



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU/MESTRADO EM
ENFERMAGEM**

LARISSA DRUMOND DUARTE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS USUÁRIOS DE UNIDADES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA**

**Juiz de Fora
2016**

LARISSA DRUMOND DUARTE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS USUÁRIOS DE UNIDADES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida

Juiz de Fora
2016

LARISSA DRUMOND DUARTE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS USUÁRIOS DE UNIDADES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 19 de Setembro de 2016.

Dra. Geovana Brandão Santana Almeida
Presidente

Dra. Elenir Pereira de Paiva
1º Examinador

Dra. Carla Ferreira de Paula Gebara
2º Examinador

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por estar sempre me guardando e guiando meus passos. Se eu não sentisse sua presença junto a mim, eu sei que nunca teria alcançado esta vitória. Obrigada pela fé e pela força.

Aos meus pais, Zaíra e Aurimar, por todo amor, dedicação e incentivo. Sou e serei eternamente grata por tudo que vocês dedicaram a mim. Eu tenho muito orgulho de ser filha de vocês e muita admiração pelos pais que tenho. Obrigada por tudo. Ao meu irmão, Caio, pela força e companheirismo de sempre.

À minha orientadora, professora Dra. Geovana, por ter me acolhido, acreditado no meu potencial e abraçado, junto comigo, o meu trabalho, por compartilhar tanta experiência, sabedoria, ensinamentos e me oferecer inúmeras oportunidades de evoluir como profissional e como pessoa. Obrigada pela compreensão e paciência nos momentos difíceis, pelas orientações e pelo carinho de sempre. Do fundo do meu coração, obrigada!!!

À professora Dra. Anna Maria Salimena, coordenadora do curso, pela ajuda, disponibilidade, carinho e compreensão, conduzindo o nosso Mestrado com sabedoria e competência.

A todos os professores do Mestrado da UFJF que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, através das discussões e de todo o conhecimento compartilhado.

À Elisângela, secretária do Mestrado, pela educação, carinho e alegria de todos os dias. Obrigada por toda a ajuda.

Aos professores Dra. Jaqueline Bittencourt, Dra. Girlene Silva, Dra. Elenir Pereira de Paiva, Dra. Carla Ferreira de Paula Gebara, Dra. Heloísa Campos Paschoalin e Dr. Júlio Cesar Cruz Collares da Rocha que atenciosamente aceitaram compor as minhas bancas de avaliação, compartilhando seus conhecimentos e fazendo contribuições essenciais para o aprimoramento desse trabalho.

Aos colegas de turma, por todo o conhecimento compartilhado.

À professora Mestre, Elaine, pela amizade, ensinamentos e parceria no cumprimento das minhas atividades de práticas de ensino.

A todos os alunos que passaram por mim, por todos os momentos de ensinamento compartilhados, me trazendo a certeza de exercer a docência.

Às enfermeiras das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas para o desenvolvimento deste estudo de Fora, pela disponibilidade e simpatia.

Aos homens, que gentilmente aceitaram participar deste estudo, obrigada! Vocês foram fundamentais para a construção desse trabalho.

Aos professores da minha querida Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, por me ensinarem a enfermagem, profissão tão linda da qual tenho muito orgulho em fazer parte.

À Universidade Federal de Juiz de Fora pela bolsa de monitoria, essencial para a minha dedicação ao Mestrado e a esta pesquisa.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar e compreender as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença e analisar as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença e a maneira como se cuidam. O método utilizado foi a pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Participaram deste estudo, vinte e um homens cadastrados nas duas unidades que fizeram parte do estudo, com idades entre 23 e 58 anos. Para as entrevistas utilizou-se um roteiro semi-estruturado, contendo questões norteadoras, permitindo que os participantes se expressassem livremente. Para a organização e análise sistemática das representações elaboradas, utilizou-se como base o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. As representações foram organizadas em quatro categorias de análise, sendo elas: *A saúde na representação dos homens; A doença na representação dos homens; Representações dos homens sobre a maneira como se cuidam; Representações dos homens sobre a assistência e a resolutividade das questões de saúde na UAPS.* As representações revelaram a saúde como algo indispensável e essencial para uma vida com qualidade, possibilitando a realização de todas as atividades cotidianas. Os participantes representaram a doença como uma patologia em si ou a falência de alguma parte do corpo, fazendo alusão ao modelo de assistência biologista. As representações revelam que os homens buscam ações como a auto-medicação, antes de buscar ajuda especializada. As representações revelam ainda que a resolutividade dos serviços é medida através do agendamento de consultas, encaminhamento para especialidades, distribuição de medicamentos e rapidez no atendimento. Sendo assim, são necessárias estratégias para integrar usuários e serviços, pensadas especificamente para esse público, reforçando o vínculo de confiança; repensar e reorganizar os serviços de saúde e a capacitação profissional para atuar na saúde do homem. Entendemos também que é necessário superar o modelo bion estimulando a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Palavras-chave: Saúde do homem; Atenção Primária; Representação Social

ABSTRACT

This study aimed to identify and understand the social representations of men users in the primary health care units on the health / disease process; Analyzing the social representations of men users in the primary health care units on the health / disease process and the way they care for themselves. The method used was the qualitative research, based on the Social Representations Theory. The study included twenty-one men registered in the units, corresponding to ten in the first unit and eleven in the second unit, aged between 23 and 58 years old. A semi-structured interviews were used, containing guiding questions, allowing participants to express themselves freely. For the organization and systematic analysis of elaborate representations, was used as basis, the method of content analysis proposed by Bardin. The representations were organized into four categories of analysis, namely: *Health in the representation of men; The disease in the representation of men; Representations of men on how to care; Representations of men on assistance and solving health issues in the PHCU*. Elaborate representations reveal health as something indispensable to life, essential for quality of life, making it possible to perform all daily activities. Participants represent the disease as a pathology itself or the failure of any part of the body, alluding to the biologist care model. The representations show that men seek actions as self-medication, before seeking expert help. The representations also reveal that the resoluteness of services is measured by scheduling appointments, referrals to specialties, drug distribution and speed in service. Therefore, it is necessary strategies for integrating user and services designed specifically for this audience, strengthening the bond of trust; rethink to reorganize health services and vocational training on man's health. We also understand that it is necessary to overcome the biomedical model stimulating health promotion and disease prevention

Keywords: Men's health; Primary attention; Social Representation

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1.	OBJETIVO DO ESTUDO	13
2.	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1.	A SAÚDE DO HOMEM	15
2.2.	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	21
2.3.	A ASSISTÊNCIA AOS HOMENS NAS UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	28
2.4.	MARCO TEÓRICO DO ESTUDO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
2.4.1	REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE	34
3.	CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO	38
3.1.	MÉTODO DO ESTUDO	38
3.2.	CENÁRIO DA PESQUISA	39
3.3.	PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
3.4.	APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES: AS ENTREVISTAS	41
3.5.	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	46
4.2	A SAÚDE NA REPRESENTAÇÃO DOS HOMENS.....	47
4.3	A DOENÇA NA REPRESENTAÇÃO DOS HOMENS	59
4.4	REPRESENTAÇÕES DOS HOMENS SOBRE A MANEIRA COMO SE CUIDAM	70
4.5	REPRESENTAÇÕES DOS HOMENS SOBRE A ASSISTÊNCIA E A RESOLUTIVIDADE DAS QUESTÕES DE SAÚDE NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE	104
	ANEXOS	105

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante a graduação em enfermagem, tive a oportunidade de participar, por dois anos, de uma pesquisa relacionada à saúde do homem e de grupo de pesquisa sobre o tema, além do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, cujo objetivo principal era compreender como os enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) entendiam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Assim, pensando na possibilidade de dar continuidade e respostas às minhas inquietações, vislumbrando conhecer a outra faceta do processo, onde fosse possível contemplar a visão dos próprios homens, surgiu o interesse em pesquisar o outro lado da história.

É crescente a cada dia o estudo acerca da relação entre homens e saúde, seja sobre o acesso desse público aos serviços de saúde, em relação ao uso desses serviços ou então sobre dados estatísticos referentes a essa população (COUTO *et al*, 2010). Com o objetivo reduzir o distanciamento entre os serviços de atenção à saúde e o homem, em especial, aqueles na faixa etária entre 20 e 59 anos, e incorporá-los em todos os níveis de atenção, o Ministério da Saúde implantou, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (SIQUEIRA *et al*, 2014).

A PNAISH, publicada no ano de 2009, encontra-se pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAISH visa incentivar a estruturação de uma assistência de qualidade, que atenda às necessidades dos homens nas ESFs e que promova a redução das taxas de morbimortalidade dessa população, incentivando a criação de ações que garantam uma linha de cuidado integral para a população masculina. A proposta da PNAISH, segundo o Ministério da Saúde, é qualificar a atenção à saúde da população masculina de forma que a integralidade da atenção seja resguardada (BRASIL, 2009).

No entanto, não se pode atribuir essa responsabilidade apenas aos homens e isentar os gestores do compromisso sobre a estrutura dos atuais serviços de atenção básica, que parecem não oferecer ações e medidas voltadas, especificamente, para a população masculina, dando ênfase

apenas às ações curativas e não oferecendo ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde para essa população, indo na contramão da proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A mortalidade masculina é maior em, praticamente, todas as idades e também em quase todas as causas, é o que nos mostra a maioria dos indicadores de saúde; e nota-se que a diminuição das taxas de mortalidade nessa população sempre foi mais lenta e menor, se comparada às taxas observadas no público feminino. Sendo assim, atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil (LAURENTI, JORGE E GOTLIEB, 2005).

É necessário ressaltar que a grande maioria dos agravos à saúde que acometem a população masculina poderiam ser evitados se os homens buscassem medidas preventivas com regularidade, junto aos serviços de atenção básica (BRASIL, 2009).

Apesar de serem mais vulneráveis as doenças de causas evitáveis e morrerem mais precocemente, quando comparados às mulheres, os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente, a atenção básica, se mostrando avessos à ações de prevenção e autocuidado, pois se consideram invulneráveis. Isso contribui para que se cuidem menos, tornando-os mais propensos ao risco de adoecer. As causas apontadas por dificultar este acesso são inúmeras e dividem-se, basicamente, em dois grupos: as barreiras socioculturais e institucionais (BRASIL, 2009).

Diante da necessidade de refletir sobre a especificidade da saúde do homem, tiveram início, na década de 70, discussões acerca do tema, caracterizando-se pela associação da masculinidade a déficits e/ou agravos à saúde (GOMES E NASCIMENTO, 2006; SCHAIBER *et al*, 2005).

Nesse sentido, pode-se afirmar que PNAISH não se encontra inserida nas ações rotineiras dos serviços de saúde, uma vez que durante muitos anos a população masculina, seus indicadores e determinantes de saúde não atraíram o olhar desses serviços. Entretanto, a instituição e o sucesso das políticas de saúde não dependem apenas da elaboração por parte dos gestores a implantação e financiamento, mas também dos recursos

humanos envolvidos nesse processo, os quais são necessários e fundamentais para o funcionamento dessas políticas (SIQUEIRA *et al*, 2014).

Diante do contexto, este estudo tem sua relevância devido aos agravos acometidos à população masculina, aliados aos altos índices de morbimortalidade dessa população (BRASIL, 2009; SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005), bem como por ser foco de amplas discussões no âmbito da Saúde Coletiva, nos últimos anos, aliado à publicação da PNAISH pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2009, que propõe ações específicas a este grupo. Além disso, é importante a ampliação da discussão em torno de um tema que precisa ser melhor compreendido para a estruturação nos Serviços de Atenção Primária nas diversas localidades do país, contemplando ações que possibilitem a melhora da qualidade da assistência à saúde dos homens.

Sendo assim, consideramos importante dar aos homens a oportunidade de participar dessa discussão, dando-lhes voz, para que assim possamos melhor compreender as questões envolvidas no acesso desse público aos serviços de saúde. Pensamento corroborado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) que considera importante escutar os homens para se avançar na discussão acerca das dificuldades de acesso dos homens aos serviços de saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objeto as Representações Sociais de Homens usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre o processo saúde/doença.

1.1 OBJETIVO DO ESTUDO

Frente à problemática, este estudo tem como objetivos:

- Identificar e compreender as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária a saúde sobre o processo saúde/ doença;
- Analisar as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença e a maneira como se cuidam.

As suposições da Teoria das Representações Sociais se identificam como possibilidades para o alcance dos objetivos neste estudo, no que diz respeito à compreensão do aspecto simbólico do conceito de saúde e doença para os participantes, identificando de que maneira essa compreensão contribui para o cotidiano do cuidado.

Portanto, acreditamos que a pesquisa poderá contribuir com os profissionais dos serviços de saúde e com os gestores, para a compreensão das necessidades dos homens ao buscarem os serviços de saúde, além de reflexões acerca da condição da implantação da PNAISH dentro das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Além disso acreditamos que as representações sociais expressas por esses homens possam alicerçar possíveis alterações na política, de forma a garantir a melhor qualidade de atendimento e resolutividade para esse grupo, assegurando o cumprimento dos objetivos por ela proposto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SAÚDE DO HOMEM

As concepções de saúde, nos tempos antigos, estavam ligadas à natureza, utilizando como explicação os pensamentos sobrenaturais e mágicos para explicar as situações a sua volta. É na Grécia antiga onde surge a cientificidade do conceito saúde através da procura de uma explicação racional para as doenças. Na Idade Média o conceito de saúde incorporou a visão teológico-cristã, relacionando-a com práticas religiosas. A doença era vista como resultado de uma vida em pecado e a saúde era vista como reflexo de uma religiosidade vivenciada. Já na idade moderna, o conceito de saúde é influenciado pelos pensadores modernos que propagam a ideia de compreender a saúde partindo dos conhecimentos mais simples para os mais complexos, modo de pensar que influenciou a criação das especialidades médicas. Sendo assim, é possível perceber que o conceito de saúde é difícil de definir, uma vez que é influenciado pelas características próprias de cada tempo (LOURENÇO *et al*, 2012).

A definição de saúde torna-se difícil uma vez que envolve diferentes dimensões e aspectos constitutivos. A saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas, ao contrário da definição de doença, cuja explicação foi perseguida de modo incessante pelo homem (FONSECA, 2007).

Lourenço *et al* (2012) afirma que há muito tempo a concepção de saúde não pode ser vista apenas pela relação biológica, uma vez que sua relação histórica é essencial para compreender a influência social e cultural na qual está inserida. Afirma ainda que a saúde está associada às questões mínimas e básicas e para o desenvolvimento do ser humano, não sendo construída de maneira isolada. Dessa maneira, é importante compreender que, atualmente, se faz necessário reconhecer que o conceito de saúde deve ser constituído por princípios que tenham como pilar a dignidade do indivíduo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), o conceito de saúde não é apenas a ausência de enfermidades, mas uma associação entre

bem-estar físico, mental e social, que constitui um dos direitos fundamentais do ser humano.

Entretanto, devemos ressaltar que essa definição apresentada pela OMS é considerada ultrapassada, uma vez que apresenta ainda uma dicotomia entre o físico, o mental e o social, e conforme Segre e Ferraz (1997) afirmam o conceito se trata assim de uma definição irreal, considerando que, ao colocar “perfeito bem estar”, apresenta um conceito utópico.

Conforme Meryn e Shabsigh (2009), a Saúde do Homem significa condições ou doenças que acometem, exclusivamente, aos homens, em que há diferentes fatores de risco e que intervenções diferentes devem ser tomadas ou que decorre de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, os quais impactam de modo diferente em homens e adolescentes e que também necessitam de intervenções particulares em âmbito individual e coletivo.

Dados epidemiológicos demonstram que a população masculina é a que adoece mais e morre em idade mais jovem (FIGUEIREDO, 2005; NASCIMENTO, 2008; GOMES e REBELLO, 2008, 2009), sendo mais vulnerável às doenças de causas evitáveis e apresentando uma expectativa de vida 7,6 anos abaixo das mulheres (BRASIL, 2012a). Esses dados de morbimortalidade da população masculina podem ser reflexo da baixa procura de homens por serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; NASCIMENTO, GOMES e REBELLO, 2008; BRASIL, 2009) que, por sua vez, relaciona-se ao conceito de masculinidade.

Para Machado e Ribeiro (2012), esses dados epidemiológicos apontam para uma necessidade de ampliação da reflexão sobre a masculinidade e suas particularidades, com a intenção de melhor compreender qual o comprometimento dos homens com a saúde, uma vez que a maioria dos estudos nessa temática está ligada a sexualidade, reprodução e violência.

A reduzida procura dos homens pelos serviços de saúde nos mostra uma não valorização, como deveriam, com o cuidado preventivo da saúde, apresentando também medo de adoecer e de vir a depender de terceiros. Dessa forma, eles buscam os serviços de saúde quando se

deparam com a presença de alguma doença instalada ou dor que os prejudique em seu desempenho no trabalho, uma vez que não estão dispostos a se ausentar do emprego, ao mesmo tempo em que procuram obter medicamentos ou analgesia, de modo que ignoram as consultas de caráter preventivo e valorizam as ações curativas (PEREIRA E NERY, 2014).

Historicamente, os serviços ofertados nas unidades de saúde são voltados para a saúde materno-infantil e/ou para a população idosa, a partir de 1980 (COUTO *et al*, 2010), levando os homens a assumirem o posicionamento de distanciamento em relação a esses ambientes (FIGUEIREDO E SCHAIBER, 2011).

A Saúde do Homem ainda não foi efetivamente implantada ou estruturada nos serviços de saúde e isso pode estar relacionado à questão cultural vinculada à Saúde do Homem. A masculinidade pode ser considerada um fator que dificulta a procura dos homens pelas UAPS por alguns motivos, como, por exemplo: o instinto de ser o provedor da casa, limitando a saída dos homens do local de trabalho para buscar ações preventivas ou de promoção da saúde nas UAPS, uma vez que os horários de funcionamento desses serviços coincidem com o horário de trabalho da maioria dos homens (SILVA *et al*, 2012). Outro motivo é o sentimento de “invulnerabilidade” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009), que dificulta uma verbalização das necessidades de saúde por parte dos homens, provocando uma maior resistência em procurar pelas UAPS.

Carrara, Russo e Faro (2009), dizem que os homens bebem mais, fumam mais e são mais sedentários que as mulheres, tendo assim a expectativa de vida reduzida em relação a elas. Relata ainda que há diferentes estudos comparativos que têm constatado que os homens são mais vulneráveis que as mulheres, principalmente, em relação às enfermidades crônicas graves.

O entendimento sobre o que é ser homem, somado ao modelo hegemônico de masculinidade, implicam diretamente na possibilidade de procura dos homens pelos serviços de saúde. Características como virilidade, invulnerabilidade e força encontram-se inerentes ao homem, e o

contrário pode despertar a desconfiança acerca de uma masculinidade já socialmente instituída (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

A menor adesão do público masculino também é percebida em casos de tratamentos de doenças crônicas e/ou de tratamentos de longa duração, uma vez que exigem do indivíduo comprometimento com o esquema terapêutico, que por muitas vezes, necessitam mudanças em seus hábitos de vidas. Essa “não adesão” por parte do público masculino está ligada, em grande parte, às variáveis culturais decorrentes dos estereótipos de gênero, que há séculos estão enraizados na nossa sociedade. Os homens, por muitas vezes, têm dificuldade de reconhecer suas necessidades e rejeitam a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2009; GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007; EVANS *et al*, 2011). Tal problemática pode vir a prejudicar a prevenção de agravos, pois o ser socialmente visto como forte, viril, invulnerável, ao procurar os serviços de saúde, poderá ser associado à fraqueza e feminilidade (PEREIRA E NERY, 2014).

A resistência dos homens aos serviços de atenção primária à saúde aumenta os gastos financeiros do governo e da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional desse homem e de sua família. O fato dos homens não procurarem pelos serviços de atenção primária faz com que esse indivíduo fique privado da proteção necessária à manutenção de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos, muitas vezes, desnecessários. Muitos agravos à saúde poderiam ser evitados, ou minimizados, na população masculina se a prevenção primária fosse exercida com regularidade (BRASIL, 2009).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de refletir sobre uma reestruturação da relação entre homens e serviços de saúde, no intuito de promover a qualidade de vida da população masculina e também reduzir, de forma significativa, os encargos financeiros das ações em saúde pública (PEREIRA e NERY, 2014).

