UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

LÚCIA JAMILLY OLIVEIRA DE MORAIS

A ATENÇÃO À SAÚDE DOS HOMENS EM RELATOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAMPINA GRANDE - PB

2018

LÚCIA JAMILLY OLIVEIRA DE MORAIS

A ATENÇÃO À SAÚDE DOS HOMENS EM RELATOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

CAMPINA GRANDE - PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M827a Morais, Lúcia Jamilly Oliveira de.
A atenção à saúde dos homens em relatos de profissionais da Atenção Primária à Saúde [manuscrito] : / Lúcia Jamilly Oliveira de Morais. - 2018.
110 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho, UFCG - Universidade Federal de Campina Grande."

1. Saúde Pública. 2. Políticas de Saúde. 3. Saúde do homem. 4. Profissionais de Saúde.

21. ed. CDD 614

LÚCIA JAMILLY OLIVEIRA DE MORAIS

A ATENÇÃO À SAÚDE DOS HOMENS EM RELATOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde

Aprovada em: 05/07/2018.

BANCA EXAMINADORA

Pedro de Oliveira Filho

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Josevânia da Silva

Profª Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora Interna

Profª Dra. Maristela de Melo Moraes
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora Externa

Dedico esse trabalho aos homens,

em suas mais diversas possibilidades de ser e existir.

AGRADECIMENTOS

Quanto mais a gente agradece, mais coisa boa acontece. Pensar em agradecer, a algo ou alguém, é, sobretudo, um momento de avaliar todo o contexto que tenho vivenciado. Muitas dificuldades surgiram em meu caminho no decorrer dos últimos dois anos, no entanto, pude encontrar e reinventar novas saídas, novos trajetos. Dois anos de muito amadurecimento e de vários aprendizados. Desse modo, gostaria de agradecer a Deus, divindade única e sempre presente na minha vida, que me sustentou nos momentos mais difíceis e me proporcionou coragem para enfrentar a vida adulta.

Familiares, amigos, professores, colegas, todos, de algum modo, me impulsionaram a chegar até aqui. Sou muito grata. De modo especial, agradeço aos meus pais, Lúcia e Nilberton, por sempre pensarem no meu futuro, por almejarem o meu sucesso e por me proporcionarem conforto e amor. Por apostarem que a garota que saiu de casa aos 16 anos de idade pudesse tornar-se uma mulher, adulta, psicóloga e agora, mestre. Aos meus irmãos, Jefferson e Sterfferson, que apostam no meu esforço e empenho. Agradeço ao meu sobrinho Agradeço a Calebe por cada sorriso que ele tem me proporcionado, por cada abraço, e por todas as vezes que ele me chama de “titia” e faz com que eu me sinta mais viva.

Gratidão aos amigos que estiveram ao meu lado e acompanharam minha trajetória de vida e profissional durante esses anos de graduação e mestrado. Com certeza as parcerias construídas nesses anos foram essenciais para tornar a existência mais leve e gratificante. Gratidão à minha amiga Mariana, pela partilha diária dos dias, risadas e dores. Aos meus amigos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande com os quais mantive laços de carinho e afeto para além das atividades profissionais, em especial Ana Beatriz, Edgley, Ana Raquel, Clara, Arthur, Graciela e Giulliany. Às minhas amigas, Gabriella e Emanuella, por toda paciência, carinho e presença na minha vida. Aos meus amigos de longa data, Luan e Rayane Michele, que por mais de 8 anos continuam fazendo os meus dias mais alegres. Gratidão também aos amigos que surgiram ao longo do ano de 2017, Arthur Alisson, que conquistou um lugar especial na minha vida.

Gratidão ao professor Pedro de Oliveira Filho, meu amigo e orientador, por apostar no meu potencial e por ser sempre tão cauteloso diante do processo orientador/orientando. Você tem sido fundamental para o meu desenvolvimento enquanto aluna, pesquisadora e futura docente. Obrigada por todo carinho e dedicação nessa empreitada. Tenha certeza que meu desejo pela docência foi, em parte, inspirado pelo profissional que você é.

Gratidão às professoras e amigas Betânia Amorim e Geórgia que me acompanham desde a trajetória acadêmica na UFCG e que me ensinam diariamente que viver está para além da vida acadêmica e profissional. Às duas meu carinho e afeto. Que os bons encontros nunca cessem de acontecer.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, com os quais compartilhei o desejo comum de concluir o mestrado em Psicologia da Saúde, apesar de trabalharmos a partir de perspectivas diferentes. Juntos experimentamos alguns dissabores que a vida acadêmica reserva, mas conseguimos inventar saídas para tornar essa caminhada mais agradável e edificante. Em especial, agradeço à Luiza Porcaro, Beatriz Figueiredo e Poliana Dantas, por termos construído laços de amizade para além das obrigações acadêmicas.

Gratidão à Campina Grande, cidade que foi palco de muitos encontros, conquistas e perdas, mas que, sobretudo, proporcionou meu crescimento pessoal e profissional desde os anos de graduação até o mestrado.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) da Universidade Estadual da Paraíba, em especial a Pedro, Josevânia, Edil e Sibelle. Vocês foram essenciais para o meu amadurecimento e crescimento acadêmico e profissional.

Obrigada a Maristela e Josevânia por terem aceitado, com tanto carinho e presteza, participar da qualificação e defesa deste trabalho, trazendo, sem sombra de dúvidas, muitas contribuições para a construção desse estudo. Obrigada por compartilharem comigo esse momento tão singular e decisivo.

Obrigada a todos que passaram pelo meu caminho. Cada pessoa que passou ou ficou na minha vida tem deixado um pedacinho de ensinamento. Obrigada, obrigada. Afinal, quanto mais a gente agradece, mais coisa boa acontece.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro para o mestrado na Universidade Estadual da Paraíba.

(...) tenho em mim todos os sonhos do mundo

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Este estudo busca compreender os significados da atenção à saúde dos homens para profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada nos pressupostos construcionistas da perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva. As discussões deste estudo estão situadas, sobretudo, nos estudos acerca da saúde pública e nos estudos de gênero sobre masculinidades. O material discursivo analisado foi produzido por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 11 profissionais de saúde de 8 Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande-PB, 6 enfermeiros, 2 médicos, 1 assistente social e 2 técnicos em enfermagem. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, precedidas de um roteiro sociodemográfico, para a coleta de dados. Todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio e transcritas em arquivo word; posteriormente esse material foi analisado pelo método de análise de discurso desenvolvido pelos teóricos da Psicologia Social Discursiva. Três questões guiaram a análise do material: o modo como definem a masculinidade, as explicações para a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde, e as relações que estabelecem entre as Unidades Básicas de Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A maioria dos participantes definiu a masculinidade a partir de pressupostos socioculturais. As explicações para a frequência dos homens nos serviços fundamentam-se em justificativas de natureza socioeconômica, justificativas de natureza sociocultural e justificativas de ordem institucional. Observou-se uma recorrente e enfática explicação de caráter culturalista, que abrange questões de gênero e o modo como os homens foram socializados, para a menor frequência dos homens nos serviços de saúde, podendo ser considerada uma estratégia, não necessariamente intencional, usada para obliterar a responsabilidade do sistema de saúde pela baixa frequência desse público nos serviços, apresentando os próprios homens e a cultura como os responsáveis por esse fenômeno. No que diz respeito às relações entre os serviços de saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais afirmam que esta não tem sido trabalhada de modo eficaz nas Unidades Básicas de Saúde, apresentando a gestão como principal responsável pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços, e também pela fragmentação e descontinuidade que caracterizariam a atenção à saúde dos homens.

Palavras-chave: Saúde Pública; Política de Saúde; Saúde do Homens; Masculinidades; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This study seeks to understand the meanings of men's health care for health professionals from Basic Health Units. It is a qualitative research, substantiated in the constructionist assumptions of the theoretical-methodological perspective of Discursive Social Psychology. This study's discussions are located, mainly, in public health studies and in gender studies about masculinities. The discursive material analyzed was produced through semistructured interviews with 11 health professionals of 8 Basic Health Units of Campina Grande-PB, 6 nurses, 2 physicians, 1 social worker and 2 nursing technicians. Semi-structured interviews, preceded by a sociodemographic script, were used for data collection. All the interviews were recorded in audio device and transcribed in Word file; posteriorly, the material was analyzed through the discourse analysis method, developed by Discursive Social Psychology theorists. Three questions guided the analysis of the material: the way they define masculinity, the explanations for the low frequency of men in health services, and the relationships that are established between the Basic Health Units and the Brazilian National Policy of Men's Health Integral Care. The majority of participants defined masculinity based on sociocultural assumptions. The explanations for the men frequency in the services are based on justifications of socioeconomic nature, justifications of sociocultural nature and justifications of institutional order. It was observed a recurrent and emphatic explanation of culturalist character for the low frequency of men in health services, which covers gender issues and the way men have been socialized in society, and can be considered a strategy, not necessarily intentional, used to obliterate the responsibility of the health system for the low frequency of this public in the services, presenting men themselves and culture as responsible for this phenomenon. Regarding the relationship between health services and the Brazilian National Policy of Men's Health Integral Care, the professionals affirm that this Policy has not been worked effectively in the Basic Health Units, presenting the management as main responsible for the fact that the PNAISH isn't really put into practice in the services, and also by the fragmentation and discontinuity that characterize health care for men.

Keywords: Public Health; Health Care Policy; Men Health; Masculinity; Health Professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categoria profissional dos participantes do estudo..... 51

Tabela 2 - Disposição dos participantes de acordo com sua identificação quanto ao gênero..... 52

Tabela 3 - Tempo de atuação profissional dos participantes do estudo no serviço de Atenção Básica em Saúde..... 52

Tabela 4 - Localização territorial das Unidades Básicas de Saúde.....53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

LGBT's – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia

PET – Programa Educação pelo Trabalho

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PSF – Programa Saúde da Família

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13
1. GÊNERO, MASCULINIDADES E SAÚDE: UMA TRAJETÓRIA DE POSSIBILIDADES 22
1.1 Interfaces conceituais – sexo e gênero: discutindo conceitos 22
1.2 Saúde da mulher e saúde do homem – trajetórias envolvidas por questões de gênero 25
1.3 Os serviços de Atenção Primária: uma trajetória de possibilidades na saúde pública 31
1.4 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 35
2. PERSPECTIVA-TEÓRICO-METODOLÓGICA: A PSICOLOGIA SOCIAL DISCURSIVA 42
2.1 Bases teóricas da Psicologia Social Discursiva 42
2.2 Psicologia Social Discursiva: uma abordagem construcionista 44
2.3 Noções de análise de discurso, discurso e repertórios interpretativos 45
2.4 Temas fundamentais na prática analítica 47
2.5 Psicologia Social Discursiva e o estudo sobre atenção à saúde dos homens 48
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: CAMINHOS PERCORRIDOS 51
3.1 Participantes da pesquisa 51
3.2 Técnica e instrumentos de coleta de dados 55
3.3 Desenvolvimento da pesquisa 56
3.4 Análise e interpretação dos dados 57
3.5 Aspectos Éticos do Estudo 59
4. DEFININDO AS MASCULINIDADES 60
4.1 Definições biologizantes 60
4.2 Definições socioculturais 63
4.3 Definições individualizantes 67
5. EXPLICANDO A FREQUÊNCIA DOS HOMENS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 69
5.1 Fatores socioeconômicos 70
5.2 Fatores socioculturais 73
5.3 (Co) Responsabilização dos serviços 82
6. A ATENÇÃO À SAÚDE DOS HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 90
6.1 Contradição entre teoria e prática 90
6.2 A fragmentação e periodicidade da política 92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 96
8. Referências 99
APÊNDICES 107
Apêndice A 108
Apêndice B 109
Apêndice C 110

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa procura investigar as compreensões que os profissionais de instituições públicas de saúde – Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica à Saúde (mais especificamente as Unidades Básicas de Saúde) – têm sobre o tema "atenção à saúde dos homens", e com isso discutir questões relativas ao gênero, assim como trabalhar os percalços e/ou êxitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem dentro desse contexto.

O interesse por este objeto de estudo é fruto da construção de um trabalho de iniciação científica (2014/2015) durante a graduação em Psicologia, que tinha como tema o modo como a saúde dos homens era construída nas mídias digitais. Após a finalização da pesquisa em iniciação científica, surgiu o interesse de ampliar a compreensão sobre o referido tema por meio de uma investigação que tivesse como objeto a construção da atenção à saúde dos homens em relatos de profissionais de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Constituição elaborada em 1946, "saúde" é um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não se fundamenta apenas na ausência de doenças ou enfermidades. Apesar das diversas críticas que tem sido elaboradas em relação a essa definição de saúde, o que se entende por "saúde do homem" e por "saúde da mulher", está em consonância com o conceito geral de saúde da OMS. No entanto, essas expressões ("saúde do homem" e "saúde da mulher") sofrem diversas modificações ao longo do tempo, em razão do binarismo de gênero.

O binarismo de gênero é uma questão que vem sendo discutida ao longo dos anos e tem sido alvo de algumas explicações. Medrado e Lyra (2014) dão destaque a justificativa elaborada por Jurandir Freire Costa sobre a oposição binária entre o corpo masculino e feminino, no qual essa diferenciação seria reflexo de interesses políticos e burgueses. No texto "O sexo segundo Laqueur" elaborado por Costa (2001) na Folha de São Paulo (site http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2503200105.htm), ele ressalta:

> (...) Os revolucionários europeus -franceses, sobretudo- precisavam justificar a tradicional desigualdade entre homens e mulheres, de modo a torná-la compatível com os ideais igualitários republicanos. Todos os "homens" eram iguais, mas as mulheres eram mentalmente frágeis, infantis e, por conseguinte, estavam incapacitadas para exercer as tarefas intelectuais, científicas e políticas dos homens. Não por serem "imperfeitas", do ponto de vista ontológico, mas por serem diversas, do ponto de vista biológico. O sexo era a prova conclusiva da diferença "para menos". O modelo dos dois sexos, a partir daí, se torna hegemônico. Mulheres e homens passaram a ser comparados pelo padrão da descontinuidade/oposição e não da continuidade/hierarquia, como na metafísica neoplatônica. (Terceiro parágrafo)

Para Scott (1995), o binarismo de gênero, ou seja, a oposição binária entre masculino e feminino dá sustentação ao sentido de poder. Assim, essa dicotomia é utilizada por diversas instituições, sejam elas científicas, religiosas, jurídicas, educativas ou políticas, que legitimam sua força/poder a partir de afirmações categóricas sobre o sentido do masculino e feminino. Essa autora salienta que, diante desse contexto, ousar em colocar em questão o binarismo de gênero e os modos de compreensão dos sentidos de masculino e feminino pode provocar consequências para todo o sistema.

Com base nesse panorama, Scott (1995, p. 84) salienta que "temos a necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historicização e de uma desconstrução genuínas dos termos da diferença sexual". Essa rejeição da ideia de um caráter fixo entre masculino e feminino provoca também modificações no que se entende por saúde do homem e saúde da mulher, uma vez que as questões de gênero atravessam diversos setores e instituições, inclusive a saúde.

Segundo alguns autores (Medrado & Lyra, 2014; Medrado, Lyra, Azevedo & Brasilino, 2010a) uma leitura relacional de gênero pautada na diversidade, e não somente nas diferenças entre masculino e feminino, é possível, se houver uma desconstrução da lógica e códigos binários que tornam essa relação dicotômica e desigual. Medrado e Lyra (2014) salientam que a existência de vários marcadores sociais, tais como idade, sexualidade, raça e condições socioeconômicas, por exemplo, demonstram o caráter diverso e plural dos modos de subjetivação dos gêneros.

Partindo desta compreensão de gênero, como uma instância diversa e plural, que foge da dicotomia masculino *x* feminino, compreende-se a necessidade de tratar tanto a saúde dos homens, como a saúde das mulheres, tomando como base a diversidade e os marcadores e determinantes sociais que fazem parte da vida do sujeito, para que desse modo possa abranger e contemplar as masculinidades e feminilidades nas políticas de saúde.

No contexto brasileiro de saúde, grande ênfase foi dada à saúde da mulher, ao passo que tal atenção não foi igualmente dispensada à saúde dos homens. Esta última recebe menos visibilidade na esfera da saúde pública (Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Gomes, Schraiber & Figueiredo, 2010). À guisa de justificar tal afirmação, destaca-se que as políticas higienistas e de controle populacional direcionaram-se, ao longo dos anos, majoritariamente às mulheres. A medicina, desde o século XVIII, enquanto campo de saber técnico-científico está interessada na higienização das relações sociais e no controle populacional. O processo de higienização começa no espaço público, mas logo desloca-se para o espaço privado, abrangendo as casas e

famílias, na expectativa de regulação dos indivíduos, principalmente voltado a mulheres e crianças (Vieira, 2002).

Portanto, a medicina, através dos seus novos conhecimentos cirúrgicos e tecnológicos decorrentes de sua aproximação com os momentos de parto passa a se apropriar do corpo feminino. A medicalização do corpo feminino deu-se principalmente pela via da reprodução, como uma decorrência do interesse capitalista do controle populacional e demográfico (Vieira, 2002; Rohden, 2001). O processo de medicalização do parto começa muitos anos antes da sua institucionalização nos hospitais, sendo o corpo feminino usado desde cedo como objeto de saber da prática médica, contribuindo para o crescimento da medicina enquanto ciência e tecnologia. É nesse momento que surge a obstetrícia, que logo dará origem a outros campos de saber, como a ginecologia, que passam a investigar o corpo feminino (Vieira,2002).

Para Vieira (2002), o corpo feminino é visto, desde muitos anos, como potencial ameaça para a ordem social e moral da sociedade, caracterizando um dos principais motivos para tornar-se alvo das investidas de controle do Estado e da medicina. Vieira (2002) evidencia as ideias elencadas por Foucault (1982) em "*Microfísica do Poder"*, no qual posiciona a medicina como uma estratégia biopolítica de controle social fruto da sociedade capitalista, que age no corpo, no biológico e no somático.

Nesta conjuntura, durante o século XX as mulheres receberam desde cedo assistência materno-infantil baseada na medicalização e controle e disciplina dos seus corpos (Aquino, 2005). No entanto, vale salientar a força dos movimentos feministas para a redução das desigualdades referidas ao gênero dentro da sociedade, assim como por uma atenção à saúde para além da materno-infantil e que possibilitasse a inclusão de outras questões referentes ao feminino (Rohden, 2001; Aquino, 2005; Vieira, 2002).

Estudos revelam uma maior mortalidade da população masculina em comparação com a população feminina, e também que os homens apresentam uma expectativa de vida menor em relação às mulheres. Tais estudos enfatizam a necessidade de potencializar os serviços voltados à saúde dos homens, objetivando diminuir a mortalidade e melhorar a expectativa de vida desse público (Figueiredo, 2005; Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2005; Carrara, Russo & Faro, 2009; Vieira, Gomes, Borba & Costa, 2013).

Nesse sentido, os altos índices de morbimortalidade da população masculina impulsionaram a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008, que, em agosto de 2009, foi instituída através da portaria de Nº 1.944 (Brasil, 2009). De acordo com Alves, Silva, Ernesto, Lima e Souza (2011), a PNAISH é uma tentativa de corrigir um erro histórico, no que diz respeito à pouca preocupação das políticas

públicas com a saúde do gênero masculino. Essa política visa atender homens de 25 a 59 anos de idade, correspondente a 27 % da população brasileira. Essa parcela de homens não estava inclusa em uma política de saúde específica e representa boa parte da mão de obra do país, tendo um relevante papel sociocultural e político (Brasil, 2009).

A PNAISH surge como tentativa de fomentar uma maior presença de homens nos serviços de saúde (em especial na Atenção Primária), incentivando também uma maior atenção no que diz respeito à qualificação e capacitação dos profissionais de saúde para atrair e acolher as demandas do público masculino. Deste modo, esta política objetiva fortalecer a atenção básica frente às questões da saúde dos homens, impulsionando maiores discussões acerca deste tema, dando-lhe mais visibilidade e permitindo que passe a ser abordado de modo mais crítico (Quirino, Medrado & Lyra, 2016).

Vários autores, no entanto, tecem algumas considerações críticas acerca de determinados pontos dessa política. De acordo com esses autores (Medrado, Lyra, Azevedo, Granja & Vieira, 2009; Carrara; Russo & Faro, 2009; Medrado, Lyra, Azevedo & Noca, 2010b), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem parte, equivocadamente, de uma compreensão clássica de processos de adoecimento e mortalidade dos homens, pautadas em um literatura epidemiológica tradicional sobre 'riscos', ignorando principalmente a perspectiva de gênero.

Para Medrado et al. (2010b, p.73),

> as políticas públicas em saúde parecem se organizar ainda a partir de leituras epidemiológicas clássicas, baseadas na noção de risco como probabilidade e na perspectiva da gestão *disciplinar* da vida (grifo do autor) (p.73).

De acordo com Vale-de-Almeida[1] (1995, citado por Medrado et al., 2010b), as leituras essencialmente epidemiológicas, deixam escapar os processos de socialização e sociabilidade feminina que se utilizam da relação superficial e culturalmente estabelecida do feminino enquanto fragilidade e autocontrole. No que diz respeito aos homens, este olhar epidemiológico também desconsidera os processos de socialização e sociabilidade masculinas que se utilizam da exposição aos riscos como uma possibilidade de 'prova' de masculinidade.

Para Potter (1998) e Medrado, Lyra e Azevedo (2011), a quantificação, ou seja, a utilização de dados numéricos para justificar um argumento ou discussão, pode ser considerado um recurso retórico formidável para a formulação de políticas públicas, uma vez que a

[1] O livro "Senhores de Si. Uma interpretação antropológica da masculinidade" de Miguel Vale-de-Almeida (1995) é citado por Benedito Medrado, Jorge Lyra, Mariana Azevedo e Jéssica Noca (2010b) no livro "Homens e Masculinidades". A citação realizada nesta pesquisa foi feita com base no texto de Medrado et al. (2010b), uma vez que não foi possível encontrar o livro de Vale-de-Almeida.

utilização desses tipos de dados proporciona maior credibilidade dentro do campo científico. No entanto, utilizar-se da quantificação, aqui entendida pelo uso de dados epidemiológicos, não significa que se deve dar atenção somente aos dados em seu sentido literal, pois é preciso, sobretudo, compreender o modo que eles são utilizados discursivamente para construir verdades e posições de sujeito dentro de um determinado contexto.

Medrado et al. (2010b) e Medrado, Lyra e Azevedo (2011) ressaltam a necessidade de, ao tratar de uma política pública de saúde, dispensar uma atenção especial para os diversos marcadores sociais que fazem parte do contexto, como os que versam sobre raça, idade, questões de gênero, classe social e valores culturais, por exemplo. Talvez a pergunta chave, que vai ao encontro do raciocínio de Medrado et al. (2010b), pudesse ser, "quais as razões de uma maior mortalidade da população masculina?", e com isso, junto aos dados epidemiológicos, poderia ser possível a construção de uma política mais eficiente, baseada em fatores intrínsecos ao problema.

Além dessa construção crítica ao uso irrestrito dos dados epidemiológicos na PNAISH, Medrado et al. (2010b) e Medrado, Lyra, Azevedo, Granja e Vieira (2009) observam que, apesar de apresentar uma leitura complexa do fenômeno nas seções iniciais que tratam de princípios e diretrizes, a política limita seu objetivo à ideia de promover melhorias nas condições de acesso à saúde da população masculina do Brasil. O objetivo geral da política é explicitado da seguinte maneira:

> Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Brasil, 2009, p. 53).

Medrado et al. (2009), tomando como base o referido objetivo geral da política, apontam que a definição de saúde da população masculina que é expressa nesse texto está intimamente ligada a compreensão de saúde como a ausência de doenças, compreensão que visualiza a oferta de serviços como uma possibilidade de diminuir os índices estatísticos de morbidade e mortalidade, deixando escapar desse cenário os aspectos sociais, culturais e econômicos que podem também constituir o conceito de saúde.

