação do masculino para buscar-se uma saúde mais integral do homem (GOMES e NASCIMENTO, 2006, p. 901).

Quanto à abordagem dessa temática o entrevistado coloca que: “[...] é que o homem é diferente, a mulher se cuida mais que os homens... pro homem tanto faz como tanto fez como ele tá aqui nu, como ta vestido, pra ele tudo é alegria ali... e a mulher não é assim...a mulher se previne de mais, quer andar mais arrumada mais bonita e mais cuidada”.

Em relação ao autocuidado o entrevistado 07 diz: “[...] graças a Deus que sou uma pessoa que tem saúde eu não sou doente [...] às vezes eu vou na farmácia...aí se o farmacêutico passar algum remédio eu compro [...] por que olhe só se eu sentir qualquer uma dor que eu vejo que vai prejudicar eu chego na farmácia eu converso, que eles entendem também. Quando um remédio não da certo eu vou procurar outra farmácia pra vê né? Que tem que da certo, o que eu não posso é ta sofrendo”.É como coloca o autor “Homens, diante de algum problema de saúde, procuram medidas de tratamento alternativas, desde o uso de chás até automedicação, buscando orientação de algum farmacêutico, quando possível” (Moura et al., 2014, p.434). Observamos que a escolhas de muitos trabalhadores pela farmácia se dá muitas vezes pela necessidade de um rápido atendimento sem ter que esperar.

O terceiro tema abordado é sobre a acessibilidade e emergiu a partir das questões: **A existência de uma UBS dentro de sua comunidade ajuda ou atrapalha as pessoas que necessitam de serviços de saúde? Por que?**

O entrevistado 07 afirma: “[...] ajuda né bastante, que em vez da pessoa daqui... hoje o lugar que a gente mora precisa tem que ter dinheiro ou se não transporte pra se locomover pra rua...então com esse posto saúde aqui já é uma grande coisa...”

No mesmo pensamento o entrevistado 08: “[...] ajuda e muito, bastante mesmo, por que tem pessoas que não tem acesso nas clínicas e na cidade e na comunidade é outra coisa, bastante melhor...”.

Na pergunta: **Você encontrou alguma dificuldade pra ter acesso a UBS?** A maioria dos entrevistados alega não encontrar dificuldade no acesso a UBS.

A fala do entrevistado 06 denota a facilidade do acesso: “[...] não...até hoje não; fácilimo”.

Porém mesmo não encontrando dificuldade pra acessar os serviços disponibilizados pela UBS os mesmo supracitados não buscam a prevenção. E não se tem interesse algum pra participar de qualquer ação/atividade educativa que ocorra na UBS ou em qualquer outro espaço da saúde. Isso é visto em algumas respostas quando os mesmos responderam a seguinte pergunta: **Você já participou de alguma atividade ou alguma palestra sobre saúde realizada na UBS? Por quê?**

Nas respostas dos entrevistados 01, 05 e o 03 é demonstrado desinteresse. O entrevistado 01 respondeu: “[...] não, rapaz... não tenho muito contato lá mesmo, por que só vou... fazer o básico mesmo por precisão”. O entrevistado 05 responde: “[...] não sou muito fã não aí eu não fui não”. E o entrevistado 03 afirma: “[...] nunca, facilidade minha mesmo”.

Já o entrevistado 04 cita a falta de tempo por motivo de trabalho e ainda há a sensação de que, se sua esposa frequenta, assim sendo ele já está sendo representado de alguma forma: “[...] não, isso aí nunca fui/ muitas vezes não tenho tempo, eu acho que não tenho tempo pra isso tem a mulher pra ir aí eu não vou, podia ir né”?

Na mesma direção o entrevistado 02 declara a falta de tempo: “[...] não... não ter teve, mas eu não fui [...] às vezes não tava com tempo”.

Em contrapartida, os entrevistados alegam a falta de informação e a incompatibilidade do horário e dias de funcionamento da UBS: “[...] nem fiquei sabendo falar a verdade, e também dificilmente eu paro em casa trabalhando e essas coisas quando acontece é mais dia de semana...”. O entrevistado aponta que

a unidade de saúde não funciona em horários que sejam compatíveis com quem trabalha. Visto que não se associa o funcionamento dos serviços às necessidades objetivas dos trabalhadores tornando o horário de funcionamento das UBS um fator importante que contribui para ausência dos homens nos serviços de saúde.