Conforme um levantamento realizado no Reino Unido, existem mais homens trabalhando em período integral do que mulheres e poucos trabalham em período parcial (WHITE E WITTY, 2009), isso pode justificar a presença de mulheres e de homens aposentados nas Unidades de Saúde.

Segundo esses autores, a relutância dos homens em irem ao serviço de saúde se deve a três fatores que são: 1) a não inclusão dos homens nas ações desenvolvidas, como pré-natal; 2) o horário de trabalho; 3) crenças relacionadas à sua própria saúde. Isso pode talvez justificar a representação da Unidade como um espaço feminino, já que os homens, conforme White e Witty (2009) são excluídos de algumas ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

As mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, não porque seja algo característico do mundo feminino, mas sim, devido ao processo de socialização da mulher, que é preparada desde a infância para cuidar do lar, dos filhos, marido e família, processo esse que não ocorre com os homens (DOMINGUES, 2014).

Segundo Eid, Kohn e Motta (2014), até o ano de 2009, ano de publicação da PNAISH, o homem era mencionado nas Políticas de Saúde sempre associado às políticas de HIV/AIDS ou à sexualidade, no que diz respeito a problemas do âmbito da fertilidade e sendo percebido como ligado às mulheres. O estudo das questões relativas aos homens, principalmente sobre o cuidado com a sua saúde, vem sendo observado nos últimos anos, no entanto ainda há muitos mitos em torno dessa questão, principalmente culturais e vindos dos próprios homens.

Pereira e Nery (2014), afirmam que o sucesso da proposta de atenção integral à saúde do homem está condicionado não somente ao fator financeiro, mas também ao planejamento e a operacionalização de estratégias de inclusão da população masculina com o reconhecimento da realidade sociocultural e epidemiológica de cada região do país.

Em contra partida, Rohden (2012), no seu estudo, faz uma análise da ênfase que a PNAISH aplica sobre as questões urológicas e sexuais, uma vez que a mesma foi formulada por médicos urologistas. O autor relata que, apesar disso ser um ponto negativo, pois não é o propósito principal da política, pode trazer também seus benefícios, pois este enfoque é o responsável por possibilitar a captação dos homens para os serviços de saúde.

A associação frequente da saúde do homem às disfunções sexuais e doenças urológicas está intimamente ligada à questão cultural que permeia o meio masculino. A concepção de invulnerabilidade, de masculinidade e de machismo são bases para o entendimento da influência cultural na postura *resistente* dos homens. Assim, a PNAISH, apesar de propor uma assistência integral à Saúde do Homem, ainda se utiliza da saúde sexual e urológica como ponto prioritário para sua implementação no sistema de saúde brasileiro (KNAUTH, 2012).

Essa postura resistente, que dificulta a presença do público masculino nas Estratégias de Saúde da Família por associarem prevenção e autocuidado à fragilidade, pode resultar na construção de uma imagem de que os homens são mais vulneráveis, suscetíveis a patologias e agravos de saúde, já que não cuidam de si, por não quererem ou porque não sabem como fazê-lo, configurando assim, um dos desvios apresentados pela política (SWHWARZ, 2012).

White e Witty (2009) afirmam que é importante que os profissionais se corresponsabilizem pela Saúde do Homem e que esses possam buscar estratégias de maneira esporádica, que favoreçam o encontro alternativo, transpondo as barreiras físicas do serviço de saúde, como por exemplo, os serviços onde o homem se encontra.

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007), os serviços de saúde são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento

Já Couto *et al* (2010), relata que os profissionais enfatizam que a participação masculina é restringida, não por responsabilidade direta da unidade de saúde ou dos profissionais, mas sim, devido a fatores dos “próprios homens” que não procuram os serviços, desmotivados pela cultura machista, pela falta de tempo e por não atribuir valor às questões ligadas à saúde.

Desta maneira, com o intuito de avançar essa discussão, é importante dar voz aos próprios homens, de forma a melhor compreendermos as questões envolvidas no acesso desse público aos

serviços de saúde (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A discussão sobre a Saúde dos Homens, no Brasil, teve seu ápice no ano de 2008, mediante esforços da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que promoveu uma campanha tendo como tema a disfunção erétil (EID; KOHN; MOTTA, 2014). Assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto de 2009. Segundo o Ministério da Saúde, essa política visa atender homens na faixa etária dos 20 aos 59 anos e tem como objetivo ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, melhorando a assistência oferecida por meio de ações que promovam saúde, prevenção, informação, e uma mudança cultural (BRASIL, 2009).

A política mostra que 75%, aproximadamente, das enfermidades e agravos que acometem a população de homens adultos, se concentra em cinco grandes áreas especializadas, sendo elas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. A partir dessa constatação, foram convidadas as Sociedades Médicas representantes de cada uma dessas áreas, pesquisadores acadêmicos, profissionais da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e de entidades civis organizadas, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, para discutirem, em cinco encontros, consensos sobre o assunto. As discussões e consensos obtidos nesses encontros colaboraram para a construção da PNAISH.

Essa política é o resultado de discussões entre profissionais de saúde, gestores do SUS, pesquisadores, setores da sociedade civil e sociedades científicas (BRASIL, 2009). As discussões se iniciaram a partir do reconhecimento da gravidade do atual quadro epidemiológico dos homens no Brasil, sua maior vulnerabilidade a mortes em idade mais jovem e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças. Identificou-se, também, que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, além da adesão reduzida às

propostas terapêuticas, à prevenção de agravos e à promoção da saúde, o que remete à importância de um olhar específico para este grupo (CHAKORA, 2014).

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009) a recente criação de uma política de saúde voltada para os homens é considerada um momento significativo e paradoxal em relação à medicalização do corpo masculino. É necessária a mobilização da população masculina para que a política seja efetiva dentro dos sistemas de saúde, no entanto, ainda é preciso passar pelo obstáculo que a ideia de invulnerabilidade, de potência na construção da masculinidade representa. Politizar e sensibilizar os homens em relação ao seu direito à saúde é um dos desafios apresentados pela PNAISH.

A Política é um programa pioneiro dentre os países da América Latina e está alinhada com as diretrizes da PNAB. Além disso, os governos estaduais possuem autonomia para criar suas próprias políticas, com base na federal, que atendam as demandas específicas de cada região do Brasil e mesmo dentro de cada Estado. E tem o objetivo de realizar uma mudança no cenário atual referente ao acesso dos homens aos serviços de saúde, em especial a atenção básica, almejando reverter o processo de invisibilidade dos homens dentro do sistema, buscando torná-los protagonistas do próprio cuidado (BRASIL, 2009).

Da mesma maneira como as outras políticas públicas direcionadas a grupos sociais discriminados são marcos políticos importantes, as políticas de saúde devem ser efetivadas visando uma melhoria do SUS, em especial, a partir dos seus princípios básicos norteadores, e não como uma carga a mais em um sistema sobrecarregado (MACHADO e RIBEIRO, 2012).

Dessa forma, a política foi criada com o intuito de fortalecer a atenção básica, incentivando a criação de vínculos com o público alvo para aumentar a taxa de adesão às medidas de prevenção de agravos, e principalmente, de promoção à saúde. Objetiva, também, orientar as ações dos serviços de saúde com integralidade e equidade, dando ênfase para o trabalho de prevenção de agravos, promoção e proteção básica à saúde, com fundamento no conceito de que cada homem pode se manter saudável em qualquer idade.

Para cumprir esses princípios de humanização e qualidade da atenção integral devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida;
3. Informações e orientação à população alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Capacitação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Captação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009, p. 35 e 36).

A política considera essencial que, além das ações educacionais, os serviços de saúde devem se organizar de maneira a acolher o homem e fazer com que ele se sinta parte do grupo.

De acordo com a PNAISH, “a resistência masculina à Atenção Primária” (BRASIL, 2009) ocorre devido a dois tipos de determinantes: as barreiras institucionais e as barreiras socioculturais. As barreiras institucionais dizem respeito às dificuldades de acesso aos serviços assistenciais e o privilégio que estes dão às ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. As barreiras socioculturais englobam as crenças e os valores do que é ser homem.

Dessa forma, a PNAISH considera que as barreiras socioculturais se relacionam ao comportamento dos homens em geral, que pode ser

justificado pelos grupos de pertença, ser gerado e mantido pelo pensamento social, que, por sua vez, é construído e compartilhado pelos sujeitos em interação (BRASIL, 2009). Essa natureza prática e social do saber popular é reconhecida na pós-modernidade como forma válida de conhecimento e carece ser investigada para uma compreensão apurada dos fenômenos sociais (SPINK, 1995; OLIVEIRA, 2011). A emergência de novos paradigmas que consideram a validade do senso comum, instaura um novo olhar frente à valorização da subjetividade e conduz a um redirecionamento das pesquisas sobre comportamento em saúde (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005).

Dessa maneira, o Ministério da Saúde, em 2008, apresentou como uma das prioridades do governo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como objetivo esclarecer as ações de atenção integral à saúde dos homens, com idade entre 20 e 59 anos, regida pelas seguintes diretrizes: universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação da atenção à saúde garantindo a promoção e proteção dos seus direitos, corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida desta população, orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a PNAISH representa um anseio social de reconhecer que os agravos de saúde da população masculina representam um real problema de saúde pública. E ressalta que um dos principais objetivos é promover ações que ajudem na compreensão da singular realidade masculina em seus diversos contextos socioculturais, possibilitando a redução das taxas de morbimortalidade e aumentando a expectativa de vida dessa população (BRASIL, 2009).

Assim, a PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, com as estratégias de humanização em saúde, com os princípios do SUS (BRASIL, 2009).

O Ministério da saúde vem cumprir seu papel e formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado, e, sobretudo, o reconhecimento

que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2009, p. 3).

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis” (BRASIL, 2009, p. 5).

Para o Ministério da Saúde, a PNAISH deve levar em consideração a heterogeneidade de ser homem, o que é fundamental para que ocorra a promoção da equidade na atenção desse público. As diferenças de idade, étnico-racial, condição social, orientações sexuais, situação carcerária, local de moradia, deficiências físicas e/ou mentais e suas identidades de gênero devem ser consideradas de extrema importância, sem haver discriminação.

A PNAISH coloca como um dos principais desafios a mobilização da população masculina na busca pela garantia do seu direito à saúde integral.

São as diretrizes da Política:

1. Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
2. Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;
3. Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
4. Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
5. Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
6. Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;
7. Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que

a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;

8. Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;

9. Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;

10. Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009 p. 50-51).

Há que se considerar que o Sistema Único de Saúde envolve mais de 93 milhões de homens em território nacional. Desses 93 milhões, cerca de aproximadamente 52 milhões estão na faixa etária entre 20 e 59 anos, sendo este, o principal público da PNAISH (CHAKORA, 2014).

A política traz questões importantes a serem discutidas, como a saúde da população masculina que vive encarcerada, o uso de tabaco, álcool e outras drogas, violência, pessoa com deficiência física, direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2009).

Um tópico importante abordado na política é a discussão sobre a violência, considerado um fenômeno multicausal que possui raízes nos fatores socioculturais, políticos e psicobiológicos. E o homem é mais vulnerável à alguns tipos de violência, tanto como autor, tanto como vítima.

Segundo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, existem diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Afirma que os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência que possuem consequências distintas e que a população masculina sofre mais violência que leva a óbito (BRASIL, 2005).

Para Minayo (2007), a violência constitui um fenômeno sócio-histórico que acompanha toda experiência da humanidade e representa um problema para a área da saúde, uma vez que afeta a saúde individual e coletiva, exigindo assim, a formulação de políticas específicas e organizadas para o seu enfrentamento. Afirma também que a violência, junto com as enfermidades crônicas e degenerativas, representa, atualmente, um novo

perfil dentro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo. Apesar disso, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo aos poucos.

Dessa forma, a violência deve ser entendida como um dos determinantes dos indicadores de morbimortalidade por causas externas, sendo importante uma integralidade na atenção à saúde com uma visão ordenada sobre o processo da violência, e sendo necessária uma visão crítica sobre os fatores de vulnerabilidade masculina que coloca os homens como autores da violência de maneira a prevenir suas causas. A maior vulnerabilidade dos homens a serem autores de violência nos leva a uma população carcerária formada, em sua maioria, por homens (BRASIL, 2009).

A política aponta ainda que os homens e mulheres possuem frequências diferentes para o consumo de álcool e tabaco, sendo que os homens iniciam o consumo dessas substâncias de maneira precoce, se comparado com as mulheres, e tendem a beber mais, estando, desta maneira, mais vulneráveis a doenças e agravos associados ao consumo destas substâncias.

Segundo a PNAISH, em 2005, as causas de mortalidade da população masculina entre 25 e 59 anos, em 75% dos casos os óbitos recaem em cinco grupos principais, são eles: causas externas, com maior porcentagem de óbitos; Doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar; em seguida temos os Tumores; em quarto as Doenças do aparelho digestivo; e em quinto lugar estão as Doenças do aparelho circulatório. No entanto, é importante ressaltar que a mortalidade por causas externas apresenta maior incidência na faixa etária entre 25 e 40 anos; já as doenças do aparelho circulatório são mais incidentes na população acima de 45 anos, e os tumores a partir dos 50 anos.

Considerando que a política tem como princípios a “humanização e a qualidade da assistência, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais” (BRASIL, 2009, p.47) é importante se ter cuidado para que os interesses exclusivos da medicalização do corpo não se atrelem às ações e estratégias da PNAISH. Esse autor afirma também que o maior desafio

encontrado pela PNAISH é o de atender às necessidades individuais e também às coletivas das diversas populações masculinas (SCHWARZ, 2012).

2.3 A ASSISTÊNCIA AOS HOMENS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A assistência integral à saúde do homem ainda constitui um aspecto que merece atenção e renovação no âmbito das UAPS. A assistência ainda é deficitária e com poucas ações voltadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde dessa população (GOMES *et al*, 2011).

Os serviços de atenção primária à saúde são considerados a porta de entrada para o sistema de saúde, uma vez que pode evitar muitos agravos à saúde, pois permite a participação em programas de prevenção e, além disso, a detecção precoce de doenças (SILVA; DIAS; SILVA; DIAS, 2014).

Segundo Vieira *et al* (2013), a consequência da baixa adesão dos homens aos serviços de Atenção Básica está evidenciada nos valores recentes dos indicadores de mortalidade que mostram em todas as faixas etárias e em praticamente todas as causas de morte, que os homens morrem mais jovens que as mulheres.

Os serviços de Atenção Básica de Saúde têm como pilar central considerar o ser humano de forma integral, respeitando sua singularidade e complexidade, levando em consideração sua inserção sociocultural de forma a promover a saúde, prevenir e tratar enfermidades, e reduzir situações que possam comprometer suas chances de uma vida saudável. Considerando que este é o objetivo principal das UAPS, espera-se que o acesso dos homens a esses serviços de saúde ocorram de forma equitativa com os demais segmentos populacionais (VIEIRA *et al*, 2013).

No entanto, no que se refere às ações assistenciais desenvolvidas pelos profissionais nas UAPS, não existem programas específicos que contemplem os homens na faixa etária entre 21 a 59 anos, com exceção dos inseridos em programas voltados para a atenção ao idoso, diabético, hipertenso (SILVA; DIAS; SILVA; DIAS, 2014). Este fato dificulta a aproximação do público masculino com os serviços de atenção básica, uma

vez que eles não se sentem contemplados com nenhum programa que atenda suas particularidades.

Vieira *et al* (2013) aponta que os homens percebem as UAPS como ambientes compostos, tanto em profissionais quanto em usuários, por mulheres, em sua maioria, o que dificulta a interação o processo de criação de vínculos devido às questões culturais que envolvem o mundo masculino.

Outro fator apontado pelos homens para justificar a não procura pelos serviços de atenção básica é a dificuldade que encontram para a marcação de consultas, alegando que o fato de terem que enfrentar filas para conseguir a consulta, por muitas vezes ocasiona a perda de um dia de trabalho e que, em algumas situações, seus problemas não são solucionados (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

No entanto, é importante salientar que as diferenças em relação ao cuidado com a saúde entre homens e mulheres vão além das questões de gênero. Para Gomes *et al* (2011), a organização do sistema de saúde vem sendo marcada, ao longo dos anos, pela valorização do cuidado à saúde de mulheres e crianças, reforçando as diferenças de acolhimento e também de abordagem dos gêneros em relação ao cuidado em saúde.

Os homens buscam, de preferência, outros níveis de atenção (AGUIAR *et al*, 2014) uma vez que não buscam por prevenção e, sim, por solução de problemas de saúde já instaladas. Esse fluxo contradiz o que é preconizado pelo Ministério da saúde, que estabelece a UAPS como porta de entrada do sistema de saúde. Segundo Silva, Ferreira e Silva (2010), a ausência dessa população nos serviços de atenção básica está relacionada a uma característica da identidade masculina que desvaloriza o processo de autocuidado.

Entre as principais causas de morte da população masculina, evidenciadas pelas estatísticas de mortalidade, estão às doenças crônicas, que podem ser prevenidas ou controladas com práticas cotidianas de saúde (AGUIAR *et al*, 2014), evidenciando assim, que a resistência dos homens aos ambientes da atenção básica à saúde tem refletido de maneira negativa na qualidade de saúde e de vida dessa população.

Ainda segundo Aguiar *et al* (2014) os homens, mesmo que inseridos em contextos sociais diferentes uns dos outros, possuem percepções semelhantes sobre a saúde. A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo mesmo (GOMES *et al*, 2011).

Em relação à mortalidade, no Brasil, no ano de 2010, as chances de homens de 22 anos morrerem era 4,5 vezes maior que mulheres na mesma idade, sendo as causas externas as principais causas de morte entre os homens nessa faixa etária (BRASIL, 2011a).

É certo que as vulnerabilidades dos grupos das crianças, dos idosos e das mulheres foram, historicamente, priorizados nas ações do setor saúde, diferentemente do grupo masculino (STORINO, SOUZA e SILVA, 2013). Ainda segundo os autores, um estudo realizado em cinco municípios sobre a implantação da PNAISH concluiu que os Planos de Ação Municipal não apresentavam descrições precisas, necessárias para a implementação da política e priorizavam as ações que se baseavam em exames e procedimentos, que reforçam a centralidade da atenção no aparelho genital masculino. Este estudo também salienta que os gestores e profissionais que atuam na assistência direta têm muito pouco ou nenhum conhecimento sobre a PNAISH.

É importante lembrar que a PNAISH é uma formulação recente e que necessita ser amplamente discutida e implementada, apesar de já ser alvo de muitas críticas: não incorporar as discussões de gênero, por “vitimizar” um homem que deve ser sujeito de uma política específica, porque precisa ser protegido de si mesmo, por representar mais um passo no processo de “medicalização” do corpo masculino e por estar demasiadamente focada na próstata (STORINO, SOUZA e SILVA, 2013).

Ainda para Storino, Souza e Silva (2013), é necessário lembrar que ações para a saúde do homem não devem ser tratadas apenas no âmbito dos serviços de saúde. Situações como a morte de jovens por violência, abuso de álcool e drogas, apontam para a necessidade de esforço intersetorial que envolva a mídia, a justiça, a educação, os empregadores, entre outras instituições da sociedade.

2.4 MARCO TEÓRICO DO ESTUDO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Optou-se pela Teoria das Representações Sociais como referencial teórico metodológico para o estudo, por acreditar que esta seja adequada ao objeto do estudo, uma vez que ela se propõe a explicar os fenômenos cotidianos, vivenciados pelos sujeitos em uma perspectiva coletiva, considerando os aspectos sociais, afetivos, e cognitivos para a criação de uma compreensão particular sobre seu modo de pensar saúde e vivenciar esse conhecimento no seu dia-a-dia (SÊGA, 2000).

Para o alcance dos objetivos deste estudo, é importante compreender que a Representação Social é única e específica para cada grupo social e que essa representação é influenciada pelo contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos na sociedade. Dessa forma, o objeto da representação social é tudo aquilo que a pessoa traz consigo: o senso comum, a cultura e tudo de subjetivo que faz parte do modo de viver de cada indivíduo (ALMEIDA, 2009).

É importante ressaltar que a representação social trabalha sempre com a representação de alguma coisa, que é o objeto, e de alguém, que é o sujeito (SILVA, FERREIRA e SILVA, 2010). Nesse sentido, acredita-se que a Representação Social seja o caminho adequado para este estudo, uma vez que busca-se compreender como os homens entendem o processo saúde/doença e de que forma esse entendimento interfere no processo de cuidar de si, considerando a sua maneira de pensar e agir.