Dentre os princípios e objetivos específicos elencados na PNAISH, pode-se sublinhar dois pontos pertinentes para essa discussão (Brasil, 2009, pp.48-53): "1) formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; e 2) capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem." Nessas duas proposições, verifica-se uma preocupação com a relação "profissional de saúde - saúde dos homens" nos

serviços de saúde, ao passo que demonstram o modo como a política pretende operar para potencialização dessa relação, a saber, qualificação e capacitação dos profissionais.

Vieira et al. (2013) corrobora essas proposições e afirmam que se faz necessário a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária, no que diz respeito à saúde dos homens, uma vez que isso possibilitará a construção de estratégias de atendimento e acolhimento condizentes com a realidade do público masculino.

Para além das diversas questões acerca de gênero, determinantes sociais e culturais, e até mesmo os índices epidemiológicos, que são essenciais para pensar a atenção à saúde dos homens, um olhar especial deve ser dispensado à relação "profissionais de saúde – atenção à saúde dos homens", uma vez que são estes os responsáveis pela execução do trabalho junto ao público masculino. Os recentes estudos acerca da "saúde dos homens/masculinidades e saúde" centram suas discussões sobre "porquê os homens frequentam menos as Unidades Básica de Saúde?", tomando como base de pesquisa tanto os homens como os profissionais. No entanto, observa-se que, na Paraíba, poucos são os estudos que trabalham questões de gênero/masculinidades, profissionais de saúde e a PNAISH, enxergando essa triangulação como uma das bases essenciais para compreensão da atenção à saúde dos homens na Atenção Primária à Saúde.

Com o intuito de demarcar de modo mais concreto algumas das leituras que orientam este estudo, foi realizada uma pesquisa na biblioteca eletrônica SciELO[2] – Scientific Eletronic Library Online (www.scielo.br) – uma biblioteca eletrônica composta por periódicos científicos brasileiros, utilizando alguns termos/expressões de busca para obtenção dos artigos, a saber: "saúde do homem" e "atenção à saúde do homem". Através da técnica de refinamento, buscou-se também artigos com os seguintes termos de modo simultâneo: "saúde do homem" e "Psicologia", e artigos que fossem do campo de saber da "Psicologia da Saúde" e tivessem relação com a saúde do homem.

Na pesquisa com a expressão "saúde do homem" foram encontrados 103 artigos, já a expressão "atenção à saúde do homem" não retornou nenhum resultado. Ao pesquisar simultaneamente a expressão "saúde do homem" e "Psicologia", obteve-se 4 artigos. Após esse trabalho exploratório inicial, foi realizado mais um refinamento dos dados obtidos. Para isso, foi feita uma leitura atenta dos títulos e resumos de cada artigo encontrado, eliminando os que não tivessem relação, ou não fosse relevante, para o problema de pesquisa. Deste modo, foram

[2] A SciELO é uma biblioteca eletrônica de grande notoriedade no meio acadêmico, que faz parte do Projeto FAPESP/BIREME/CNPq e tem por objetivo preparar, armazenar, avaliar e disseminar produções científicas em formato eletrônico e virtual. Endereço eletrônico: http://www.scielo.br/

selecionados os artigos que apresentassem relação com os seguintes temas: masculinidades; políticas públicas, gênero, Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde.

Após realizado o refinamento com a expressão "Saúde do Homem", 47 artigos atenderam aos critérios propostos. Os 4 artigos encontrados através dos termos de busca simultâneos, "Saúde do Homem" e "Psicologia", estão repetidos dentre os artigos obtidos com o termo de busca geral ("Saúde do Homem"), ou seja, será levado em consideração apenas os 47 artigos.

Utilizando o termo de busca "Psicologia da Saúde" foram encontradas 51 referências. Foi feita uma leitura dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados na expectativa de refinar este número deixando apenas os que tivessem relação com o tema de pesquisa. Desse total, apenas 1 artigo atendeu os critérios de refinamento.

Além da base de dados SciELO, realizou-se a mesma busca na biblioteca eletrônica PePSIC[3] – Periódicos Eletrônicos em Psicologia (http://pepsic.bvsalud.org/), utilizando os mesmos termos de busca. Para os termos "Saúde do Homem", e a busca simultânea dos termos "Psicologia" e "Saúde do Homem" foram encontrados um total de 2 artigos. Ao utilizar o termo "atenção à saúde do homem" obteve-se resultado nulo. Ao empregar o termo de busca "Psicologia da Saúde" apresentaram-se 58 artigos; deste número total apenas 1 artigo atende aos critérios de refinamento anteriormente estabelecidos e também utilizados na base de dados SCIELO.

Dentre os artigos encontrados, alguns explicitam a formação dos seus autores. Nestes, pôde-se observar que poucos são os artigos escritos por Psicólogos. Dos 48 úteis encontrados na base de dados SciELO, cerca de 8 tiveram pelo menos um autor com graduação ou mestrado em Psicologia, número consideravelmente baixo dado a amplitude teórica que a Psicologia propõe. Nos artigos encontrados na PePSIC, os 3 úteis tiveram pelo menos um autor com formação em Psicologia.

Esta revisão sistemática foi realizada em Outubro de 2016, buscando artigos de 2003 até o mês de Outubro de 2016. Neste intervalo de tempo, 13 anos, observou-se que há uma média de 10 a 12 artigos escritos sobre saúde do homem relacionando-se com a Psicologia. Este número, relativamente baixo, pode ser reflexo da atenção que os estudos em Psicologia, em

---

[3] O PePSIC é um portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia, caraterizada como fonte da Biblioteca Virtual em Saúde. O objetivo desse portal é colaborar para o desenvolvimento e visibilidade da ciência e Psicologia em países da América Latina, através do acesso livre e virtual à revistas científicas. Endereço eletrônico: (http://pepsic.bvsalud.org/)

especial a Psicologia da Saúde, tem dado ao tema em questão. No que diz respeito à Psicologia da Saúde e os estudos voltados para a Saúde do Homem, verificou-se que de todas as referências encontradas, nas duas bases de dados, apenas 2 artigos comtemplam esta relação, sendo um deles fruto de uma pesquisa feita no Estado da Paraíba.

De todos os artigos selecionados na base de dados SciELO e PePSIC, verificou-se que 5 deles tiveram pelo menos 1 autor de universidade paraibana. Deste modo, observa-se que a tanto a pesquisa sobre a saúde do homem de um modo geral, como quando relacionada à Psicologia, ainda é incipiente no Brasil e sobretudo na Paraíba. Tal fator impulsiona este estudo em questão, uma vez que poderá trazer contribuições teóricas para estes campos de estudo.

Nesse contexto, a pesquisa aqui relatada tem como objetivo principal compreender os significados da atenção à saúde dos homens para profissionais de saúde de serviços da Atenção Primária à Saúde, mais especificamente de Unidades Básicas de Saúde (por vezes, ao citar ao longo do texto a expressão "serviços de saúde" estarei referindo-me as Unidades Básicas de Saúde.). Algumas questões nortearão esta pesquisa. Como os profissionais desses serviços compreendem a atenção à saúde do homem? Como explicam a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde? Como esses profissionais entendem as masculinidades?

Com isso, este estudo apresenta os seguintes objetivos específicos: examinar definições de masculinidades presentes nos relatos, procurando identificar o diálogo ou mesmo o conflito entre essas diferentes definições; examinar as explicações desses profissionais para a frequência dos homens nos serviços de saúde, procurando identificar os discursos que as constituem; e entender como os profissionais constroem a relação entre a Atenção Primária à Saúde e a atenção à saúde dos homens, com foco nos seus conhecimentos sobre as Políticas Públicas direcionadas a este público.

Nesta pesquisa tentaremos responder a essas questões utilizando o recurso teórico e metodológico da análise de discurso. Trata-se de um trabalho de relevância teórica e social. Relevância teórica devido à escassez de estudos que investiguem, com o uso do método de análise de discurso, o modo como os profissionais de serviços de saúde compreendem o tema da atenção à saúde dos homens. Este trabalho se faz relevante socialmente porque seus resultados permitirão um acréscimo, ainda que modesto, na compreensão das dificuldades nas intervenções desses profissionais junto à população masculina, e, por consequência, no percurso da própria PNAISH.

No capítulo um deste estudo tratar-se-á sobre as interfaces dos conceitos de sexo e gênero e como estes influem na discussão sobre atenção à saúde dos homens. Além disso, buscou-se apresentar a trajetória da Atenção Primária em Saúde no Brasil e como a Política

Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem se inseriu nesse contexto, apresentando assim algumas considerações e problematizações que envolvem essa trama.

No segundo capítulo abordaremos a Psicologia Social Discursiva. Nele apresentamos as bases teóricas que exercem influência nessa abordagem teórico-metodológica, explorando alguns conceitos importantes, como os de: análise de discurso, discurso e repertórios interpretativos. Trataremos também de alguns temas fundamentais na prática analítica (Potter & Wetherell,1987), a saber: a função, construção, variabilidade e retórica. Ao final deste capítulo discutiremos sobre a pertinência em tratar o tema da atenção à saúde dos homens sob a perspectiva da Psicologia Social Discursiva.

O capítulo três, por sua vez, consiste no percurso metodológico transcorrido por este estudo, nele se descreve o perfil dos participantes desta pesquisa e as técnicas e procedimentos utilizados para coleta e análise dos dados. Além disso, serão apresentados os cuidados éticos que foram necessários para a construção dessa pesquisa e as contingências que fizeram parte de toda a trajetória.

No quarto, quinto e sexto capítulos deste trabalho apresentamos os resultados e os discutimos, procurando dar conta dos objetivos propostos. Por último, nas considerações finais, trazemos algumas reflexões sobre os resultados desse estudo, buscando evidenciar a relação entre gênero, saúde e a política de saúde dos homens, partindo, sobretudo, da perspectiva de que os profissionais de saúde possuem papel fundamental na relação entre esses três eixos.

1. Gênero, Masculinidades e Saúde: uma Trajetória de Possibilidades

Os estudos sobre a relação entre homens e saúde intensificaram-se nas últimas décadas. Nos anos 70, quando esse tema era abordado, questões biológicas e epidemiológicas constituíam o principal objeto de discussão. No entanto, foi a partir dos anos 90 que as discussões sobre esse tema passaram a considerar as questões de gênero e masculinidades (Gomes, 2011).

Neste capítulo, faz-se uma discussão sobre as questões de gênero e masculinidades no contexto da relação dos homens com a saúde pública do Brasil. Num primeiro momento, discute-se os conceitos de sexo e gênero, buscando evidenciar as diferentes possibilidades de compreender esses termos. Em seguida, discute-se a saúde das mulheres e a saúde dos homens no Brasil, a partir de uma perspectiva de gênero. No terceiro momento deste capítulo, faz-se um breve resgate histórico da saúde pública brasileira com o objetivo de delinear a trajetória da Atenção Primária à Saúde no país. Por fim, discute-se algumas possibilidades e contingências que permeiam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

1.1 Interfaces conceituais – sexo e gênero: discutindo conceitos

Ao estudar a saúde dos homens, neste caso mais especificamente a atenção à saúde dos homens, faz-se imprescindível discutir a questão de gênero que tem um papel central nesse contexto. As palavras sexo e gênero são por vezes tratadas e compreendidas como sinônimas (Santos, 2010), no entanto elas traçam definições e significados distintos.

Para Santos (2010), a construção do conceito de sexo deriva de uma visão naturalista, estreitamente ligada a questões corporais. De acordo com Martins (2004), desde a antiguidade já se observa uma relação hierarquizada entre homens e mulheres, baseada na ideia de calor vital. A natureza da mulher era tida como fria e úmida, ao passo que a do homem era tida como quente e seca. Ainda com base nessa simbologia naturalista, a mulher era vista como imperfeita devido à ausência do pênis e descrita como um homem invertido, e com isso eram posicionadas como inferiores ao sexo masculino.

Essa ideia da mulher como inferior ao homem devido as estruturas anatômicas do corpo persistiu por muitos anos. No século XIX, muitos estudos e pesquisas se empenharam na busca de provar as distinções existentes entre o sexo feminino e masculino, que estavam até então pautadas somente na estrutura do órgão sexual. Como consequência dessas pesquisas, observou-se que, de um modo geral, o corpo feminino possui órgãos menores e mais delicados

que os dos homens. Tais constatações contribuíram para que o corpo feminino fosse associado à fragilidade e, desse modo, considerado inferior se comparado ao corpo masculino (Martins, 2004). Refletindo sobre isso, Santos (2010) afirma que a sexualidade masculina foi construída com base em mitos que reduziam os homens a uma questão hormonal, de tal forma que isso contribuiu para a construção e manutenção de um modelo hegemônico de masculinidade.

A questão do sexo estaria estreitamente relacionada à estrutura corporal do homem e da mulher, evidenciando uma dicotomia sem saídas, sem multiplicidades. Já o conceito de gênero, surge durante o século XX, por influências do Movimento Feminista (Scott, 1995), e veio na expectativa de desconstruir a ideia de uma masculinidade ou uma feminilidade hegemônica.

Berenice Bento (2006), em seu livro *"A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual"*, salienta que os primeiros estudos sobre a temática de gênero estavam voltados, principalmente, para as ideias de subordinação feminina, provocando um ocultamento do masculino em favor de uma vitimização da condição feminina. É somente depois de intensas discussões e estudos, que o gênero passa a ser compreendido como categoria relacional e de análise, ampliando as ideias sobre o masculino e feminino (Scott, 1995).

Segundo Scott (1995), o termo gênero é consequência direta dos trabalhos feministas contemporâneos, que alegam que as teorias existentes até então explicavam de modo inadequado as desigualdades entre homens e mulheres. Deste modo, este grupo reivindicava um novo campo de definição para estas desigualdades, construindo assim o conceito de gênero.

É então ao final do século XX que o gênero, visto como um sistema de relações, sejam elas sexuais e sociais, torna-se categoria de análise e alvo das preocupações teóricas. O gênero passa a ser entendido como uma possibilidade de indicar as "construções sociais" sobre os papéis próprios de mulheres e homens dentro de uma realidade social (Scott, 1995). Scott (1995, p. 86) apresenta o conceito de 'gênero' sugerindo as seguintes proposições: "(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder".

Para Korin (2001), falar de gênero implica em falar de masculinidades e feminilidades, de uma pluralidade de modos de ser que se distanciam de uma definição de gênero monolítica e estereotipada, pois para este autor as diferentes definições de gênero são atravessadas por diversos fatores e determinantes sociais, tais como raça, classe social, idade, etnia, questões socioeconômicas, etc.

Vale de Almeida (1996) ressalta que tratar sobre masculinidades não diz respeito, necessariamente, a falar em homens, uma vez que tanto o conceito de masculinidade como o

feminilidade (p.161) “são metáforas de poder e de capacidade de acção, como tal acessíveis a homens e mulheres.”, por isso fala-se em masculinidades.

Nessa tentativa histórica de construção de um conceito de ‘gênero’, assim como uma diferenciação do que entende-se por ‘sexo’, pode-se encontrar alguns deslizes que endossam a dicotomia ‘sexo x gênero’ através da ideia ‘natural x cultural’.

Diante destas contingências, Medrado (1997) chama atenção para o fato de que assumir o conceito de gênero não significa a redutível substituição de um determinismo biológico, voltado ao sexo, por um determinismo social, voltado ao gênero. Isso implica dizer que os indivíduos de um determinado sexo não possuem, necessariamente, características definidas culturalmente. Com base nisso, Medrado (1997) salienta e corrobora a ideia de Scott (1995) de que nem sempre os homens e as mulheres desempenham as exigências das prescrições sociais ou das categorias de análise, transgredindo o sistema sexo/gênero e assumindo posições sociais não condizentes com o ‘esperado socialmente’.

Para Medrado (1997), as concepções de gênero e sexualidade na sociedade contemporânea tem sido intensamente influenciadas pelos movimentos organizados de homossexuais, e as referidas produções teóricas e acadêmicas sobre o tema. Para este autor, esse contexto tem possibilitado contribuições, principalmente nas questões teóricas, no que diz respeito a desconstrução da relação direta que por vezes é estabelecida entre sexo e gênero.

Diante da incansável discussão travada por vários pesquisadores acerca da dicotomia sexo e gênero, sendo este primeiro quase sempre considerado sob uma perspectiva naturalizada, Medrado e Lyra (2014) em seus estudos sobre homens e masculinidades, tomando como inspiração uma leitura feminista de gênero, chamam atenção para o reconhecimento de que, assim como o gênero, o sexo também pode ser compreendido como uma construção cultural, e que por interesses políticos e históricos (Costa, 2001) é que foi posto como natural, como visto anteriormente.

Para Butler (2005) o sexo é uma norma cultural carregada de poder que conduz e demarca a materialização dos corpos, docilizando e controlando-os, estando para além de um diferenciação anatômica. Para esta autora o sexo é então, assim como o gênero, cultural e discursivo, atravessado pelas normas sociais e que foge da ideia de um caráter natural ao qual por vezes ele é relacionado.

Com essa breve contextualização histórica e teórica, percebe-se o quão complexo é tratar sobre os conceitos de sexo e gênero, até que ponto eles tensionam, se atravessam ou de algum modo divergem. Esta complexidade requer um olhar crítico ao que se pretende estudar

aqui, que é o modo como profissionais de saúde compreendem a questão da atenção à saúde do homem.

1.2 Saúde da mulher e saúde do homem – trajetórias envolvidas por questões de gênero

Durante o século XIX, como resposta às movimentações sociais que reivindicavam direitos para as mulheres, surge o termo "saúde da mulher" como tentativa de outorgar direitos ao gênero feminino (Rohden, 2001). No entanto, é apenas ao final do século XX que este termo "saúde da mulher" é retomado pelo movimento feminista com a intenção de autenticar as necessidades das mulheres para além da maternidade (Aquino, 2005).

De acordo com Toneli e Müller (2015), logo nas primeiras décadas do século XX, por volta dos anos 30, a saúde da mulher era alvo de atenção das políticas nacionais de saúde, focalizando suas ações nas demandas de gravidez e parto. Para essas autoras, os programas elaborados para este grupo populacional eram de ordem materno-infantil, refletindo e endossando uma visão limitada sobre a mulher, no qual eram tidas como genitoras e domésticas, sendo elas as responsáveis pelo afazeres do lar e pelo cuidado com os filhos e a família.

Alguns autores (Pedrosa, 2005; Couto & Gomes, 2012) salientam a importância do protagonismo histórico dos movimentos feministas e LGBT's (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero) na construção de novos rumos e estratégias no campo da saúde brasileira, a exemplo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, criado em 1983– que pode ser considerado (Pedrosa, 2005) como uma das primeiras iniciativas do governo no que diz respeito à incorporação dos princípios feministas e de gênero em políticas públicas de saúde, provocando um rompimento com a antiga e restrita abordagem materno-infantil.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,

> As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida (Brasil, 2004a, p.16).

As incessantes reivindicações das mulheres por melhorias na atenção à saúde, possibilitou que a medicina moderna desenvolvesse modificações significativas nas condições de saúde da população brasileira, mas sobretudo em relação às crianças e mulheres. Em contrapartida, tais ações desenvolveram um processo de medicalização e controle social sobre

o corpo feminino (Vieira, 2002), que continua sendo questionado e tensionado pelo movimentos feministas.

Concomitantemente a essa retomada e intensificação nas discussões sobre a “mulher” ao final do século XX (para além das questões materno-infantil), a década de 70 pode ser considerada, de acordo com Gomes e Nascimento (2006), como marco dos estudos norte-americanos sobre “homem e saúde”. Nessa época, os primeiros estudos sobre a saúde do homem estavam pautados no adoecimento masculino, tomando como base as premissas biomédicas, comportamentais e epidemiológicas, deixando fora da discussão os contextos político e histórico-sociais dos quais estes homens faziam parte (Gomes, 2011).

Porém, é só no início dos anos 90 do século passado, inclusive no Brasil, que esses estudos começam a ser aprofundados e discutidos, e passam a ser abordados a partir de uma perspectiva diferenciada, deslocando-se para o estudo das “masculinidades”, pensando saúde-doença a partir de uma perspectiva relacional de gênero (Schwarz, Gomes, Couto, Moura, Carvalho & Silva, 2012; Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

É nesse momento que começam a falar sobre “estudos das relações de gênero”, tratando tanto sobre o “ser homem” como sobre o “ser mulher” (Aquino, 2005; Schraiber, Gomes & Couto, 2005; Gomes & Nascimento, 2006; Bento, 2015). De acordo com Couto e Gomes (2012), esse deslocamento das concepções teórico-político sobre a temática “homem e saúde”, passando a utilizar em sua análise a perspectiva de gênero, é reflexo, principalmente, dos movimentos feministas e movimentos LGBT’s durante as últimas décadas do século XX.

Bento (2015) ressalta a importância de precisar o momento histórico no qual os estudos sobre gênero e masculinidades foram iniciados, e acredita que é tão necessário quanto ressaltar que tais transformações não se deram de modo tranquilo e pacífico, mas sim foram frutos de embates ideológicos e culturais com os padrões até então socialmente aceitos.

Culturalmente, na sociedade brasileira, o homem é ensinado desde os primeiros dias de vida que seu comportamento deve estar distante de qualquer sinal de sensibilidade ou afetividade, uma vez que estes podem fazer com que o homem seja visto como fraco ou vulnerável. Os comportamentos de gênero, sejam masculinos ou femininos, são estruturados e influenciados desde a mais tenra idade através das ‘verdades’ sociais que se pautam numa ideia binária de ser homem e mulher (Bento, 2015).

Medrado e Lyra (2008) ressaltam que comumente as mulheres são educadas para cuidar dos outros, evidenciando então uma figura materna e cuidadosa. Os homens, em contrapartida, não são educados nem para o cuidado de si e nem dos outros, e geralmente são educados a não se importarem com a dimensão do cuidado.

Para Bento (2015), os recentes estudos sobre masculinidade, que tem cotidianamente questionado os padrões hegemônicos do binarismo de gênero, estão permitindo a descoberta de ‘múltiplas masculinidades’, evidenciando a existência de sujeitos antes ocultados por uma voz hegemônica. De acordo com a supracitada autora,

> A definição hegemônica apresenta o homem no poder, com o poder e de poder. A masculinidade torna-se sinônimo de força, sucesso, capacidade, confiança, domínio, controle. As definições de masculinidade que a sociedade brasileira desenvolveu conservam o poder de alguns homens sobre os outros e sobre as mulheres. (Bento, 2015, pp. 89-90)

A desigualdade de gênero vai para além da dicotomia homem x mulher, e estende-se para o próprio grupo de homens, onde se encontram diversas masculinidades, e onde, por vezes, uma, a hegemônica, exerce poder sobre as demais modalidades. Endossando sua própria afirmação sobre masculinidade hegemônica, tomando como base o conceito de “hegemonia” de Gramsci, Bento (2015, p. 87), declara que “masculinidade hegemônica é a capacidade de impor uma definição específica sobre outros tipos de masculinidade”. Fica evidente o quanto as relações de gênero, seja entre homens e mulheres, ou entre os próprios homens, são bases estruturantes das relações de poder.

No intuito de prosseguir nessa discussão cabe destacar que Medrado e Lyra (2008) chamam atenção para os deslizes que a expressão “masculinidade hegemônica” pode provocar, uma vez que seu uso cada vez mais constante em discussões sobre masculinidades pode produzir leituras binárias de gênero, deixando de lado a dimensão relacional que envolve essa trama. Refletir sobre homens e masculinidades sob a luz de uma dimensão relacional requer desconstruir a ideia da existência de uma única masculinidade, a hegemônica, assim como a de uma relação binária entre masculinidades ditas hegemônicas e as formas subordinadas (Medrado & Lyra, 2008).

Portanto, é plausível salientar que em determinados contextos sociais possa existir um tipo de masculinidade que se destaque e se sobreponha perante outras. No entanto, tomar as discussões de homens e masculinidades somente pautando-se na relação binária entre as formas de masculinidades, hegemônicas e subordinadas, pode ser um caminho arriscado, uma vez que esta perspectiva reforça os jogos e as hierarquizações de poder, ao passo que limita uma possível leitura relacional de gênero.

De acordo com Connell e Messerschmidt (2013) o conceito de masculinidade hegemônica foi sugerido inicialmente a partir de um estudo de campo acerca da desigualdade social em escolas australianas; em uma discussão teórica acerca da construção das

masculinidades; e também como fruto de um debate sobre a política sindical australiana e o papel dos homens nessa instância.