Toda via observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres, e a não inserção da população masculina nas políticas públicas sempre constituiu uma barreira para o acesso dos mesmos aos serviços de saúde.

Para tanto, entende-se que o distanciamento masculino referente aos cuidados com a saúde, principalmente em relação aos aspectos preventivos, à adesão ao tratamento e ao engajamento em situações de risco, atua negativamente sobre os índices de mortalidade masculina. Por isso, a importância de uma educação em saúde constante e progressiva, voltada exclusivamente para essa parte da população e que ensina ao homem que, mesmo em sua condição de provedor, é essencial que o cuidado à saúde de forma preventiva torne-se um hábito, evitando assim possíveis agravos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu conhecer um pouco sobre a relação do cuidado e saúde dos homens na atenção primária num contexto social localizado dentro do município de Crus das Almas – BA.

Conduzido pelo problema social que pergunta o quanto o homem cuida da sua própria saúde e o quanto isso influencia na vida dos mesmos. Esse trabalho de conclusão buscou articular a questão da vulnerabilidade dos homens, dentro do conceito de prevenção no intuito de discutir a viabilidade desse processo por parte dessa população masculina. Por meio de pesquisa bibliográfica, documental e de campo foi identificado fatores que se configuram como impasses no processo de cuidado do homem com sua saúde.

Nesse sentido os resultados obtidos na presente pesquisa geraram muitos questionamentos e apontam novas formas de análise para se pensar novos trabalhos, com essa temática, sendo escassos trabalhos acadêmicos nesse contexto. Foi observada a existência de fatores relacionados à maneira como o homem percebem e cuidam de sua saúde forma essa atrelada a uma masculinidade machista ligada a um ideal de masculinidade hegemônica.

Dando continuidade a essa análise, ressaltou a importância da implementação das políticas de saúde, percurso iniciado através do marco legal instaurado pela Conferência Federal de 1988 que viabilizou a articulação e práticas dos projetos políticos de saúde, trajeto percorrido para que houvesse efetivação da integralidade do SUS. Para tanto a Constituição deliberou grandes progressos no que tange os Direitos sociais, considerando como eram dados anteriormente.

Diante da PNAISH, criada no intuito de viabilizar um maior acesso dos homens aos serviços de saúde e assim dar uma maior atenção a essa população. Observou-se um aumento da procura pela prevenção por parte dos homens, porém não uma maioria. Contribuindo dessa forma pro aumento de morbimortalidade em decorrência de agravos de doenças.

Defende-se nesse trabalho uma reformulação nas ações desenvolvidas em serviços de saúde visando uma abordagem relativa à diversidade de gênero para uma maior inclusão e participação desses homens.

Por meio da análise das respostas dos entrevistados foi possível perceber ao longo das entrevistas o reconhecimento do descaso com a própria saúde. Ainda demonstrando o uso do serviço de saúde de forma emergencial, predominando consultas de pronto atendimento.

Faz-se necessário por tanto, aos serviços de saúde pensar de forma cautelosa e rigorosa alternativas de formas variáveis que incluam os homens sob o aspecto de gênero e sob as suas diversidades e as individualidades dessa população.

Assim sendo entende-se que esse trabalho trás uma contribuição para o Serviço Social no sentido de despertar para uma realidade que pode estar vinculada a violação de direitos a saúde. De mesmo modo alertar o Serviço Social o quanto a questões de Gênero interfere numa política social.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; ALENCAR, Mônica Maria Torres de. **Serviço Social, trabalho e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva 2011. 186p. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/14resenha.pdf>> Acesso: em 07 de julho de 2018.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 11^o ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012, 160p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 04 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 04 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4) 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988 Disponível em: <https://www.imprensaoficial.com.br/downloads/pdf/Constituicoes_declaracao.pdf> Acesso: em 26 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Série E. Legislação em Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 22 de junho de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. novembro de 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 06 de julho de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde / Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_13confere/relatorio_consolidado_13cns.pdf>. Acesso em: 06 de julho de 2018.

_____. **PORTARIA Nº 1.944, de 27 agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html > Acesso em: 27 de janeiro de 2018.