Durkheim apresentou a Teoria das Representações Coletivas, que mais tarde veio a influenciar Serge Moscovici a elaborar a Teoria das Representações Sociais. O conceito de representação social é um conceito heurístico, que reflete o conceito durkheimiano de representação coletiva, revelando-se útil para identificar, descrever e articular ideias e práticas que permitam que as pessoas se guiem no mundo material e social (ALMEIDA, 2009).

A relação entre grupos, atos e ideias está presente no discurso de Moscovici desde a publicação da sua tese em 1961, sob a forma do conceito

de representações coletivas, inicialmente proposto por Durkheim. Moscovici estudou, então, como a psicanálise era percebida (representada), difundida e propagandeada em Paris. A partir daí, percebeu que entre o que se acreditava ser psicanálise, cientificamente, e o que a sociedade entendia por ela, existia as representações sociais; e que essas representações dependiam do conhecimento de senso comum e também do contexto sociocultural em que viviam os indivíduos. Sendo assim, Moscovici chegou à conclusão que as representações sociais não eram as mesmas para todos os membros da sociedade (OLIVEIRA, 2004).

Sêga (2000) diz que o conceito de “representação social” apresentado por Durkheim, tem sido amplamente utilizado nas ciências humanas após o resgate do termo por Serge Moscovici. O termo, na visão de Moscovici, tem o objetivo de apontar fenômenos múltiplos, observados e estudados em termos de complexidade individuais e coletivas ou psicológicas e sociais. Oliveira (2004) afirma que, segundo Moscovici, é em função das representações que se movem os indivíduos e não necessariamente em função da realidade.

A representação social, para Jodelet (2001), tem como objetivo explicar os fenômenos do ser humano a partir de uma perspectiva coletiva, social, sem perder, no entanto, as individualidades de cada um. Neste sentido, é preciso destacar alguns aspectos relevantes, tais como a existência de fenômenos sociais, crenças, hábitos e experiências de grupos ou de uma população que compõem sua realidade (MOSCOVICI, 2009). As Representações Sociais constituem aspectos sociocognitivos, interferindo no comportamento das pessoas e caracterizam-se como uma construção social em que os sujeitos compartilham entre si os significados de um determinado fenômeno social (JODELET, 2001).

Oliveira e Peres (2009) afirma que a representação social tem por objetivo investigar de que maneira um grupo produz saberes que expressam sua identidade, qual o conjunto de códigos culturais que definem as normas de uma comunidade, proporcionando a identificação e compreensão de que maneira esse conjunto de códigos atua na motivação das pessoas em suas escolhas. Lembra ainda que, muitas vezes, o grupo age, não por razões

lógicas, racionais ou cognitivas, mas afetivas, simbólicas, míticas e religiosas. Portanto, abrange outros conhecimentos como atitudes, opiniões e imagens, uma vez que explicam mais profundamente a causa dos fenômenos.

Oliveira (2004), em sua análise expõe que Moscovici se interessou, não apenas em compreender como o conhecimento era produzido, mas principalmente em analisar seu impacto nas práticas sociais e vice-versa, demonstrando interesse no “poder das ideias” de senso comum, isto é, no estudo de como e por que as pessoas partilham o conhecimento e, desse modo, constituem sua realidade comum, de como eles transformam ideias em práticas.

Para Sêga (2000), as representações sociais se apresentam como uma forma de pensar e interpretar a realidade cotidiana, como forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e também pelo grupo, para consolidar seu posicionamento no que diz respeito a situações, eventos, objetos e comunicação. Segundo o autor, a Representação Social é um conhecimento prático que atribui sentido aos eventos que nos são normais, manipula as evidências da realidade consensual e ajuda a construir socialmente a nossa realidade. Assim, ao pensar o homem no contexto do cuidado à saúde, observa-se que este grupo se cuida menos, realiza menos ações de prevenção e proteção e a masculinidade, culturalmente construída, está ligada, de forma direta, a esta condição (DOMINGUES, 2014).

Moscovici evidencia que os indivíduos não absorvem os conteúdos tais como eles são repassados. Para ele, os sujeitos reformulam as informações quando se deparam com elas. Essa nova versão dos conteúdos ocorre, principalmente, no fato de o indivíduo ser ativo e não meramente passivo diante do mundo. Em algumas vezes, o indivíduo apenas reproduz os significados recebidos, em outras, no entanto, a apropriação que faz da realidade passa por um processo de reorganização dos significados que lhes foram fornecidos.

A representação social possui dois processos geradores: o processo de *ancoragem* e o processo de *objetivação*. Através do processo de

ancoragem, o indivíduo classifica uma pessoa, ideia ou objeto de modo que se encaixe em algo familiar. Já por meio do processo objetivação, o indivíduo procura mudar uma ideia para uma imagem que passa a ser cópia da realidade, próprio da vida em sociedade (OLIVEIRA E PERES, 2009).

Uma das maneiras do indivíduo se apropriar dos aspectos da realidade seria por meio da representação social (MOSCOVICI, 2009). Desse modo, podemos interpretar que as representações sociais dos homens sobre o processo saúde/doença, representam uma reformulação das informações recebidas da sociedade, da masculinidade e que, por meio de um processo de reorganização e apropriação de ideias, passe a ser a realidade vivenciada por esses indivíduos.

Denise Jodelet, em 1989, desenvolve um estudo onde analisa o funcionamento das representações sociais na maneira como o doente mental é acolhido e inserido na sociedade, dando voz, assim, ao indivíduo. Baseando-se nesse estudo, Jodelet (2001) afirma que não agimos mecanicamente e nem somos inertes aos acontecimentos que nos envolvem, que sentimos necessidade de resolvê-los, dominá-los e nos comportar diante deles. É a partir dessa necessidade que criamos as representações. Para a autora, as representações sociais são oriundas da interação entre os indivíduos, inseridos em determinada cultura, que produzem e constroem, ao mesmo tempo, uma história individual e uma história social. Dessa forma, a maneira como os homens realizam o cuidado à saúde, suas ações de promoção e prevenção, refletem a maneira subjetiva de como eles estabelecem a relação com o outro e com o mundo.

O indivíduo aumenta sua compreensão do mundo em uma ordem. Portanto, sua forma de assimilar e organizar a realidade depende do desenvolvimento alcançado por suas estruturas intelectuais. O conhecimento social refere-se às representações elaboradas pelo homem a partir de suas atividades. Sendo assim, trata-se da compreensão das ideias sobre si mesmo e a respeito dos outros (OSTI; SILVEIRA e BRENELLI, 2013).

2.4.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Desde o nascimento, a identidade e o agir do homem é construído num processo baseado no modelo imposto pela sociedade que o caracteriza como um ser forte, invulnerável e que é capaz de suportar momentos de sofrimento e dor (KORIN, 2001). Este homem, diante desta concepção de masculinidade imposta pela sociedade, se comporta como um ser isento de doenças, eternamente saudável; o que gera um risco à saúde dos homens, implicando em vulnerabilidade para algumas doenças (DOMINGUES, 2014).

Segundo Gomes (2008), o homem ocidental, possui uma construção histórica da sua identidade, que o distancia dos atributos considerados femininos, como a fragilidade e o cuidado. Para Domingues (2014), esse modelo de masculinidade hegemônica culturalmente construída na sociedade, ao longo dos anos, é que determinou as relações de desigualdade entre homem e mulher. Grande parte dos homens ainda sustenta esse modelo de masculinidade, com o estereótipo de homem invulnerável, dificultando sua demonstração de fragilidade, uma vez que a fraqueza não integra essa imagem socialmente imposta de que é ser homem.

Tem-se buscado comprovar, na área de saúde, como a “masculinidade hegemônica” gera comportamentos danosos à saúde (AQUINO, 2005). O perfil socialmente estereotipado sobre a masculinidade apresenta os homens como ativos, fortes, capazes de realizar trabalhos físicos árduos, produtivos e competitivos; e os homens que não possuem um físico ideal são considerados inferiores e subordinados (KORIN, 2001).

O ser homem e o ser mulher, em muitas culturas, são considerados conceitos oposto um ao outro, e devido à concepção social de gênero, os padrões de sofrimento e adoecimento também são considerados distintos (DOMINGUES, 2014).

A masculinidade hegemônica passou a corresponder a um modelo a ser seguido pelos homens. Este modelo ocupa uma posição de poder perante os grupos e posições sociais de masculinidade, discriminando os outros grupos que não fazem parte dessa hegemonia (OLIVEIRA, 2004). Dessa maneira, homens que não apresentam características como virilidade, força, poder, invulnerabilidade, características construídas pela

masculinidade, se transformam em homens que não se enquadram nesse perfil socialmente construídos.

O homem, quando influenciado pelas ideologias hegemônicas de gênero, construídas sobre masculinidade, pode colocar em risco a sua própria saúde (DOMINGUES, 2014). Isso ocorre, quando o homem negligencia a sua saúde por acreditar que a sua masculinidade o impede de adoecer, sentir dor, sofrer, por se achar invulnerável.

Schraiber, Gomes e Couto (2005), afirmam que durante muitos anos, para entender a relação saúde/doença existente entre os homens, estes foram estudados como se fossem todos iguais. No entanto, esse método foi superado, quando os estudiosos consideraram importante distinguir a masculinidade como um princípio simbólico e as várias identidades.

Gomes e Nascimento (2006) afirmam em seu estudo que a construção da identidade masculina, como a crença de invencibilidade, a associação do masculino à necessidade de se expor ao risco, o descontrole sexual e a redução do exercício da sexualidade à penetração, pode influenciar a não adesão a medidas de proteção contra doenças.

Assim, pode-se supor que as práticas sociais que os homens apresentam em relação à saúde, podem, tanto servir de contribuição para reforçar significados existentes na sociedade atual, como para apresentar novas significações da representação e prática social sobre a saúde masculina (MENDONÇA, MENANDRO E TRINIDADE, 2011).

Sendo assim, estudar as representações produzidas pelos homens sobre saúde/doença, é buscar entender o modo como esses indivíduos pensam, expressam e vivenciam o processo de saúde/doença no seu cotidiano, considerando o seu grupo de pertença e suas influências sociais e culturais.

É importante considerar que as representações sociais são construídas pelas nossas convenções, cognições, motivações e preconceitos, isto é, pelos nossos pensamentos, conhecimentos e percepções, construindo então, uma ação e pensamento influenciado pela realidade. Nesse sentido, observamos que as representações sociais produzidas pelos homens usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde sobre o processo de

saúde/doença, ancora-se à sua vivencia cotidiana, considerando sua maneira de pensar, sua cultura, seus conceitos e pré-conceitos, enfim, sua maneira de enxergar o mundo.

3 CAMINHO METÓDICO DO ESTUDO

3.1 METÓDO DO ESTUDO

O estudo é de natureza qualitativa, considerando que na pesquisa qualitativa, há sempre uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que o vivencia. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2013), a pesquisa qualitativa descreve o vivido naquilo que é, contentando-se assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos. Portanto, a pesquisa qualitativa busca entender o dado social, relativizando-o, pois este é fundamentado no aqui e agora, possuindo diversas interpretações e várias nuances. Além disso, a pesquisa qualitativa permite compreender o comportamento humano, do ponto de vista do ator, a partir de seus valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (BOGDAN e BIKLEN, 1994; SERAPIONI, 2000).

Dessa forma, essa abordagem assume uma característica dinâmica em que o conhecimento é construído por meio da compreensão do sentido que os sujeitos ou grupos sociais dão à vida (BOGDAN e BIKLEN, 1994).

A pesquisa qualitativa busca obter dados mediante contato direto com os sujeitos principais da pesquisa, desconsiderando dados numéricos e precisos, permitindo assim, compreender o comportamento humano e suas diversas interpretações através de hábitos, valores, crenças, atitudes e comportamentos, a partir do ponto de vista do autor (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005).

No que concerne à metodologia qualitativa, em especial a aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando assim, indispensável saber qual a representação dos fenômenos da vida e da doença para o indivíduo (TURATO, 2005).

Nesse sentido, a opção pela abordagem qualitativa proporcionou uma adequação com o objeto proposto, uma vez que se entende que na busca pela compreensão das representações produzidas pelos homens sobre o processo saúde/doença, encontram-se dados de caráter subjetivos,

intimamente ligados à maneira como esses indivíduos sentem, pensam e expressam a sua opinião e de que forma esse conhecimento produzido interfere no processo de cuidar de si, considerando a sua cultura, crenças e valores, individuais e coletivos.

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário do estudo foi duas Unidades de Atenção Primária à Saúde que contemplam a Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora, situado na Zona da Mata, no estado de Minas Gerais, com população total de 559.636, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

A opção por estas UAPS para o desenvolvimento da pesquisa ocorreu em função da facilidade de inserção da pesquisadora no campo, considerando o desenvolvimento de atividades propostas pelas diversas disciplinas do mestrado e também por estas fazerem parte do elenco de unidades com acordo institucional/convênio para atuação dos discentes/docentes dos programas de graduação e pós-graduação, nos serviços de saúde do município.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, o município conta com 67 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo 48 em região urbana, 14 na área rural e 5 unidades volantes. Dessas, 42 unidades desenvolvem ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 19 são tradicionais e 1 desenvolve o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As duas unidades selecionadas para o estudo, funcionam no horário de 7 às 11 horas e de 13 às 17 horas. A primeira UAPS é responsável por aproximadamente 6.000 habitantes, possuindo duas equipes da ESF, cada uma dessas equipes é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um odontólogo e oito agentes comunitários de saúde. A segunda UAPS é responsável por aproximadamente 6.700 habitantes, possuindo duas equipes da ESF, cada uma dessas equipes é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um

odontólogo e oito agentes comunitários, e conta diariamente com uma assistente social. As unidades funcionam em locais adaptados e, na ocasião da pesquisa, encontravam-se em reforma. Nas duas unidades, são ofertados serviços como consultas médicas, consultas de enfermagem, realização de exames e encaminhamentos, farmácia básica, vacinação, procedimentos básicos como retirada de pontos e curativos, além dos grupos educativos para o controle da hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, gestantes e direitos reprodutivos. Contam também com a oferta anual de ações para a detecção precoce do câncer de próstata, além das ações educativas voltadas para o tema.

Farah (2006) já dizia, em seu estudo, que, a maioria das Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora/MG, necessitava de reformas ou adaptações específicas às suas funções e, nestes casos, o que ocorreu foram as transferências para casas alugadas na comunidade, tendo sido estas adaptadas para o atendimento das necessidades. Vale destacar que este também é um fato na realidade dos cenários da pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa não se baseia em critério numérico como forma de garantir sua representatividade, uma vez que o interesse no universo estudado não são os sujeitos em si, mas as representações que eles produzem, seus comportamentos, práticas e atitudes (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 2013).

É importante ressaltar que, em pesquisas qualitativas, a reincidência das informações define o tamanho da amostra a ser estudada e que a repetição de relatos semelhantes indica possibilidades de compreender os dados/discursos (SILVA, FERREIRA e SILVA, 2010).

Para Duarte (2010), em estudos que possuem a metodologia que tenha por base a pesquisa qualitativa, o número de sujeitos que irão compor o quadro das entrevistas raramente pode ser determinado *a priori* e que tudo vai depender da qualidade das informações obtidas, bem como da profundidade e do grau de recorrência e divergência das informações. Sendo

assim, durante o tempo que estiverem aparecendo “dados” originais, é preciso continuar as entrevistas.

Os participantes foram homens cadastrados nas Unidades, que tenham idade entre 20 e 59 anos e que buscavam a unidade de saúde por atendimento. Foram considerados como critérios de inclusão para participar da pesquisa: ter idade maior ou igual a 20 anos e menor ou igual a 59 anos, estarem cadastrados na unidade ou fazerem parte da área de abrangência da unidade, possuírem condições de responder às questões norteadoras e aceitarem participar da pesquisa após conhecimento dos objetivos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1). Este Termo foi composto por duas vias e, após assinado, uma foi entregue ao participante e a outra arquivada com a pesquisadora. Como critérios de exclusão foram adotados o não atendimento aos critérios de inclusão e a recusa em assinar o TCLE.

Aos participantes que aceitaram participar da pesquisa foi esclarecido que a desistência poderia ocorrer em qualquer momento, durante ou após a concessão da entrevista e que a possível desistência não resultaria em nenhum dano futuro, como o comprometimento na assistência. Foram esclarecidos também que o anonimato estaria assegurado e que o ressarcimento por qualquer dano, relacionado a entrevista, que porventura viesse a ocorrer seria de responsabilidade da pesquisadora.

Dessa forma, participaram deste estudo, vinte e um homens, cadastrados nas unidades, correspondendo a dez na unidade um e onze na unidade dois, com idades entre 23 e 58 anos. Ressaltamos que foram abordados 23 homens, dos quais apenas dois se negaram a participar da pesquisa, não assinando o TCLE. Após o conhecimento dos objetivos do estudo e o esclarecimento de dúvidas acerca da participação voluntária na pesquisa e da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi dado início às entrevistas.

3.4 APREENSÃO DAS INFORMAÇÕES: AS ENTREVISTAS

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG, para a apresentação da proposta a ser desenvolvida. Após o consentimento para o desenvolvimento da pesquisa nas unidades (ANEXO II), foi realizado contato com os gerentes de duas UAPS, a fim de expor os objetivos da pesquisa e obter as assinaturas desses profissionais para o cadastramento do projeto na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Juiz de Fora (ANEXOS IIIa e IIIb). A partir do parecer favorável emitido em novembro/2015 sob o número 1.306.553, conforme o ANEXO IV, foi realizada ambiência nas unidades a fim de se familiarizar com a estrutura e o funcionamento do serviço e, a seguir, deu-se início à apreensão das informações.

As entrevistas foram direcionadas por um roteiro semiestruturado, contendo questões de cunho social e também norteadoras, permitindo que os participantes se expressassem livremente (APÊNDICE I). Todos os procedimentos seguiram as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b).

Nas pesquisas qualitativas, a avaliação da saturação teórica é feita por um processo contínuo de análise dos dados que começa no momento de início do processo de coleta de dados, sendo assim, essa análise consiste em buscar o momento em que continuam aparecendo dados novos nos discursos. É importante salientar que nenhum discurso é igual ao outro. No entanto, todos apresentam elementos comuns uns com os outros, e é a partir do momento em que não surge mais nenhum dado novo que ocorre a saturação (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008).

No primeiro contato, foram abordados os homens que aguardavam por atendimento nas Unidades de Saúde. Foi apresentado o projeto, os objetivos da pesquisa e, em seguida, solicitada a sua participação e a autorização para a gravação da entrevista. Estas ocorreram em local reservado, dentro da unidade, de acordo com as possibilidades da estrutura, e tiveram entre 10 e 15 minutos de duração. Ressalta-se que os participantes sentiam-se valorizados ao discursar sobre o tema.

Convencionou-se identificar os depoimentos pela letra “E”, referente a palavra “entrevistado”, seguida pelo número que identificou a ordem em que a entrevista foi realizada e pela idade do participante.

As gravações e transcrições foram transferidas para dispositivos portáteis de armazenamento (pendrive), e ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, sendo posteriormente, destruídas, conforme orientação da resolução vigente.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação de dados na pesquisa qualitativa não tem como finalidade contar opiniões ou pessoas, e sim, explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2013).

Para a organização e análise sistemática das representações elaboradas, utilizamos como base, o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), onde define ser:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

Para Bardin (2011), o objeto da análise de conteúdo é a fala, ou seja, o aspecto individual expresso pela linguagem. Assim, esse método busca conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se constrói o solo da discussão.

A análise de conteúdo, sendo um conjunto de técnicas que se vale da comunicação como ponto principal, é sempre feita a partir da mensagem, tendo como finalidade produzir inferências. O conteúdo de uma comunicação é tão rico, apresentando uma visão polissêmica e valiosa, que permite ao pesquisador uma variedade de interpretações. Produzir inferência significa, não somente produzir suposições acerca de determinada

mensagem, mas também utilizar de embasamentos com hipóteses teóricas de diversas concepções do mundo (CAMPOS, 2004).

Após a obtenção dos depoimentos, passou-se à fase de transcrição das entrevistas. Os depoimentos foram transcritos na íntegra e lidos, apreendendo-se as informações gerais, sem a pretensão de uma análise aprofundada do sentido das falas. A análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), é composta por três fases: pré-análise: fase de organização com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa; exploração do material: operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente; tratamento dos resultados e inferência e interpretação: as categorias que serão utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples e complexas, dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas, seguidas das inferências e das interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas (BARDIN, 2011).