Connell e Messerschmidt (2013) salientam que a masculinidade hegemônica não se estabeleceu na sociedade como norma num sentido estatístico, uma vez que a adoção desse papel de masculinidade é feita por uma minoria de homens. Entretanto, estes autores afirmam que ela é normativa, em razão da cobrança exaustiva de que todos os homens se posicionem positivamente em relação a ela, e autentica a submissão de toda a classe feminina em relação aos homens.

Segundo Connell e Messerschmidt (2013), em alguns contextos e coletivos a masculinidade hegemônica é compreendida a partir do engajamento dos homens em práticas violentas e nocivas, efetivando e legitimando a dominação de um determinado gênero em tal contexto. No entanto, esses autores chamam a atenção para o termo "hegemonia" e defendem que este pode ser passível de várias configurações, não restringindo-se à violência ou práticas deletérias. A masculinidade hegemônica passa a ser entendida como uma possibilidade de compreender determinada dinâmica dentro de um processo social e coletivo.

A formulação desse conceito - masculinidade hegemônica - se tornou alvo de diversos campos teóricos e aplicados, se fazendo presente na saúde, educação e trabalho, por exemplo, e influenciando as discussões teóricas acerca de gênero, homens e hierarquia social (Connell & Messerschmidt, 2013).

Para Connell e Messerschmidt (2013, p.250),

> A masculinidade não é uma entidade fixa encarnada no corpo ou nos traços da personalidade dos indivíduos. As masculinidades são configurações de práticas que são realizadas na ação social e, dessa forma, podem se diferenciar de acordo com as relações de gênero em um cenário social particular (Connell & Messerschmidt, 2013, p.250).

Bento (2015) contribui para essa discussão colocando em evidência a necessidade de atentar também para o modo como os homens relacionam-se entre si, problematizando esse espaço relacional, e que a partir disso se possa pensar as diversas possibilidades de construção de masculinidades. Tal enredo vem contribuir também na relação do homem com a saúde, uma vez que o discurso da masculinidade hegemônica ainda perpassa os setores e profissionais da saúde, gerando entraves no que diz respeito ao cuidado do homem com a própria saúde (Gomes, 2010).

Bento (2015) salienta que a assertiva proposta por Simone de Beauvoir, no qual "ninguém nasce mulher, torna-se mulher", tem sido utilizada por estudos que envolvem homens e masculinidades, ao qual constroem a afirmação de que "ninguém nasce homem, torna-se

homem". Tal analogia possibilita a desconstrução da ideia de que o conceito de 'homem' pauta-se em aspectos fixos e biológicos ou que baseia-se na existência de uma natureza masculina.

Endossando a discussão entre gênero e saúde, Medrado et al. (2009) chamam a atenção para os altos números de mortalidade e adoecimento dos homens relativos a "causas externas" (suicídio, acidentes, violência, entre outros...). Para esses autores, essas causas estão voltadas principalmente ao modo como os homens tornam-se homens na sociedade, ou seja, uma construção de masculinidades diretamente associada ao poder, violência e práticas de risco.

Para Schraiber, Gomes e Couto (2005) a relação entre violência e masculinidades passa a ser mais clara se vista através da perspectiva de gênero, uma vez que a violência se mostra, por vezes, como um processo de socialização e reafirmação da masculinidade hegemônica, proporcionando assim desvantagens no que se refere à saúde da população masculina. Esta violência é em geral direcionada a pessoas consideradas mais frágeis, como mulheres, crianças, homossexuais, idosos e também a outros homens que não vivenciam essa masculinidade hegemônica.

Bourdieu (2002) salienta que para além da violência física há a existência da violência simbólica na relação entre homens e mulheres, onde o masculino é visto como superior ao feminino, ao qual o autor caracteriza esse processo como 'dominação masculina'. A dominação masculina consiste na imposição de um poder de um determinado grupo de homens que se identificam como superiores em relação à outras categorias, tidas como inferiores, visando a instituição de relações hierarquizadas com as mulheres e entre os próprios homens.

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005) várias pesquisas mostram que os homens passam por mais pressões sociais do que as mulheres, tornando-se assim mais vulneráveis a violências. Apesar dessas constatações, é importante ressaltar que tais pressões sociais estão mais relacionadas ao modelo de masculinidade hegemônica e que deve-se evitar a generalização, de modo categórico, da afirmação segundo a qual os homens são violentos e as mulheres são vítimas.

No que diz respeito à masculinidade hegemônica e sua relação com a saúde, Gomes (2012) aponta a necessidade de olhar para as diversas outras formas de masculinidades que se fazem presente na sociedade, assim como para outros fatores relevantes, para que se possa obter proveito nas ações de saúde voltadas aos homens. O referido autor salienta que,

> (...) para que as ações de saúde direcionadas a homens tenham êxito, outras referências de identidade para o ser homem devem ser levadas em conta. Além dos modelos de masculinidades, existem outras referências identitárias, como a classe social, a raça/etnia e o grupo etário. Assim, o *status* de ser homem também é influenciado pela

> classe social em que ele se situa, pela etnia a que pertence e pelo momento de vida por ele vivenciado. (Gomes, 2012 p.83)

Com base nessas argumentações, verifica-se uma relação intrínseca e pertinente entre gênero e saúde, no qual o processo de construção de masculinidade tem um impacto evidente na saúde da população masculina. Para Pinheiro, Couto e Silva (2012), trabalhar a relação das masculinidades com os cuidados em saúde, seja sob o ponto de vista dos homens usuários ou dos profissionais de saúde (caso deste estudo), consiste num verdadeiro desafio. Deste modo, tal afirmação vem justificar, mais uma vez, a importância da discussão construída nesse estudo.

Schraiber, Gomes e Couto (2005) e Schraiber (2012) argumentam que ao se tratar do tema saúde dos homens, ou, neste caso, da "atenção à saúde dos homens", é necessário levar em consideração a relação inseparável entre saúde e gênero, e que se dissocie masculinidade dos indivíduos de corpos do sexo masculino. Esses autores acreditam que a ideia de "ser homem" está para além de quesitos corporais e biológicos, e devem ser considerados e abordados como "sujeitos em exercícios de masculinidades". Como já ressaltado por Vale de Almeida (1996), a compreensão de masculinidade não reduz-se aos homens, uma vez que tanto o conceito de masculinidade como de feminilidade consistem em metáforas de poder disponíveis tanto para homens como para mulheres.

Romeu Gomes (Gomes, 2012), em seu livro "*Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*", problematiza o uso da expressão "saúde do homem", assim como "sexualidade masculina" e os crescentes estudos e investigações específicas sobre essa temática. Para esse autor, esta atenção focalizada no público masculino, principalmente no que diz respeito à saúde, pode aparentar um movimento contrário as iniciativas de programas de saúde pública que enfocam a saúde da mulher, tratando-se então de uma abordagem machista que visa defender os direitos dos homens. No entanto, Gomes (2012) ressalta que não é disso que se trata as pesquisas e estudos que dão ênfase a "saúde do homem", uma vez que esta questão deve ser observada principalmente a partir de uma perspectiva relacional de gênero.

Essa ampla discussão sobre gênero e saúde, longe de esgotar-se em si mesma, requer novos olhares cotidianamente, sendo este um campo de embates teóricos e práticos necessários para a construção de uma maior equidade no âmbito da saúde. As questões de gênero fazem parte de tantos outros setores da sociedade, no entanto, aqui buscou-se dispensar uma maior atenção aos atravessamentos deste junto à saúde.

Desse modo, pode-se verificar a importância do rompimento do binarismo de gênero, que categoriza homens *x* mulheres, masculino *x* feminino, dando visibilidade a pluralidade de

formas de exercer as masculinidades ou feminilidades, para que desse modo as ações em saúde possam ser mais potentes e consigam dar conta de um maior número de pessoas, tratando-as sempre a partir das suas particularidades de gênero e dos determinantes sociais onde elas existem.

1.3 Os serviços de Atenção Primária: uma trajetória de possibilidades na saúde pública

Em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou a Declaração Universal de Direitos Humanos, reconhecendo internacionalmente a saúde como um direito. Nesse mesmo período, no Brasil, as ações em saúde ainda eram restritas à população que contribuía com a previdência social, deixando aos cuidados da filantropia o restante da população (Fleury & Ouverney, 2012).

A luta para conquista da saúde como direito do cidadão no país atravessou alguns anos, e apenas na década de 80, através da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que deu-se em 1986, foi que conseguiu-se outorgar a saúde como um direito. A realização dessa conferência foi mola propulsora para o processo de construção da nova Constituição Brasileira, em 1988, processo em que a saúde é colocada como um direito de todos e dever do Estado.

Com base nas discussões ocorridas na 8ª CNS, junto à garantia da saúde como direito do cidadão, houve a criação do Sistema único de Saúde (SUS), em 1990, regulamentado pela Lei nº. 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990).

As políticas de saúde, antes estreitamente ligadas à previdência social, passam, a partir desse novo contexto brasileiro, a serem “políticas **públicas** de saúde”. De acordo com Silveira e Córdova (2009), as políticas públicas são frutos de uma construção social e governamental, em que tanto a comunidade quanto os gestores e administradores participam na sua construção, de acordo com as demandas existentes, visando sempre o bem coletivo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), se caracteriza como uma política pública de saúde, que busca, através de princípios e diretrizes, estabelecer um compromisso do Estado com o bem-estar social, formalizando-o como um dos direitos da cidadania. Dentre esses princípios e diretrizes, podemos destacar: a universalidade, a igualdade, a integralidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização.

O Sistema Único de Saúde passa então a ser divido em três níveis de atenção, a saber: primário, secundário e terciário. O modelo tradicional assistencial, antes voltado para cura de

doenças e centrada no hospital, é redirecionado para uma maior atenção em ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, principalmente através do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, buscando atender as necessidades da população de modo contínuo e integral.

Historicamente, as origens da terminologia "Atenção Primária" dá-se nos anos 60 e 70 com o marco político da guerra fria (Fariñas & Pérez, n.d). De acordo com Matta e Morosini (2009), em 1978 foi realizada a I Conferência Internacional acerca dos 'Cuidados Primários em Saúde', em Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nessa conferência foi proposto que 134 países atingissem o maior nível de saúde possível através da Atenção Primária à Saúde (APS), até os anos 2000.

A Declaração de Alma-Ata (1978) define que,

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (...). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (VI).

As metas propostas na Declaração de Alma-Ata não foram plenamente alcançadas (Matta & Morosini, 2009; Fariñas & Pérez, n.d), no entanto, o modelo da Atenção Primária à Saúde serviu de referência para as reformas sanitárias que ocorreram em diversos países, nos anos 80 e 90, inclusive no Brasil. As concepções da APS, junto ao movimento sanitário, possibilitou o rompimento do modelo médico-privatista vigente no país, abrindo espaço para novos modos de pensar saúde, fortalecendo a construção de um sistema unificado e descentralizado (Matta & Morosini, 2009).

Cerca de vinte anos depois da Declaração de Alma-Ata, surge o termo Atenção Básica, num contexto histórico brasileiro de importante ajustes econômicos e de construção de políticas de redução do papel estatal, durante a década de 90. Este termo é utilizado por alguns autores como sinônimo do termo "Atenção Primária à Saúde" (Gil, 2006), e para Mello, Fontanella e Demarzo (2009) esses conceitos são, de modo geral, equivalentes entre si. No entanto, as políticas propostas pelo Ministério da Saúde, se utilizam, em sua maioria, do termo Atenção Básica para construção teórica e prática das suas ações (Gil, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde, cria o Programa Saúde da Família (PSF), agora referido como Estratégia Saúde da Família (Gil, 2006), que se torna eixo estruturante dos serviços ofertados pelo SUS. Diante desse contexto, o PSF transformou-se assim em uma

estratégia de organização, ou, como hoje é chamada, Estratégia Saúde da Família, uma vez que a implementação desse sistema organizativo possibilitou uma maior ordenação da rede SUS e ampliou as práticas da atenção à saúde, permitindo que um maior número de serviços fossem ofertados para a população (Chianca, 2011).

Chianca (2011, p.14) sublinha que,

> (...) o PSF foi eleito por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, como estratégia prioritária tanto para sua organização, quanto para a ordenação das redes de atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS. (Chianca, 2011, p. 14)

A Estratégia de Saúde da Família orienta principalmente os serviços que são ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS são um dos tipos de serviços ofertados e regidos pela Atenção Primária à Saúde, no entanto outros tipos também fazem parte da APS, são eles: o Consultório na Rua, o Programa Saúde na Escola, as Academias de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por exemplo. Todos esses serviços atuam, ou pelo menos deveriam atuar, no modo de Redes de Atenção, proporcionando uma atenção integralizada aos sujeitos, e de acordo com preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012).

A Atenção Primária à Saúde, compreendendo os serviços que por eles são ordenados, é considerada porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil, e dá assistência à uma grande parcela da população, tanto devido ao seu caráter generalista de atenção em saúde, como pelo fato de estarem localizados no território da comunidade.

Por esse motivo, Pinheiro, Couto e Silva (2012) acreditam que a Atenção Primária em Saúde (APS) se caracteriza como um contexto privilegiado e em potencial que pode favorecer, dentre outras coisas, as investigações e discussões da relação entre 'homens *x* saúde *x* adoecimento', devido a possibilidade de trabalhar questões voltadas ao acesso aos serviços de saúde, como também as ações que estão em consonância ou não com as especificidades de gênero.

Muitos programas e políticas públicas de saúde são desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, na tentativa de atender as necessidade e demandas da população. No entanto, esses serviços e essas ações de saúde estão em constante transformação e construção, pelo fato de novas demandas estarem sempre surgindo. Chianca (2011) assinala que a avaliação da gestão em saúde, e das ações que estão sendo desenvolvidas nos serviços, é imprescindível para identificação de problemas e reorientações de novas práticas em saúde.

É com base nas avaliações dos serviços, e das próprias políticas de saúde e programas de atenção, que muitos pesquisadores identificaram que alguns grupos populacionais não têm

utilizado os serviços de atenção básica em saúde de forma equânime. Um exemplo disso é o grupo populacional masculino, que, em razão de um erro histórico, passou muito tempo sem receber a atenção em saúde que era necessária, o que provocou um preocupante e relevante quadro de morbidade e mortalidade desse público (Chianca, 2011; Alves et al., 2011).

A ideia de que a menor atenção ao público masculino é fruto de um erro histórico pode ser questionada se observada através do ponto de vista da medicalização e controle dos corpos, onde há interesses na visibilidade ou não de determinadas categorias sociais.

Desde que o Estado tornou a saúde alvo de suas ações, ele passou a intervir no corpo social na busca de uma higienização e possível aperfeiçoamento dos indivíduos, fazendo intervenções mais diretivas à alguns grupos sociais, como por exemplo as mulheres, crianças e idosos. Outros grupos, como os loucos e homossexuais, também foram atingidos por estas intervenções devido seu suposto grau de periculosidade (Carrara, Russo & Faro, 2009).

Martins e Malamut (2013) salientam que os homens não passaram pelo mesmo percurso de disciplina e medicalização dos corpos como ocorrido com as mulheres, através da reprodução sexual e da construção simbólica de cuidado e fragilidade. Nesse contexto, Schraiber (2012) afirma que os homens não tiveram que se preocupar com a recuperação de uma identidade de sujeito, uma vez que seu corpo não foi expropriado, tal como o das mulheres, por estratégias biopolíticas de disciplina e controle reprodutivo.

Segundo Martins e Malamut (2013), ao contrário das mulheres, os homens continuam a fazer parte de ações e empreendimentos que buscam manter a ideia de força física e potencial sexual e reprodutivo inerentes a esse gênero, na busca de resguardar e manter o *status* de macho provedor e reprodutor.

Contudo, Carrara, Russo e Faro (2009, p. 660) apontam que,

> Não se pode dizer que, ao longo do último século, médicos e sanitaristas não tenham percebido que algumas prerrogativas de gênero faziam dos homens seres especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. (Carrara, Russo & Faro, 2009, p. 660)

Pereira e Barros (2015) evidenciam as ideias discutidas por Foucault (2008) no que diz respeito ao biopoder, e como o poder tomou como alvo as questões relativas a vida e saúde, salientando que a biopolítica, através de regras de higiene, sexualidade, alimentação e etc., já

exercia poder e controle sobre os corpos de toda a população, inclusive dos homens, desde tempos passados.

Entretanto, segundo Carrara, Russo e Faro (2009), tal contexto não propiciou a construção de políticas públicas específicas para população masculina, tal como foram construídas para outras categorias sociais. O homem ainda era visto como sujeito representante universal, tendo dificuldades de serem vistos sob outra perspectiva.

Somente no início do século XXI, impulsionados pelos interesses da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), é que o Ministério da Saúde, junto a outros atores sociais e outras associações médicas, como a cardiologia, pneumologia, saúde mental e gastroenterologia, propõe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, sendo esta específica à população masculina (Carrara, Russo & Faro, 2009).

1.4 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Vários estudos sobre a saúde dos homens têm evidenciado que estes são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente quando comparados às mulheres (Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2005; Carrara, Russo & Faro, 2009; Vieira, Gomes, Borba & Costa, 2013; Chianca, 2011). Cerca de 75% das enfermidades e agravos que afligem a população masculina está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia (Brasil, 2008). Tais dados podem ser considerados reflexos da baixa frequência aos serviços de atenção básica em saúde por parte dos homens (Couto et al., 2010).

Segundo dados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008), ao se analisar as causas de mortalidade na população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos em 2005, verificou-se que a maior porcentagem de óbitos deste público deve-se às Causas Externas (30%), seguida pelo índice das Doenças do Aparelho Circulatório (20%); em terceiro, os Tumores (12%); e por último as Doenças do Aparelho Digestivo (8%) e do Aparelho Respiratório (5%).

Foi com base nesses dados, que o Ministério da Saúde apresentou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com a intenção de possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade desse público (Brasil, 2009).

Segundo Gomes, Leal, Knauth e Silva (2012), a formulação e instituição da PNAISH foi antecedida por diversas discussões entre os setores institucionais, civis e sociais, além de ter sido submetido à consulta pública (Schwarz et al., 2012) para que tivesse contribuições da

população geral. No entanto, a sua construção difere dos processos ocorridos para formulação de outras políticas de saúde no campo das questões de gênero, como a da Mulher e o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais). Medrado, Lyra e Azevedo (2011), discutem as diferenças de construção entre os 3 documentos que fundamentam essas políticas.

No caso das políticas voltadas às mulheres, é importante destacar o documento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), inicialmente construído em 2007 (Medrado, Lyra & Azevedo, 2011), e atualizado em 2013 durante o governo Dilma (Brasil, 2013). De acordo com o PNPM, a construção deste documento deu-se em conjunto e com a participação da sociedade civil, órgãos estaduais, municipais e nacional, através das Conferências de Mulheres e principalmente pelo movimento de mulheres, feministas, urbanas e rurais (Brasil, 2013).

Como bem relembra Medrado, Lyra e Azevedo (2011), em 2004 a Secretaria Especial de Direitos Humanos apresenta à sociedade o *Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*. A construção desse Programa teve a participação de setores governamentais, da sociedade civil e, principalmente, uma colaboração direta dos representantes dos movimentos GLBT (Brasil, 2004c).

No que diz respeito à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), esta foi elaborada em 2008 e lançada em 2009, e se processou principalmente a nível governamental e sob influência da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), através de encontros entre especialistas da área da saúde e outras entidades do campo, estando às margens das conferências de saúde (Carrara, Russo & Faro,2009; Medrado, Lyra & Azevedo, 2011).

Carrara, Russo e Faro (2009) destacam em seu artigo “A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino*” o forte interesse da SBU junto a setores do governo para a construção de uma política pública específica à saúde masculina, estando estes interessados em participar do estabelecimento das diretrizes da política, assim como defender os interesses monetários dos Urologistas nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está associada à Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do SUS – alinhando-se também à Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b) e é regida de acordo com os princípios e diretrizes do SUS – Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Descentralização, Controle Social (participação da comunidade) e Hierarquização, com o

objetivo de que esses fatores direcionem as ações em saúde de um modo coerente com a demanda da população (Brasil, 2009).

Esta política, ainda que teoricamente bem fundamentada e com propostas convenientes ao público masculino, ainda enfrenta dificuldades em sua implementação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (Chianca, 2011). Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), diferentemente do que ocorre com as mulheres, os homens são dificilmente captados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde, utilizando tardiamente os serviços de média e alta complexidade na busca de sanar suas queixas quanto à saúde, favorecendo assim o agravo no perfil de morbi-mortalidade deste público.

O próprio documento da política evidencia a existência de barreiras que contribuem na resistência masculina à adesão da Atenção Primária. Essas são as *barreiras socioculturais*, que estariam relacionadas às questões de gênero, e ao conjunto de representações de gênero que considera os homens como invulneráveis e ator principal de uma cultura patriarcal; e as *barreiras institucionais*, que consistem nas dificuldades de acesso ao serviços (Carrara, Russo & Faro, 2009; Brasil, 2008).

Estudos e pesquisas tentam explicar o fato dos homens frequentarem menos os serviços de saúde do que as mulheres, estando em consonância com as barreiras socioculturais e institucionais abordadas pela própria política. Alguns mencionam que os serviços são bastante feminilizados e isso não permitiria que os homens sintam-se parte daquele ambiente (Gomes, 2003; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Couto et al., 2010). Alguns estudos declaram que há mais programas e atividades dos serviços voltadas para o gênero feminino, assim como a maioria dos profissionais que fazem parte destes serviços são mulheres, caracterizando outro fator contribuinte para esse fenômeno (Couto et al.,2010; Gomes, 2010). Outros estudos ainda afirmam que os homens preferem procurar outros serviços, como pronto socorro e farmácias, pelo fato deles atenderem mais rapidamente suas demandas (Figueiredo, 2005).

Gomes (2010), em seu livro "*A Saúde do homem em foco*" elenca outros fatores explicativos para a ausência dos homens no serviços de atenção básica à saúde, dentre eles, pode-se destacar: 1) medo de descobrir algo grave, como alguma doença que os cause maiores complicações; 2) o horário de funcionamento dos serviços, que dificulta o acesso aos homens, uma vez que eles trabalham o dia inteiro; 3) o medo e o constrangimento de exibir o corpo para algum profissional de saúde, pois isso poderia colocá-los numa posição de vulnerabilidade; e 4) o fato de não haver unidades de saúde específicas para os cuidados ao homem.

Moura, Santos, Neves, Gomes e Schwarz (2014), tomando como base os estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) que evidenciam que os serviços de Atenção Primária à

Saúde, principalmente as Unidades Básicas de Saúde, se destinam à pessoas idosas, crianças e mulheres, proporcionando assim um ambiente ‘feminilizado’ nos serviços de saúde, afirmam que mesmo com a modesta e lenta implantação da PNAISH, os serviços de saúde ainda são majoritariamente infantil, feminino e de idosos, mas aposta que com o passar dos anos esta realidade venha a modificar-se.

Em um artigo fruto de uma pesquisa maior, realizada em quatro estados brasileiros, a saber: Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo, Schraiber et al. (2010), evidenciaram que a pouca atenção voltada as especificidades de gênero provoca obstáculos tanto no acesso da população aos serviços, como na utilização de tecnologias de cuidado em saúde. Deste modo, esses autores acreditam que essa menor atenção as questões de gênero dificulta a construção e o desenvolvimento de uma Atenção Primária desvencilhada das atribuições tradicionais de mulheres e homens frente a sua saúde.

Dentro desse contexto, Figueiredo (2008) tomando como base seus estudos de atenção à saúde dos homens, verificou que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que atuam nos serviços de atenção primária, tinham pouca familiaridade com as questões voltadas para a relação “homens e saúde”, e com as necessidades do público masculino, podendo esta ser outra barreira institucional frente a atenção à saúde dos homens.

Refletindo sobre essas explicações, Vieira et al. (2013) ressaltam a importância de não responsabilizar somente os serviços de atenção primária ou somente os homens por tal situação. De acordo com Vieira et al. (2013), os serviços de Atenção Primária à Saúde estão modificando seus modos de trabalho paulatinamente, por exemplo, funcionando durante os finais de semana ou no período noturno. Tal mudança se deve às possíveis dificuldades do público masculino para frequentar os serviços de atenção básica à saúde em razão do horário de funcionamento destes últimos serem no mesmo horário de trabalho dos homens.