BRAVO, Maria I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110. Disponível em: <<http://www.poteresocial.com.br/livro-servico-social-e-saude-para-download/>>. Acesso em: 12 de julho de 2018.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

BUSS, P. M., and LABRA, M. E, (orgs0. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf>>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

CARVALHO, M. E. P. de. Pierre Bourdieu sobre gênero e educação. **Revista Ártemis**. Vol. 1, Dez 2004. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/2364/2068>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

COSTA, Ana Alice. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. 2008. Disponível em:< <https://pactoglobalcreapr.files.wordpress.com/2012/02/5-empoderamento-ana-alice.pdf>>. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

COUTO, M. T. et al.**O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. 2010, vol.14, n.33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/en_a03v14n33.pdf >. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005, vol.10, n.1, p.105-109. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2018.

GIFFIN K. **A inserção dos homens nos estudos de gênero:** contribuições de um sujeito histórico. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(1): p.47-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a05v10n1.pdf>> Acesso em: 10 de julho de 2018.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar./Abr. 1995.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em: 24 de Março de 2018.

GOMES, R. et al. **Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, p.983-992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 03 de agosto de 2018.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde:** uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, Maio de 2016. p. 901-911. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em 04 de agosto de 2018.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. ARAUJO, Fábio Carvalho de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** *Cad. Saúde Pública.* 2007, vol.23, n.3, p.565-574. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2007000300015>>. Acesso em: 06 de julho de 2018.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B. & COUTO, M. T. **O homem como foco da saúde pública.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a01v10n1.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2018

GOMES, R., (org.). **Saúde do homem em debate.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 228 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647.pdf>>. Acesso em: 06 de agosto de 2018.

_____. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 825-829 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463>> Acesso em: 16 de janeiro de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. Ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/ivani/Downloads/Relacoes%20Sociais%20e%20Servico%20Social%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* 2011, vol.20, n.4. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2017.

LEMOS, A.P. et al. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Revista de enfermagem**. UFPE, Recife, 11(Supl. 11): p.4546-53, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/ivani/Downloads/231205-75288-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ivani/Downloads/231205-75288-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

MACHIN R. et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde:** estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 2011, p.4503-4512. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>>. Acesso em: 02 de agosto de 2018.

MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada:** análise de objetivos e de roteiros. Art. Entrevista semi-estruturada estudo UNESP, 2003 Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf>. Acesso em: 27 de Março de 2018.

MATTOS, Rubens Araujo de. **Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde.** In;_____; **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p.

MERCADANTE, A.O.(coord.) **Evolução das políticas e do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, 79p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>>. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

MODESTO, A. A. D. et al . **Um novembro não tão azul:** debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160288.pdf>> . Acesso em: 11 de julho de 2018.

MOURA, Erly Catarina de. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* . 2014, vol.19, n.2, pp.429-438. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>>. Acesso em: 05 de julho de 2018.

MOREIRA, Renata L. S. F. et al. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Out/Dez 2014, pp.615-621. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>> Acesso em: 27 de março de 2018.

NASCIMENTO et al. **Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens.** Departamento de Ensino, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro 2008/2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2018.

POZZATI, R. et al. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 out/dez; 21(4): 540-545. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>> Acesso em: 19 de maio de 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Historia e Ciências, saúde-Manguinhos**. 2014, vol.21, n.1, p. 15-36. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

ROCHA, A. C. D. et al. **Atenção básica à saúde**: avaliação de estrutura e processo. RAS _ Vol. 14, Nº 54 – Abril-Junho, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/RASv14n55_71-79.pdf >. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec. 2003 vol.17, n.1, p.69-85. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100008>>. Acesso em: 27 de junho de 2018.

SILVA, Patrícia Alves dos Santos et al. **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde**. Esc. Anna Nery. 2012 vol.16, n.3. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):7-17, 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf> > Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

SOUZA, D. H. A. V, et al. Os homens e as práticas de cuidado em saúde. Centro de Ciências Jurídicas – Universidade Federal da Paraíba. **Revista Gênero & Direito**. Nº 01 Ano 2015 p. 397-415 Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/22693/13601>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. P.726
Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2017.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil:** pautas para o trabalho do assistente social. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/05.pdf> >. Acesso em: 24 de julho de 2018.