A pré-análise consistiu na organização do material para sistematizar as ideias iniciais e seus significados de forma mais ampla. No primeiro momento, foi realizada uma leitura flutuante, onde ocorreu o contato com o material apreendido, que seria analisado, conhecendo o texto e procurando compreender o contexto geral das entrevistas, sem a pretensão de captar qualquer fato específico, apenas com a intenção de se familiarizar com os discursos.

Em seguida, foi realizada a exploração do material através de um estudo mais aprofundado do corpus da investigação, utilizando como ponto de orientação, o objetivo do estudo, com vistas à obtenção do núcleo de compreensão dos diálogos transcritos. O processo de codificação foi realizado manualmente. Foram agrupadas as representações com sentidos semelhantes e, a seguir, os discursos que continham conteúdos diferentes.

A seguir, passou-se à etapa de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, em que a leitura do material se tornou mais intensa, tendo por objetivo final, a produção de inferências e interpretações da

pesquisadora, interrelacionando-os com os objetivos do estudo e com a contribuição de estudiosos acerca da temática.

Assim, utilizando as técnicas de análise descritas, pretendeu-se identificar a estrutura e os conteúdos das representações sociais dos homens, usuários das UAPS sobre o processo saúde/doença.

A partir desse momento, de acordo com as semelhanças e diferenças nos discursos dos participantes, nomearam-se as seguintes categorias de análise:

- A saúde na representação dos homens;
- A doença na representação dos homens;
- Representações dos homens sobre a maneira como se cuidam;
- Representações dos homens sobre a assistência e a resolutividade das questões de saúde na unidade de atenção primária à saúde.

4 RESULTADOS E DICUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seguir, serão apresentados os dados que caracterizam os participantes do estudo, com a finalidade de proporcionar uma análise integral do grupo, auxiliando, assim, na compreensão do conteúdo e da estrutura das representações por eles elaboradas.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Categoria	Idade	Situação Conjugal	Escolaridade	Profissão/Ocupação
Entrev.1	54	Casado	1º incomp.	Lavador de carro
Entrev.2	32	Solteiro	2º comp.	Rep. Vendas
Entrev.3	34	Casado	1º incomp.	Motorista
Entrev.4	23	Solteiro	2º comp.	Garçom
Entrev.5	51	Solteiro	2º comp.	Conferente
Entrev.6	26	Solteiro	2º comp.	Autônomo
Entrev.7	29	Casado	1º incomp.	Auxilia serviços gerais
Entrev.8	25	Solteiro	2º comp.	Pedreiro
Entrev.9	32	Amigado	1º incomp.	Jardineiro
Entrev.10	24	Casado	1º incomp.	Frentista
Entrev.11	27	Solteiro	Sup. Incomp.	Consultor de Vendas
Entrev.12	33	Amigado	1º incomp.	Bombeiro Hidráulico
Entrev.13	24	Solteiro	Sup. Incomp.	Estudante
Entrev.14	43	Solteiro	1º incomp.	Pintor
Entrev.15	58	Casado	1º incomp.	Vendedor de picolé
Entrev.16	40	Solteiro	1º incomp.	Motorista
Entrev.17	51	Solteiro	1º incomp.	Ax. Serviço
Entrev.18	25	Solteiro	2º comp.	Garçom
Entrev.19	36	Casado	1º comp.	Funcionário Publico
Entrev.20	58	Divorciado	1º incomp.	Funcionário Publico
Entrev.21	51	Amigado	1º incomp.	Motorista

Fonte: Próprio autor

Segundo esses dados, a média das idades dos entrevistados é 36,7 anos, ressaltamos ainda, que 38,1% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 23,8% na faixa de 30 a 39 anos, 9,5% na faixa de 40 a 49 anos e 28,6% na faixa de 50 a 59 anos, sendo a menor idade 23 anos e a maior 58 anos.

Em relação a situação conjugal dos participantes, 38% informaram serem casados, 52,4% solteiros, 9,5% se declararam amigados e 4,8% divorciado.

Sobre o grau de escolaridade dos participantes, 52,4% declararam ter primeiro grau incompleto, 9,5% primeiro grau completo, 28,6% segundo grau completo e 9,5% ensino superior incompleto.

Quanto à profissão dos entrevistados, três afirmaram ser motoristas, dois funcionários públicos no cargo de vigia noturno, dois garçons, dois auxiliares de serviços gerais, um vendedor de picolé, um pintor de paredes, um estudante universitário, um bombeiro hidráulico, um frentista de posto de gasolina, um jardineiro, um pedreiro, um autônomo (trabalha com vendas), um conferente e um consultor de vendas.

Em relação ao que esses homens buscavam na unidade, na ocasião da pesquisa, os entrevistados afirmaram buscar: consultas, encaminhamentos, exames e/ou medicações.

A partir da caracterização dos participantes, passamos ao momento da apresentação dos discursos e da discussão sobre as representações sociais dos homens entrevistados sobre o processo saúde/doença, através das categorias previamente estabelecidas.

4.2 A SAÚDE NA REPRESENTAÇÃO DOS HOMENS

Nesta categoria serão apresentadas as representações que os participantes elaboraram sobre o significado de saúde. Cabe evidenciar que todos os participantes demonstraram dificuldades na construção de conceitos sobre saúde, precisando muitas vezes de tempo para organizar um discurso. Entretanto, de maneira isolada, alguns participantes elaboraram representações que dão conta da evidência do que significa “ter saúde”.

A constituição brasileira traz:

“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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988: 37).

No entanto, é importante atentar para o fato de que conceito de saúde não é igual para todos, uma vez que reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural em que o sujeito está inserido, levando em consideração a época, o lugar e a classe social. Dependerá também de valores, concepções filosóficas, religiosas e científicas de cada indivíduo (SCLIAR, 2007).

As representações elaboradas nessa pesquisa revelam a saúde como algo indispensável à vida. Viver com saúde é, portanto, ter a possibilidade de realizar todas as atividades cotidianas, sem se preocupar com as limitações ou impossibilidades que desfaçam os planos futuros. “Ter saúde” é ter possibilidades de viver melhor, porém com a necessidade de cuidados para que esta seja uma realidade diária. Nessa representação, os participantes destacaram uma preocupação com uma vida mais produtiva e sem problemas, tanto físicos quanto sociais.

As representações aqui elaboradas evidenciam que os homens entendem a saúde em um sentido mais singular possível, como a ausência de patologias ou agravos à saúde. Ao significarem a saúde como a ausência de doença, expressam uma preocupação relacionada à possibilidade de ter uma vida melhor pois sem a saúde, nada é possível. A sua ausência representa um problema em potencial que impediria a rotina cotidiana. As representações revelam ainda que, ao significarem a saúde como um bem indispensável à manutenção da vida, entendem que a busca pela prevenção de agravos e pela promoção da saúde é uma conduta que deve ser praticada diariamente, como forma de evitar agravos e impedir o adoecimento.

E1, 54 anos “Saúde é tudo... Uma pessoa sem saúde não vive direito, não trabalha, não vive”

E2, 32 anos “É tudo né. Se não tiver saúde, você não faz nada. Agora você me pegou! Ah, se você tiver de cama você não faz nada, por isso que tô te falando que é tudo, se você tiver resfriado ou até doente mesmo, você não faz nada, assim, não consegue fazer nada”

E4, 23 anos “Ah, saúde na verdade é tudo na nossa vida né. Porque sem saúde a gente não trabalha, a gente não faz nada na vida. Ah, é bom demais né! Porque você tem um fôlego pra nadar, pra andar, pra trabalhar, pra fazer tudo na sua vida, sem igual”

E5, 51 anos “Ter saúde é tudo. Ultimamente tá sendo difícil, por causa dos problemas que tem né. Dificuldade médica pra gente conseguir (...), mas saúde é tudo. Saúde faz parte, você não tendo saúde é complicado”

E9, 32 anos “Saúde pra mim é tudo, é onde que eu posso trabalhar tranquilo e não ficar dependendo de remédio (...) poder eu me ajudar e ajudar as outras pessoas. Porque no meu serviço eu ajudo as outras pessoas também”

E15, 58 anos “Ah, saúde é tudo! É a vida né. Sem saúde não é nada. Ué, sem saúde a gente não vive né. Não tem prazer de nada, comer nada, tem que ser tudo regrado, agora uma vida saudável a gente vive mais tranquilo né. É isso aí. Isso é tudo que eu tenho pra dizer”

E17, 51 anos “A saúde é tudo né... Em vista do momento que você precisa trabalhar, tem que cuidar da família, você não pode ficar né”

As representações elaboradas sobre o que é a saúde, aparecem neste estudo como um aspecto essencial e necessário para uma vida com qualidade. A ausência de doenças e a possibilidade de viver com os recursos mínimos para que se possa desenvolver no cotidiano as atividades que são consideradas inerentes à vida humana, fazem parte das representações implícitas na maioria dos discursos. Ao elaborarem a expressão “saúde é tudo”, estão inferindo que, sem saúde, nada se faz. Assim, a ausência da

saúde representa sofrimento e até mesmo inatividade e improdutividade e ainda como desagregadora quando se refere ao cuidado da família, de si e dos outros. A necessidade da utilização de medicamentos para manter a saúde e as atividades cotidianas como, por exemplo, o trabalho, faz com que os homens elaborem representações que tomem como foco a vida com a independência, considerando a manutenção do emprego e do desenvolvimento produtivo como fator importante para a autonomia.

Como sustenta Machado e Ribeiro (2012), para os homens que estão no ápice das aptidões orgânicas e físicas, construir reflexões sobre saúde e a importância de realizar promoção de saúde e manter hábitos saudáveis aparece como um desafio. Ainda para os autores, se pensarmos o homem que se encontra na fase produtiva profissionalmente, a lógica do conceito de “ter saúde” é representada a partir de reflexões sobre a possibilidade de desempenhar cotidianamente as atividades no trabalho, sem a preocupação com estratégias de cuidado que possam passar pela ingestão de medicamentos ou restrições.

A representação da saúde como a ausência de doença ou como a não dependência de medicação, evidencia a dificuldade dos entrevistados para construir um conceito amplo sobre saúde. No entanto, ao representarem a saúde através de expressões de oposição para estabelecer um conceito, como é possível perceber em alguns recortes, evidenciam que, mesmo não expressando um conceito elaborado sobre o que é “ter saúde”, os participantes elaboram representações que dão conta da evidência. Vale observar que a utilização de expressões de oposição demonstram que, mesmo entendendo o que é saúde e quais os impactos na rotina diária, os homens possuem dificuldades em organizar um conceito amplo do que é saúde.

A saúde, entendida como ausência de doença, é um conceito amplamente propagado no senso comum. Não está restrita apenas a dimensão do conhecimento, ao contrário, essa ideia tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico (FONSECA e CORBO, 2007).

As representações elaboradas pelos entrevistados apresentam uma concepção genérica de saúde, utilizando a expressão “bem estar” para definir o que é estar saudável. Recorrem ainda a expressões que demonstram a relação entre saúde e “bem estar físico” e “bem estar psicológico”, considerando esses elementos importantes para uma qualidade de vida. Corroborando com essa reflexão, Siqueira e Padovam (2008) referem em seu estudo que o conceito de “bem estar” é mais complexo do que parece ser, uma vez que possui abordagens subjetivas e psicológicas. Os discursos a seguir retratam essa reflexão e trazem possibilidades de compreendê-las nesse estudo:

E11, 27 anos “Saúde pra mim, no meu entender, é o bem estar, é você estar bem pra poder realizar suas tarefas diárias, estudar, trabalhar e viver tranquilamente. Pra mim isso que é saúde”

E14, 43 anos “Saúde é, bem, se for como eu estou entendendo a sua pergunta, saúde pra mim é bem estar, pra mim é estar sempre em dia com, como é que eu posso explicar a senhora, sempre em dia pra poder ter o organismo sempre em dia, a mente sempre em dia. Saúde pra mim é um bem estar”

E18, 25 anos “É, saúde pra mim, seria, me sentir bem, bem estar, é, tipo conforto e, isso mais ou menos, eu acho”

Nos fragmentos dos discursos, o “bem estar” é implicitamente compreendido por múltiplos significados que abrangem, não só a ausência de doenças e o bom funcionamento do organismo, mas também uma boa nutrição, bons relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, considerando então dimensões maiores que apenas o físico. Assim, ao representarem a saúde como “bem estar”, os entrevistados estão afirmando que ser saudável é um estado complexo, que não está ligado apenas ao bom funcionamento fisiológico do organismo, mas relaciona-se a uma

alimentação de qualidade, aos relacionamentos vivenciados socialmente e a uma boa condição psíquica.

No estudo realizado por Costa e Silva e Menandro (2014), os idosos do sexo masculino entrevistados incluíram a saúde como algo que tinha relação direta com o bem estar, sendo resultante, não apenas da ausência de doenças, pensamento que corrobora com a representação encontrada neste estudo, apesar do público alvo diferir em idade.

Dessa maneira, ao representarem saúde como “bem estar” estão afirmando que a saúde é necessária, não apenas para realizar tarefas do cotidiano, apresentadas como fundamentais para a vida, como também para manter as relações sociais, considerando que não estar saudável implicaria em um afastamento do círculo social ao qual participam. Assim, estão se referindo a muito mais que uma condição física, a uma condição psicossocial, que interfere no modo como esse homem se posiciona socialmente.

Dentre as atividades cotidianas, o trabalho aparece em lugar de destaque nas representações dos participantes. Ao significarem a saúde como uma condição associada à possibilidade de continuar trabalhando ou estando ligada à possibilidade de exercer sua função no trabalho, normalmente, os entrevistados representam o trabalho como responsável por contribuir para uma vida saudável. As representações produzidas nesse estudo trazem à tona a importância da atividade laboral para a vida cotidiana como um fator afirmador da condição de “ser homem”. Assim, a ausência da saúde poderia trazer dificuldades em se manter na posição de provedor da família, o que ameaça a sua concepção do que é “ser homem”.

A saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, o que proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, que os autores das ciências da saúde denominaram de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013)

As variadas definições de DSS expressam, atualmente, um conceito bastante generalizado desde que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A teoria sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ganhou importância no século XX, no momento em que as ciências da saúde começam a ser entendidas como essencialmente sociais. Anteriormente, predominava a teoria miasmática, que considerava que a transmissão das doenças ocorria pelo ar e pelos odores, explicando as práticas de saúde observadas até aquele momento histórico. No entanto, nas últimas décadas daquele século, o trabalho de bacteriologistas firmou um novo paradigma para a explicação do processo saúde/doença (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013)

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Já a OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Fonseca e Corbo (2007) simplifica o conceito quando afirma que os DSS se relacionam com as condições de vida e trabalho dos indivíduos como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. Outro desafio importante, em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. Os discursos abaixo mostram essa relação:

E19, 36 anos “A saúde ela é de extrema importância pro ser humano né, porque pra nós podermos viver né, em função do trabalho, em função do dia-a-dia assim né”

E20, 58 anos “Sem saúde não há trabalho (...), é o que é importante na sua vida é isso, se você não tiver saúde como que você vai trabalhar, como você vai né praticar suas atividades?! Não tem jeito né. E realmente a saúde tá, tá um problema né”

A saúde, significada a partir das relações fundamentadas no trabalho e como mantenedora da função social do trabalho, pode ser compreendida a partir dos referenciais de socialização masculina. Neste sentido, o trabalho adquire uma função social na perspectiva de garantir ao homem a possibilidade de se manter como provedor da família, forte e estabilizado (SILVA E SILVA, 2014). Ainda para os autores, o trabalho é compreendido como uma forma de exercitar o corpo, sendo a atividade laboral entendida como algo que atuava diretamente na saúde por promover o movimento e o contato com outras pessoas. Dessa maneira, trabalhar permitia que esses homens se sentissem saudáveis e ativos.

A conexão entre saúde e capacidade de trabalhar e/ou desempenhar atividades cotidianas ressalta um sentido prático e utilitário nas percepções sobre saúde (REIGADA E ROMANO, 2015).

Não se pode negar que a atividade laboral tem um lugar de destaque na vida dos homens, reforçando o papel de provedor do sustento familiar, historicamente atribuído ao homem e apontado como motivo para a não procura pelos serviços de saúde (BRAIL, 2009). Reforçando a afirmação de que, ao contrário das mulheres, os homens priorizam o cumprimento das suas tarefas diárias, como o trabalho, em relação aos cuidados com a sua saúde (SILVA *et al*, 2012).

Neste estudo, é possível perceber que os entrevistados demonstram satisfação em poder trabalhar. Sendo assim, “ter saúde” seria a principal condição para tal satisfação. A representação produzida sobre o universo do trabalho no estudo de Silva e Silva (2014) expressou a necessidade dos homens em não se deixar abater pela dor, pois aceitar a dor seria uma maneira de não conseguir cumprir sua função social de gênero e, conseqüentemente, não mais se satisfazer.

Para Figueiredo e Schraiber (2011), o trabalho é considerado um elemento constituinte da masculinidade. Assim, considerar essa variável na organização e funcionamento dos estabelecimentos de atenção básica em saúde se faz necessário. Essa ponderação não está relacionada apenas aos homens e, sim, a todas as pessoas inseridas no mercado de trabalho.

É possível afirmar que a ausência dos homens nas unidades de saúde é influenciada pela cultura perpetuada socialmente e no mundo do trabalho que desvaloriza a ausência da população masculina no trabalho por questões de saúde/doença, uma vez que a jornada de trabalho coincide com o horário de funcionamento das unidades (SCHRAIBER *et al*, 2010; MACHIN *et al*, 2011), sendo necessário uma repensar uma possível expansão desse horário na tentativa de facilitar o acesso da classe trabalhadora ao cuidado com a saúde (COUTO *et al*, 2010).

É possível afirmar então, que a saúde é representada a partir da construção social da masculinidade através do trabalho e o trabalho é representado como um fator de reafirmação da masculinidade, sendo responsável por reafirmação da condição de provedor da família, forte e invulnerável.

Os entrevistados elaboram representações significando a saúde no seu conceito mais simples, como a ausência de problemas que afetem o funcionamento fisiológico normal do organismo. Assim, estar saudável configura um estado de alegria e satisfação, à medida que se considera a não ocorrência de patologias. As representações elaboradas revelam a saúde como uma autonomia física e psicológica. A autonomia física é representada através da possibilidade de poder manter a regularidade das suas atividades cotidianas e também através do medo de depender de ajuda. Já a autonomia psicológica é representada através da possibilidade de decidir suas ações.

E7, 29 anos “Saúde é estar saudável (...) sem problema nenhum (...) sem tá com doença, viver bem. Pra mim isso é tá saudável”

E21, 51 anos “É, ser saudável é a gente não ter problema nenhum, não ter doença (...) isso”

E3, 34 anos “Ah, eu acho que é você ter disposição pra qualquer tipo de coisa, isso é bom, nada te impeça de fazer o que você quer. Isso pra mim acho que faz parte da saúde”

E17, 51 anos “É. A saúde pra gente é uma alegria que a gente tem. Você ficar de cama você não pode fazer mais nada né”

Assim, as representações elaboradas pelos indivíduos significam que “estar saudável” interfere no grau de autonomia do indivíduo diante das suas funções cotidianas. Podemos considerar que a recorrência das funções de liberdade e capacidade do indivíduo para decidir sobre suas próprias ações está inserida nas concepções acerca do termo “autonomia” (SILVA E SILVA, 2014).

Reigada e Romano (2015) afirmam que a representação produzida sobre a ideia de que estar saudável é estar isento de patologias ou apto para o aspecto laboral da vida reflete o modelo de trabalho adotado nos últimos anos na Estratégia Saúde da Família, centrado em consultas médicas frequentes e rápidas.

Desse modo, as representações dos homens nesse estudo refletem a maneira como entendem a saúde, ancorada também nas questões que envolvem a prevenção de agravos. Estudos como o de Castiel (2004) corroboram com esse pensar, pois destaca que é compreensível que a promoção da saúde, dependendo da maneira como é entendida e praticada, pode possibilitar a valorização das culturas locais e incentivar a autonomia dos sujeitos, quanto utilizada como estratégia para conduzir os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde.