No entanto, diante desse argumento referente a carga horária de trabalho, é importante salientar o que Alves et al. (2011) apresentam, ao se utilizarem de dados do IBGE para refutar a ideia de que os homens não buscam assistência em saúde por serem provedores do lar e assim não terem tempo para tal ação. De acordo com Alves et al. (2011, p.160) “os dados revelam um aumento no número de mulheres em atividade profissional que passou de 47,2% em 1992 para 52,4% no ano de 2007, e um decréscimo no número de homens em atividade que em 1992 era de 76,6% passando em 2007 a ser de 72,2%”. Tais dados descredibilizam os argumentos acima citados, uma vez que mesmo as mulheres estando cada vez mais ativas no mercado de trabalho, estas continuam buscando mais assistência em saúde se comparada aos homens.

Em vista disso, Vieira et al. (2013) alertam para o fato de que, mesmo com essas recentes e incipientes modificações nos serviços, a incidência dos homens nos serviços de atenção primária – Unidades Básicas de Saúde - ainda é baixo. Desse modo, esses autores enfatizam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária, em especial das Unidades Básicas de Saúde, para que estes possam criar e operacionalizar estratégias de atendimento e acolhimento ao público masculino.

Na Paraíba, por exemplo, a Secretaria de Saúde do Estado, em 2009, elaborou uma estratégia de nível estadual que visa trabalhar e atender as demandas de saúde do público masculino nesse estado, sendo esta a iniciativa encontrada para intensificar os cuidados em relação a atenção à saúde do homem. De acordo com Chianca (2011, pp. 15-16)

> (...) entre as estratégias para a implementação desta política, destaca-se a criação de um projeto de lei no qual se evidencia a necessidade da criação de uma Semana Nacional de Saúde do Homem (...). Na Paraíba foi homologada a Lei 8.772 de 15 de abril de 2009, da Secretaria de Saúde do Estado, que instituiu a Semana Estadual de Saúde do Homem a ser desenvolvida anualmente na primeira quinzena do mês de agosto (2011, pp. 15-16)

Para Carrara, Russo e Faro (2009), o delinear da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, posiciona os homens como vítimas da própria masculinidade, ou seja, de alguns dos elementos que compõem as “barreiras socioculturais”, que então dificultam o acesso dos homens às ações de saúde. Segundo Medrado, Lyra, Azevedo e Noca (2010b), a utilização excessiva e retórica dos dados epidemiológicos forjou um sujeito para as políticas públicas, onde este é vítima da própria masculinidade, vítima dos padrões que lhes são impostos, e por isso necessitam de atenção. O homem, socialmente considerado forte e invulnerável passa, aos olhos da política, a ser visto como sujeito de fragilidades e vulnerabilidades.

Para Toneli e Müller (2015) e Couto e Gomes (2012), o movimento para formulação da PNAISH apresenta-se como exógeno, no qual, diferente do que ocorreu com as mulheres, não foi possível observar movimentações e reivindicações da própria categoria masculina em prol da construção de uma política específica para homens, sendo esta instalada a nível governamental. Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), as mulheres se utilizaram dos movimentos sociais para conquistar espaço nas políticas públicas de saúde, e desse modo abandonarem o lugar de subordinação e passividade a que estavam historicamente submetidas.

Os movimentos e reivindicações organizados pelas mulheres lhe proporcionaram empoderamento no campo social e as tornaram verdadeiras protagonistas de suas lutas e demandas, deslocando-as do lugar de subordinação anteriormente citado. Processo contrário acontece com os homens, uma vez que sua visibilidade frente aos movimentos sociais e de luta

não iriam provocar o mesmo empoderamento como ocorrido com as mulheres, mas sim seria externar e dar visibilidade às fragilidades dessa população, que estariam então lutando por uma atenção especial (Carrara, Russo & Faro, 2009).

Diante dessa conjuntura, com o surgimento de ações específicas para o público masculino, os homens deixam de ser representantes universais e passam a ocupar o lugar de homem generificado, tornando-se visíveis tal qual as mulheres se tornaram. Alguns autores justificam a ausência de reivindicações e movimentos sociais por parte dos homens enquanto sujeito generificado, ao afirmar que estes arriscariam perder o status de poder e regalias diante da hierarquia de gênero, e deste modo também se igualariam à categoria das mulheres (Carrara, Russo & Faro, 2009).

Partindo dessa compreensão, Carrara, Russo e Faro (2009) acreditam que a política surge como uma possibilidade de abrandar as resistências masculinas em relação aos cuidados em saúde e à medicina de um modo geral, utilizando para isso intervenções educativas que diluam os preconceitos masculinos, favorecendo a medicalização dessa população. Essas intervenções educativas, pautadas, por exemplo, na ideia de "tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania" (Brasil, 2008, p.7), visam entre outras coisas, politizar e sensibilizar os homens de suas fragilidades e proporcionarem-lhes um protagonismo forjado, e com isso atingir a medicalização dessa categoria (Carrara, Russo & Faro, 2009).

Diante desse contexto, os questionamentos esboçados por Martins e Malamut (2013, p. 431) podem ser pertinentes nessa discussão, afinal "de quem é a demanda por esta política pública? Do Estado e seus representantes ou da própria população masculina? Tomando a PNAISH como um produto social, que interesses permeiam sua implantação e implementação? Que vozes discursivas sustentam a sua institucionalização?".

Esses autores (Martins & Malamut, 2013) refletindo sobre essas indagações, afirmam que a PNAISH é atravessada por lacunas que possivelmente omitem alguns jogos de interesses. Para eles, essa política que foi construída e vem sendo cotidianamente implantada em "nome dos homens" pouco dá voz para esta categoria, deixando-os à margem dos processos decisórios e evidenciando assim uma postura verticalizada de implantação da política.

Para Carrara, Russo e Faro (2009), o estudo e leitura do documento permite alegar que a PNAISH reflete o sucesso da empreitada da SBU junto ao Ministério da Saúde, uma vez que a política demanda grande importância com a saúde sexual, deixando em segundo plano outros quesitos essenciais para se pensar a saúde dos homens, tais como a saúde mental e a violência.

Entendendo o documento da PNAISH como conteúdo discursivo, que constrói versões e sentidos sobre o mundo (Potter & Wetherell, 1987), é possível observar que esta produz percepções sobre masculinidades e homens, delineando lugares e posições que os sujeitos possam/devem ocupar. Nesse sentindo, Medrado e Lyra (2008) consideram que a Saúde Pública, onde se pode compreender também a própria política de Saúde do Homem, caracteriza-se como um território marcado por relações institucionais e interpessoais, e se constituem com bases nas relações de poder que determinam modos de ser, fazer e saber dos sujeitos, podendo inclusive delimitar suas posições dentro de um contexto social. Para Medrado e Lyra (2014) e Medrado, Lyra e Azevedo (2011), não é por acaso que é uma política de "saúde do homem", no singular, delimitando e naturalizando práticas e sujeitos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tal como a questão da Saúde do Homem em si, tem sido base de muitos estudos e pesquisas nos últimos anos. Investigar essa questão aparenta, por vezes, um trabalho árduo uma vez que facilmente pode-se cair em reducionismos e universalismos machistas, construindo uma leitura enviesada que pouco atenta-se para as questões gênero que atravessam essa problemática.

Um postura crítica, inspirada em uma leitura feminista de gênero, como sugere Medrado e Lyra (2014), pode favorecer a discussão e estudos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem principalmente no que diz respeito às questões de gênero e masculinidades. É preciso transgredir politicamente as ideias até então cristalizadas sobre os homens e o masculino e visualizar os rompimentos, lacunas, rachaduras, etc., existentes nesse contexto, para que desse modo se possa vislumbrar a construção de novos cenários discursivos e políticos, que deem visibilidade ao caráter plural e diverso no qual as questões de gênero estão inseridas (Medrado & Lyra, 2014; Medrado & Lyra, 2008). Tomando isso como base é possível acreditar em uma política para homens que compreenda a diversidade de masculinidades e modos de ser homem existentes na sociedade.

2. Perspectiva-Teórico-Metodológica: a Psicologia Social Discursiva

A Psicologia Discursiva surgiu na Inglaterra em meados dos anos 80, podendo ser considerada, segundo Guzmán, Stecher e Íñiguez- Rueda (2016), um importante campo teórico-metodológico da Psicologia Social. A Psicologia Social Discursiva foi desenvolvida por teóricos ingleses, a partir de uma perspectiva epistemológica construcionista.

Potter e Wetherell (1987) caracterizam a introdução do método da Análise de Discurso na Psicologia Social como marco para a constituição da Psicologia Social Discursiva. Neste capítulo, apresenta-se os principais conceitos da Psicologia Social Discursiva, enquanto teoria e método, conceitos esses que irão contribuir na análise e discussão do material discursivo desta pesquisa.

2.1 Bases teóricas da Psicologia Social Discursiva

A Psicologia Social Discursiva tem suas raízes ligadas a uma grande variedade de teorias filosóficas, sociológicas, literárias e linguísticas, e tem forte desenvolvimento entre psicólogos sociais ingleses. É a introdução do método da análise de discurso como ferramenta de pesquisa da psicologia social que possibilita o surgimento da Psicologia Social Discursiva, uma vez que a linguagem passou a ser reconhecida, entre psicólogos sociais, como fundamental para a compreensão da interação social. O método da análise de discurso, além de representar uma nova ferramenta qualitativa dentro da Psicologia Social, carrega em si a noção da linguagem enquanto ação, capaz de construir a realidade social (Campos, 2012; Potter & Wetherell, 1987).

Dentre as teorias que embasam a Psicologia Social Discursiva desenvolvida pelos teóricos ingleses (Potter & Wetherell, 1987; Edwards & Potter, 1992), e consequentemente o método de análise de discurso, pode-se destacar a “Teoria dos Atos de Fala” e a “Etnometodologia”. Há outros autores, como Parker (1992) por exemplo, que defendem a noção de discurso elaborada por Foucault como uma influência que merece destaque na construção da Psicologia Social Discursiva (Campos, 2012).

A “Teoria dos Atos de Fala”, desenvolvida por Austin, focaliza a linguagem como uma forma de ação, uma vez que ela não só descreve o mundo, mas também realiza ações. As ideias filosóficas de Austin exerceram grande influência na psicologia discursiva, principalmente devido ao modo como a linguagem é por ele tratada. A linguagem, em sua filosofia, ao mesmo

tempo que é representativa do mundo, também realiza ações. Nessa perspectiva um destaque especial é dado às consequências do uso linguagem (Campos, 2012; Oliveira Filho, 2013).

A "Etnometodologia" é uma corrente sociológica desenvolvida por Harold Garfinkel, que surgiu nos Estados Unidos durante os anos 60. Essa corrente teórica recebeu, posteriormente, influência de outros estudiosos como Harvey Sacks, John Heritage, Don Zimmerman e Aaron Cicourel (Guzmán, Stecher & Íñiguez-Rueda, 2016). Na perspectiva etnometodológica, a interação não é um fenômeno que segue uma ordem predeterminada, é um processo produzido ativamente e continuamente pelos atores sociais, um processo contingente, não necessário.

De acordo com Potter (1998, p. 63), "La etnometodología es el estudio de los métodos empleados por la gente para desarrollar uma vida social explicable[4]". Esta abordagem teórica empenha seus estudos na compreensão dos vários tipos de métodos que são usados para que se produza e compreenda descrições factuais. A perspectiva etnometodológica norteia o pesquisador a observar os métodos que foram utilizados para construção de um discurso factual e qual a função deste dentro de determinado contexto, ou seja, dá ênfase à construção da vida social por meio de interações discursivas que através de justificações, explicações, etc., produzem o mundo social em que vivemos (Potter, 1998).

Além da influência exercida por essas correntes teóricas, vale ainda ressaltar que as ideias propostas por Foucault, com sua noção de discurso, que é entendido como uma ordem funcional que estrutura o imaginário social e que atravessa longos períodos históricos, como o discurso médico (Campos, 2012; Foucault, 1970; Oliveira Filho, 2013), também contribuíram fortemente para construção da Psicologia Discursiva.

Em Foucault (1982), o discurso produz objetos e sujeitos, uma vez que a forma de falar sobre os objetos está intrinsicamente relacionada com a produção de identidades. Por exemplo, o discurso psiquiátrico fala sobre um objeto, a loucura, e esse modo de falar sobre a loucura constitui o médico psiquiátrica e o "doente psiquiátrico" como sujeitos com determinadas identidades. Abordar o discurso como produtor de objetos e identidades aproxima essa perspectiva da Psicologia Social Discursiva.

No entanto há pontos de distanciamento entre as duas perspectivas. Para Potter (1998), é preciso ter cuidado ao tratar o discurso como objeto em si, pois tal característica promove um distanciamento dos contextos nos quais eles estão inseridos. Na abordagem foucaltiana, discursos são objetos, são transformados em entidades (discurso médico, discurso psicológico,

[4] Tradução livre: "A Etnometodologia é o estudo dos métodos utilizados pelas pessoas para desenvolver uma vida social explicável".

etc.) que atuam como agentes causais, agindo, sobretudo, na construção de sistemas sociais e instituições. Em contrapartida, a Psicologia Social Discursiva focaliza a linguagem em uso, atentando-se para as minúcias e sutilezas do discurso (Rasera, 2013).

A Psicologia tradicional, em especial a psicologia social estadunidense, tem dado grande relevância ao estudo dos estados internos ou mentais do ser humano, processos cognitivos, emoções, memória, motivações etc., por acreditar que tais fatores são a origem constitutiva do que é falado e feito pelas pessoas, e que a função da linguagem é expressar esses estados internos (Oliveira Filho, 2013).

A psicologia discursiva, por outro lado, tem como característica teórica central o antimentalismo. A Psicologia Discursiva não nega a existência desses processos internos (memória, emoções, motivações etc.), no entanto ela não considera que estes são os fatores causais da construção discursiva (Edwards, 1997; Burr, 2002). A Psicologia Discursiva procura esvaziar o discurso do sujeito de qualquer elemento de natureza cognitiva que venha a interferir na compreensão do uso da língua enquanto ação e prática, dando maior atenção ao modo como a linguagem é utilizada para a construção discursiva da realidade (Potter & Wetherell, 1987).

2.2 Psicologia Social Discursiva: uma abordagem construcionista

A Psicologia Social Discursiva é uma perspectiva teórico-metodológica que dispensa grande atenção ao papel da linguagem na construção do mundo social. A linguagem, escrita ou falada, formal ou informal, é constitutiva das relações sociais. Tais características situam a Psicologia Social Discursiva em uma epistemologia construcionista, e em oposição aos cognitivismos e realismos (Potter, 2000; Oliveira Filho, 2013).

Para Potter (1998), uma psicologia que situa-se epistemologicamente no campo construcionista parte de alguns pressupostos analíticos e teóricos. Um desses pressupostos já foi mencionado anteriormente, é o antimentalismo ou anticognitivismo. Para Potter (1998), fundamentar-se na tradição cognitivista, marcadamente individualista e distanciada das práticas sociais, seria posicionar a Psicologia Discursiva contra seus reais interesses, que é compreender o modo como o discurso é organizado em determinados contextos para realizar ações.

Um segundo pressuposto dessa perspectiva (Potter, 1998) estabelece que o elemento fundamental na prática analítica é o discurso. Nela o discurso é entendido como prática social e não como um meio de ter acesso a outras realidades. Um terceiro pressuposto é o caráter retórico da linguagem, o entendimento segundo o qual os discursos são retoricamente

organizados para serem considerados factuais, e a atenção ao modo como são estabilizados e desestabilizados retoricamente (Potter, 1998).

Quando enfatiza que o discurso deve ser visto como prática social, Potter (1998) está ressaltando o caráter funcional do discurso, que o discurso é ação. No que se refere à característica de ação do discurso na Psicologia Social Discursiva, Rasera (2013, p.818) sublinha que,

> A ação consiste no aspecto fundamental da Psicologia Discursiva, à medida que ela está interessada nas práticas discursivas das pessoas e em sua organização em diferentes tipos de contextos. O foco está na ação e não na cognição ou qualquer outra entidade psicológica interna ao sujeito. Da mesma forma, o discurso é o objeto de estudo em si, e não sua capacidade de espelhar ou dar acesso a outra realidade. Assim, o estudo situado do discurso sustenta uma visão da linguagem como ação, relegando a uma posição subordinada a da linguagem como representação (da cognição ou da realidade). (Rasera 2013, p.818)

Para a Psicologia Discursiva, a linguagem, enquanto um recurso social disponível, é uma forma de ação com caráter performático que permite ao sujeito expressar-se e comunicar-se, possibilitando as interações sociais. Para Gill (2003, p.248), "a linguagem, então, não é vista como um mero epifenômeno, mas como uma prática em si mesma", sendo ela utilizada para realizar coisas, dentro de um contexto social. Essa autora salienta que nós, enquanto atores sociais, estamos sempre construindo nossos discursos baseados no contexto ao qual estamos inseridos, o que possibilita afirmar que o discurso "não ocorre em um vácuo social" (Gill, 2003 p. 248).

Para Edwards e Potter (1992) a vida social é caracterizada pelos discursos, argumentações e justificativas construídas e elaboradas por sujeitos que vivem em um contexto retórico e discursivo. Para esses autores, a Psicologia Discursiva concentra seus estudos e interesses nas atividades e interações discursivas cotidianas, como as argumentações, atribuições de culpa, etc.

2.3 Noções de análise de discurso, discurso e repertórios interpretativos

A Psicologia Social Discursiva, enquanto teoria, compreende os textos sociais e as mais variadas formas de discurso como dispositivos de construção do mundo que realizam diferentes ações, e propõe como metodologia de estudo desses textos o método de Análise do Discurso. Para Gill (2003), no universo acadêmico/científico existe uma grande quantidade de métodos de análise de discurso, no entanto o método aqui referido é particular à Psicologia Discursiva e

foi desenvolvido principalmente pelos seguintes pesquisadores: Margareth Wetherell, Jonathan Potter, Michael Billig e Derek Edwards.

Como observado, Gill (2003) salienta que não há um único estilo de "análise de discurso", mas vários deles. No entanto, todos esses estilos e perspectivas teóricas que utilizam a análise de discurso tem em comum a ideia de que o discurso é um elemento primordial na construção da vida social, ao passo que também rejeitam a compreensão realista de que a linguagem é um instrumento neutro que reflete o mundo tal como ele é.

Essas várias modalidades de "análise de discurso" podem, de acordo com Gill (2003), ser dispostas em três amplas tradições teóricas, a saber: 1) uma tradição voltada à semiótica e à análise estruturalista, a qual afirma que o significado de um termo advém do sistema de oposições ao qual ele faz parte; 2) a segunda tradição considerada pela autora é a que teve forte influência da análise de conversação, teoria dos atos de fala e da etnometodologia. Nesta categoria, as perspectivas que dela fazem parte dispensam um olhar atento às ações e funções do discurso; 3) a terceira tradição é a que está associada às perspectivas pós-estruturalistas, que rejeitam a visão realista da linguagem, própria do realismo filosófico, e de um sujeito unificado e transparente para si próprio.

No que se refere à Psicologia Social e sua relação com a teoria e método da análise de discurso, pode-se considerar que o livro de Jonathan Potter e Margareth Wetherell (1987) – *"Discourse and social psychology: beyond attitudes and Behavior"*, foi um marco para o que hoje entende-se por Psicologia Social Discursiva, sofrendo influências diretas da Etnometodologia e da Teoria dos Atos de Fala.

Este não é um método padronizado, que estabelece procedimentos sequenciais que devem ser seguidos à risca no intuito de obter um resultado final que exprima um conhecimento verdadeiro sobre determinado fenômeno. Na Análise de Discurso, o que se propõe é trabalhar a linguagem em uso, seu papel na vida social, e suas funções (Antaki et al., 2003). Para Potter e Wetherell (1987) a expressão 'análise de discurso' nomeia o método utilizado para analisar as mais diversas manifestações discursivas.

Jorgensen e Phillips (2002) salientam que o propósito da análise não é categorizar os sujeitos pesquisados como 'homofóbicos', 'racistas', 'puritanos', 'machistas' etc., mas sim identificar e compreender os recursos discursivos utilizados para construção dessas categorias. É através da análise, propriamente dita, de um discurso, que será possível observar como ele se estrutura e assim como realiza ações e quais as consequências dessas ações.

Potter e Wetherell (1987) usam o termo "discurso" para se referir a quaisquer formas de interação linguística, sejam elas faladas, como no caso dos relatos, entrevistas, etc, ou escritas,

como revistas, jornais, livros etc. Gill (2003, p.247) corrobora a ideia de Potter e Wetherell (1987) e salienta que o termo “discurso” é empregado para se referir a todas as formas de falas e textos.

Além do termos “discurso” e “análise de discurso”, cabe destacar a expressão “repertórios interpretativos” dentro da perspectiva da Psicologia Social Discursiva. Para Oliveira Filho (2013, p. 471), esta expressão é utilizada, por vezes, como uma alternativa ao uso do termo ‘discurso’, uma vez que esta expressão seria mais adequada para salientar “o caráter prático e situado da linguagem”.

Com isso, uma atenção especial é dispensada aos repertórios interpretativos que são os recursos utilizados pelos sujeitos para a realização de ações discursivas. De acordo com Potter e Wetherell (1987), repertórios interpretativos podem ser entendidos como agrupamentos de termos, descrições, metáforas e imagens que são utilizados para construir versões de diferentes objetos do mundo e realizar ações específicas.

2.4 Temas fundamentais na prática analítica

Realizar a prática analítica do “discurso” através da metodologia proposta pela Psicologia Discursiva requer um olhar atento para alguns temas fundamentais, a saber: *função, construção, variação e retórica* (Potter & Wetherell, 1987).

A *função* de um discurso está ligada à noção de como ele é usado para fazer coisas, realizar ações, como defender um ponto de vista, solicitar, pedir desculpas, julgar, etc. No entanto, observar a função de um discurso nem sempre é fácil ou claro, pois não diz respeito a mera justaposição de palavras, fazendo-se necessário uma leitura do contexto ao qual ele está inserido (Gill, 2003; Rasera, 2013). Para Potter e Wetherell (1987), a *função* do discurso implica na *construção* de versões sobre o mundo, e esta é evidenciada pela *variação* que a linguagem fornece.

Para Gill (2003), a ideia de *construção* elaborada pela Psicologia Discursiva contrapõe-se aos modelos realistas de linguagem, os quais entendem a linguagem como um mero reflexo das coisas como elas são, sem levar em consideração sua variabilidade ou função dentro da vida social. Entretanto, para a Psicologia Discursiva a linguagem/discurso é ação que produz efeitos nas interações sociais, e constitui o mundo em que vivemos, sendo ela representativa e construtiva do mundo.

Na perspectiva da análise do discurso, o uso da linguagem é entendido como *variável* e circunstancial, uma vez que um mesmo acontecimento pode ser explicado de inúmeras

formas, a depender do seu contexto e circunstância (Campos, 2012). Para Potter e Wetherell (1987), a *variabilidade* expressa que nem sempre os discursos serão consistentes e coerentes, podendo apresentar contradições, conflitos e inconsistências em sua elaboração.

O caráter *retórico* do discurso é outro tema fundamental ao qual deve-se estar atento na prática analítica. Os discursos são construídos na intenção de legitimar um ponto de vista, ou melhor dizendo, são elaborados retoricamente com o propósito de persuadir pessoas, convencê-las de que uma determinada versão da realidade é a melhor (Oliveira Filho, 2013; Gill, 2003; Billig,1987).

A Psicologia Discursiva está interessada em como os sujeitos elaboram versões sobre si mesmos, sobre o mundo, fatos e acontecimentos, por isso é imprescindível que, na prática analítica, um olhar atento seja dispensado para o modo que estes temas fundamentais, os recursos linguísticos e as diversas formas do uso da linguagem estão sendo utilizados nas construções discursivas (Burr, 2002).