APÊNDICE

Entrevista feita na localidade da Embira zona rural do município de Cruz das Almas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS – COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL
ENTREVISTA (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO-PESQUISA DE CAMPO)
DISCENTE: IVANILDA CONCEIÇÃO BIBIANO
PUBLICO ALVO: MORADORES DO GÊNERO MASCULINO DA EMBIRA

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA

NOME: _____

IDADE: _____ CONDIÇÃO CONJUGAL: _____

COM QUEM VOCÊ MORA? _____

OCUPAÇÃO: _____ ESCOLARIDADE _____

RENDA: ATÉ UM SALÁRIO MÍNIMO () ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () MAIS DE 3 SALÁRIOS MÍNIMOS ()

HÁ QUANTO TEMPO MORA NESSA RESIDÊNCIA: _____

FILHOS: SIM () NÃO () QUANTOS: _____

PRETENDE TER: SIM () NÃO ()

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA: SIM () NÃO () QUAL: _____

- VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA QUE CUIDA DA SUA PRÓPRIA SAÚDE? POR QUÊ?
- VOCÊ JÁ TEVE ACESSO A UBS QUE FICA PRÓXIMA DA SUA CASA? POR QUAL MOTIVO VOCÊ FOI LÁ?
- VOCÊ VAI A UBS COM MUITA FREQUÊNCIA OU POUCA FREQUÊNCIA? POR QUÊ?
- QUANDO VOCÊ PRECISOU DA ÚLTIMA VEZ DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE, ONDE VOCÊ FOI?
- VOCÊ ENCONTROU ALGUMA DIFICULDADE PARA TER ACESSO A UBS?
- VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE OU ALGUMA REUNIÃO SOBRE SAÚDE REALIZADA NA UBS? POR QUÊ? VOCÊ LEMBRA QUAL ERA O TEMA, OU SOBRE O QUE SE TRATABA A AÇÃO?
- O QUE VOCÊ ACHA DO TRABALHO DESENVOLVIDO NA UBS DA SUA COMUNIDADE?
 - () BOM () RUIM
 - () DIFÍCIL ACESSO () DEMORADO / FALTA DE VAGAS.
- EXISTE ALGUMA COISA QUE LHE IMPEDE DE IR À UBS FAZER QUALQUER TIPO DE CONSULTA OU EXAME DE ROTINA? POR QUÊ NÃO VAI?
- A EXISTÊNCIA DE UMA UBS DENTRO DE SUA COMUNIDADE AJUDA OU ATRAPALHA AS PESSOAS QUE NECESSITAM DE SERVIÇOS DE SAÚDE? POR QUÊ?
- O QUE PODE SER FEITO PARA DESPERTAR SEU INTERESSE EM FREQUENTAR E BUSCAR A PREVENÇÃO NA UBS?

AGILIDADE NO ATENDIMENTO E DIVULGAÇÃO ()

MAS INFORMAÇÕES () OUTROS () O QUE POR EXEMPLO?

- QUAIS OS TIPOS DE EXAMES VOCÊ ACHA IMPORTANTE QUE S O HOMENS FAÇAM?
- VOCÊ ACHA IMPORTANTE QUE OS HOMENS FAÇAM O EXAME DA PRÓSTATA? VOCÊ SABE PRA QUE SERVE O EXAME DA PROSTATA?
- NA SUA OPINIÃO SE OS HOMENS FIZESSEM MAS EXAMES, DOENÇAS GRAVES PODERIA SER EVITADAS? POR QUÊ?
- NA SUA OPINIÃO POR QUE OS HOMENS NÃO SE CUIDAM?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado (a) (**POR QUE NÃO VAI AO POSTO? O olhar do homem sobre o cuidado à saúde em um distrito do Recôncavo da Bahia**) desenvolvida(o) por Ivanilda Conceição Bibiano. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é [coordenada / orientada pela prof^a Dr^a Silvia de O. Pereira, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail contatodiscentes@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é discutir a respeito do cuidado dos homens com sua própria saúde.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de [descrever o tipo de abordagem p. ex: entrevista semi-estruturada / observação / aferição / exame /

coleta / análise do meu prontuário / grupo, etc.] [a ser gravada a partir da assinatura desta autorização]. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Cruz das Almas- BA, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____