E5, 51 anos “Tem que fazer pra ser saudável né. Fazer prevenção. Fazer controle na comida, uma comida saudável. É por aí”

E6, 26 anos “Ser saudável pra mim é você, no dia-a-dia, saber se alimentar bem, saber manter exercícios físicos, saber controlar, como é que eu posso dizer, saber o que você come, o que você bebe, saber dormir, saber ter, como é que se diz, ah, saber levar o dia-a-dia da forma mais simples possível, porém sem irritações, e comer bem, pra mim o que importa é comer bem e dormir bem”

E10, 24 anos “Ah, saúde é uma boa alimentação, se cuidar melhor, procurar vim no médico pra dá uma checada né. Isso é muito importante, pra mim isso é saúde. Evitar comer coisas que faz mal como gordura, doce, pra mim isso é saúde, é o mais importante”

E13, 24 anos “Saúde é, é, pra mim é o um dos pilares fundamentais do ser humano né. Se a gente não cuidar da saúde, acho que, que muita coisa não funciona, tanto no aspecto físico, mental, psicológico (...) Eh, eu acho que tem que ter um cuidado, tem que ter, não pode ser displicente com saúde. (...) Tem que ser, ter mais dedicação da pessoa consigo mesmo, com o próprio corpo, com as próprias questões (...) Acho que, saúde e meio cuidado extremo e atenção”

E16, 40 anos “Saúde é (...) que nem eles falam, é uma busca que, a gente tem que correr atrás (...) você tem que estar sempre se cuidando, fazer um checkup geral, ta sempre atento em alguma coisa, nem que seja uma mínima dor de ouvido, é uma coisa que pode trazer uma sequela, uma consequência muito grande pra gente”.

A doença é a falta de saúde, achaque, enfermidade, indisposição, moléstia; processo mórbido definido, com sintomas característicos, que pode afetar o corpo todo ou uma ou várias de suas partes. Já a patologia é ciência que estuda a origem, os sintomas e a natureza das doenças (MICHAELIS, 2009).

Ao significarem a saúde como uma responsabilidade pessoal e individual que deve ser mantida e incentivada, os entrevistados representam

a prevenção de doenças como a solução para manutenção do estado de saúde, impedindo assim todas as condições patológicas que podem vir a interferir na vida cotidiana.

Dentre as representações dos homens nesse estudo, a promoção da saúde é significada principalmente como um cuidado com a alimentação. Esse cuidado aponta a abstenção de consumir alimentos que são popularmente conhecidos como “destrutivos” à saúde, como doces e gorduras. Assim, Nascimento *et al* (2011), trazem em seu estudo um aspecto semelhante ao que evidenciamos nessa pesquisa, onde percebemos que cuidar da saúde é representada, principalmente, como cuidar da alimentação.

Nesse contexto, é importante ressaltarmos que a prevenção de agravos e a promoção da saúde aparecem como uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, incentivando ações que envolvam, além da clínica médica e da medicalização, ações de promoção da saúde em geral, incentivando uma visão holística da saúde do homem (BRASIL, 2009).

A imagem masculina associada à cultura de que o homem deve “ser forte” e resistente pode propiciar baixa adesão nas ações de promoção do auto cuidado, tornando, assim, o homem vulnerável a uma série de acontecimentos (MACHIN *et al*, 2011). A resistência do homem em praticar o auto-cuidado está associada à cultura, socialmente construída, onde os homens são educados para serem mais fortes e mais resistentes que as mulheres (ALBANO, BASÍLIO E NEVES, 2010).

Corroborando com o pensamento, Silva e Menandro (2014), observam que a representação da prevenção está vinculada a manter-se vivo e capaz de realizar suas atividades costumeiras, impedindo apenas a instalação de complicações decorrentes de patologias. A saúde é apontada como algo que necessita ser mantida por cuidados gerais, em especial alimentação e exercícios, refletindo na preocupação em manter hábitos saudáveis ligados ao consumo de alimentos menos calóricos e gordurosos.

Silva *et al* (2012), constatam, em seu estudo, que é necessário desconstruir a ideia de invulnerabilidade, que permeia o mundo masculino e

os impede de buscar prevenção nos serviços de saúde. Dizem ainda que é necessário permitir que os homens expressem seus medos, ansiedades, fragilidades, para que, assim, se sintam mais acolhidos e possam procurar ajuda às suas questões de saúde.

Não se pode descartar a hipótese de ter ocorrido um fenômeno de desejabilidade social, que, segundo Paulhus (apud ARIENTE, 2012), corresponderia a todo um conjunto de fatores de distorções que, por sua vez, estariam na dependência dos “papéis” apropriados para o contexto. Furnham (apud ARIENTE, 2012) afirma que o termo desejabilidade social passou a ser usado para representar tendências de distorção de auto-relatos para uma direção favorável, negando, assim, traços e comportamentos socialmente indesejáveis.

Entretanto, apesar do aumento da produção científica, na área da saúde, no que diz respeito à discussão sobre a masculinidade, ainda existe uma lacuna nos estudos sobre o empenho masculino envolvendo promoção e prevenção da saúde (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

As representações elaboradas revelam que os homens significam que “ter saúde” é uma condição que depende de responsabilidade individual, consistindo na prática de ações rotineiras de promoção e prevenção. A representação sobre saúde está vinculada à possibilidade e capacidade para realizar atividades cotidianas, mantendo sua rotina de vida. Sendo assim, a presença de alguma doença ou patologia interfere nesse plano, e, dessa maneira, os homens representam a prevenção de doenças como uma possível solução para manutenção da saúde, uma vez que buscam evitar o que pode interferir na saúde e, conseqüentemente, na rotina diária.

4.2 A DOENÇA NA REPRESENTAÇÃO DOS HOMENS

Nesta categoria, serão apresentadas as representações que os participantes elaboraram sobre o significado de “doença”. É importante ressaltar que, de maneira semelhante à discussão na categoria anterior, os homens demonstram dificuldades em elaborar conceitos. No entanto, essas

representações permitem evidenciar o significado de “estar doente” na perspectiva da impossibilidade de uma vida com qualidade.

As representações dos participantes revelam a doença como uma patologia em si ou a falência de alguma parte do corpo, evidenciando a doença no sentido mais simples. Ao relatarem a doença como patologia, fazem alusão ao modelo de assistência biologista, onde predomina a doença como aspecto central da perda da saúde e a utilização de medicação como solução, contemplando a cura em detrimento da prevenção/promoção.

E7, 29 anos “Ah, a doença é enfermidade né, te faz ir ao posto, ao médico, internado, tomar remédio, os medicamentos, pra mim isso é doença”

E8, 25 anos “Tipo assim, depende, vamos supor, uma gripe, alguma coisa assim, a gente pensa que é coisa à toa, as vezes não é, aí a gente procura a, a unidade de saúde, o posto médico pra saber o que é”

E13, 24 anos “Quando a máquina começa a não funcionar tão bem. Ou quando ela começa a avisar que alguma coisa não está bem, como, no caso, hoje, com o meu problema”

E19, 36 anos “A doença é, é uma consequência de alguma falência né ou alguma dificuldade de algum órgão seu né, até por algum intruso no seu organismo, um vírus né”

As representações elaboradas revelam o significado da doença como uma condição que impossibilita a manutenção das atividades cotidianas. Viver ou conviver com doença é, portanto, estar impossibilitado de realizar as atividades cotidianas, representando uma preocupação com planos futuros. “Estar doente” ou “ter uma doença” representa a aproximação com sofrimento e até a dor, havendo a necessidade de que cuidados específicos façam parte do cotidiano das pessoas.

Estar doente pode ser entendido como a percepção de sensações, sinais e sintomas desagradáveis, como cansaço, dor, fraqueza, o que representa, momentos de angústia, preocupação e prejuízo, isto é, a doença, mais do que uma condição biológica, também é uma realidade social e culturalmente construída (MELLO E OLIVEIRA, 2013).

Nascimento *et al* (2011) afirmam, em seu estudo, que a representação social da doença está vinculada ao corpo, indicando assim, a permanência da associação habitual entre doença e corpo, agrupando elementos como dor, câncer, morte, remédio e cama. No entanto, além do físico, existem as representações das consequências subjetivas e sociais que são: tristeza, dependência, preocupação, angústia, desânimo. Para o autor, a articulação entre esses dois conjuntos de representações corresponde ao elemento significado como sofrimento. Afirmam ainda que a dor aparece como elemento central da representação social de doença, sendo a motivação frequente da busca por assistência médica, devendo ser considerada como elemento principal, no que diz respeito à percepção de doença.

Ao representarem a doença como uma falência do organismo, os participantes destacam a preocupação com a possibilidade de necessitar buscar, constantemente, os serviços de saúde, cuidados médicos e a utilização de medicamentos. Essa perspectiva aparece como um dificultador para manter uma qualidade de vida, uma vez que seria necessário “desperdiçar” muito tempo em exames, consultas e remédios, o que pode vir a atrapalhar o seu desempenho na manutenção das suas atividades cotidianas, em especial, o trabalho, uma vez que a ideia de provedor da família ainda é presente na sociedade masculina.

Pode-se afirmar que as representações elaboradas revelam que os participantes apresentam dificuldades em estabelecer conceitos precisos sobre o que é doença, recorrendo ao uso de metáforas para expressar o que significa, no seu cotidiano, estar doente. No entanto, apesar da dificuldade em elaborar conceitos concretos sobre doença, os homens são capazes de produzir representações que dão conta de expressar a sua opinião sobre o tema.

A doença é representada como uma sentença de invalidez, uma ausência de ânimo e força para a realização de tarefas cotidianas. Ao representarem a doença como um fator de impedimento para uma vida ativa, significam a doença um limitador tanto das funções diárias e laborais como da felicidade que permeia o “bem estar”.

A doença, culturalmente, ainda é reconhecida por grande parte dos profissionais da saúde e também da população por uma ótica do modelo biologicista e hospitalocêntrico, enfocando na cura biomédica e deixando para segundo plano a origem do processo de adoecimento descoberto nas políticas públicas. Apesar dos esforços, a Estratégia de Saúde da Família não consegue atender à demanda, uma vez que a estratégia desse programa não chega a propiciar o saneamento das condições de adoecimento (OLIVEIRA E PERES, 2009).

E2, 32 anos “Ah, quando eu fico doente eu não sou nada, tipo, eu não consigo fazer nada, entendeu? Ai, eh, eu acho que isso, igual eu te falei no começo ai, se ficar doente você não consegue a fazer nada, igual eu fico derrubadaço”

E4, 23 anos “A doença é uma coisa complicada. Mais eu acho que a doença é quase uma morte né, porque você fica jogado em cima de uma cama, você não tem ânimo pra nada, você fica praticamente parado. Então pra mim, doença é isso”

Nesta perspectiva de “bem estar”, as representações revelam a doença como uma “quase morte”, no sentido de deterioração do seu estado de saúde, da funcionalidade do organismo, limitando, mesmo que momentaneamente, a vida. Essa perspectiva da doença como uma “quase morte” permite refletir sobre o sentimento mais íntimo que permeia o imaginário do homem a respeito das representações da doença na vida cotidiana.

A morte, ainda na atualidade, é considerada um acontecimento medonho e pavoroso, mesmo sabendo que, em algumas situações, ainda

existe a possibilidade de dominá-lo. Quando um indivíduo apresenta uma enfermidade grave, em geral é visto e tratado como alguém sem direito de expressar opinião frente à situação apresentada, ficando a decisão sobre se, quando e onde um paciente deve ser internado e quais procedimentos devem ser realizados, quase sempre, nas mãos de outra pessoa. Inevitavelmente, pouco a pouco, esse indivíduo deixa de ser uma pessoa e começa a ser tratado como um objeto e decisões começam a ser tomadas sem o seu parecer (KUBLER-ROSS, 1926).

Nesse sentido, entende-se que a representação da doença como uma “quase morte” se refere à perda da capacidade de decidir e opinar sobre o que irá acontecer com sua vida e seu corpo, estando nas mãos de terceiros essas decisões. O medo que ancora a morte é transferido para a doença no sentido de depender de outras pessoas para tomar decisões que podem comprometer o futuro.

Deve-se considerar que a “quase morte” envolve ainda o processo de perda da independência, que pode ocorrer em momentos de piora do estado de saúde, seja ele fisiológico ou não. A masculinidade, construída historicamente e sustentada culturalmente, parece não permitir aos homens momentos de dependência. A eles não é permitido, culturalmente, que se sintam fracos, debilitados, improdutivos, sendo a doença considerada um atestado de comprometimento da masculinidade.

Gomes *et al* (2011) afirmam que o medo de descobrir alguma doença grave e/ou o medo da morte, está presente no imaginário masculino, aumentando a distância que separa o homem do cuidado e dos serviços de saúde.

Sendo assim, é importante ressaltar que as representações e ações relacionadas aos cuidados com a saúde, estão perpassadas por atribuições de gênero que, ao designar aos homens características como força, agressividade e não-vulnerabilidade, diretamente associadas à masculinidade hegemônica, conseqüentemente conduzem a um menor cuidado com a saúde, uma vez que esse cuidado e essa procura são representados como uma fraqueza (COSTA, 2003). A ideia de masculinidade, socialmente construída, produz uma exigência de que o indivíduo precisa ser

forte, física e psicologicamente, resultando em uma figura que adia ou nega tratamentos preventivos, de promoção e proteção à saúde, rejeitando a prática de cuidar de si (SILVA *et al*, 2012).

As representações elaboradas revelam que os sujeitos utilizam expressões de oposição junto ao conceito de saúde para representar o que é a “doença”, reafirmando a dificuldade, previamente exposta, em expressar um conceito solidificado de doença.

E11, 27 anos “Adoecer pra mim, deixa eu pensar aqui, é justamente o contrário (risos) da saúde, porque não deixa fazer o que você precisa fazer, o que você tem que fazer, o que você que fazer, pra mim é justamente ao contrário do que eu entendo por saúde”

Neste sentido, entende-se que a representação social do conceito de doença está diretamente ligada à representação social sobre saúde, neste estudo, uma vez que, para os homens, a significação de um é o oposto da significação do outro. Assim, ao representarem um conceito em comparação com o outro, os homens trazem à tona a dicotomia saúde/doença amplamente difundida na sociedade, enaltecendo o modelo biomédico, o qual não valoriza a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

Frente às dificuldades para elaborar um conceito sobre doença, os homens, muitas vezes, utilizam relatos de experiências vividas, pessoalmente ou por conhecidos, para expressarem o entendimento. Ao representarem a doença através de experiências pessoais, os homens acessam os sentimentos vividos por eles em um determinado período da vida.

E15, 58 anos “Ah, adoecer é um caos, uma tristeza danada, já passei por isso né. Eu fui uma pessoa que só vivi internado, é assim, digamos assim, no meu tempo de criança né, até adolescência (...) eu tenho problema de úlcera nervosa (...) comecei a fazer o tratamento né, exame endoscópio lá, na

sala escura né (...) Ai fiz endoscopia (...) mas depois disso qualquer crise eu vivia internado, no soro Uma vida saudável é muito melhor. Doença não presta não (...)”

E21, 51 anos “Doença é igual eu tenho, eu tenho diabetes, tem gente que tem câncer outros tem leucemia, é eu fico mais preocupado com as doenças mais graves, tem doença que uma gripe, que se cura né. Ser doente a gente fica sempre preocupado, que sabe que vai acontecer, eu sou diabético, a gente vê muitas histórias, falar que que corta pé, que corta perna, que fica cego (...) eu já passei a experiência de quando eu fiquei doente, com diabetes, de praticamente ter minha visão comprometida, fiquei seis anos sem audição, usando aparelho”

Percebemos que a doença é significada, neste estudo, como tristeza, relacionada à impossibilidade de manter as atividades cotidianas, bem como com o próprio diagnóstico; preocupação com as possíveis complicações de patologia e sofrimento relacionado aos procedimentos, como exames e tratamentos, ao período de convalescência e às possíveis consequências da patologia.

Albano, Basílio e Neves (2010) encontraram, em seu estudo, que os participantes, quando questionados sobre o medo de adoecer, admitem esse temor apresentando como justificativa a dependência de terceiros e a impossibilidade de exercer suas atividades laborais e, conseqüentemente, interferir no sustento da família, corroborando com o encontrado nas representações elaboradas pelos participantes deste estudo.

As representações elaboradas pelos entrevistados revelam que a doença é significada como a ausência de preocupação em manter uma rotina de ações de prevenção de agravos e a promoção da saúde. Neste sentido, as representações permitem identificar que, apesar de não ser uma conduta difundida entre a classe masculina, a prevenção de agravos e a promoção da saúde é entendida pelos homens e valorizada como a única maneira de manter uma vida saudável.

Assim, ao representarem a doença como resultado da falta de cuidado, significam que o surgimento de um agravo ou uma situação de adoecimento, passa de certo modo, a ser responsabilidade do indivíduo (SILVA E SEFFNER, 2015).

E10, 24 anos “Adoecer pra mim é você não se preocupar com a saúde, não se importar de ir no médico fazer exames, abusar muito, tem gente que abusa muito né. Não liga pra saúde, nem medir pressão (...) é importante sempre tá fazendo uma avaliação médica né, porque tem gente que não faz. Pra mim isso é importante. Tá sempre atento a saúde”

E14, 43 anos “Adoecer eu acredito que seja, assim, quando vem hereditariamente, eu acredito que seja quase inevitável, mas quando for por negligência própria, eu acredito que seja (...) um descuido nosso”

E16, 40 anos “A doença é um grande descuido. É um descuido, porque (...) to sentindo aquela dor, to sentindo aquele mal estar, aí não sabe se pode ser algum nódulo benigno ou maligno, um câncer, entendeu?”

E20, 58 anos “Dentro das religiões, as doenças são provas. Eu não acho isso. Eu acho que a doença vem com o passar do tempo e seu esforço físico né, você trabalha muito, você se esforça e chega uma etapa da sua vida que você adocece”

A doença, na antiguidade, possuía uma concepção mágico-religiosa, partindo do princípio de que a doença é resultante de ações mágicas, de forças alheias ao organismo que acessam o corpo em resposta ao pecado ou a maldição (SCLIAR, 2007).

Neste sentido, podemos afirmar que os homens cultivam o pensamento mágico de que não adoecem, apresentando assim, dificuldades para reconhecer suas necessidades e fragilidades. Sendo assim, existe uma resistência em admitir a doença, uma vez que ela é vista como um sinal de

fragilidade que os homens não conseguem compreender como inerente à sua própria condição sociopsíquica e biológica (BRASIL, 2009).

A masculinidade hegemônica, construída e sustentada socialmente, não permite ao homem chorar, se emocionar, evidenciar o medo ou a ansiedade, uma vez que a sociedade impõe a este uma postura de potência e invulnerabilidade, não lhe dando o direito de transparecer suas fragilidades. Procurar um serviço de saúde para ações de promoção e prevenção é um ato considerado de fragilidade que se choca com as concepções desta sociedade que enfatiza a masculinidade hegemônica (SCHRAIBER *et al*, 2010).

Ao contrário do comportamento usual apresentado pelas mulheres, no que diz respeito ao cuidado com a saúde, a maioria dos homens não prioriza o cuidado à saúde em detrimento de suas tarefas. Dessa maneira, buscar atendimento de saúde muitas vezes significa, para o gênero masculino, ausentar-se das atividades laborais, podendo colocar em risco sua subsistência econômica (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Sendo assim, em virtude das dificuldades apresentadas pelos homens na busca por ações de prevenção, a grande maioria, geralmente, busca os serviços de saúde apenas quando apresentam alguma alteração da saúde que dificulta a realização de suas atividades cotidianas.

Neste sentido, a PNAISH ressalta a necessidade de oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem quando se trata da falta de caráter preventivo, destacando, assim, a importância das ações de promoção, prevenção e também das medidas de recuperação dirigidas à população masculina (BRASIL, 2009).

As representações revelam que, ao significarem a doença, os entrevistados entrelaçam o conceito de saúde com a utilização de medicações, a busca por atendimento médico ou tratamento, como se utilizar remédio e realizar consultas médicas fosse sinônimo de “estar doente”. Neste estudo, a compreensão dos homens sobre o que é doença está diretamente ligada à busca de medicamentos e procura por consultas médicas, as quais dão um tom a essas concepções.