2.5 Psicologia Social Discursiva e o estudo sobre atenção à saúde dos homens

Para Godeo (2003) o "discurso" é prática social que constrói posições de sujeito. Desse modo, o discurso elaborado por um sujeito, ao mesmo tempo que constrói um lugar para si no mundo, também posiciona os outros indivíduos em um lugar, em uma categoria. Com base nisso, este autor compreende que a identidade do sujeito e sua posição no mundo é constituída por ações discursivas. A partir dessa compreensão, tomando o discurso como prática social, este estudo busca dispensar maior atenção ao modo como os profissionais de saúde, através das suas ações discursivas, constroem posições para os homens no contexto da Atenção Básica à Saúde.

Sell e Ostermann (2009) tratam a questão da identidade a partir de uma perspectiva pós-estruturalista em que ela não é considerada homogênea e estável, mas sim situacional e dinâmica. Assim, como assinalado por Godeo (2003), essas autoras salientam que são as interações sociais, faladas ou escritas, que constituem as identidades dos sujeitos. As identidades, mas especificamente as identidades de gênero, são construídas no e pelo discurso, à medida em que a compreensão de discurso/linguagem está pautada em forma de ação que constrói a realidade. Como bem salienta Sell e Ostermann (2009, p.29), "não existem identidades fora do discurso".

É nesse sentido, tomando como base a abordagem da Psicologia Discursiva, em uma perspectiva construcionista, que este estudo busca compreender quais as ações discursivas

utilizadas pelos profissionais de saúde de Unidades Básicas para dar significado a atenção a saúde dos homens, e quais posições atribuem aos homens e aos serviços de saúde nessa conjuntura.

Os discursos dos entrevistados constroem conhecimento sobre vários objetos, como a saúde, os homens, as masculinidades, os serviços e sobre os próprios profissionais. Potter (1998), seguindo a Etnometodologia, denomina de *reflexividade* o modo pelo qual o discurso, ao construir objetos, também constrói o sujeito que o produz. O discurso, então, constitui o objeto de que se fala e o sujeito que fala.

Desse modo, os objetos e sujeitos, e o mundo em si, são construídos discursivamente. Nesta pesquisa, não importa o que os homens realmente são, se são machistas ou não, se cuidam da sua saúde ou não. Aqui não intenta-se verificar a veracidade de tais afirmações, mas sim como os homens são representados pelas ações discursivas elaboradas pelos profissionais de saúde, e quais as posições que eles ocupam mediante o discurso desses profissionais.

Rueda e Antaki (n.d) exemplificam essa questão discutindo as propagandas de anúncios que se utilizam de imagens de mulheres nuas/semi-nuas[5]. Estas imagens podem gerar diversos efeitos sociais, como: desgosto, indiferença, poder, promiscuidade; ou para outros, servir como parâmetro de beleza, estilo de vida, etc. No entanto, esses efeitos não falam necessariamente sobre uma realidade factual das mulheres, se tais significações são verdadeiras ou falsas. Na análise de discurso não importa a veracidade da descrição, mas sim o modo como as ações discursivas, os recursos retóricos e repertórios interpretativos são utilizados para provocar efeitos sobre um determinado grupo social.

Aqui pode-se referir ao que Potter (1998) denomina de *indexabilidade* – conceito que advém da teoria Etnometodológica -, que diz respeito ao fato de que os sentidos das palavras variam de acordo com o contexto no qual estão sendo proferidas e usadas. Os termos “saúde” e “doença”, por exemplo, sofreram diversas modificações ao longo dos anos, a depender sempre de um lugar, uma época, uma cultura, etc. (Scliar, 2007).

A “masturbação” é um exemplo genuíno dessa maleabilidade de significações em diferentes contextos e épocas, uma vez que anteriormente o ato de masturbar-se era visto como doença, passando a ter outras significações nos dias atuais (Scliar, 2007). Assim também ocorre com aquilo que se entende por “homem” ou “mulher”, tais conceitos variaram e continuam a variar entre tempos e contextos. O conceito de *indexabilidade* implica em afirmar que todo discurso é circunstancial, sendo necessário considerar seu contexto interpretativo e interacional.

[5] Seminua: termo utilizado para referir-se ao uso de poucas roupas, onde grande parte do corpo está descoberto.

Dentre os vários estudos que abordam a questão da saúde do homem, masculinidades e questões de gênero, faz-se imprescindível destacar dois trabalhos. O primeiro, com autoria de Noemi Noca (Noca, 2011), consiste em uma dissertação de mestrado, que objetivou estudar e analisar as produções discursivas sobre masculinidades e saúde produzidas pelos usuários, gestores e profissionais de um serviço público específico de atenção à saúde do homem na cidade de Recife. Este estudo fundamentou-se na perspectiva construcionista em psicologia social, dando maior atenção ao caráter construcionista da linguagem e ao conceito de "repertórios interpretativos e práticas discursivas", evidenciando a importância de atentar-se aos detalhes das construções discursivas.

O segundo trabalho, de Fernanda Simião (Simião, 2010), que através da sua dissertação de mestrado debruça-se sobre a "Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de profissionais do Programa Saúde da Família em Recife" utilizando como teoria norteadora a Psicologia Social Discursiva e o método da análise de discurso. Este trabalho exemplifica a possibilidade de tratar temas como, identidade, saúde e sexualidade a partir de uma compreensão construcionista da linguagem e do mundo, dentro do campo teórico da Psicologia, contribuindo para um debate político e social, neste caso no que diz respeito à atenção à saúde dos homens, às questões de gênero e à saúde pública.

3. Procedimentos Metodológicos: caminhos percorridos

Pesquisar é um constante movimento da certeza à incerteza, um movimento marcado pelo questionamento das verdades ditas absolutas. Ao construir um projeto de pesquisa arquitetamos um objetivo e um plano de ação que, aparentemente, não apresenta furos. Engano nosso. O transcorrer do processo de pesquisa provoca modificações tanto no estudo quanto no pesquisador, que precisa, a todo tempo, questionar-se sobre as suas certezas.

Este trabalho sofreu algumas transformações durante o seu percurso de construção, possibilitando um amadurecimento teórico da pesquisadora, e consequentemente do estudo, durante a sua elaboração. Tal amadurecimento, que se refletiu em novas problematizações e novos trajetos ao estudo, não é sinônimo de um perfeito estado de completude, afinal os furos e as incertezas são existentes e necessários para produção de novos conhecimentos.

Neste capítulo intenta-se apresentar o percurso metodológico que foi traçado durante a elaboração deste estudo, descrevendo e detalhando alguns elementos importantes nessa empreitada.

Este é um estudo de caráter qualitativo que não se preocupa com uma representatividade numérica, mas volta-se para uma compreensão aprofundada de um determinado grupo social, ou seja, importa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Esta pesquisa buscou proporcionar uma maior familiaridade com a temática da atenção à saúde do homem; nela não se objetivou fazer generalização estatística, mas sim evidenciar discursos e modos de compreender a temática supracitada.

3.1 Participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde da cidade Campina Grande – Paraíba; esses profissionais são, portanto, a população da pesquisa. De acordo com Prodanov e Freitas (2013) a população de uma pesquisa é o conjunto de indivíduos que atendem a característica geral do estudo, no caso deste, os profissionais de saúde de Campina Grande. Esses profissionais trabalham em Unidades Básicas de Saúde, um dos tipos de serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde.

A amostra da pesquisa é não probabilística e é composta por 11 participantes, distribuídos em 8 Unidades Básicas de Saúde (ver tabela 4) da cidade. Para Prodanov e Freitas (2013), a amostra de uma pesquisa consiste em uma parcela do universo da pesquisa capaz de ser representativa no estudo. Por tratar-se de um estudo qualitativo que buscou discutir a

complexidade dos discursos sobre o tema em questão, “atenção à saúde dos homens”, não houve uma preocupação essencial em quantificar o número de entrevistados do estudo (Minayo, 2008). Desse modo, a quantidade de participantes não foi definida a priori, uma vez que buscou-se atingir o maior número de participantes até que o material da entrevista chegasse ao seu ponto de saturação, ou seja, quando começasse a haver repetição de conteúdos nas entrevistas (Lang, Campos, & Demartini, 2001).

Trata-se de uma amostra de conveniência (Cozby, 2003), uma vez que havia vínculo acadêmico anterior da pesquisadora com os serviços de saúde – Unidades Básicas de Saúde - da cidade de Campina Grande. No ano de 2014, ainda no período de graduação, a pesquisadora fez parte do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) que possibilitou a construção de vínculo acadêmico com profissionais de saúde da cidade. Desse modo os participantes não foram selecionados por meio de um critério estatístico, e sim pela facilidade de acesso.

Vale salientar que alguns dos participantes foram indicados por amigos que também faziam parte do Programa à época. Dos profissionais procurados, alguns recusaram a participação na pesquisa, ao não retornarem o contato feito ou manifestando o não interesse em participar. No entanto, apesar das recusas, conseguiu-se atingir um total de 11 participantes, os quais descrevemos nas tabelas a seguir.

Tabela 1:

Categoria profissional dos participantes do estudo

TABELA DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA	
CATEGORIA DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	**Quantidade de profissionais entrevistados por categoria**
ENFERMAGEM	06
MEDICINA	02
SERVIÇO SOCIAL	01
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	02
	TOTAL: 11 participantes

Fonte: produção da autora

Tabela 2:

Disposição dos participantes de acordo com sua identificação quanto ao gênero.

GÊNERO DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	
GÊNERO DE IDENTIFICAÇÃO	**Quantidade de participantes que se identificam com esse gênero**
FEMININO	09
MASCULINO	02
OUTRO	00
	TOTAL: 11 participantes

Fonte: produção da autora

Tabela 3:

Tempo de atuação profissional dos participantes do estudo no serviço de Atenção Básica em Saúde

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE		
ENTREVISTADA (O)[6]	**CATEGORIA PROFISSIONAL**	**TEMPO DE ATUAÇÃO**
Participante 1	Enfermagem	10 anos
Participante 2	Enfermagem	1 ano
Participante 3	Enfermagem	3 anos e 6 meses
Participante 4	Enfermagem	20 anos
Participante 5	Técnico em Enfermagem	1 ano e 6 meses

[6] Durante toda a pesquisa foi preservado, sob sigilo, o nome dos participantes e das Unidades Básicas de Saúde na qual foram realizadas as entrevistas, contemplando os requisitos éticos em pesquisa. Deste modo, ao longo deste estudo, será utilizada a expressão 'Participante nº' sempre que referirmos a algum profissional entrevistado.

Participante 6	Medicina (Médico)	14 anos
Participante 7	Técnica em Enfermagem	30 anos
Participante 8	Enfermagem	4 anos
Participante 9	Enfermagem	25 anos
Participante 10	Serviço Social	10 anos
Participante 11	Medicina (Médica)	1 ano e 6 meses

Fonte: produção da autora

Tabela 4:

Localização territorial das Unidades Básicas de Saúde

LOCALIZAÇÃO TERRITORIAL, POR BAIRRO, DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DESTE ESTUDO	
Participantes do estudo	**Bairro da cidade de Campina Grande**
Participante 2	Alto Branco
Participante 7 Participante 8	Bela Vista
Participante 3 Participante 4	Bodocongó
Participante 5	Catolé
Participante 6	Malvinas
Participante 9 Participante 10	Nova Brasília
Participante 11	Pedregal I
Participante 1	Pedregal II

Fonte: produção da autora

Na construção deste trabalho foram estabelecidos alguns critérios, de inclusão e exclusão, para melhor delimitar a amostra de participantes no estudo. Estes critérios estão em consonância com os objetivos propostos nesta pesquisa.

Os critérios de inclusão são os seguintes: Possuir graduação ou curso técnico na área da saúde, a exemplo dos seguintes campos: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Assistência Social, Odontologia, Farmácia, Terapia Ocupacional; Trabalhar como profissional da saúde em pelo menos um serviço de Atenção Primária à Saúde/ Unidade Básica de Saúde da cidade de Campina Grande/PB; Desejar participar da pesquisa de forma voluntária; Concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão, por sua vez, são os seguintes: Exercer, nas Unidades Básicas de Saúde, função não compatível com o curso técnico ou de graduação da área de saúde que possui; Não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Negar-se a participar de forma voluntária na pesquisa.

3.2 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados deste estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais (Apêndice B) com profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde) da cidade de Campina Grande. Estas entrevistas são do tipo face a face (Cozby, 2003), com pelo menos um encontro entre a entrevistadora e cada participante. Estes encontros foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde, local de trabalho do participante, mediante carta de anuência da Secretaria de Saúde Municipal e consentimento do participante.

Todas as entrevistas foram gravadas em um dispositivo de captura de áudio e depois foram transcritas em arquivo Word. A entrevista semiestruturada é composta por um roteiro básico de perguntas referentes ao tema de pesquisa, que permite ao entrevistado respostas livres e espontâneas, ao passo que possibilita maior interação entre entrevistador e entrevistado (Lima, Almeida & Lima, 1999; Cozby, 2003). Este roteiro básico é composto de perguntas abertas, que são elaboradas levando em consideração o embasamento teórico da investigação e os objetivos da pesquisa em questão.

Optou-se por utilizar a entrevista como instrumento de coleta de dados em razão do seu caráter interativo que possibilita que o entrevistador trabalhe temas complexos, explorando-os de modo mais intenso (Alves-Mazzotti & Gewandszanajder, 2002). De acordo com Minayo (2008), a entrevista permite que o sujeito expresse-se de modo mais ativo em relação ao tema

em questão, permitindo a construção de conhecimento de forma mais maleável e menos restrito. Como forma de complementar os dados do estudo, o roteiro de entrevista contém perguntas sociodemográficas, referentes à identificação de gênero, idade, tempo de trabalho, área de atuação etc. (Apêndice A), com o intuito de obter o perfil dos participantes da pesquisa.

De acordo com Potter (1996) a prática de entrevistas é tão complexa e eficaz como outras formas de interação, e têm sido amplamente utilizadas no trabalho analítico do discurso devido ao seu caráter flexível, que proporciona a construção de um rico material discursivo.

3.3 Desenvolvimento da pesquisa

A coleta de dados desta pesquisa foi desenvolvida durante os meses de Outubro e Novembro de 2016. Antes de dar início a coleta de dados propriamente dita, foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, uma vez que se trata de um estudo que envolve seres humanos. Para submissão ao comitê foi imprescindível a anuência, por escrito, da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande, a qual outorga o direito da pesquisadora ir até os serviços de saúde e realizar as entrevistas.

Desse modo, durante o mês de Setembro de 2016 o projeto de pesquisa foi submetido e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida Universidade. Após a aprovação iniciou-se, de fato, a coleta de dados. Inicialmente a pesquisadora entrou em contato com cinco profissionais de saúde com os quais ela já tinha um vínculo acadêmico anterior. Desses cinco todos aceitaram a participação na pesquisa e ficou acordado que as entrevistas iriam ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde em que trabalhavam.

Os demais participantes da pesquisa foram contactados, como já dissemos anteriormente, a partir da indicação de alguns amigos da graduação que faziam parte do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) na mesma época em que a pesquisadora fez parte desse Programa. Fruto destas indicações, entrou-se em contato com 10 profissionais de saúde, dos quais apenas 6 retornaram positivamente a nossa solicitação. Desse modo, foram entrevistados estes 6 participantes disponíveis. Alguns sugeriram que a entrevista fosse realizada na própria Unidade Básica em que eles trabalhavam e outros solicitaram um outro local de encontro. Ao totalizar os 11 participantes percebeu-se que o conteúdo das entrevistas tinha atingindo o grau de saturação, ou seja, estavam começando a apresentar repetições, e com isso optamos por encerrar a coleta de dados, uma vez que o conteúdo obtido foi considerado satisfatório para este estudo.

Para que as entrevistas fossem realizadas os participantes tiveram que estar de acordo em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assim como uma Declaração para gravação de voz. Devidamente realizadas, a pesquisadora conferiu a gravação de todos os áudios, procurando falhas ou erros técnicos que pudessem comprometer o conteúdo das entrevistas. Uma vez verificado e ciente das favoráveis condições das gravações realizadas iniciou-se o processo de transcrição.

3.4 Análise e interpretação dos dados

Esta pesquisa se utilizou do método da análise de discurso, desenvolvido pelos teóricos da Psicologia Social Discursiva para análise dos dados obtidos a partir das entrevistas (Billig, 1985, 1987, 1991; Potter & Wetherell, 1987; Potter, 1998). O material obtido nas entrevistas foi transcrito e lido atentamente, um passo indispensável para a codificação. Tais leituras foram guiadas pelas questões de pesquisa.

Durante a transcrição das entrevistas, buscou-se ser fiel ao conteúdo e à forma da oralidade, mantendo as pausas, entonações, risos, palavras informais, enfim, os usos da linguagem em sua totalidade. Para Edwards (2006), dispensar uma atenção a esses critérios da linguagem (pausas, sussurros, risadas, entonações), assim como ao modo como o discurso é posto, é importante para que se possa evidenciar quais estratégias discursivas são utilizadas pelos sujeitos na elaboração de fatos e versões do mundo. Partindo dessa compreensão, Gill (2003) assinala que assim como é importante examinar o modo como a linguagem é utilizada nos discursos, faz-se necessário observar o não dito, ou seja, os silêncios, para que possa estabelecer uma maior familiaridade com o contexto.

A codificação, no método de análise de discurso desenvolvido pela Psicologia Social Discursiva, é uma análise preliminar que tem por objetivo organizar o material bruto de modo a permitir uma análise mais minuciosa, uma análise atenta aos detalhes do discurso. Algumas das questões que nortearam esse trabalho e que possibilitaram a produção do material discursivo versam sobre: Como os profissionais desses serviços compreendem a saúde dos homens? Como explicam a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde? Como esses profissionais entendem as masculinidades?

O processo de codificação facilitará a análise propriamente dita, uma vez que organiza o material para que posteriormente seja realizado uma análise minuciosa do mesmo (Potter & Wetherell, 1987; Gill, 2003). As categorias, por sua vez, foram construídas a partir da produção discursiva, uma vez que ditá-las no início do processo seria limitar a sua capacidade de construção.

A análise do material obtido busca verificar as funções, o modo de construção e os efeitos do discurso (Potter & Wetherell, 1987). É durante a análise que se busca evidenciar o modo como os argumentos discursivos são arranjados retoricamente para defender ou atacar uma versão de mundo, buscando verificar a maneira como os sujeitos expressam e posicionam os outros e a si mesmos em histórias, narrativas e discursos (Potter, 1998; Wetherell & Potter, 1992). Observe os dois exemplos a seguir.

Veja o discurso construído pela participante 10 quando questionada sobre o que é ser homem: *'**Participante 10 –** Questão de gênero, né? É... ser homem ainda está muito ligado à questão de ser o provedor da família, né? De ser o mais vulnerável, porque justamente não se cuida, né? E... e... A gente lembra muito da questão do mundo do trabalho também, né? E que por essas razões e outras eles não... não são muito assíduos no acompanhamento de saúde. **(Assistente social, 39 anos)**'*. Observa-se que ela utiliza elementos de ordem sociocultural, apresentando também uma perspectiva de gênero, para a elaboração de um conceito de masculinidade que leva em consideração o papel do homem no contexto familiar, como provedor da família e aquele que trabalha. Essa elaboração descreve um suposto tipo de homem, o homem que é casado, que trabalha, que sustenta a família, deixando de lado outras formas de ser homem.

Observe este outro discurso, agora construído pela participante 2 ao ser questionada sobre a influência do gênero na frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde: ***'Participante 2**: É. Essa questão vem bem enraizada da cultura dos homens de achar que procurar ajuda, procurar o serviço... é coisa de mulher... que não vai... (pause breve) Se for pro serviço, se for procurar o serviço de saúde é coisa de mulher, que é mulherzinha, não sei o que, então acho que isso influencia demais nessa questão de saúde-doença do homem. Então ele só vai em último caso, porque é homem é forte, porque homem não chora, tem toda essa questão cultural envolvida... na minha opinião **(Enfermeira, 24 anos)'***. Esta participante elabora um discurso com base na diferenciação entre os gêneros, ao qual salienta que esta é uma questão de ordem cultural. Ela afirma que a cultura determina o que as pessoas passam a entender como coisas de homens e coisas de mulheres, exemplificando que a busca por cuidados em saúde é representada nessa cultura como coisa de mulher, ao passo que os homens, por serem representados como "fortes" não veem necessidade de buscar os serviços de saúde.

Nas passagens acima os homens são construídos como pessoas que estão condicionadas por uma certa imagem do homem, imagem construída culturalmente, e essa imagem interiorizada, de acordo com as autoras dessas passagens, determina uma menor frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Esse suposto traço da identidade masculina é utilizado

por elas para explicar a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde. Trata-se de uma explicação que, não obstante todo o vocabulário antropológico que a constitui, não deixa de responsabilizar os próprios homens pela sua baixa frequência nos serviços de saúde. Nesse contexto, trabalhar com a análise de discurso permite a compreensão de como as identidades de diferentes grupos e categorias sociais são construídas por meio de descrições e argumentos e quais os efeitos sociais desse processo (Silva, Santos & Oliveira Filho, 2015).

3.5 Aspectos Éticos do Estudo

Objetivando contemplar os aspectos éticos fundamentais em pesquisa, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, cumprindo todos os passos determinados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Inicialmente, foi realizado contato com o coordenador responsável pelos serviços da Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Campina Grande-PB, para que, deste modo, fosse possível obter a anuência para realização da pesquisa. Após esse primeiro momento, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética, e mediante sua aprovação, a pesquisa teve início no campo.

Para iniciar as entrevistas com os profissionais de saúde foi entregue a cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que informa e esclarece ao sujeito da pesquisa sobre sua participação no estudo, para que, assim, ele pudesse tomar sua decisão de modo justo e sem constrangimento. Ao assinarem o TCLE, os sujeitos garantem o direito de desistência em qualquer parte do processo de pesquisa, estando isento de qualquer penalidade, além de ser resguardada sob sigilo sua identidade. A participação na pesquisa foi de caráter voluntário. Para que pudéssemos realizar a gravação em áudio das entrevistas também foi entregue aos participantes um Termo de Autorização para Gravação de Voz, onde o participante consente que a entrevistadora grave a entrevista em dispositivo de captura de áudio.

4. Definindo as masculinidades

Bento (2006) salienta que questões do tipo “O que é ser homem” ou “O que é ser mulher” possibilitam a expressão e a construção de idealizações e pressuposições acerca dos gêneros, permitindo a elaboração de um conjunto de verdades e normas que podem, inclusive, provocar uma hierarquização entre os gêneros.

Os modos de compreender a masculinidade se ampliaram nos últimos anos, concomitantemente às discussões pautadas numa perspectiva relacional entre os gêneros. A ideia de uma única masculinidade, a hegemônica, deu lugar ao que Korin (2001) denomina de uma pluralidade dos modos de ser que procura distanciar-se de uma definição de gênero estereotipada, estática e binária.

Nos discursos analisados, os participantes apresentaram diferentes definições de masculinidades, biologizantes, socioculturais e individualizantes. As biologizantes são aquelas para os quais é a biologia o único fator ou o fator mais importante na determinação da subjetividade dos homens. As socioculturais são aquelas para os quais a cultura de uma determinada sociedade é o único fator ou o fator mais importante na determinação da subjetividade masculina. As individualizantes, por sua vez, são aquelas que colocam em primeiro plano a autonomia dos homens no processo de definição de sua identidade de gênero.

Como a análise realizada aqui não é uma análise de conteúdo (ver Bardin, 1994), não há preocupação em seguir um critério como o de exclusão mútua, por exemplo, que implicaria numa fragmentação do texto inaceitável para o método adotado aqui. Dessa forma, algumas falas que estão representando as categorias supracitadas não têm uma única definição de masculinidade. No entanto, nesses casos a sua inclusão naquela categoria se justifica pelo fato de que a definição predominante na fala (mais saliente, mais ressaltada, central) é aquela nomeada pela categoria.

4.1 Definições biologizantes

Um único participante apresentou uma definição de masculinidade fundamentada unicamente na biologia, como se pode ver abaixo.

> ***Entrevistadora:*** *De que modo você compreende o que é ser homem?* ***Participante 6:*** *Eu entendo do ponto de vista biológico, aquele que nasce com... os cromossomos XY.* ***(Médico, 38 anos)***

O participante 6 afirma que homem é "*aquele que nasce com...os cromossomos XY*". Em sua definição ele considera somente os cromossomos sexuais XY (dos machos) e, como consequência, os cromossomos sexuais XX (das fêmeas). Entretanto, vale salientar a existência de outras variações que não são mencionadas por ele, os cromossomos XO, XXY, XXX e XYY, por exemplo. A síndrome de Turner (XO) apresenta um cromossomo sexual a menos (45 cromossomos no total), caracterizando indivíduos que são biologicamente do sexo feminino. Já a síndrome de Klinefelter (XXY) apresenta um cromossomo sexual a mais (totalizando 47 cromossomos), caracterizando indivíduos que são biologicamente do sexo masculino. Outros dois exemplos são os casos de trissomias do tipo XXX ou XYY, que caracterizam respectivamente a síndrome da super-fêmea e a síndrome do super-macho (Nussbaum, Mclnnes & Willard, 2008). Nesse sentido, o participante 6 apresenta uma definição de masculinidade limitada se se considera o conhecimento produzido pela biologia sobre essa questão.

Mas não é simplesmente por afirmar que homem é "*aquele que nasce com ...os cromossomos XY*" que o participante 6 foi categorizado como um profissional que definiu a masculinidade em termos biologizantes. Certamente nenhum dos outros participantes desta pesquisa negaria que os cromossomos XY e XX determinam sexos diferentes, entendidos aqui como dois tipos diferentes de corpos humanos que apresentam diferenças óbvias quando são comparados entre si (e também muitas semelhanças), e que são nomeados como sexo feminino, no caso das mulheres, e sexo masculino, no caso dos homens.

Alguns talvez ressaltassem, acertadamente, que, nos limites dessas categorias, se encontrem casos difíceis de definir, casos que produzem insegurança no que diz respeito à categoria onde se deveria inseri-lo, afinal, em categorias como essas, e em muitas outras, como raça/cor, por exemplo, o que se tem é continuidade e não descontinuidade quando se olha para os limites das categorias. Mas nenhum deles negaria, por isso, a existência desses dois tipos.

Assim, não é por afirmar o determinismo biológico no que diz respeito à construção dos sexos que a definição do participante 6 está sendo categorizada como biologizante. Uma definição é biologizante quando compreende que diferenças entre grupos e/ou indivíduos, em termos de inteligência, orientação sexual (no caso dos indivíduos), temperamento, etc., são, totalmente ou predominantemente, determinadas pela biologia. Um exemplo de visão biologizante na psicologia é a obra Tabula Rasa (Pinker, 2004), obra que combate o velho empirismo e as modernas epistemologias construcionistas, na qual se defende que as diferenças individuais (não entre grupos humanos) são determinadas principalmente pelos genes (embora

em outros momentos da obra os dois fatores, genes e cultura, pareçam ter o mesmo peso na determinação das diferenças individuais). Outro exemplo de uma perspectiva biologizante são as teorias racialistas e racistas do século XIX, teorias geradas a partir de múltiplas influências, dentre elas uma certa leitura do darwinismo, que hierarquizava os grupos humanos em raças inferiores e superiores (ver Poliakov, 1974).

O modo como o participante 6 define a masculinidade tem elementos de uma definição biologizante, tal como formulada acima. Sua definição contém em si uma afirmação tácita, não dita, afirmação que emerge como consequência daquilo que ele diz. O participante não afirma de maneira direta e inequívoca, como é comum em argumentos biologizantes mais argumentativos e detalhados, que os homens (e as mulheres) possuem determinadas qualidades morais e psicológicas que são próprias deles e que são determinadas pela biologia. Na verdade, ele não menciona quaisquer qualidades morais ou psicológicas que seriam próprias dos homens. O que ele diz é que compreende os homens (e por consequência as mulheres) partindo "*do ponto de vista biológico*". Sua definição é muito curta e exclui todos os outros fatores que são recorrentemente mobilizados, por diferentes atores acadêmicos e sociais, na tentativa de compreender o modo (ou os modos) de ser homem: a cultura, a sociedade, a história. Um profissional da medicina não mencionar nenhum desses fatores numa definição da masculinidade, fatores tão comuns nos meios profissional e acadêmico brasileiros, meios onde se fala incessantemente sobre a construção social da subjetividade, dos diferentes modos de ser e de sentir, soa como um posicionamento ideológico. Como uma maneira indireta e desafiadora de dizer que não tem apreço por explicações de tipo culturalista, que aquilo que define os homens (e as mulheres), em termos morais e psicológicos, pode ser explicado somente por sua natureza biológica.

Outro momento de sua curta e lacônica entrevista sustenta essa interpretação. Nesse momento ele afirma: "*Eu tenho meus princípios religiosos que me levam a acreditar numa natureza masculina".* Quando a entrevistadora procura mais esclarecimentos sobre essa "natureza masculina", ele afirma: *"é mais biológica, né"*. Como se vê, embora ele não cite nenhum dos traços que seriam próprios dessa natureza masculina, ele a afirma e diz que ela seria determinada pela biologia.

Aqui não se afirma, no entanto, e de maneira coerente com a perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva (Potter & Wetherell, 1987), que há somente coerência no discurso do participante 6. Nessa perspectiva, as subjetividades individuais nas sociedades contemporâneas são palcos de conflitos entre diferentes versões da realidade, e isso frequentemente produz versões da realidade inconsistentes e até mesmo contraditórias na fala

de um mesmo indivíduo. É o que acontece na fala do participante 6 quando vai falar sobre uma questão bem específica em outro momento da entrevista, a questão da frequência dos homens nos serviços de saúde. Nessa fala específica, ele menciona a cultura como um fator explicativo, ao lado de outros fatores.

4.2 Definições socioculturais

Os participantes mencionaram reiteradamente atributos supostamente masculinos (atributos psicológicos, morais, sociais) e mobilizaram fatores socioculturais para explicar a existência desses atributos. Algumas vezes, essas qualidades morais, psicológicas e sociais se apresentavam misturadas em uma mesma formulação com atributos puramente biológicos, que faziam referência ao corpo, ao fenótipo (embora não sejam biologizantes).

> ***Entrevistadora:*** *Unrrum. Certo. É... de que modo você compreende o que é ser homem?* ***Participante 9:*** *(pausa) O que é ser homem? É ser... um ser em si (pausa breve) como... com todas as suas complexos, todas a suas dimensões, é... lutando por uma sobrevida tanto... eu num, eu num vejo o, o homem como homem em si, eu vejo o homem como ser humano. Como qualquer, com suas complexidades, com... com suas predisposições às doenças, né? Com, com os cuidados necessários que ele tem a ser. E dentro de um, de um contexto social, dependendo da cultura em que ele está inserido, que ele procure a.... a.... de uma certa forma, ser feliz dentro da sua estrutura de vida.* ***(Enfermeira, 50 anos)***
>
> ***Participante 10 –*** *Questão de gênero, né? É... ser homem ainda está muito ligado à questão de ser o provedor da família, né? De ser o mais vulnerável, porque justamente não se cuida, né? E... e... A gente lembra muito da questão do mundo do trabalho também, né? E que por essas razões e outras eles não... não são muito assíduos no acompanhamento de saúde.* ***(Assistente social, 39 anos)***
>
> ***Participante 2:*** *É... (pausa breve) Rapaz.... (risos) Assim, eu acho que ser homem vai além de ser homem propriamente no gênero, de nascer masculino, mas vai essa questão de caráter, da personalidade, acho que ser homem, pra mim, é ter responsabilidade, é constituir uma família, é se cuidar também, porque homem tem essa história de que não se cuida, né, de que não adoece e tem aquela estigma de ser o fortão, então acho que ser homem vai além dessa... disso que a sociedade quer passar pra gente.* ***(Enfermeira, 24 anos)***
>
> ***Participante 4:*** *Mulher, dependendo... é... (pausa) dependendo da pessoa que esteja à minha frente é que eu vou direcionar meu olhar. (pausa) Porque (pausa) é... (pausa) ele é homem porque ele... (pausa) ele tem órgãos sexuais que relaciona a ser homem. Mas dependendo da história dele, a necessidade dele não é eu vê-lo apenas como a pessoa do sexo masculino, eu tenho que direcionar um outro olhar. Cuidar da saúde dele, mas sem (reproduz uma fala) "é homem, é homem, é homem". Ele pode tá precisando de um olhar um pouco diferenciado, então (pausa) o que é ser homem? É*

uma pessoa que nasce do sexo masculino (pausa) e que, com isso, tem necessidades pra ser cuidado relacionado a isso, que é da natureza do corpo do homem, (pausa) mas também tem questões (pausa) que vai além da questão do corpo, (pausa) biológico. Tem questões psicossociais também, relacionadas a essa questão de ser homem. Até mesmo da responsabilidade que eles tem de assumir a questão da sobrevivência da família. Também isso tá relacionado. Então ser homem é isso: (pausa) é uma pessoa que nasce do sexo masculino, que tem um corpo de homem, que deve ser cuidado dentro dessa... da sua necessidade, mas também tem que ser vista com um olhar mais aberto. ***(Enfermeira, 43 anos)***

Participante 3: *(pausa) O ser homem... a sociedade da gente, é... (pausa breve) e eu também, compreendo que é a responsabilidade. Como a gente trabalha muito em área... mais de baixo... de baixo... grau de escolaridade, de mais baixo de nível social , a maioria dos homens, 90%, eles ainda têm a responsabilidade de cuidar da família, de trabalhar, de manter... menos se cuidar. Eles não têm tempo de vim ao posto, nem querem também. Eles não têm essa cultura de...se tratar. É mais a responsabilidade. É coisa deles.* ***(Enfermeira, 29 anos)***

Diferentemente da formulação do participante 6, na qual não se afirma explicitamente que determinados atributos morais, psicológicos ou mesmo sociais seriam próprios dos homens, nas formulações supracitadas vários atributos morais, psicológicos e sociais são apresentados como próprios dos homens. O homem é "provedor da família", é aquele que assume a "sobrevivência da família", que "não se cuida", nem é assíduo no "acompanhamento de saúde", por isso é mais "vulnerável". O homem tem "o estigma de ser fortão", não tem tempo de ir ao "posto", mas se tivesse não iria porque não quer ir.

Em todas essas falas um grande fator sociocultural aparece, implícita ou explicitamente, como princípio explicativo para todos esses atributos. Esse princípio explicativo é nomeado de diferentes maneiras: "contexto social", "a questão de gênero", a "cultura", "aquilo que a sociedade quer passar para a gente". Em pelo menos uma dessas falas, a da participante 10, um fator de natureza socioeconômica emerge como explicação para o fato de homem não se cuidar: a "questão do mundo do trabalho". Mas em sua fala esse fator parece ser dependente do que ela denomina de "questão de gênero". O homem, em razão da "questão de gênero", ainda "está muito ligado à questão de ser o provedor da família", por isso é mais preso ao "mundo do trabalho" e não tem tempo de cuidar da saúde. Essas formulações indicam, inequivocamente, o contato dessas profissionais com modelos explicativos que se distanciam de qualquer forma de determinismo biológico.

Em uma dessas formulações, a da participante 2, há uma clara dicotomia entre aquilo que o homem é em virtude dos condicionamentos sociais do presente ("fortão", descuidado com a saúde) e aquilo que ele poderia se tornar por meio de uma mudança de valores (uma pessoa

com “responsabilidade”, que constitui “uma família”, que cuida do próprio corpo). Quando ela afirma que “ser homem vai além dessa... disso que a sociedade quer passar pra gente”, ela não está contrapondo uma espécie de identidade inata e autêntica àquela que é construída socialmente. Ela está contrapondo o homem construído pela sociedade atual com o homem que poderia ser construído se a sociedade fosse outra.

Uma dessas participantes, a participante 9, não menciona atributos masculinos, mas em sua fala o que quer que o homem se torne será uma consequência do “contexto social”, “da cultura em que ele está inserido”. Há todo um cuidado em sua fala no sentido de evitar apresentar os homens como uma categoria de pessoas com características distintivas, assim ela não vê o homem “como homem em si”, ela o vê “como ser humano”. Trata-se de uma outra maneira de dizer que a identidade humana, comum a homens e mulheres, é mais importante ou mais fundamental do que a identidade de gênero. É interessante comparar essa estratégia de diluir duas categorias dicotômicas (homens e mulheres) em uma categoria mais ampla (o ser humano) com a mesma estratégia sendo usada com categorias de outra natureza. Em um estudo realizado com brancos da Nova Zelândia (Wetherell & Potter, 1992), em que eles falavam de sua relação com os Maoris, muito frequentemente se definia a tolerância racial (ou a ausência de preconceito racial) como a capacidade de entender que os indivíduos desses dois grupos (Maoris e brancos) são essencialmente membros da espécie humana. No Brasil, pesquisa realizada por Oliveira Filho (2009) identificou, na fala de brancos paulistas, o uso da categoria “mestiços” para negar a existência das categorias “negros” e “brancos” no Brasil.

Trata-se de uma estratégia, própria de um certo humanismo (que alguns considerariam ingênuo), que parece pressupor que o conflito entre categorias sociais pode ser eliminado por meio da diluição dessas categorias numa categoria mais ampla (supraordenada), a identidade humana. Que parece pressupor que a simples afirmação de diferenças entre duas categorias é, por si só, uma formulação essencialista.

As outras participantes que afirmam diferenças não podem ser definidas como essencialistas simplesmente por isso. Na verdade, a atenção às diferenças é fundamental para profissionais que trabalham em políticas públicas. Um técnico de uma instituição que combate à exploração sexual de adolescentes seria menos eficaz se ele não estivesse atento para as diferenças entre a exploração de adolescentes do sexo feminino e exploração de adolescentes do sexo masculino. Da mesma forma, as políticas públicas de combate à pobreza seriam menos eficazes se não estivessem atentas para as diferenças entre famílias negras pobres e famílias brancas pobres (essas últimas não sofrem os efeitos do racismo). É essa atenção às diferenças que é ressaltada na intervenção da participante 4. Quando ela afirma que o cuidado em saúde

direcionado aos homens deve levar em conta “a natureza do corpo do homem” está afirmando o óbvio. Corpos de homens e mulheres têm muita coisa em comum, mas têm muitas diferenças que devem ser levadas em conta por profissionais de saúde se querem cuidar de maneira eficaz da saúde de homens e mulheres, mas ela não está atenta somente às diferenças corporais. A afirmação da participante 4 segundo a qual um homem “é uma pessoa que nasce do sexo masculino” e que, portanto, teria “necessidades” relacionadas à “natureza do corpo do homem” não é entendida aqui como uma definição biologizante porque em nenhum momento, implicitamente ou explicitamente, ela afirma que os homens teriam qualidades morais ou psicológicas determinadas pela biologia. Os determinantes são outros: é a “história dele”, são “questões psicossociais” que se situam “além da questão do corpo”.

Vimos que não faz sentido sugerir que essas profissionais reproduzem um discurso essencialista simplesmente porque afirmam características nos homens que os diferenciariam das mulheres. No entanto, o predomínio de modelos explicativos de natureza sociológica ou antropológica em suas explicações não as vacina contra formulações essencialistas. Podemos ser profundamente essencialistas usando modelos explicativos de natureza sociológica ou antropológica. Como afirmam Wetherell e Potter (1992), olhar simplesmente para o conteúdo de um discurso sem considerar a sua linha argumentativa não nos diz muito sobre a sua natureza. Nas falas acima, não obstante os modelos explicativos de natureza sociocultural, há momentos em que as descrições dos atributos masculinos assumem um tom marcadamente essencialista, como nos momentos em que mencionam a suposta falta de cuidado do homem com sua saúde: “porque justamente não se cuida”, “eles não têm essa cultura de...se tratar”.

Não há nada de problemático com a afirmação segundo a qual os homens cuidam menos de sua saúde quando comparados com as mulheres. Há evidências empíricas que sustentam essa afirmação. Ela somente se torna essencialista quando é apresentada como uma característica (não importa se de origem social ou biológica) que se faz presente em todos os homens ou na maioria deles. Quando não se considera as variações nessa característica em homens de diferentes classes sociais. Quando se desconsidera que muitas mulheres, de diferentes classes sociais, cuidam muito pouco de sua saúde quando comparadas com outras mulheres e com homens. Enfim, quando se considera que homens sem esse atributo (ser descuidado com saúde) não são verdadeiramente homens ou são exceções raríssimas que contrariam a regra geral.

Em uma dessas falas, a da participante 3, observa-se a utilização do recurso retórico que Potter (1998) denomina de “quantificação”, quando ela apresenta um dado numérico/estatístico no trecho ‘*a maioria dos homens, 90%, eles ainda têm a responsabilidade de cuidar da família, de trabalhar, de manter... menos se cuidar’*. O uso desse recurso retórico confere um caráter de

objetividade e veracidade à ideia de que os homens são essencialmente pessoas que não cuidam da saúde e que os que fogem desse padrão são exceções raríssimas que contrariam a regra geral.

4.3 Definições individualizantes

Algumas formulações apresentaram outra perspectiva, colocando em primeiro plano a autonomia do sujeito no processo de definição de sua identidade de gênero. Destacam-se os relatos de duas participantes, uma médica e outra enfermeira, que construíram suas percepções de masculinidade fundamentando-se, sobretudo, na ideia de identidade de gênero. Vejamos:

> ***Entrevistadora:*** *Certo... De que modo você compreende o que é ser homem?* ***Participante 11:*** *(Desconforto ao iniciar) Bom, aí é bem difícil da gente responder, principalmente hoje em dia, que tanto se discute questão de gênero, sexualidade e de tudo, né? (pausa) De um modo geral, tem a parte biológica, né? Do nascer geneticamente homem; tem a parte fenotípica, né? Dele se apresentar homem, de... (pausa) do gênero masculino, do se sentir homem, e da questão de sexualidade, que aí já é outra coisa mais diferente, né? (pausa - interrupção externa). Mas de um modo geral ser homem é... (pausa) seria o se sentir, né? O que a pessoa entende por ela mesma. Se ela se acha um homem, se sente do sexo masculino, nada a ver com questões de...não gosto de citar quando pergunta disso, de questão de machismo, de papel na sociedade, nem de nada disso. Acho que é o que o indivíduo entende por ele mesmo ser homem.* ***(Médica, 26 anos)***
>
> ***Entrevistadora:*** *Unrrum... (pausa breve). É... De que modo você compreende o que é ser homem?* ***Participante 1:*** *(pausa) Ser homem é você se assumir do sexo masculino.* ***Entrevistadora:*** *Unrrum.* ***Participante 1:*** *(pausa breve) Porque... (pausa breve) você pode nascer do sexo masculino e não se assumir como homem.* ***(Enfermeira, 35 anos)***

A participante 11 constrói uma percepção de masculinidade pautada em duas instâncias. A primeira refere-se ao homem a partir de uma perspectiva biológica e genética, em que o homem pode ser entendido como aquele que possui um fenótipo que o insere nesta categoria. A segunda diz respeito a autonomia do sujeito no que diz respeito à definição de sua identidade de gênero. Para ela, sentir-se homem está para além das características biológicas, sendo mais propriamente uma questão de identificar-se como homem, como expressa na seguinte passagem: "*Mas de um modo geral ser homem é... (pausa) seria o se sentir, né? O que a pessoa entende por ela mesma".* Nesse tipo de compreensão os elementos corporais não determinam o gênero.

Como forma de endossar e ratificar sua percepção de masculinidade, a participante 11 critica as construções que utilizam elementos como o machismo, e o papel do homem na

sociedade para caracterizar e/ou definir o que é “ser homem”. Ao exemplificar essas outras formas de compreensão de masculinidade, a participante, implicitamente, se apresenta como alguém que, apesar de saber da existência delas, as recusa em defesa da autonomia do indivíduo na definição de sua identidade de gênero.

Nessa forma de compreender a masculinidade, o sujeito é posicionado como autônomo frente a sua identidade de gênero, sendo ele o responsável por designar o que o identifica ou não como homem: “*Acho que é o que o indivíduo entende por ele mesmo ser homem”*.

Da mesma forma, a participante 1 também elabora sua compreensão de masculinidade baseada na ideia de autonomia individual, que diz respeito ao modo como os sujeitos individuais se reconhecem no mundo e como cada um se identifica e afirma seu gênero. Para a participante 1, “ser homem” diz respeito à identidade, trata-se de assumir uma posição de gênero, independente das características biológicas que constituem o corpo do sujeito. A compreensão de masculinidade elaborada por esta participante permite-nos pensar acerca das possibilidades de apresentar-se homem em uma sociedade, como por exemplo o homem transexual. Homem transexual, a saber, é aquele que nasceu com características corporais referentes ao sexo feminino, mas identifica-se como homem, e, portanto, pode, inclusive, realizar alterações corporais para obter uma equivalência estética que lhe satisfaça e que esteja em consonância com sua identidade de gênero. Em conformidade com as percepções de masculinidade das participantes 11 e 1, Jesus (2012) assinala que o homem transexual é o sujeito que pleiteia um reconhecimento legal e social enquanto homem.

A construção discursiva da participante 1 também posiciona o sujeito como autônomo frente à sua identidade de gênero, quando expressa que “ser homem é você se assumir do sexo masculino”, criticando, implicitamente, a normatização do gênero baseada no sexo biológico.

Os discursos apresentados nesta categoria de análise diferenciam-se dos vistos anteriormente, uma vez que colocam em primeiro plano o sujeito individual, construindo-o como ativo e autônomo em relação à construção de sua identidade de gênero.

5. Explicando a Frequência dos Homens nos Serviços de saúde

Este capítulo aborda as explicações que os profissionais de saúde constroem para justificar a frequência dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde, mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Historicamente os homens receberam menor atenção à saúde (Couto, et al. 2010), com um consequente índice de mortalidade mais alto quando comparados às mulheres. Como discutido nos capítulos anteriores, essa menor atenção é resultado de um processo marcado por embates políticos, econômicos e sociais, no qual as mulheres tiveram, recorrentemente, seus corpos controlados pela medicina, ao passo que os homens eram forjados para serem potenciais reprodutores e ativos economicamente.

A investigação acerca do acesso e da frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde tem recebido muita atenção dos pesquisadores nos últimos anos, possibilitando a construção de vários trabalhos teóricos sobre o tema (Gomes, 2003; Gomes, 2010; Figueiredo, 2005; Couto et al.,2010). Nesses estudos, diversos fatores foram identificados como contingentes para a menor frequência do público masculino nesses espaços, dentre eles podemos destacar: o horário de funcionamento dos serviços; a ausência de unidades específicas voltadas aos cuidados da saúde masculina; os ambientes de saúde majoritariamente feminilizados, etc. (Gomes, 2010).

É importante salientar que nesta investigação não há uma preocupação (que aqui se entende como legítima) com a identificação dos fatores responsáveis pela baixa frequência dos homens nos serviços, muito menos busca-se construir uma hierarquia de responsabilização de pessoas ou instituições que sejam responsáveis pelas dificuldades de acesso que os homens possam enfrentar ao buscarem os serviços de saúde. No entanto, diante da literatura discutida neste trabalho e das próprias entrevistas realizadas, é plausível afirmar que existem muitos obstáculos que dificultam uma presença maior dos homens nos serviços, e muitos deles serão mencionados pelos profissionais nos discursos construídos.

Os relatos aqui apresentados são, na maior parte dos casos, respostas a uma pergunta em que os participantes eram questionados diretamente sobre a frequência dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. No entanto, em outros momentos da entrevista, quando outras questões foram formuladas pela entrevistadora, alguns entrevistados mencionaram espontaneamente a frequência masculina nesses serviços e ofereceram explicações para ela.

5.1 Fatores socioeconômicos

Algumas falas apresentaram a diferenciação entre os gêneros no mercado de trabalho como fator significativo na frequência dos homens nos serviços de saúde. Entende-se que o cenário trabalhista e econômico é atravessado por vários fatores culturais que influenciam as hierarquias trabalhistas, os níveis salariais, etc. Nomeamos esta categoria como "fatores socioeconômicos" para contemplar um conjunto de falas que mobilizam elementos referentes ao mercado de trabalho para justificar a frequência dos homens nos serviços de saúde. É importante salientar que esses fatores socioeconômicos são, por vezes, apresentados pelos participantes desta pesquisa como dependentes de fatores culturais, como o gênero, os costumes, etc., e que os primeiros, em algumas falas, só ocorrem devido a existência dos últimos.