E2, 32 anos “A doença, como é que eu vou te explicar ... É a mesma questão da saúde, porem se você tiver uma doença, assim, grave, você tem que procurar né, é, se tratar, ou se tiver como tratamento, e, não sei mais não como te falar”

E3, 34 anos “Uma coisa horrível. Uma coisa que você procura uma solução e as vezes você não encontra. Fica batendo na mesma tecla, tentando resolver, tentando medicamento, e não consegue. Tem ocasiões que eu tenho que tomar injeção na veia pra poder melhorar”

E12, 33 anos “Adoecer é você... não sei, você tem que ficar passando no medico, sabendo o que que tá acontecendo, pra evitar a doença. Não sei”

E14, 43 anos “Porque a doença é uma coisa que vem, as vezes, sem a gente esperar e que precisa ser tratada rapidamente pra, pra, pra ter como cuidar de certas doenças, pra, pro médico possa ter acesso, pra que possa dar um diagnóstico, pra que possa começar um tratamento daquela doença”

Moura *et al* (2014), em seu estudo, referem que 58% dos homens não procuraram atendimento médico quando tiveram problemas de saúde, recorrendo a tratamento sem orientação profissional e a automedicação. Referem ainda que, para os gestores que participaram do estudo, existem três motivos que levam os homens a buscarem atendimento na ESF: presença de doença aguda ou crônica; busca de medicamentos, tanto prescrição quanto dispensa e situações específicas da saúde do homem, como disfunção erétil, obstrução urinária, suspeita de câncer de próstata, vasectomia e busca de preservativo.

As representações elaboradas pelos entrevistados revelam que a doença é significada como um peso para a masculinidade no sentido de impedir, socialmente, de exercer o papel de homem, de provedor e de cuidador da família. Ao significarem a doença como um limitador da masculinidade, os homens revelam que “estar doente” representa um

sentimento de “não estar valendo nada”, estando impossibilitado de exercer a função que é, socialmente, a eles atribuída.

E9, 32 anos “É ruim. Muito ruim. (...) algumas doenças que acaba (...) fazendo a gente ficar com depressão, porque a gente não pode, não pode fazer muitas coisas (...) a mente da gente acaba pensando assim: Pô, não to valendo nada, pra ninguém. E isso é uma coisa que, que a gente tem (...) evitar adoecer, e sempre manter o roteiro da gente na rédea né, porque se a gente não colocar rédea na gente mesmo, não tem jeito”

As representações dos participantes revelam a doença como um processo psicológico, que excede o físico, fazendo referência à necessidade de conversar sobre os seus problemas. Representam também a doença como uma ausência de bem estar espiritual.

E16, 40 anos “Doença é um descuido do ser humano. É o relaxamento. Ele relaxa, entendeu. Não procura conversar com ninguém, nem que seja assim, desabafar uma coisa psicológica que pode arcar um distúrbio ou alguma coisa. Um super relaxamento. É isso”

E17, 51 anos “A doença, se, se você tiver bem, você não vai ter doença. Tem que ser alegre, tem que brincar, tem que conversar. Se você ficar amuado a doença vai pegar mais. É igual eu. To sem vista aí, mas o que eu falo, eu nasci perfeito, e vou morrer com defeito (...) pode acontecer né, contigo também, comigo. Entendeu. Deus que ilumina a gente pra passar né”

Neste sentido, podemos compreender que a representação que os homens fazem sobre a doença vai muito além de aspectos físicos, significando a saúde não necessariamente apenas a aspectos biológicos e naturais, mas também como uma condição regulada pelo psíquico (SILVA E SILVA, 2014). Sendo assim, podemos compreender que as representações sobre doença estão diretamente ligadas às representações sobre saúde, utilizando um conceito oposto para criar uma definição.

Podemos afirmar então que, se a saúde é significada como uma condição ligada ao “bem estar” psíquico, e considerando que a doença é significada de maneira oposta ao conceito de saúde, é representada, então, como a ausência desse “bem estar”.

5.3 REPRESENTAÇÕES DOS HOMENS SOBRE A MANEIRA COMO SE CUIDAM

Nesta categoria serão pontuadas as representações que os participantes elaboraram sobre a maneira como buscam solucionar os problemas que ameaçam a vida.

As representações revelam que os homens, ao se depararem com algum problema que possa interferir no seu estado de saúde normal e, conseqüentemente, no desempenho das atividades cotidianas, referem buscar ações alternativas, como a automedicação, antes de buscar ajuda especializada. Assim, se o os sintomas já são conhecidos por eles ou se consideram que o problema de saúde não é grave, os entrevistados referem “resolver em casa”, sem a busca por qualquer tipo de assistência. Ao significarem a busca por métodos alternativos como primeira opção, os homens revelam uma resistência em buscar assistência especializada frente à doença.

E1, 54 anos “Normalmente, a gente vai nas primeiras farmácias e tenta resolver (...) depois, em último caso, a gente tem que ir em um médico (...) em último caso mesmo. É, tem anos que não procuro um médico. Normalmente, eu tenho que ir no bairro primeiro pra depois encaminhar pra outros, mais especificados né”

E2, 32 anos “Médico (...) é de vez em quando né, de vez em quando a gente resolve dentro de casa mesmo, dependendo. Se for gripe, igual eu, ataco de rinite, tomo um remédio e passa, meia hora melhora. Agora, dependendo do que for, aí eu tenho que procurar um médico né, um especialista”

E11, 27 anos “Quando é coisa que eu já estou acostumado a ter (...) eu tomo o remédio que, geralmente, já é prescrito pra mim. E quando não é, eu procuro o posto, uma UPA, o pronto socorro, quando eu não aguento (...) evito ao máximo ir a qualquer instante ne médico, por causa de qualquer coisa, mais quando tem não tem jeito, não tomo medicação também”

E16, 40 anos “Eu tenho minha enxaqueca, eu sinto minha enxaqueca, eu pego e sei qual o remédio que eu tenho que tomar, entendeu, eu vou e tomo. Se não adiantou eu corro pro médico. Ai eu ‘tomei esse remédio e não ta adiantando, não to aguentando’ ”

E18, 25 anos “Eu primeiro tento tomar remédios, me alimentar bem, aí no último caso que (...) procuro um médico e vejo o que que eu posso fazer”

Ao relatarem a opção pela automedicação como primeira alternativa na busca por solucionar potenciais problemas de saúde, eles reforçam a ideia de força e invulnerabilidade, mantida culturalmente, descartando a necessidade de recorrer a ajuda especializada. Assim, ao descreverem que a busca por assistência acontece apenas em último caso, os homens reforçam a concepção auto suficiente, perpetuada pela masculinidade hegemônica, pela qual acreditam que são capazes de solucionar sozinhos os possíveis problemas de saúde.

A associação do cuidar, na maioria das situações, está relacionada à esfera feminina, uma vez que, na diferenciação de papéis por gênero que estão presentes no imaginário social, principalmente no imaginário masculino, entendem-se os cuidados de saúde como sendo característicos do gênero feminino (FIGUEIREDO E SCHRAIBER, 2011).

Para Gomes (2003), os aspectos relacionados aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, e à percepção ou não da crise da masculinidade, produzem repercussões no espaço da saúde, revelando

dificuldades no que se refere, principalmente, à adoção de medidas preventivas.

Autores de estudos semelhantes, relataram que também encontraram como respostas dos homens ao representarem a automedicação como dificultador/impedimento ao surgimento da doença, uma prática potencialmente perigosa à saúde se não praticada de forma correta, caracterizando uma conduta que pode colocar em risco a saúde de boa parte da população (Lopes *et al*, 2014).

Assim, considera-se a automedicação como:

“(...) o ato pelo qual o indivíduo, por sua iniciativa ou por influência de outros, decide usar um medicamento para alívio ou tratamento de queixas autovalorizadas. Este conceito engloba todos os tipos de medicamentos, incluindo os sujeitos a receita médica” (CRUZ; CARAMONA E GUERREIRO, 2015, p.8).

Lessa e Bochner (2008), em seu estudo, ressaltam que o extenso uso de medicamentos sem orientação médica, é acompanhado, na maioria das vezes, pelo desconhecimento a respeito das reações adversas que podem ocorrer mediante o uso da medicação. Ainda segundo os autores, a automedicação é indicada como uma das principais causas responsáveis pelas intoxicações humanas registradas no Brasil.

No entanto, alguns entrevistados referem à utilização de medicação apenas em último caso, dando preferência a métodos alternativos, como a alimentação, por exemplo. Assim, esses homens representam a resolução de problemas de saúde como uma ação de prevenção tardia, uma vez que não incorporam essas ações preventivas no cotidiano.

E4, 23 anos “Evito o máximo remédio. Isso aí sem dúvida, remédio só no último caso ne. Eu procuro assim, uma coisa mais saudável, alimentação mais saudável (...) remédio, no caso, é no último caso mesmo”

E18, 25 anos “Primeiro eu não recorro a médico não, primeiro eu tento sozinho (...) no caso assim, uma gripe né, eu procuro evitar de andar na chuva, alimentar bem, tomar bastante líquido, tomar alguns remédios que aliviam um pouco pra depois eu recorrer a um médico (...) médico é último caso”

E19, 36 anos “A princípio eu procuro eu mesmo me automedicar com ervas né, com chás (...) e procuro a Deus também, porque eu sou evangélico né, ai primeiramente eu oro, faço orações né e em terceiro plano é que eu procuro um médico”

E20, 58 anos “Eu procuro um médico (...) o médico não resolve, eu vou na religião, bate na porta da religião e você não encontra ajuda. Ah, você tá perdido. Você olha, poxa, tem Deus, mas Deus não te ouve, então não adianta, você fica esperando a ordem do moço lá de cima pra ver se ele vai te liberar daqui pra lá (...)”

Viana (2002) afirma que uma alimentação racional, considerando as necessidades do organismo e as propriedades preventivas de alguns nutrientes, determina, na atualidade, um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, em muitos casos, um cuidado imprescindível em grupos com patologia crônica ou aguda.

Ao afirmarem que utilizam de ações naturais, como evitar sair na chuva quando gripado ou consumir chás, os homens representam a utilização de métodos naturais como de alternativa para evitar o agravamento de situações de saúde, revelando uma concepção da masculinidade hegemônica pela qual se sentem fortes e invulneráveis frente às patologias. Pode-se afirmar também que a preferência, em primeiro momento, por fazer uso de métodos não farmacológicos está ligada à possibilidade de se manter atuante nas atividades cotidianas, uma vez que o uso dessas substâncias pode forçar o afastamento temporário dessas atividades.

Dentre as alternativas apresentadas, os homens representam a religião/espiritualidade como uma alternativa utilizada quando este se depara com a debilidade do seu estado de saúde.

A relação entre espiritualidade e saúde tem se tornado um paradigma a ser estabelecido na prática médica cotidiana, uma vez que historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para diversos

momentos da vida. A prece é uma prática milenar, tradicionalmente, associada a bem-estar, promoção de saúde e introspecção (GUIMARÃES E AVEZUM, 2007).

As representações elaboradas revelam que a busca pelo profissional médico, especificamente, é uma conduta constante para os homens entrevistados. No entanto, essa busca acontece apenas quando eles consideram que o problema de saúde irá comprometer o seu desempenho nas atividades cotidianas ou quando a dor, relacionada à patologia, se torna insuportável.

E5, 51 anos “Geralmente eu procuro o médico, dependendo do caso (...) mas se for uma coisa simples, eu deixo. Eu senti uma dor nos rins, eu vim aqui e falei pra menina e ela falou ‘Ah, o médico não pode atender agora não’. Ai eu falei: ‘Vou deixar’. E deixei, e a dor passou. Mas não é certo né. Talvez eu posso ta com cálculo nos rins e não sei. Não é certo”

E8, 25 anos “Então, eu procuro um médico. Às vezes, né (...) quando eu vejo que é alguma coisa mais grave, eu procuro um médico”

E9, 32 anos “Primeiramente eu tento (...) procurar um médico, vê qual (...) o tipo de remédio que eu posso tomar que não (...) deixa eu ficar à mercê daquele remédio sempre, só alguns dias assim, e só. E assim mesmo trabalhar tranquilo”

E10, 24 anos “Ah, eu venho no médico né, procurar receita, ver o que que ta acontecendo. Ah, sobre médico é mais é isso mesmo, né”

E12, 33 anos “Hoje em dia (...) eu sou difícil de vim a medico né. Na verdade, se eu tiver com algum problema, eu ainda, assim, sou bem difícil de vim ao médico (...) quando eu vejo que ta ficando pior”

Ao buscarem o médico apenas quando realmente necessitam, os homens são considerados mais seguros, mais tolerantes e fortes, uma vez

que são capazes de reunirem os problemas para resolvê-los todos de uma vez, suportando mais a dor (COSTA, 2003).

Conforme expressam Silva e Seffner (2015), em seu trabalho, a procura pelo cuidado acontece, mais frequentemente, após o surgimento da doença, quando os sinais e sintomas incomodam ou atrapalham o desempenho das funções cotidianas. A partir daí, são tomadas providências no que concerne à busca por assistência. Esta característica é constante no gênero masculino quando relacionada aos cuidados em saúde.

As situações em que os homens buscam por assistência são incomuns, acontecendo, geralmente, por dois motivos: quando a dor se torna insuportável e quando há impossibilidade de trabalhar (GOMES; NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007). Silva e Seffner (2015) referem, em seu trabalho, que as construções sociais relacionadas ao trabalho são muito valorizadas, imprimindo marcas inerentes à masculinidade, justificando a ação de priorizar o trabalho em detrimento da saúde.

Assim, os homens costumam buscar os serviços de saúde quando apresentam intercorrências graves ou quando os agravos de saúde os impossibilitam de exercer seu papel nas atividades laborais. Ressalta-se ainda que, segundo profissionais de saúde, os homens não buscam os serviços para fins preventivos (KNAUTH; COUTO e FIGUEIREDO, 2012; SCHRAIBER *et al*, 2010).

Mediante essa reflexão, se faz necessário incentivar o afastamento do modelo biomédico, prescritivo e não preventivo que ainda predomina nos serviços e na cultura masculina, buscando, assim, um olhar integral onde se preconiza as necessidades que vão além daquilo que a clínica pode detectar no que concerne ao atendimento prestado a esse público (SILVA *et al*, 2012).

No entanto, apresentando uma representação contrária à apresentada acima, alguns entrevistados referem que não deixam o problema de saúde agravar para recorrer ao atendimento especializado, demonstrando que reconhecem os perigos da automedicação.

E21, 51 anos “Quando eu tenho (problema de saúde) eu procuro atendimento médico, eu procuro atendimento (...) todas às vezes (...) tem

gente que deixa se agravar, fica tomando remédio sem receita médica, sem nada, uma pessoa vai lá e fala "ah, isso é bom pra aquilo, bom pra isso" mas o certo, o correto é a pessoa procurar o atendimento médico”

E6, 26 anos “Pela minha experiência, quando eu não sei o que que é, eu procuro um médico e quando eu não sei o que que é, eu também procuro, mas sempre eu tento combater da forma mais natural possível. Evito o máximo possível, assim, de remédio manipulado. Até porque assim, eu fui criado na roça, fui criado com tudo assim, muito natural, então, o que eu posso evitar de coisas que não são naturais, eu evito o máximo”

Os entrevistados referem que a busca por assistência ocorre, preferencialmente, através da Unidade de Atenção Primária à saúde, priorizando os serviços mais próximos da residência, onde consideram que existe um vínculo com os profissionais.

E7, 29 anos “Ah, procuro a unidade de saúde mais próxima de casa né, que é geralmente aqui no bairro mesmo (...), o que não resolve a gente pede um encaminhamento lá pra baixo, e tenta resolver, pra ver o que pode ser feito.”

A busca pela atenção primaria pode evitar muitos agravos à saúde, pois permite a participação em programas de prevenção e detecção precoce de doenças SILVA; DIAS; SILVA; DIAS, 2014).

Almeida (2009) chama atenção para a importância e necessidade de conhecer e compreender a história de vida e o meio em que vive o usuário para, a partir daí, estabelecermos o vínculo entre o serviço e o usuário. Afirma também, que é preciso resgatar e implantar as políticas públicas de saúde no país, que reforcem o vínculo de confiança e a resolutividade entre profissional e usuário, utilizando recursos humanos qualificados e motivados, insumos em quantidade e qualidade para subsidiar a prática assistencial e recursos financeiros que permitam atender às necessidades locais da população.

5.4 REPRESENTAÇÕES DOS HOMENS SOBRE A ASSISTÊNCIA E A RESOLUTIVIDADE DAS QUESTÕES DE SAÚDE NA UAPS

Nesta categoria, serão apresentadas e discutidas as representações que os participantes elaboraram sobre a assistência e resolutividade dos serviços de atenção primária a saúde.

A resolutividade dos serviços de saúde é uma forma de avaliar, a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário, os serviços de saúde. Segundo Turrini, Lebrão e Cesar, (2008) dois aspectos permitem essa avaliação: 1) dentro do próprio serviço relacionado a capacidade de atender a sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado; 2) dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária a saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção. Envolve assim, aspectos relativos a demanda, a satisfação do usuário, as tecnologias dos serviços de saúde, a existência de um sistema de referência e contra referência articulado.

A relação entre satisfação do usuário e resolutividade é uma ferramenta muito importante para a avaliação do desempenho e da qualidade da atenção à saúde, uma vez que permite analisar os resultados do trabalho desenvolvido e proporciona uma contribuição para a reorganização dos serviços de saúde (ROSA, PELEGRINI E LIMA, 2011).

No entanto, a visão do usuário sobre o serviço de saúde é particular, desconhecendo os critérios que ele utiliza para definir o que considera como qualidade do serviço. Da mesma maneira, é difícil identificar o que significa, para o usuário, um serviço capaz de resolver seus problemas de saúde (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

As representações elaboradas pelos homens, neste estudo, revelam que a resolutividade dos serviços é medida através do agendamento de consultas, ou seja, se o serviço proporciona a marcação de consultas imediata, é um serviço resolutivo, se não proporciona, é um serviço que não atende as necessidades ou demandas dos usuários. É importante considerar

que, para os entrevistados, a resolutividade da unidade também é avaliada a partir do encaminhamento para outros serviços de especialidades

E7, 29 anos “Até hoje, graças a Deus, conseguiu atender sim pra resolver os meus problemas. Conseguiu. Até hoje, sempre quando eu venho aqui, é medicado, e quando não dá pra resolver eles encaminham lá pra baixo, ou senão pede pra voltar de novo, novamente e me ajuda a resolver. Até hoje, graças a Deus, deu tudo certo”

E5, 51 anos “É sempre, eu venho aqui, tenho vindo aqui só pra pegar receita, primeira vez que eu venho fazer uma consulta foi hoje. E eles tem me atendido bem. Eu chego, deixo a receita, daí dois dias eu volto e pegou a receita”

Segundo Rosa, Pelegrini e Lima (2011) a visão dos usuários sobre resolutividade dos serviços está diretamente relacionada com aquilo que eles identificam e consideram como sendo a solução para os seus problemas de saúde. Sendo assim, a resolutividade da assistência está relacionada à realização de encaminhamentos para atendimento especializados, conseqüentemente, dessa forma, a demora em conseguir encaminhamentos especializados é visto como um obstáculo para a resolutividade.

Franco e Merhy (2005) referem que o caráter biomédico das práticas de saúde, centralizada na figura do especialista, faz parte do imaginário do usuário, que constitui uma construção social que resulta de experiências e vivências dos próprios usuários e de conhecidos nos serviços de saúde. Afirmam ainda que os usuários depositam no especialista e no procedimento toda a expectativa de ser cuidado e de ter os seus problemas de saúde resolvidos.

Outro aspecto relacionado a resolutividade do serviço de saúde, na visão do usuário, diz respeito a localização da unidade de atenção primária a saúde estar próximo a sua residência, o que facilita a busca pelo atendimento.

E9, 32 anos “É ótimo porque é mais próximo da casa da gente né, mais perto, e a gente pode contar que sempre tem os agente que sempre ta visitando a casa da gente também, vendo o que a gente ta precisando, e, se a gente precisar de agendar algum, é, alguma consulta eles agendam pra gente, isso aí já, pra mim pelo menos o que eu penso, é ótimo. É, é, pra mim é, porque assim tem muitos lugares que não, não pode, não ta, não pode ter o que a gente tem aqui. Essa cumplicidade que a gente tem com eles. A gente pode sempre, sempre ta, sempre ta vendo o agente, sempre conversando com eles, sempre tando no assunto deles. Ai pra mim isso é essencial”

Outro aspecto que leva o usuário a elaborar representações positivas quanto à resolutividade do serviço nas questões de saúde, diz respeito ao trabalho dos agentes comunitários da saúde (ACSs), ressaltando, principalmente, a importância no estabelecimento de vínculo entre os usuários e a unidade de saúde.