Nesse sentido, alguns participantes mobilizaram questões relativas ao trabalho (como a falta de tempo, trabalhar fora de casa, o excesso de atividades de trabalho, etc.), e concluem que esses elementos são determinantes para a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde. Vejamos a seguir:

> ***Participante 11 –*** *É bem menor do que das mulheres, principalmente nos homens de idade ativa de trabalho, os idosos frequentam um pouco mais, mas de certa forma a gente pode explicar tanto pelo... a maioria dos casos, aqui na minha área principalmente, o homem trabalha fora e a mulher geralmente não. (pausa) E... por isso eles não querem deixar de ir trabalhar pra poder vim pra unidade. Aqui na unidade também tem muitos casos de... é... (pausa, aparentemente pensando na palavra)... presidiários. Por isso, muitas vezes eles também não podem vir à unidade. E (pausa breve) resistência a descobrir que tem alguma patologia, vergonha de conversar – também porque às vezes sabe que a médica é mulher, então tem vergonha de contar certos problemas, principalmente quando é problema de questão sexual. Mas o principal é a questão do... realmente eles trabalham, e não querem deixar de trabalhar pra vim à unidade. Pelo menos aqui na minha realidade.* ***(Médica, 26 anos)***
>
> ***Participante 1:*** *Acho que primeiro vem daquela questão ainda de... geralmente é o homem que passa o dia fora, que trabalha. Também, segundo, acho que tem também a questão da cultura, de que a mulher que vem mais no médico, que procura mais o médico, o médico... o homem tem mais receio de procurar o médico, só quer vim quando tá muito doente mesmo. (pausa breve). Eu acredito que seja isso: tanto pelo fator do trabalho, como pela cultura também.* ***(Enfermeira, 35 anos)***
>
> ***Participante 3:*** *Pelas atribuições que eles têm, na vida. De trabalho... de tudo. Eles... eles optam por tudo, priorizam por tudo, menos a saúde. Eles acham que... eles nunca vão adoecer, eles têm aquela... o princípio de que... (pausa breve) vim ao médico talvez é eles descobrirem que tem alguma coisa errada, que se não teve nada errado até então... se eles vierem e a gente descobrir.... a gente que ta... inventando, modo de falar,*

mas alguns buscam ainda quando tem.... como é que posso dizer...alguns problemas, quando aparece alguma patologia, aí eles às vezes buscam. Se não, fía, pode esperar. Vem um idoso e ele não vem. Vem quando ta muito... idoso já. ***(Enfermeira, 29 anos)***

Participante 6: *Eu acredito pelo... pela própria característica de (pausa breve) do homem (interrupção de alguém que entra). É... é a questão cultural que os homens absorvem e também é... as atividades que eles estão envolvidos.* ***(Médico, 38 anos)***

Participante 9*: É como eu falei: é... isso é muito a questão de que precisa ser mais trabalhada. É um lacuna (pausa breve) cultural, que os brasileiros têm, da... da sua ausência dentro da sua... das parte preventivas. Ele só procuram (pausa breve) a... assistência à saúde quando eles realmente eles se apercebem que estão doentes, né, eles não têm esse costume, como as mulheres têm de vim fazer um citológico, né, de vim fa... de solicitar alguns tipos de exame pra vê se tem alguma glicemia alta ou vim fazer... (toma fôlego) verificar uma pressão num, num (pausa breve) no cotidiano do dia-a-dia. Como eles têm uma, uma carga de trabalho bem acentuada, né, muitas vezes er... o que tá acontecendo é que algumas unidades estão abrindo espaços noturnos pra que ocorra a... a frequência, né, pra... o acolhimento desses homens nas unidades por falta de tempo. Eles dizem que não têm tempo, "não tenho tempo", "não tenho tempo" (repete a frase com a entonação de estar reproduzindo uma fala que não é dela). Como existe também uma, uma questão cultural muito fragmentada em relação a isso, então realmente é uma coisa que deixa muito a desejar é a... a presença do homem nas unidades básicas de saúde.* ***(Enfermeira, 50 anos)***

Nessas falas, os fatores utilizados pelos participantes para justificar a menor frequência dos homens nos serviços de saúde versam, sobretudo, sobre a questão do trabalho, onde o "homem trabalha fora e a mulher geralmente não", "geralmente é o homem que passa o dia fora, que trabalha.", "pelas atribuições que eles têm, na vida. De trabalho... de tudo. Eles... eles optam por tudo, priorizam por tudo, menos a saúde". O trabalho e "as atividades que eles estão envolvidos", assim como a "carga de trabalho bem acentuada", são alguns dos fatores mobilizados pelos participantes para a explicar a menor frequência dos homens nos serviços de saúde. No contexto dessas falas os fatores socioeconômicos apresentados pelos participantes são relacionados a outros elementos, de ordem cultural, como os estereótipos de gênero.

Observa-se que, implícita ou explicitamente, as falas desses participantes atribuem aos homens as razões para uma menor frequência deste grupo social nos serviços de saúde. É devido ao "trabalho fora de casa", da "falta de tempo deles", que os homens não se cuidam. Essa enfática e reiterada atribuição de características voltadas aos homens pode fazer parte de uma estratégia argumentativa, não necessariamente consciente, de desresponsabilização de um grupo em detrimento de outro. Neste caso, diante da pergunta mais ampla acerca da frequência dos homens nas UBS, os serviços de saúde foram pouco mencionados nos discursos, e quando

o foram isso foi feito de forma positiva, por meio da informação de que algumas unidades de saúde estariam abrindo em horário noturno para atender as demandas masculinas. É interessante atentar para o delineamento e o modo de construção desses discursos, uma vez que, nessas falas, os serviços, em nenhum momento, foram apresentados, explicitamente, como elemento que pode influenciar na frequência dos homens nestes espaços. Veremos, mais adiante, que os serviços, enquanto fator que pode exercer influência na frequência dos homens nas UBS só irá aparecer nos discursos quando os participantes forem, diretamente, mobilizados a pensar sobre isso. Quando não, caso da questão mais ampla que mencionamos acima, os fatores mobilizados são, sobretudo, os próprios homens, a cultura e as questões socioeconômicas.

Em uma dessas falas, a da participante 11, se argumenta que os homens são a parcela da população que mais trabalha fora e que a '*mulher geralmente não'*. De modo semelhante ao discurso elaborado pela participante 11, o discurso elaborado pela participante 1 mobiliza a diferenciação entre os gêneros para justificar que os homens frequentam menos os serviços de saúde. A mulher, nesse contexto, é apresentada como aquela que vai mais ao médico, que procura mais este profissional, porque teria mais tempo livre do que os homens.

É interessante comparar esse pressuposto segundo o qual o homem teria menos tempo livre do que as mulheres com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2014 (IBGE,2014) que mostram que a carga horária semanal de trabalho das mulheres excede a dos homens em cerca de 5 horas, incluindo tarefas domésticas e trabalho remunerado. No entanto, dados dessa mesma pesquisa mostram que a taxa de pessoas ocupadas é de 51,2% na população feminina e de 73,7% na população masculina. Com base nesses dados, talvez pelo o fato do número de mulheres ocupadas ser inferior ao de homens, de uma forma geral, e por supostamente estas passarem mais tempo em casa do que os homens, tenha sido levado em consideração por alguns dos participantes desta pesquisa quando ressaltaram a carga horária masculina como um fator determinante para a frequência masculina nos dispositivos de saúde.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) mostram que as taxas de desocupação no Brasil tem aumentado, fazendo assim com que muitos homens e mulheres estejam desempregados. Ainda nesse sentido, vale destacar que dentre os homens que exercem atividades trabalhistas os horários podem variar entre matutino, vespertino, noturno ou integral. Ao afirmar que os homens não vão aos serviços de saúde devido às suas atribuições trabalhistas se está considerando uma parcela da população, aquela que trabalha no horário considerado 'formal/tradicional', de 08 às 17 horas, que coincide com o horário de funcionamento da maioria das Unidades Básicas de Saúde. Observa-se que a maioria dos argumentos baseados na elevada carga de trabalho dos homens estão tomando como padrão um

tipo de homem, o “homem comum”, que trabalha em determinado horário (diurno/formal) deixando de lado outras modalidades de ser homem e que vivenciam a masculinidade a partir de outras possibilidades.

É importante destacar que os participantes utilizam alguns recursos retóricos para construção das suas explicações. No discurso da participante 9, por exemplo, observa-se o uso do discurso direto, um recurso indiscutivelmente eficaz quando se trata de apresentar narrativas como se fossem fatos (para uma discussão sobre a construção de factualidade, ver Potter, 1998), na medida em que aquele que narra parece ter presenciado a cena pois só assim poderia reproduzir literalmente o que foi dito nela. Esta participante reproduz uma frase que, supostamente, teria sido dita pelos homens para justificar a menor frequência nos serviços de saúde, *“não tenho tempo”, “não tenho tempo”.* Fazer uso do discurso direto também é uma forma, implícita, da participante minimizar a sua responsabilidade pelo que foi dito, uma vez que são os próprios homens que dizem que não tem tempo para buscar os cuidados em saúde, e não ela.

5.2 Fatores socioculturais

A cultura, implícita ou explicitamente, foi recorrentemente apresentada e posicionada pelos participantes como elemento importante na construção da identidade dos homens, e na relação que eles estabelecem com a saúde, refletindo, inclusive na frequência desse público nas Unidades Básicas de Saúde. Quando nos referimos aos fatores socioculturais estamos fazendo alusão a uma série de questões que estão, de algum modo, vinculadas com a cultura, como as questões de gênero, a sexualidade, a vergonha, o preconceito, etc.

Na categoria anterior observou-se uma série de falas que mencionaram a carga horária de trabalho masculina para explicar a frequência dos homens nos serviços de saúde. Não obstante os vários participantes que utilizaram esse fator explicativo, uma das participantes citou diretamente esse fator e posicionou-se criticamente em relação ao seu uso na explicação da frequência dos homens nos serviços de saúde.

Observa-se nas falas dos participantes um predomínio de modelos explicativos de caráter culturalista, em que a cultura exerce influência em vários aspectos da vida do homem. Nesse sentido, alguns participantes mobilizaram um conjunto de atributos (a vergonha, o medo, a despreocupação), supostamente masculinos, para justificar a frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Esses atributos, por sua vez, são apresentados pelos participantes como reflexos de um fator mais fundamental, a cultura, que produziria uma subjetividade

masculina onde estariam presentes todos esses atributos. Em vários momentos essas descrições, apesar de estarem inseridas em um discurso culturalista, apresentam um tom marcadamente essencialista.

> ***Participante 4*** *– Isso é... isso é... Isso é fato. O homem procura bem menos, principalmente o homem jovem. A gente começa a ter uma frequência um pouco melhor em idosos. Porque já tem alguma doença instalada. Ou é hipertenso, ou é diabético, ou tá tendo algum problema (pausa) é... de próstata, ou tá tendo algum problema pulmonar. Mas eles, normalmente eles procuram quando já tem alguma situação instalada, o idoso em si. Se não, nem isso ele vem pro posto. Então, (pausa) explicar esse motivo... Eu... (pausa) eu acho que o homem, ele não tem, é... (pausa, refletindo) Eu acho que passa pela questão do medo de tá, como eles dizem, procurando. Então eles preferem não... não ver por esse lado da prevenção. E se não tá sentindo nada, não tô com nada, não tem porque eu tá indo pra médico. Então é bem por aí. (Reproduzindo uma fala) "Não vou procurar médico porque eu não tô sentindo nada, tô bem, tô trabalhando, então não vou procurar médico". E mesmo quando eles sentem alguma coisa, eles ainda ficam resistentes, então eu não sei se seria da natureza masculina esse (rindo) tipo de comportamento. Mas (enfática) isso é fato. Eu acho que é a própria questão do medo de tá buscando, pra ele buscar ele tem que ter algo concreto acontecendo com ele, pra ele tá buscando isso. Vem quando tá muito... idoso já.* ***(Enfermeira, 43 anos)***
>
> ***Participante 5:*** *Ah, escassa (risos). São pouquíssimos homens que procuram a...a atenção primária e até a atenção secundária. Qualquer tipo de atenção à saúde, os homens são muito... é... (pausa) meio preconceituoso... eu não entendo muito bem em relação a isso, mas é muito difícil. Muito difícil mesmo. Tiro por mim. Eu sou assim. Eu só procuro um serviço de saúde, como eu já falei... como eu falei no início, quando eu realmente tô nas últimas mesmo, já morrendo, aí que eu vou procurar. Talvez seja uma cultura nossa... não sei... ou é porque a gente realmente é despreocupado. Claro, vai haver as exceções e tudo mais, maaas... no geral é isso.* ***(Técnico em Enfermagem, 21 anos)***
>
> ***Participante 8:*** *Realmente a frequência deles é bem menor. A gente tá notando agora que eles tão procurando mais. Mas comparado ao... ao feminino, é bem menor a do homem. É... (pausa) tem algumas ações voltada agora pra isso, né? Como o pré-natal do homem. A gente tá sempre... Quando a gestante vem de início a gente já convida esse homem e mesmo que ele não venha a gente faz ações pra tentar resgatar esse homem, mas ainda é muito difícil a resistência. Muitos deles sente vergonha. É como se eles assim sentisse orgulho por não adoecer. Que na verdade não é isso, né? Mas na cabeça dele, porque acaba quando vem descobrir que tá doente, já tá bem avançado, né?* ***Entrevistadora:*** *então... cê acha que uma explicação possível pra essa menor frequência seria a vergonha...* ***Participante 8:*** *A vergonha. Preconceito deles próprio. Teve um caso bem interessante de um pré-natal que eu... que eu iniciei de uma gestante, aí eu solicitei os exames dele. Ele tava presente, disse que ia vir fazer. Como eu coloquei o motivo da requisição... é... (pausa) pé-natal do homem, pronto. Por causa disso ele não veio fazer os exames. Porque ficou com vergonha de chegar aqui. Assim...O preconceito deles mesmos é que é muito grande.* ***(Enfermeira, 38 anos)***

Nas falas acima, as participantes mobilizaram um conjunto de atributos para elaborar suas explicações para a frequência dos homens nos serviços de saúde. Esses atributos, “a vergonha”, “o ser despreocupado”, “o preconceito de buscar os cuidados em saúde”, “o medo de estar procurando” por doenças, “a resistência” em buscar os cuidados em saúde, são apresentados por esses participantes como características que supostamente são próprias aos homens.

Em uma dessas falas, a da participante 4, questiona-se, em tom irônico “(rindo)”, se tais características seriam frutos de uma natureza própria aos homens, como se esses atributos e comportamentos, que são de algum modo culturais, pudessem ser considerados inatos aos seres masculinos. Por sua vez, o participante 5, enquanto profissional de saúde que se identifica como do gênero masculino, afirma que essas características podem ser resultados de uma cultura que é própria dos homens. Esses participantes caracterizaram o homem, enquanto ser genérico, como despreocupado, vergonhoso, preconceituoso, etc., em relação aos cuidados em saúde.

O participante 5, por sua vez, vacina-se contra uma possível acusação de essencialismo quando diz que “*Claro, vai haver as exceções e tudo mais*”. Fazer essa afirmação é assinalar que nem todos os homens seguem o modelo de “despreocupado com a saúde”, e que esse tipo de característica não é, portanto, comum ou natural a todos os homens.

É interessante observar que, na fala da participante 4, a relação que os homens estabelecem com a saúde é atravessada, sobretudo, pelo medo. Para ela os homens têm medo de estarem procurando descobrir doenças ao buscarem os cuidados em saúde. Esse medo, como expressa a participante, só seria vencido quando o homem já apresenta uma doença real e concreta, que justificaria a busca dos serviços de saúde.

O uso do discurso direto no relato da participante 4: *“Não vou procurar médico porque eu não tô sentindo nada, tô bem, tô trabalhando, então não vou procurar médico”*, reproduzindo a suposta fala de homens em seu cotidiano, apresenta-se como um poderoso recurso de construção de factualidade (Potter, 1998), na medida em que ela apresenta-se como alguém que ouve homens falando dessa maneira em seu cotidiano como profissional de saúde.

O participante 5, por sua vez, usa a si mesmo para fundamentar sua explicação, “*Tiro por mim. Eu sou assim”.* Ao posicionar-se em primeira pessoa, como parte integrante do grupo social ao qual se refere, o participante, ainda que não de maneira intencional, dá mais credibilidade ao que está sendo dito, uma vez que ele está expressando a sua realidade, a sua vivência enquanto homem para além da vivência de profissional de saúde. Ele usa o termo “despreocupado” como adjetivo aos sujeitos que se identificam como homens e como uma característica própria aos homens que implicaria numa menor frequência deste público nos

serviços de saúde. Posicionar os homens como "despreocupados" é referir-se ao modo como a maioria destes são socializados em uma determinada sociedade, sociedade na qual são instruídos a não se preocuparem com os cuidados relativos à saúde, uma vez que são considerados seres fortes e saudáveis, e que cabe às mulheres a responsabilidade do cuidado de si e dos outros (homens, filhos, netos...). No entanto, apesar dessa construção discursiva posicionar os homens como despreocupados, cabe destacar a importância de não generalizar ou tornar uma premissa a máxima de que "os homens são despreocupados", uma vez que cada sujeito pode reagir de forma distinta frente a um mesmo processo de socialização, como afirma o próprio participante: *"Claro, vai haver as exceções e tudo mais, maaas... no geral é isso".*

Para a participante 8, a vergonha e a resistência são frutos do "*preconceito deles próprio*", afinal "*o preconceito deles mesmos é que é muito grande*" e isso dificulta a adesão dos homens às práticas de saúde. A participante 8 utiliza, e com isso torna mais verossímil o seu argumento, um exemplo, vivenciado por ela, como recurso discursivo que justifica e sustenta sua argumentação quanto as questões, de vergonha e preconceito, por ela mencionadas. Ao citar o caso do pré-natal do homem, ao qual ela requisitou exames médicos dele e da gestante, salienta que este não realizou os exames por vergonha de chegar ao serviço.

Autores como Gomes, Nascimento e Araújo (2007) também mencionam a vergonha, receio, despreocupação que os homens teriam em relação à saúde. Para eles, isso estaria associado ao fato de que este grupo social não foi, historicamente, habituado a se expor ao médico. O olhar da medicina aos homens deu-se, sobretudo, ao final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, devido à preocupação com doenças venéreas, e a sífilis, por exemplo. As mulheres, por sua vez, durante o seu processo de socialização foram mais expostas à medicina, e seus corpos sofreram mais intervenções do que os dos homens. Essa diferenciação entre os gêneros pode, nesse sentido, ter contribuído para que a exposição dos corpos das mulheres fosse considerada mais natural do que a dos corpos dos homens.

Nos relatos a seguir, os entrevistados relatam a existência de uma suposta representação presente no mundo masculino segundo a qual a indiferença em relação à saúde seria uma característica do homem viril e forte.

> ***Participante 11 –*** *É... (pausa) Essa questão de ser homem às vezes até (pausa) percebo alguns pacientes do sexo masculino que eles, por acharem que pra ser homem, pra ser macho, viril, tem que demonstrar que tem uma saúde de touro, até como alguns dizem, né? E aí o fato de ficar indo muito na unidade demonstraria uma falta de saúde. Então demonstraria pra sociedade uma menor masculinidade. E, inclusive, eu tenho maior frequência de (pausa) pacientes (pausa) homossexuais na unidade, dos jovens do que os (pausa) heterossexuais ou que tentam fazer, provar essa... (pausa) essa masculinidade e tudo isso.* ***(Médica, 26 anos)***

Participante 1**: (tosse) Às vezes por ele achar que é homem (tosse) às vezes pode até pensar: "nam, sou homem, eu num adoeço, eu num preciso" (tosse) (pausa breve) Ainda se acha assim, tipo um pouco superior.* ***(Enfermeira, 35 anos)

Participante 9**: Influencia muito. Né? Porque eles... (pausa breve) por, é como eu falo: tudo é uma questão cultural. Né? Quando eles, eles... só procuram realmente quando estão doente, então por eles, eles achar que são homens, eles não adoecem, eles num têm... num têm assim, eles num são predispostos às doenças em si, e... aí a questão "não, eu sou homem, eu num choro" o homem tem a história antiga de dizer assim: "não, num choro". Isso é antigo. É retrógrado, mas ainda está muito embutido dentro do, do, do, do contexto do... que é o homem em si, né? Lógico que com a, com a... a modernidade, a contemporaneidade que nós estamos vivenciando hoje, a tendência disso é ser quebrada, mas ainda existe essas... essas mazelas que atrapalham a, a... a questão do cuidado do homem e sua saúde.* ***(Enfermeira, 50 anos)

Participante 5**: É aquilo que (pause breve) influencia de uma maneira negativa, porque muitos homens se espelham em outros homens. É... tipo, eu poderia me espelhar no meu pai (pausa breve), né, do tempo passado, e tal, não sei o que, tem essa...essa cultura de não procurar o serviço de... qualquer serviço de saúde por qualquer motivo de doença. Justamente, por conta dessa virilidade, esse... esse machismo todo que os homens têm. Então acredito que se um homem for procurar algum serviço de saúde e compartilhar isso com seus amigos, seja motivo de... de... desses amigos caçoarem dele, tipo: "ah, ta procurando o serviço de saúde porquê? Ta doentinho?" Não sei o que, blá, blá, blá... "né homem não? Não aguenta doença não?". Acredito que isso também influencie muito nessa falta de homens a procura de serviço de saúde, entende?* ***(Técnico em Enfermagem, 21 anos)

Participante 8** – (demora a responder) Podem sim, né? Influenciar. Na verdade, pode não: influencia. Acho que uma questão cultural também, do... (pausa) como eu já falei anteriormente, do preconceito do machismo, isso dificulta um pouquinho a vida deles aqui. Isso pra... pra prevenção. Falando de prevenção. Porque geralmente os homens que frequenta aqui a unidade, eles já fazem parte de um grupo. Ou diabético, ou hipertenso. Esses tem que vir todo mês. Eles são assíduo. Mas aqueles que aparentemente não tem nenhum problema de saúde eles, por mais que a gente convide, tem aquela resistência.* ***(Enfermeira, 38 anos)

Participante 2**: É. Essa questão vem bem enraizada da cultura dos homens de achar que procurar ajuda, procurar o serviço... é coisa de mulher... que não vai... (pause breve) Se for pro serviço, se for procurar o serviço de saúde é coisa de mulher, que é mulherzinha, não sei o que, então acho que isso influencia demais nessa questão de saúde-doença do homem. Então ele só vai em último caso, porque é "homem é forte", porque "homem não chora", tem toda essa questão cultural envolvida... na minha opinião.* ***(Enfermeira, 24 anos)

***Participante 4**: Eu acho que sim... Eu acho que sim. Mas (pausa) explicar de uma forma mais detalhada de que forma isso tá influenciando essa frequência dele buscar ou não... (pausa) eu acho que sim. Eu acredito que eles se sintam um pouco inibidos, (pausa) a inibição talvez bloqueie um pouco isso (pausa) de vim pra unidade e ficar exposto, porque pra eles só o fato de tá numa sala de espera eles já acham que estão expostos diante da comunidade. Como se dissesse "ah, fulano tá ali. O que será que ele tem, que precisa ir pro médico?" E principalmente se for (pausa) é... alguma pessoa, é... (pausa,*

> *para pensar na palavra) homossexual que esteja esperando um atendimento. Então ali... (pausa) Eu já vi algumas situações que eu acho que essa pessoa se sentiu um pouco inibida diante da comunidade (enfatiza), dos profissionais do posto, não. E realmente eles procuram menos, bem menos. Assim como o homem também, o homem homem (reforça, rindo). O homem procura menos também. Então eu acho que isso vai um pouco da natureza do homem. (pausa) Independente dessa pluralidade de masculinidades que você colocou aqui.* ***(Enfermeira, 43 anos)***

Em todas essas falas os participantes mobilizaram atributos que, supostamente, seriam próprios ao gênero masculino e que influenciariam na frequência dos homens nos serviços de saúde. Nessas falas a cultura aparece, implícita ou explicitamente, como princípio explicativo para todos esses atributos. Os homens, por buscarem atingir um ideal de masculinidade tem que "demonstrar que tem uma saúde de touro" e não podem adoecer. Desse modo, buscar os cuidados em saúde, frequentar as Unidades Básicas de Saúde seria estar "*expostos diante da comunidade*", "*pois procurar o serviço de saúde é coisa de mulherzinha*".