Neste sentido, ao representarem os ACSs como um elo entre a unidade e os usuários, os entrevistados ressaltam que esses profissionais são essenciais para que as necessidades dos usuários sejam conhecidas e resolvidas, no que concerne à atenção primária, ou que seja realizada a referência para outros serviços especializados. É importante salientar que, ao fazerem referência aos ACSs, os entrevistados revelam uma relação de confiança com esses profissionais, e que essa relação é vista como uma importante ferramenta de resolutividade dos problemas e/ou das necessidades dos usuários na unidade de saúde.

Nesse estudo, dentre os profissionais que atuam na equipe de atenção primária, a figura do agente comunitário de saúde, foi apontada com grande importância para o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, e, ao descreverem as atividades desenvolvidas por esses profissionais, como por exemplo, cada família que é visitada pelo menos uma vez por mês, a

realização do mapeamento das áreas, o cadastramento das famílias e o estímulo da comunidade à participação social.

O ACS é, ao mesmo tempo, membro da equipe de saúde e da própria comunidade onde atua, salientando-se que ele deve ser morador desta comunidade há pelo menos dois anos, de forma que possa conhecer as pessoas e a realidade da comunidade e ser conhecido por elas (BRASIL, 2001). Nesse sentido, as representações dos homens ancoram-se nas referências das políticas públicas, onde são pontuadas exatamente da forma que são apresentadas pelos participantes desta pesquisa.

O fato do agente comunitário de saúde residir na área de abrangência do serviço lhe confere a possibilidade de conviver com a realidade e as práticas de saúde da comunidade, conhecendo a população e tornando-se um representante da comunidade no serviço de saúde e, aumentando o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade (NASCIMENTO E CORREA, 2008)

A rapidez no atendimento é, também, um dos fatores utilizados pelos usuários na avaliação da resolutividade do serviço de saúde, uma vez que os homens se sentem responsáveis pelo sustento da família e, dessa maneira, “perder tempo” na unidade de saúde pode atrapalhar a jornada de trabalho.

O estudo de Knauth, Couto e Figueiredo (2012), também traz essa reflexão, quando revela que os homens utilizam como indicador a satisfação e prontidão no atendimento, uma vez que o tempo dispensado para a marcação de consultas e para a espera pela consulta torna-se incompatível com os usuários inseridos no mercado de trabalho.

Para Couto *et al* (2010) e Machin *et al* (2011), a busca por atendimento imediato em função da sua impaciência na espera por atendimento, reflete uma concepção que caracteriza os homens de maneira negativa dentro dos serviços de saúde. Afirmam ainda que, na busca por atendimento imediato, muitas vezes, os homens priorizam os serviços de prontos-socorros e farmácias, utilizando muitas vezes a automedicação. Sendo assim, a demora no atendimento dos serviços de saúde é apontada

como uma das principais dificuldades para o acesso, desse público, aos serviços de saúde.

Os entrevistados consideram ainda que a unidade de atenção primária à saúde desenvolve um papel importante no estabelecimento do cuidado à saúde para a comunidade na qual está inserida. Representam ainda que a resolutividade da unidade é avaliada a partir da eficácia da unidade no que diz respeito a sanar as necessidades apresentadas no momento da busca por assistência.

E10, 24 anos “Ah, o papel da unidade aqui porque aqui você vem, qualquer hora você é atendido né, e ela faz muito muito parte da nossa vida aqui, porque se não fosse a unidade aqui, tava era perdido né, porque lá pra baixo, nesses outros postos aí não atende, você fica mofando o dia inteiro esperando, a pessoa tem que brigar pra ser atendido. Aqui não, aqui você é atendido, por isso que ela é importante aqui no bairro né”

E13, 24 anos “Pra mim, no meu problema, eu acho muito importante e muito eficaz. Eu acho que é, todas as vezes que eu precisei nunca foi deixado de ter esse atendimento, nunca deixou de ser rápido, todo os médicos, até hoje, que eu já passei foram alguns bons, eu fui trocando, é, todos foram muito atenciosos, mesmo alguns, os mais velhos daqui conhecem o meu problema desde, então já sabem os caminhos pra se fazer, pra não repetir o remédio, as vezes não da uma alta dosagem, então já tem esse cuidado, desse acompanhamento”

As representações revelam que os entrevistados consideram importante a continuidade da relação médico/usuário, no que diz respeito ao conhecimento do histórico do usuário e da possibilidade da criação de vínculos entre a unidade e os usuários, como forma de trazer os homens para a unidade.

Corroborando com essa reflexão, Schimith, Simon, Brêtas e Budó (2011), trazem em seu estudo que as relações estabelecidas entre

profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde. Segundo Eulálio, Santos e Albuquerque (2009), a relação entre profissionais e usuário, no contexto da ESF, não deve se restringir apenas ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como ser biopsicossocial, que necessita ser escutado e compreendido nas necessidades físicas, emocionais e sociais.

As representações revelam que ser bem atendido pelos profissionais é um dos principais fatores para a satisfação do usuário em relação a assistência prestada pela unidade. Neste sentido, é possível afirmar que o “ser bem atendido” é relacionado à simpatia e à atenção demonstrada pelos profissionais no momento do acolhimento desse usuário.

E4, 23 anos “Sem dúvida, é fundamental. Porque sempre que eu necessito, que eu chego aqui, ta sempre o pessoal aqui, sempre pronto pra atender, então assim pra mim, essa unidade aqui é maravilhosa. Tem alguns probleminhas assim, sem dúvidas, todas tem né, mais no caso aqui o atendimento é maravilhoso, o pessoal aqui é super atencioso. E quanto a isso nada a reclamar”

E12, 33 anos “Bom, eu não posso falar porque eu não sou de vim mesmo, então, igual eu te falo, é uma vez sim e quinhentos não. Te atende bem, aqui a gente é bem atendido. Todo mundo é passivo aqui atende as pessoas muito bem. Receita os remédios certos”

E14, 43 anos “É um papel muito importante que tem o posto de saúde, a unidade de saúde, né, a médica, com o pessoal, com o resto do pessoal que trabalha aí, sempre muito atencioso, os estagiários. Eu nunca tive problema. É um papel muito importante na comunidade essa unidade médica pra nós”

E17, 51 anos “Atende. Atende direitinho. Comigo aqui, tudo aqui, tem essa pessoa que eu vi assim, entendeu, nem conhecia nem nada, ela pegou

minha ficha " vem cá Fulano", aí sentei, conversei, e agora ela vai arrumar os colírio pra mim, que eu pedi a ela. Pra mim ir no INSS”

E21, 51 anos “Todas as vezes que eu procuro o posto de saúde aqui do bairro eu sou muito bem atendido, entendeu. Tem a médica aqui, pra mim, dentro de Juiz de Fora, é uma das melhores médicas que tem. Resolve meus problemas, a unidade, todos os problemas meus aqui ela resolve. Quando ela não pode ela encaminha, como eu fui encaminhado pro centro de Hiperdia da universidade, pela unidade aqui, me encaminhou”

Segundo o Ministério da Saúde, acolhimento é definido como:

Um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008, p. 51).

Assim, o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, na prática de receber e escutar as pessoas e no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários (BRASIL, 2011b; LOPES, 2014).

Ramos e Lima (2003) afirmam que a relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. Assim, o desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado nas indagações feitas, nas orientações oferecidas e na resolubilidade das condutas adotadas.

As representações revelam que os homens consideram que a unidade desenvolve um papel fundamental para a manutenção do estado de saúde, proporcionando assistência para as demandas apresentadas, mesmo

que, em algumas situações, julguem que, o serviço ainda não é capaz de absorver e resolver essas necessidades.

As representações elaboradas evidenciam que os usuários consideram a unidade de saúde como uma importante fonte de informação e esclarecimento quando se deparam com alguma situação não vivenciada anteriormente. Representam ainda que consideram a unidade como um local de formação de opinião, onde podem, com a ajuda dos profissionais tirar sua própria conclusão sobre o seu real estado de saúde.

E6, 26 anos “Fundamental, porque precisamos, até mesmo, de auxílio, né, pra descobrir uma certa, um determinado acontecido na sua vida. Por exemplo assim, se a gente ta, acorda não sentindo bem, a gente sabe que aquilo ali é algo que tem a ver com a saúde, a gente deve procurar pra poder ter um esclarecimento melhor do que que está acontecendo, uma ajuda, um apoio”

E15, 58 anos “Ah, pra gente, como é que é, é bom né, a gente ter aonde recorrer né. Isso faz parte da vida de cada um de nós. Como é que a gente vai viver sem tirar as nossas conclusões sobre né, sobre tudo. E a consulta é uma conclusão né, tu vai ver, correr atrás pra saber o que tu tem né. Então quer dizer que é importante pra gente né. Hoje em dia eu estou aqui pra que? É uma dorzinha que eu tenho nesse braço, aqui ó. Posso nem deitar né, viro pra lá, viro pra cá, a mulher reclama né, aí vim procurar um médico né”

As representações elaboradas revelam que os participantes consideram que a unidade consegue resolver as suas demandas apenas quando é algum caso mais simples, do contrário, a unidade não se apresenta resolutiva, necessitando de encaminhar esse usuário para outro serviço. É importante salientar que, nesses discursos, é possível perceber que os entrevistados demonstram entendimento básico em relação ao fluxo de atendimento na rede de atenção dos serviços de saúde, demonstrando

que entendem que a unidade de atenção primária exerce o papel de porta de entrada para os serviços de saúde.

E11, 27 anos “Que essa unidade é, o atendimento primário, vamos dizer, (Pausa) caso de, quando, quando é caso simples resolvem aqui, quando for um caso mais complicado tem que passar por aqui pra ter um atendimento num, num, na UPA Marechal ou alguma coisa assim, aí assim, encaminhamento né, então aqui é o primeiro passo, primário nos dias de semana, final de semana fechado, aí é pronto socorro mesmo. Na maioria das vezes que eu venho aqui eu sou bem atendido, quando da pra resolver aqui, resolve, quando não é me da o encaminhamento pro responsável”

E18, 25 anos “Algumas vezes sim, tipo, mas acho que na maior parte das vezes sim, eu acho que não conseguiria assim, se fosse algo muito complicado, que eles não possam entender, que talvez não esteja na compreensão deles talvez. No caso, as vezes eles falam que as vezes é virose mais na verdade não é. Aí eles tem que encaminhar pra um outro médico, algo assim mais ou menos. Eu acho que sim. Na medida do tempo assim, dependendo do caso, eles conseguem resolver sim”

Ao representarem a resolutividade da unidade de atenção primária à saúde, os usuários lançam mão de comparações com outras unidades. Nesse sentido, ao compararem as unidades, os entrevistados fazem referência a situações que consideram negativa quando relacionada à resolutividade do serviço.

E19, 36 anos “Eu já morei de aluguel em outros bairros e eu via que as unidades de outros bairros eram muito problemáticas, entendeu. Morei no bairro ‘X’ lá a unidade é muito pequena e o ‘X’ é um bairro muito grande e dividido numas cinco áreas, então as vezes eu nem fiz o meu cadastro lá, quando eu morei lá né, prontuário essas coisas porque era muito difícil o atendimento. Chegava de manhã, as vezes sete e meia já não tinha mais jeito

de você ser atendido, sete horas chegava lá já tinha, a cota já tinha esgotado. Aí ligava pros meus pais pra poder marcar aqui (...) A unidade aqui é ótima. É fundamental pra gente aqui. Na minha opinião”

Quando utilizam a estratégia de comparar as unidades, os entrevistados expõem o que consideram negativo nas outras unidades e, conseqüentemente, consideram positivo na unidade na qual são cadastrados. Dentre os pontos negativos, estão a estrutura física da unidade, o tamanho da área atendida pela unidade, dificuldades para marcação de consultas e de atendimentos em geral.

Para Machado e Ribeiro (2012) e Couto *et al* (2010) a deficiência de programas, ações ou de atividades dirigidas, especificamente, às demandas da população masculina, bem como de especialistas, é um dos fatores que contribuem para a redução do acesso aos serviços de saúde e também para uma avaliação negativa quando se trata de satisfação com a resolutividade do serviço.

As representações elaboradas acerca do processo saúde/doença trazem à tona uma avaliação da situação dos serviços públicos de saúde, no que diz respeito também aos recursos materiais que deveriam existir nos serviços para tornar resolutivos os problemas da população. Estas representações demonstram a dificuldade em organizar os serviços básicos, dificultando aos profissionais que atuam nas UAPS de manterem uma assistência com qualidade e resolução. Nesse sentido, pensar a saúde é compartilhar as responsabilidades entre os vários segmentos, dando a cada um a possibilidade de exercer a assistência de forma satisfatória ao olhar do usuário.

Outro aspecto importante diz respeito à percepção que o usuário tem em relação aos serviços públicos de saúde. Fica evidente a elaboração da representação do serviço público de saúde para as classes sociais menos favorecidas. O discurso elaborado a seguir, retrata a ideia de que as pessoas com menos recursos são as eleitas para padecerem com as dificuldades de acesso aos mais variados tratamentos que buscam na saúde.

E20, 58 anos “Se a saúde realmente funcionasse do jeito que ela tinha que funcionar, seria realmente... Tá um problema sério. (...) as portas que você bate, você não encontra o que você tá querendo. Não tem médico, não tem ninguém, ninguém te atende direito. Não sei se é pelas suas condições financeiras ou se é pelo que você é, mas não tá conseguindo nada mesmo. Infelizmente o que tá acontecendo com o nosso Brasil é isso. (...)Ah, eu acho que tá precisando de uma melhoria mesmo. Só que não é culpa da... (médica), não é culpa de ninguém aqui, é culpa de lá de cima. Tem que ter alguém lá em cima pra poder fazer isso né? Tá difícil aqui!”

Beck *et al* (2010) corrobora com o pensamento quando afirma, em seu estudo, que a pouca estruturação dos serviços de saúde, em termos de recursos humanos e materiais, tanto em uma perspectiva de qualidade quanto de quantidade, reforça a pouca procura dos homens pelos serviços de atenção primária. Afirma ainda que não existe uma sistematização no atendimento nem uma metodologia assistencial, nos poucos serviços existentes que contemplam a população em questão. Assim, a falta de recursos provoca uma queda na qualidade do atendimento, acabando por provocar o afastamento do usuário,

A falta de integralidade das ações de saúde obriga o homem a buscar atendimento em muitos serviços de saúde, expondo o usuário a um fluxo interminável de tentativas para adentrar o sistema, que claramente não está preparado para absorver essa demanda crescente (SILVA; FERREIRA e SILVA, 2010).

Para Silva e Silva (2014), os homens produzem queixas, praticamente unânimes, onde mencionam situações agravantes para a dificuldades de buscar os serviços de saúde, sendo elas: o anseio por necessitar fazer exames e não conseguir, a carência de profissionais qualificados e especializados, a burocracia nos sistemas de atenção à saúde e a lentidão no oferecimento do serviço.

Um dos motivos que podem justificar tal particularidade é a pouca estruturação no atendimento e assistência às demandas específicas do gênero masculino, o que pode ampliar as suas dificuldades na busca pela

assistência à saúde, bem como contribui para um menor empenho dos mesmos em manter hábitos de vida saudáveis e adesão a tratamentos nas situações de risco. Essa configuração reflete uma noção de invulnerabilidade, levando-os a buscar serviços de emergência e de atenção especializada em maior proporção e até mesmo a adoção de poucas práticas preventivas (COUTO *et al*, 2010).

A precariedade dos serviços públicos em relação ao atendimento dessa população é um fator importante a ser considerado quanto à inserção do homem na atenção básica (MOURA *et al*, 2014).

Neste sentido, quando os entrevistados trazem essa reflexão a respeito da percepção em relação aos serviços públicos de saúde, evidenciam as dificuldades enfrentadas mediante as necessidades de saúde ao recorrer aos sistema público de saúde. Ao pensarmos essas dificuldades, é preciso refletir sobre o papel de cada segmento envolvido na constituição desse sistema, a fim de compartilhar as responsabilidades para a garantia de uma assistência integral e de qualidade para toda a população. No entanto, não se pode isentar a população da responsabilidade que lhe pertence, no que se refere a conhecer o que é seu direito e entender a necessidade de cobrar e exigir dos gestores o cumprimento das políticas de saúde e das diretrizes pré-estabelecidas para uma assistência de qualidade, exercendo assim, o seu papel no controle social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram, inicialmente, pensados de forma que se pudesse identificar e compreender as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/ doença e analisar as representações sociais desses homens e a maneira como se cuidam, visto que as questões que envolvem a temática saúde do homem, além dos aspectos técnicos e pontuais, ainda não foram ou ainda não são, suficientemente, trabalhadas nos serviços assistenciais, fato esse que favorece um grande distanciamento entre os serviços de saúde e os usuários, sendo agravado pela permanência dos altos índices de morbimortalidade referentes a essa população.

Se comparada a outras linhas de cuidado, a saúde do homem ainda aparece em local de pouco destaque, apresentando dificuldades, tanto institucionais quanto culturais, para a sua implementação. Assim, é essencial compreender a importância e influência da masculinidade hegemônica na vida cotidiana dos homens, como um componente social, que ainda apresenta grande força no modo de pensar e, conseqüentemente, de viver dessa população.

Sobre os conceitos de saúde e doença, os homens representam ambos através da ótica biologicista, utilizando um conceito oposto para criar uma definição. Na perspectiva do que é a saúde, os homens a representam como à ausência de doença ou agravo, a ausência de sintomas, principalmente dor, e conectada à presença do profissional de saúde, em especial, o médico. Já doença é representada como a patologia em si, falência de alguma parte do corpo, sendo vista como uma incapacidade de realizar atividades cotidianas e, conseqüentemente, como uma sentença de invalidez, uma quase morte. Ainda nessa perspectiva, estar doente é entendido pelos homens como um desperdício de tempo em busca por cuidado, o que não condiz com a condição de provedor.

A busca por ajuda profissional acontece, em sua maioria, quando eles já esgotaram todas as suas possibilidades de solução do problema ou quando algum sintoma apresentado se torna insuportável, acontecendo a

busca pelo profissional médico, por considerarem que esse profissional apresentará uma solução imediata e eficaz para o problema.

É necessário refletir sobre a necessidade de inverter o modelo de saúde apresentado atualmente, assim, a desconstrução do modelo biomédico que impera nos serviços de saúde e na sociedade é um passo importante para isto acontecer, incentivando a atenção integral que priorize, não apenas a doença e a cura, mas sim, a qualidade de vida do usuário e a promoção da saúde. Entretanto, desconstruir o modelo biomédico levará algum tempo, mas esse processo necessita ser iniciado e incentivado junto aos profissionais de saúde e aos usuários.

Os homens demonstram ter consciência da importância de realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e entendem que essas práticas precisam fazer parte das ações cotidianas, devendo ser realizadas diariamente como o cuidado com a alimentação e a mudança nos hábitos de vida, apesar de, muitas vezes, não incorporarem essas ações no cotidiano. Tais evidências indicam que, apesar dos homens se mostrarem muito resistentes em praticar ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, essa realidade, está, aos poucos, mudando. Assim, consideramos que é importante que sejam desenvolvidas ações de educação em saúde no cotidiano da unidade, não se atendo somente a ações de sala de espera, mas utilizando todo e qualquer momento do usuário na unidade para realizar educação em saúde. Apenas através do conhecimento é possível transformar o homem em protagonista do próprio cuidado, oferecendo a eles ferramentas necessárias para transformar o seu cotidiano.

É necessária o desenvolvimento e a implantação de ações que tenham como objetivo driblar a posição *resistente* dos homens aos serviços de saúde, proporcionando uma atenção integral e de qualidade para a população masculina, oferecendo, não apenas ações esporádicas, mas ações que sejam incorporadas no cotidiano das Unidades de Atenção Primária. É importante refletirmos, ainda, sobre a perspectiva de ampliar a visão sobre as necessidades específicas dos homens, dando ênfase às questões relacionadas ao gênero sem, no entanto, reduzir o homem a órgãos sexuais e reprodutivos.

Ao pensar o estabelecimento de vínculo entre usuário e unidade de saúde, é importante refletirmos sobre a forma que as unidades de atenção primária têm realizado o acolhimento dessa população e estimulado os usuários para o cuidar de si. É importante que se estabeleça uma relação clara entre profissional/usuário, de maneira a manter o usuário informado de quais são as atribuições específicas da unidade e quais os limites do serviço, estando preparada para realizar o direcionamento desse usuário, quando necessário, para os serviços de especialidade, e que seja cobrada a contra referência.

É imprescindível refletir e repensar o horário de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde de maneira que esses serviços sejam capazes de atender a real necessidade de saúde dos homens, considerando que horário de funcionamento das unidades se apresenta como uma barreira para a procura desses serviços por coincidir com o horário em que a maioria da população se encontra em plena jornada de trabalho.

Assim, é importante reafirmar que a tarefa de efetivar a PNAISH nas unidades de atenção primária à saúde é uma responsabilidade conjunta que deve ser partilhada entre gestores, profissionais de saúde e usuários, cabendo aos gestores repensar a reestruturação dos serviços e o provimento dos recursos essenciais para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade; aos profissionais, colocar em prática as atividades para a melhoria da qualidade da assistência e aos usuários, cabe participar ativamente das ações ofertadas pelos serviços de saúde. Entendemos que apenas com esforço conjunto é possível construir o vínculo entre os homens e o serviço de saúde, de forma que todos se corresponsabilizem pelo cuidado.

Repensar e organizar os serviços de saúde principalmente a atenção primária, no que diz respeito à infra-estrutura e processos de trabalho, possibilitará ao profissional condições de trabalho adequadas e oferecer educação permanente, com o objetivo de qualifica-los para que estes sejam capazes de incluir atividades diferenciadas, voltadas especificamente para a população masculina em sua agenda de trabalho.

No que concerne ao profissional enfermeiro, é necessário repensar a prática profissional, buscando adequar as ações desenvolvidas no

cotidiano do serviço de saúde para atender a real necessidade de saúde dos homens, levando em consideração sua voz, sua cultura e sua individualidade.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, 2010, v.3, n.2, p.1-9. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf> Acessado em: 14 março 2016
- ALMEIDA, G.B.S. **Representações sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo**. 2009. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.
- AGUIAR, C.G. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária a saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, jan/jul, 2014, v.12, n.1, p. 381-390. Disponível em: <<http://www.revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1383>>. Acessado em: 10 Maio 2015
- AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005, v.10, n.1, p.18-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n1/a03bv10n1.pdf>>. Acessado em: 14 junho 2015.
- ARIENTE, M.S. **Avaliação da qualidade do produto verde e a influência da desejabilidade social na decisão de compra**. 2012. 96 f. Tese (Doutorado) – Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São Paulo.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECK, C.L.C. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2009, v.30, n.1, p. 54-61. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5102/65>>. Acessado em: 16 Abril 2016.
- BRASIL. **Constituição Federal da República. Brasília**: Governo Federal, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS)**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2º Edição, 2005. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde**. 4ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

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

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil: tábua completa de mortalidade 2010**. Rio de Janeiro: INGE; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 46, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012b.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto Editora. Porto, 1994.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06>>. Acessado em: 08 maio 2016.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enfer.**, Brasília (DF), set/out, 2004, v.57, n. 5, p.611-614. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Claudinei_Campos/publication/7746086_Content_analysis_a_qualitative_data_analysis_tool_in_health_care/links/54295a00cf26120b7b5ee76.pdf>. Acessado em: 05 dezembro 2016.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L.A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009, v.19, n.3, p.659-

678. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 10 dezembro 2012.

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Rev. Saúde Pública**, 2004, v.38, n.5, p.615-622. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n5/21747>>. Acessado em: 20 janeiro 2016.

CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, 2014, v.18, n.4, p.559-561. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000400559&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 janeiro 2015.

COSTA, R.G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**, jan./jun., 2003, v.20, n.1, p. 79-92. Disponível em: <http://rebep.org.br/index.php/revista/article/view/305/pdf_286>. Acessado em: 14 março 2014.

COSTA E SILVA, S. P.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2014, v.23, n.2, p.626-640.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, abr./jun. 2010, v.14, n.33, p.257-70. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/iciict/1708>>. Acessado em: 20 agosto 2010.

CRUZ, P. S.; CARAMONA, M.; GUERREIRO, M. P. Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. **Rev. Port. Farmacoter.**, 2015, v.7, s/n, p.83-90. Disponível em: <<http://farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/2>>. Acessado em: 14 Abril 2016

DOMINGUES, P.S. **A representação do ser homem para homens heterossexuais e a vulnerabilidade para o HIV/AIDS**. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Caderno de Pesquisa**, mar. 2002, n.115, p. 139-154. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acessado em: 26 setembro 2016

EID, A.P.; KOHN, K.C.; MOTTA, R.F. Política de saúde do homem: para além do que se vê. **Diaphora**, [S.l.], dez., 2014, v. 12, n. 2, p. 70-78. Disponível

em:

<<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/74>>. Acessado em: 15 abril 2015

EVANS, J; BLYE, F.; OLLIFFE, J.L.; GREGORY, D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. **Journal of Men's Health**, March. 2011, v. 8, n. 1, p. 7-15.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de juiz de fora/mg. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2005, v.10, p.105-109. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acessado em: 22 agosto 2010.

FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2011, v.16, suppl.1, p.935-944. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/9499>>. Acessado em: 10 agosto 2015.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. A. O território e o processo saúde-doença. In: **Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan., 2008, v.24, n.1, p.17-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acessado em: 08 dezembro 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, p. 181-93, 2005.

EULALIO, M.C.; SANTOS, E.R.F.; ALBUQUERQUE, T.P. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem/usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2009, v.30, n.4, p.708-715.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência& Saúde Coletiva**, 2003, v.8, n.3, p.825-829.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006, v.22, n.5, p.901-911. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03>>. Acessado em: 25 setembro 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. 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**, Rio de Janeiro, mar. 2007, v.23, n.3, p.565-574. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acessado em: 20 dezembro 2015.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência& Saúde Coletiva**, 2011, v.16, Supl.1, p.983-992. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9236>>. Acessado em: 15 Maio 2015

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.**, 2007, v. 34, supl 1; p. 88-94. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/17125/19126>>. Acessado em: 16 Abril 2016.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed da UERJ; 2001;17-44.

KNAUTH, D.R.; COUTO, M.T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.10, p.2617-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>>. Acessado em: 20 maio 2015

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc. Latino Am**, 2001, v.2, n.2, p.67-79. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=325654&indexSearch=ID>>. Acessado em: 5 agosto 2015.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doente têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** [Tradução Paulo Menezes]. – 7^oed.- São Paulo: Martins Fontes, 1926

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005, v.10,n.1, p.35-46. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acessado em: 29 agosto 2012.

LESSA, M. A.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. **Revista Bras. Epidemiologia**, 2008.v.11, n.4, p.660-674. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n4/12.pdf>>. Acessado em: 15 Março 2016.

LOPES, W.F.L. *et al.* A prática da automedicação entre estudantes de uma instituição de ensino superior de Teresina. **Rev. Interd.**, 2014, v.7, n.1, p.17-24. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/articloe/view/148/pdf_91>. Acessado em: 14 Abril 2016.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família.** 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014

LOURENÇO, L. F. L. *et. al.* A historicidade filosófica do conceito saúde. **Rev. Eletr. HERE**, [S.I.], v.3, n.1, p.17-35, 2012. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 02 junho 2016.

MACHADO, M.F.; RIBEIRO, M.A.T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, abr./jun., 2012, v.16, n.41, p.343-355. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2912>>. Acessado em: 20 Abril 2015.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, 2011, v.16, n.11, p. 4503-4512. Disponível: <<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/6684>>. Acessado em: 23 janeiro 2016.

MERYN, S.; SHABSIGH, R. Men's health: past, present and future. **Journal of Men's Health**, 2009, v.6, n.3, p.143-46.

MENDONÇA, V.S.; MENANDRO, M.C.S.; TRINDADE, Z.A. Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. **Rev. Estudos Sociais**, Bogotá, Colômbia, jan., 2011, n. 38, p. 155-164. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/d7b57da2e0c055104962367d3a8cd713/1?pq-origsite=gscholar>>. Acessado em: 17 julho 2015.

MELLO, M.L; OLIVEIRA, S.S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde Soc. São Paulo**, 2013, v.22, n.4, p.1024-1035. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76497/80237>>. Acessado em: 16 Abril 2016.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**, 2009, Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 20 junho 2016.

MINAYO, M. C. S.A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup), p.1259-1267, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>Acessado em: 18 de maio de 2016.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 6.ed. **Petrópolis (RJ):Vozes**; 2009. 404p.

MOURA, E.C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, v.19, n.2, p.429-438. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/8382>>. Acessado em: 10 maio 2016

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R.; REBELLO, L.E.F.S. Masculinidade, Juventude e Gênero num Contexto de Violência. In: **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, Florianópolis, 2008.

NASCIMENTO, A.R.A. *et al.* Masculinidades e Práticas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte – MG. **Saúde Soc. São Paulo**, 2011, v.20, n.1, p.182-194. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29782/31663>>. Acessado em: 14 Abril 2016.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, v.24, n.6, p.1304-1313. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Correa2/publication/2500268>

53 [O agente comunitário de saúde formação insero e prticas/links/54196d7c0cf2218008bf782b.pdf](http://www.onuportugal.pt/oms.doc) >. Acessado em: 05 junho 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. 1946. Constituição. Disponível em: <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/oms.doc)>. Acesso em: 22 jan. 2016.

OLIVEIRA, M.S.B.S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev.Bras. Cienc. Soc.**, São Paulo, Jun, 2004, v.19, n.55, p.180-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092004000200014&script=sci_arttext&tlng=es>. Acessado em: 20 julho 2015.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (Eds.), **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik. 2011. p. 585-623.

OLIVEIRA, M.; PERES, K. N.A Representação Social de Usuários e Profissionais sobre a atuação do Psicólogo nos Serviços de Saúde Pública do Município de Palmas/TO. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, 2009, v.1, n.1. Disponível em : <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32230309/v1n1a3.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1466548496&Signature=kdPjEQWUazzS2m%2BoRBm5BXUVFck%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_Representacao_Social_de_Usuarios_e_Pro.pdf>. Acessado em: 20 julho 2015.

OSTI, A.; SILVEIRA, C.A.F.; BRENELLI, R.P. Representações Sociais- Aproximando Piaget e Moscovici. **Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genética**, jan/jul, 2013, v.5, n.1, 35-60. Disponível em: <<http://200.145.171.5/revistas/index.php/scheme/article/view/3176/2487>>. Acessado em: 21 maio 2015.

PEREIRA, L.P.; NERY, A.A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2014, v.18, n.4, p. 635-643. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=730492&indexSearch=ID>>. Acessado em: 14 setembro 2014.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2003, v.19, n.1, p.27-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acessado em: 03 junho 2016.

REIGADA, C.L.L., ROMANO, V.F. Comunicação e percepções sobre saúde: o olhar dos usuários na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Redes**, 2015, v.1, n.2, p.13-19. Disponível em: <>. Acessado em: 20 maio 2016

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. **Ciência& Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.10, p. 2645-2654. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/94603>>. Acessado em: 20 outubro 2015.

ROSA, R.B.; PELEGRINI, A.H.; LIMA, M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuário da estratégia saúde da família. Ver. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, jun., 2011, v.32, n.2, p. 345-351. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/94925>>. Acessado em: 6 junho 2016.

SCHIMITH, M.D.; SIMON, B.S.; BRÊTAS, A.C.P.; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, 2011, v.9, n.3, p.479-503. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=609245&indexSearch=ID>>. Acessado em: 06 junho 2016

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência& Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005, v.10, n.1, p. 7-17. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/370>>. Acessado em: 24 dez 2015.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, 2010 maio; v.26, n.5, p.961-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acessado em: 10 janeiro 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SÊGA, R.A.O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**. Porto Alegre, julho, 2000, n.13.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 1997, v.31, n.5, p.538-542.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000, v.5, n.1, p.187-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089>>. Acessado em: 10 abril 2015.

SILVA, M.A.M; FERREIRA, E.F; SILVA, G.A. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, v. 20, n.4, p.1183-1207. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a07v20n4>>. Acessado em: 25 maio 2015

SILVA, P.A.S. *et al.* A Saúde do Homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, jul/set, 2012, v.16, n.3, p.561-568. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19>>. Acessado em: 10 setembro 2015.

SILVA, A.N.; DIAS, M.P.; SILVA, D.A.; DIAS, L.P. Promoção da saúde do homem nos serviços de atenção primária à saúde. **Em Extensão**, Uberlândia, jan./jun. 2014, v. 13, n. 1, p. 82-88. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/23996>>. Acessado em: 23 maio 2016.

SILVA, A.D.; SEFFNER, F. Educação em saúde: o que se ensina e o que se aprende? Representações de saúde e doença para homens idosos em situação de adoecimento. **Textura**, jan./abr, 2015 n.33. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1342/1066>>. Acessado em: 13 Abril 2016.

SILVA, F.A.; SILVA, I.R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde – UBS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, v.19, n.2, p.417-428. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/1bf4adb84dfbbb44fd1f9f048323339d/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>>. Acessado em: 11 Março 2016.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In P. A. Guareschi & S. Jovchelovich (Eds.), Textos em representações sociais, **Petrópolis, RJ: Vozes**, 1995, 8ª ed., p. 117-145.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008, v.24, n.2, p.201-209.

SIQUEIRA, B.P.J., et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, 2014, v.18, n.4, p.690-696. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0690.pdf>>. Acessado em: 29 maio 2016

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.**, São Paulo, 2013 v.22, n.1, p.44-56. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76409>>. Acessado em: 08 maio 2016.

STORINO, L.P.; SOUZA, K.V.; SILVA, K.L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da Integralidade. **Esc. Anna Nery**, out/dez, 2013, v.17, n.4, p.638-645.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400638&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 30 abril 2016

SWHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, v.17, n.10, p. 2579-2588. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/04.pdf>>. Acessado em: 29 maio 2016.

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

<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_abstract&tlng=en>. Acessado em: 15 novembro 2015.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar, 2008, v.24, n.3, p.663-674. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n3/20.pdf> >. Acessado em: 29 maio 2016.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, 2002, v.4, [s.n], p. 611-624. Disponível em:

<<http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/24/pdf>>. Acessado em: 14 Abril 2016.

VIEIRA, K.L.D. *et al.* Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery**, jan/mar, 2013, v.17, n.1, p.120-127. Disponível em:

<<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/03/artigo.pdf>>. Acessado em: 15 junho 2015.

WHITE, A.; WITTY, K. Men's under use of health services – finding alternative approaches. **Journal of Men's Health**, 2009, v.6, n.2. p.95-97.

APÊNDICE**APÊNDICE I**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO NORTEADOR PARA ENTREVISTA

DATA: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO:

- IDENTIFICAÇÃO: H____
 - ESCOLARIDADE:
 - PROFISSÃO/ CARGA HORÁRIA
 - IDADE:
 - ESTADO CIVIL:
 - RENDA
 - Nº DA ENTREVISTA:
 - DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES
 - INÍCIO:
 - TÉRMINO:
-
- Fale pra mim o que vem a ser saúde para o Senhor/você? E o que é adoecer?
 - Quando você tem algum problema de saúde, como o senhor/você resolve?
 - Me fale do papel dessa UAPS para resolver os seus problemas de saúde?

ANEXOS**ANEXO I****UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF****36036-900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa **“Representações sociais de homens usuários das unidades de atenção primária saúde sobre o processo saúde/doença** com o objetivo de identificar e compreender as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária a saúde sobre o processo saúde/doença; analisar as representações sociais dos homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença e a maneira como se cuidam. Esperamos que os resultados obtidos com essa pesquisa possam contribuir com os gestores e profissionais dos serviços de saúde de forma que se possam compreender as reais necessidades dos homens ao buscar os serviços de Saúde.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: entrevistas gravadas com os homens das Unidades de Atenção Primária à Saúde. Suas informações serão transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em desconforto ou constrangimento ao discursar sobre sua vida pessoal. A pesquisa contribuirá para subsidiar as reflexões com vistas a melhoria e replanejamento das ações assistenciais aos homens no espaço das UAPS. Para participar desse estudo o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. tem assegurado o direito a indenização. O Sr. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado dos objetivos da pesquisa: **Representações sociais de homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Nome	Assinatura participante
Data	

Nome	Assinatura pesquisador
Data	

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Geovana Brandão Santana Almeida - E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br - FACENF/UFJF - Rua José Lourenço Kelmer, s/n Campus Universitário - CCS - São Pedro 36036-330 - Juiz de Fora - MG Telefone: (32) 2102-3821 - 2102-3279

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Ilmo. Sr. Thiago Horta
Subsecretário da Atenção Primária à Saúde
Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

Solicitamos de Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa: **“Representações Sociais de homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença.”** que será desenvolvida por mestranda da UFJF, sendo coordenadora do projeto a Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF. Este estudo tem por finalidade conhecer as Representações Sociais dos homens usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre saúde/doença e a maneira como se cuidam; Analisar as relações existentes entre as representações desses homens e as ações de redução da vulnerabilidade às complicações de doenças.

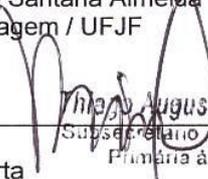
Informamos ainda que as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os sujeitos participantes não serão identificados e citados na divulgação dos resultados que serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Será garantida a ética em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos, podendo nos contactar pelo e-mail geovanabrandao@yahoo.com.br.

Juiz de Fora, ____ de _____ 2015.


Geovana Brandão S. Almeida
ENFERMEIRA / PROF^a UFJF
COREN-MG 79420

Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida
Faculdade de Enfermagem / UFJF


Thiago Augusto C. Horta
Subsecretário de Atenção
Primária à Saúde

Thiago Horta
Subsecretário da Atenção Primária a Saúde

ANEXO IIIa



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Ilmo. Sr. (a) Marina Grossi, gerente da UAPS Furtado de Menezes.

Solicito de Vossa Senhoria, autorização para a realização e divulgação da pesquisa: "Representações sociais de homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença", que esta sendo desenvolvida sob a orientação da Professora Dr^a. Geovana Brandão Santana Almeida, pela aluna do Programa de Pós Graduação *Strictu Senso*/Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Larissa Drumond Duarte.

O objetivo deste estudo é conhecer as Representações Sociais dos homens usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre saúde/doença e a maneira como se cuidam; Analisar as relações existentes entre as representações desses homens e as ações de redução da vulnerabilidade às complicações de doenças.

Informamos ainda que as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os sujeitos participantes não serão identificados e citados na divulgação dos resultados que serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Será garantida a ética em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos, podendo nos contactar pelo e-mail geovanabrandao@yahoo.com.br


Geovana Brandão S. Almeida
ENFERMEIRA (PROF) UFJF
COREN-MG 79420

Prof^a Dr^a. Geovana Brandão Santana Almeida
Orientadora

AUTORIZAÇÃO:

Declaro q fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta Fundação possui infraestrutura, local para realização das entrevistas, e autorizo a realização da coleta de dados.


Dr^a Marina Teixeira Grossi
coordenadora UAPS
13140
6552297

Gerente da UAPS

Juiz de Fora / /

ANEXO IIIb**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilmo. Sr. (a) Sebastiana Isabel Vieira De Souza Fernandes, gerente da UAPS Milho Branco.

Solicito de Vossa Senhoria, autorização para a realização e divulgação da pesquisa: "Representações sociais de homens usuários das unidades de atenção primária à saúde sobre o processo saúde/doença", que esta sendo desenvolvida sob a orientação da Professora Dr.^a Geovana Brandão Santana Almeida, pela aluna do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu*/Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Larissa Drumond Duarte.

O objetivo deste estudo é conhecer as Representações Sociais dos homens usuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre saúde/doença e a maneira como se cuidam; Analisar as relações existentes entre as representações desses homens e as ações de redução da vulnerabilidade às complicações de doenças.

Informamos ainda que as Unidades de Atenção Primária à Saúde e os sujeitos participantes não serão identificados e citados na divulgação dos resultados que serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Será garantida a ética em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos, podendo nos contactar pelo e-mail geovanabrandao@yahoo.com.br

Geovana Brandão S. Almeida
ENFERMEIRA / PROF.^a UFJF
COREN-MG 79420

Prof.^a Dr.^a Geovana Brandão Santana Almeida
Orientadora

AUTORIZAÇÃO:

Declaro q fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta Fundação possui infraestrutura, local para realização das entrevistas, e autorizo a realização da coleta de dados.

Sebastiana Isabel V.S. Fernandes
Gerente da UAPS

Sebastiana I. V. S. Fernandes
ENFERMEIRA
CFN - MG 8977

ANEXO IV