Na fala da participante 9, por exemplo, essas características (força, virilidade, invulnerabilidade) fazem parte de uma compreensão de masculinidade dos tempos "retrógrados", mas que ainda reverberaria na vida social dos homens nos dias de hoje.

Todas essas falas referem-se a um modelo hegemônico de masculinidade. Segundo Connell e Messerschmidt (2013), a masculinidade hegemônica pode ser compreendida como uma determinada dinâmica dentro de um processo social e coletivo. Esta dinâmica passa então a ser normativa, em razão da exigência de que todos os homens sejam orientados por esse ideal. No contexto em que estão inseridos esses participantes a masculinidade tida como hegemônica é a que posiciona os homens como superiores, fortes, invulneráveis. No entanto, em algumas falas, como a das participantes 9 e 11, se menciona outras formas de vivenciar a masculinidade.

É interessante observar, na fala da participante 11, a relação que é estabelecida entre orientação sexual (homossexualidade/heterossexualidade) e a busca dos cuidados em saúde. Neste discurso, são os homens com orientação sexual pautada na heterossexualidade que procuram manter o ideal de masculinidade do homem forte, viril, macho, que tem uma "*saúde de touro*", e por isso buscam menos os serviços de saúde, ao passo que os homens com orientação sexual homossexual, por não seguirem os ideais propostos por essa referida masculinidade, procuram mais os cuidados e serviços em saúde. Observa-se que a participante 11 reconhece a existência de outras formas de vivenciar a masculinidade, colocando em questão, sobretudo, a orientação sexual. Em sua fala, reitera, implicitamente, que a justificativa

para alguns homens frequentarem menos os serviços de saúde é reflexo da busca incessante de manter um ideal de masculinidade, a tida como hegemônica.

Uma dessas participantes, a participante 4, ao falar sobre os homens, divide-os em duas categorias: “os homens homens” e os “homens homossexuais”. Observa-se que, para ela, falar em pluralidade de masculinidade é, implicitamente, fazer uma diferenciação relativa a orientação sexual (heterossexualidade/homossexualidade). No entanto, ao expor essas duas categorias a participante tem todo um cuidado ao finalizar sua fala quando dilui estas categorias em uma só, os homens. Para ela, os homens, de um modo geral (independente da sua orientação sexual ou forma que exercem a masculinidade), possuem uma natureza própria. Trata-se de uma outra maneira de dizer que há comportamentos específicos para homens e, portanto, para mulheres.

Novamente nota-se a presença, como em outras falas acima mencionadas, do uso do discurso direto, nas falas dos participantes 1, 9 e 5, recurso retórico que torna inevitavelmente mais verossímil o argumento que defendem. Assim, reproduzem expressões e falas que teriam sido ouvidas por eles em diferentes contextos: *“nam, sou homem, eu num adoeço, eu num preciso”*, *“não, eu sou homem, eu num choro”*, *“ah, ta procurando o serviço de saúde porquê? Ta doentinho?” Não sei o que, blá, blá, blá... “né homem não? Não aguenta doença não?”*.

Toda essa explicação culturalista, não obstante as evidências empíricas que a sustentam, pode ser usada para obliterar a responsabilidade do sistema de saúde pela baixa frequência aos serviços. São os homens, que por pensarem desse modo, por estarem revestidos desses elementos culturais preconceituosos e machistas, que não procuram os serviços de saúde. Tal artificio, em especial no caso deste estudo, contribui para eximir os serviços de saúde e seus profissionais de quaisquer responsabilidades pelo afastamento dos homens desses serviços.

Para a participante 10 a cultura é o elemento mais significativo na relação dos homens com os serviços de saúde.

> ***Participante 10:*** *É... Assim, são inúmeros os fatores, mas o mais forte é a questão cultural mesmo. Do homem, né? O que eu te diria o seguinte. Eu vou te explicar um pouco essa questão. Acho meio polêmica. No mundo do trabalho, a mulher tá inserida no mundo do trabalho, sobrecarregada com três, quatro, mil jornadas de, né... e Trabalha em casa e fora, e mesmo assim se cuida, né? Então cai por terra essa questão de...de que o homem trabalha e não se cuida, né? Então eu atribuo mais à questão cultural mesmo, que...que foi colocada ao longo dos anos, né? E que a mulher é que deve ir pra assistência, aquela assistência à saúde... O homem não precisa disso, o homem é forte, o homem não adoece, o homem não tá ali pra se cuidar, ele tá ali pra trabalhar, né? Não sei se me fiz entender.* ***Entrevistadora:*** *sim, sim.. ficou bastante claro...* ***Participante 10:*** *Eu acho que não é mais por essa questão do mundo do trabalho*

não. É pela questão mesmo histórica, da cultura brasileira, machista mesmo. Viu? É a minha opinião. ***(Assistente social, 39 anos)***

Para ela, é a cultura brasileira, essencialmente machista, que atribui certas características para homens (fortão, não se cuida, não adoece, trabalha) e mulheres (voltada aos cuidados com a saúde), e tal contexto social faria com que os homens busquem menos os cuidados em saúde e, por consequência, frequentem menos as Unidades Básicas de Saúde. Neste relato, a cultura estabelece um conjunto de características estabilizadas para homens e mulheres, e prescreve posicionamentos severos e categóricos para o que venha a ser homem ou o que venha a ser mulher.

Para reforçar seu argumento, a participante 10 menciona a inserção da mulher no mercado de trabalho na atualidade. O seu argumento pode ser melhor compreendido se considerarmos que, historicamente, as mulheres eram vistas como figuras maternas que foram culturalmente educadas para o 'cuidar' de si e dos outros. Durante o século XX as mulheres passaram a receber uma atenção especial do Estado através de políticas de saúde direcionadas principalmente para a gravidez e a maternidade, políticas que visavam reproduzir uma raça saudável e forte (Carrara, Russo & Faro, 2009). Para Toneli e Müller (2015) essas políticas reforçaram a visão da mulher como mãe, responsável pelo cuidado dos filhos e da família, e como doméstica, ocupada com as atividades do lar.

No entanto, movimentos e reivindicações organizados por mulheres começaram a surgir na segunda metade do século XX, possibilitando o reconhecimento da relevância das mulheres em outros papéis sociais que não limitassem suas vidas aos papéis de mães e domésticas. Os movimentos feministas construíram muitas lutas a favor das mulheres, permitindo assim uma maior inserção delas no mercado de trabalho e no cenário político, por exemplo. A linha argumentativa da participante supracitada pauta-se, portanto, nas conquistas, sobretudo, trabalhistas das mulheres durante os últimos anos, e mobiliza o discurso da equidade entre os gêneros, para o qual tanto homens e mulheres possuem atribuições de trabalho. Para ela, falar da inserção dos homens e mulheres no mercado de trabalho para justificar a baixa frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde "cai por terra" diante do novo cenário trabalhista no qual as mulheres são protagonistas.

Observa-se que na fala dessa participante ela utiliza o recurso retórico que Potter (1998) denomina de "maximização" ("*sobrecarregada com três, quatro, mil jornadas de, né...*"). Esse tipo de descrição, em que se utiliza palavras que exacerbam as características de uma situação é, segundo o autor supracitado, um recurso retórico comum quando se trata de supervalorizar

uma afirmação, no caso da participante acima, a afirmação segundo a qual as mulheres têm uma grande carga horária de trabalho, maior do que as dos homens. Em sua fala, as mulheres não são apresentadas como pessoas que meramente trabalham, elas são construídas como pessoas que estão sobrecarregadas com "três, quatro, mil jornadas". É interessante observar que essa participante utiliza-se de uma caracterização quantitativa, baseada em números (três, quatro, mil), e que esta descrição segue uma sequência crescente que potencializa e intensifica a maximização da coisa descrita. Utilizar este artifício possibilita que a participante torne mais verossímil o argumento de que a cultura é o fator essencial na explicação da baixa frequência dos homens nos serviços de saúde, distanciando-se da discussão que apresenta fatores estritamente econômicos como elemento pivô desse contexto.

Observamos que até aqui várias falas, em especial a da participante 10, apresentaram a cultura como um grande fator explicativo para os vários atributos que justificam a frequência dos homens nos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito aos gêneros. Não obstante vários participantes terem apresentado a diferenciação entre os gêneros como fator importante no contexto da frequência dos homens nos serviços de saúde, uma das falas merece um destaque especial, uma vez que posiciona as questões de gênero como um elemento neutro nesse contexto, contrastando com a linha argumentativa que vinha sendo traçada pelos demais participantes. Vejamos:

> ***Participante 6****: Eu acho que num... não é capaz de influenciar... a... a procura não.* ***Entrevistadora****: Acha que essas questões de gênero não, não levam... não têm importância nesse...****Participante 6:*** *Tem importância, mas não vão é... trazer assim... eles mais ao serviço. Eu acredito que não vai levar eles a... assim, a fazer frequentar eles mais o serviço. Trazê-los, né, para o serviço.* ***(Médico, 38 anos)***

Diferentemente das falas anteriormente destacadas, o participante 6 é, entre os entrevistados, o que elabora seu discurso afirmando que as questões relativas ao gênero, apesar de ter importância num contexto geral, não são capazes de influenciar a procura dos homens aos serviços de saúde. A explicação desse participante é bastante curta e objetiva. Observa-se que não há uma preocupação em apresentar quaisquer fatores que são recorrentemente mobilizados, por diferentes atores acadêmicos e sociais, como elementos culturais, sociais, econômicos, etc. para justificar a menor frequência dos homens nos serviços de saúde.

Os estudos de gênero e masculinidades relacionados ao processo saúde-doença dos homens datam dos anos 90, uma vez que esse processo era antes visto a partir de uma perspectiva organicista, tratando sobretudo questões biológicas e epidemiológicas. As questões

de gênero e a discussão das masculinidades passaram a fazer parte dos estudos que envolvem a saúde dos homens, uma vez que para tratar da saúde de um grupo populacional tão denso faz-se necessário compreendê-lo em suas especificidades. Não obstante esses diversos estudos, observa-se que o posicionamento do participante 6 despreza e exclui os conhecimentos que vem sendo construídos nos últimos anos pelos vários estudiosos que se dedicam às questões de gênero, masculinidade e saúde. É interessante observar que as respostas desse participante assumem frequentemente um caráter bastante biologicista. Vimos no capítulo anterior, por exemplo, que ele define a masculinidade a partir de características puramente biologizantes. Quando ele foi questionado sobre as implicações das questões de gênero no contexto da saúde ele afirma que a frequência dos homens nos serviços de saúde não sofre influência de questões desse tipo, reforçando, implicitamente, sua posição discursiva biologicista e restrita que havia sido anteriormente discutida no capítulo 4.

5.3 (Co) Responsabilização dos serviços

Historicamente, os serviços de Atenção Primária, especialmente as Unidades Básicas de Saúde, dispensaram maior atenção aos cuidados relativos à saúde de crianças e idosos, uma vez que esses grupos sociais eram considerados mais vulneráveis, e à saúde das mulheres por estas serem as responsáveis pela reprodução. Ao passo que esses grupos obtiveram maior atenção e controle dos seus corpos pelo Estado, os homens ficaram a margem desse processo durante algum tempo (Carrara, Russo & Faro, 2009).

No entanto, de acordo com Carrara, Russo e Faro (2009), nos últimos anos os homens começaram a ser alvo de estudos e pesquisas científicas, que passaram a construir um novo posicionamento para esse grupo no contexto social. Além disso, as transformações ocorridas no mercado de trabalho, como a maior inserção das mulheres neste campo e a consequente mudança nas estruturas familiares, também provocaram um deslocamento dos padrões de masculinidade até então estabelecidos, fazendo com que os homens mudassem alguns aspectos de suas vidas, como por exemplo começassem a preocupar-se mais com os cuidados em saúde, papel antes representado principalmente pelas mulheres. Estas, entre outras transformações, permitiram que o Estado juntamente com a medicina iniciassem um processo mais focalizado na medicalização e controle dos corpos masculinos.

Nesse contexto, em 2009 o Ministério da Saúde, ciente de que mesmo com essas transformações os homens ainda frequentam menos os serviços de saúde se comparados às mulheres, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na

expectativa de provocar maior atenção a este grupo social e de reduzir os índices de mortalidade e morbidade da população masculina, buscando, desse modo, incentivar o acesso desse público aos serviços de Atenção Primária à Saúde e as ações por eles desenvolvidas (Brasil, 2009).

Diversos estudos e pesquisas (Gomes, 2003; Figueiredo, 2005; Gomes, 2010), e até a própria política (Brasil, 2009), buscaram explicações para justificar a menor frequência dos homens nos serviços de saúde, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde. Dentre as explicações apresentadas por estes estudos e documentos, pode-se destacar as que se caracterizam como 'barreiras institucionais', ou seja, são os elementos provenientes dos próprios serviços de saúde que provocam uma menor frequência dos homens nesses espaços.

Nesse contexto, este tópico objetiva analisar os discursos dos participantes acerca das possíveis barreiras institucionais que podem estar relacionadas a atenção à saúde dos homens. Nos discursos analisados alguns participantes constroem suas explicações posicionando os serviços e a gestão em saúde como responsáveis, ou corresponsáveis, pela baixa frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde, apresentando também outros fatores que contribuiriam, paralelamente, para essa menor frequência.

Nas explicações a seguir os participantes mobilizaram fatores que dizem respeito ao modo de funcionamento dos serviços, às atividades por eles ofertadas, ao modo como os profissionais acolhem o público masculino, etc., para justificar a menor frequência dos homens nos serviços de saúde. Não obstante estes fatores, observa-se que na maioria das falas o "gênero" aparece como elemento que reforça a diferenciação da atenção que os serviços destinam a homens e mulheres. Vejamos:

> ***Participante 2:*** *A gente vê que mesmo... já existe essa dificuldade do homem em procurar o serviço e a gestão em si, ela não.... faz... não faz um... um incentivo, não promove tanto a saúde do homem como faz com a da mulher, porque a gente vê assim: pra promover a saúde do homem só existe o novembro azul, que é aquele mês dedicado à saúde do homem, ao câncer... prevenção do câncer de próstata. Mas durante o resto do ano é como se o homem não existisse, ele só existisse nesse mês, ou quando ele vai pro serviço doente. E pra mulher não, já tem milhões de coisas o ano inteiro, tem atividades voltadas pra a saúde da mulher.* ***Entrevistadora****: Mais constante né?* ***Participante 2:*** *Mais constante. E pro homem fica restrito aquele mês, é como se ele só existisse aquele mês... pro serviço, então falta campanha na televisão, falta divulgação pra que chame esse homem pro serviço não só quando está doente.* ***(Enfermeira, 24 anos)***
>
> ***Participante 5:*** *(pausa) É uma pergunta assim... meio que... um... um pouco difícil de... de responder, mas ao mesmo tempo é fácil. Acredito que... seja... por conta de não ter atrativos (pausa breve) uma... uma forma que atraia esses homens pra o serviço de saúde, pra qualquer outro serviço. Acredito que se tivessem mais esses... é... meio que uma divulgação para trazer esses homens pra o serviço de saúde, seria interessan...*

seria muito louvável. Como, por exemplo, é a campanha agora do outubro rosa. Se ouve falar muito... em can... na prevenção de câncer de mama, e não sei que. Mês que vem vai ser o novembro azul... já é um... um (pausa breve) que não tem muito... eu percebo que não tem muito divulgação em relação a isso, entendeu? Eu acredito que se tivesse mais atrativos, uma coisa mais... dinâmica que puxasse a atenção deles talvez eles aparecessem mais. ***(Técnico em Enfermagem, 21 anos)***

Participante 6: *(pausa breve) Bem, a falta de divulgação do que o serviço de saúde possa oferecer, é um dos motivos que... culpabiliza tanto os profissionais, quanto os gestores. É a... pouca opção de também, é... (pausa breve) de flexibilidade de horários dos serviços também, para aqueles que já têm envolvimento maior em trabalhos.... então, a pouca flexibilidade nas ofertas do... em questão do tempo, também atrapalha a procura nesse serviço.* ***(Médico, 38 anos)***

Participante 8: *Eu acho que seja a promoção (ênfase na palavra promoção) de saúde. A gente (pausa) tenta mas, assim ainda é muito forte. A gente promove mais, falando do gênero feminino, tem mais ações voltadas pra esse grupo do que pra o masculino, pra saúde do homem. Eu acredito que deveria existir um investimento mais por parte dos profissionais e gestores também com relação às ações de saúde pra esse homem aí.* ***Entrevistadora:*** *Que ações poderiam ser... existir...?* ***Participante 8:*** *É, a busca ativa também. Fazer palestras que sejam voltadas só pra eles. Tem a questão do horário também, né? Porque muitos deles trabalham e a gente não tem como tá trazendo eles aqui à unidade.* ***(Enfermeira, 38 anos)***

Participante 10: *É... Eu acredito que a política de saúde do homem ela ainda não se consolidou. Então dessa forma é que eu culpa..bilizo o... a... a gestão pública nisso, né? Porque os serviços de saúde eles ainda não... não... não aplicaram a política nacional de atenção integrada à saúde do homem... é... destinando serviços pra esse público, né? E não está nem inclusive preparado pra isso. É... eu posso citar um exemplo? Exemplificar?* ***Entrevistadora:*** *pode...* ***Participante 10:*** *Pronto. O ano passado é... nós fizemos um chamamento no Novembro Azul, né? Lá em N.B. (bairro da cidade)... que os agentes de saúde trabalharam muito bem... Eles conseguiram trazer os homens pra unidade. Mas nós não tínhamos suporte nenhum da Secretaria de Saúde, porque eles estavam ali muitos pra solicitar exames, que tinham se vencido e não tinham conseguido acesso a vaga, né? Muitos estavam ali já doentes (ênfase), né? E quando nós viemos pra questão do acesso às consultas especializadas e exames de média e alta complexidade nós não tínhamos as vagas (diminui o tom de voz). Então os serviços de saúde eles não estão preparados pra atender esse público, a essa demanda, né? Aí a gente até questionou. Eu tenho duas estagiárias que... um trabalhou esse tema e a outra tá trabalhando também o mesmo tema, né? Será que eles não vem? Eles vem. Agora o serviço não tá preparado pra receber não, ainda. Então a... a... a... a responsabilidade que eu considero da questão pública é isso. Por parte do... da política...* ***Entrevistadora:*** *E os profissionais? Você acha que eles tão capacitados pra receber...?* ***Participante 10:*** *Também acho que não. Também acho que não. Entendeu? Pra esse público, não. Né? Nós atendemos de forma generalista, mas existem as especificidades. Existem também as estratégias de... de... de... de atender... atender esse público, né? E que nós não*

contamos no dia a dia de trabalho pra... pra... pra captar e... esse público masculino. ***(Assistente social, 39 anos)***

Participante 11: *É... (pausa) tem a questão (pausa) é... também de que muitos profissionais tem já esse próprio machismo também neles, né? E já não, nem cobram que o homem venha à unidade. Como também eles poderiam ajudar fazendo horários diferentes pra o homem, por exemplo, que trabalha. É... (pausa) colocando postos e unidades específicas pra atender em horários noturnos, pra disponibilizar horário de consulta e de atendimento pra esses homens que durante o dia não tem disponibilidade de vir à unidade.* ***Entrevistadora:*** *Você acredita que os próprios profissionais talvez não estejam tão preparados pra esse público?* ***Participante 11:*** *Sim. Eles não tem tanta receptividade, muitos, pra esse tipo de público. (pausa) Tanto a... (pausa) a gestão, como os próprios profissionais também.* ***(Médica, 26 anos)***

Em quase todas essas falas observa-se que, reiteradamente, os participantes afirmam que os homens vão menos aos serviços de saúde do que as mulheres. No que tange aos serviços de saúde os participantes reconheceram em seus relatos que os gestores e os profissionais têm uma parcela de responsabilidade pelo afastamento dos homens dos serviços de saúde. Para os entrevistados, "falta divulgação que chame os homens pro serviço", "os serviços não tem atrativos", "não há flexibilidade de horários" e "os profissionais não são receptivos ao público masculino".

Alguns participantes apresentam a diferenciação entre os gêneros nos cuidados com a saúde como elemento que reforça a menor atenção em saúde voltada aos homens. A fala da participante 2 afirma que "já existe uma dificuldade do homem em procurar o serviço", referindo-se, possivelmente, à ideia naturalizada de que os homens não se cuidam e por isso procuram menos os serviços em saúde, ao passo que as mulheres naturalmente dedicam mais tempo a esses cuidados. Esse seria então um dos motivos para que os serviços destinassem mais atividades e ações voltadas ao público feminino, uma vez que elas buscam com mais frequência esses espaços do que os homens. Ainda nesse sentindo, as falas de alguns participantes salientam que há um maior preparo de ações e investimentos voltados ao Outubro Rosa (mês de campanha ao câncer voltada às mulheres) do que ao Novembro Azul (mês de campanha ao câncer voltada aos homens). Essas linhas argumentativas baseiam-se em uma lógica de oferta e demanda, em que a oferta é maior para quem procura, concluindo, implicitamente, que quem não busca os serviços em saúde não possui demandas de atenção. Nesta lógica, se os serviços não são procurados pelo público masculino, os produtores (gestores e profissionais) são estimulados, não necessariamente de forma consciente, a não produzirem ações voltadas a este

grupo social. Exercer o trabalho em saúde pautando-se nessa compreensão é negligenciar, sobretudo, os princípios e diretrizes que regem a Atenção Primária em Saúde, como a territorialidade, a participação social, a continuidade do cuidado, a construção de vínculos, a universalidade, etc. (Brasil, 2012). Nesse sentido, compreende-se que é preciso considerar outras formas de garantir a acessibilidade à saúde que são disponíveis na Atenção Primária a Saúde, não restringindo o acesso do público masculino à saúde somente sob a perspectiva de 'ir até o serviço'.

Em algumas dessas falas, em especial as dos participantes 6,8 e 11, há uma mobilização de fatores de ordem socioeconômica, como a questão do trabalho masculino, para justificar menor frequência dos homens nos serviços de saúde. Apesar de afirmarem que os serviços não estão preparados o suficiente para acolher as demandas masculinos, nessas falas os participantes, ao mobilizarem estes fatores, atribuem aos homens uma parcela da responsabilidade pela ineficácia das ações direcionadas ao público masculino. Percebe-se que os participantes buscam equilibrar os argumentos, uma vez que corresponsabilizam os homens e os serviços.

Em uma dessas falas, a da participante 10, se afirma que a política de saúde dos homens (PNAISH) sequer chegou a consolidar-se no cotidiano dos serviços de saúde. Diferentemente da construção discursiva de outros participantes, que não raramente posicionam os homens como também responsáveis pela menor frequência nos serviços, esta participante afirma que os homens vão sim às Unidades de Saúde, mas que estas não estão preparadas para receber esse público. O argumento da participante 10 contrapõe-se a fala da participante 2, que afirma que há uma dificuldade supostamente "original/natural" dos homens na procura dos serviços. A PNAISH foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009), visando oferecer benefícios aos homens brasileiros frente às questões com a saúde, sobretudo na Atenção Primária. Ao lançar mão do argumento de que essa política ainda não está consolidada, uma vez que nem os serviços e nem os profissionais estão preparados para receber os homens nesses espaços, a participante 10 põe em destaque a responsabilidade que cabe aos serviços (gestores e profissionais) no contexto da saúde dos homens.

Vimos que o machismo foi, em outros momentos, um elemento utilizado pelos participantes para caracterizar os homens, sendo considerado atributo que exerce influência na frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, é interessante observar que em uma dessas falas, a da participante 11, ela mobiliza a característica do machismo para referir-se a "muitos profissionais" que compõem os serviços. O machismo aparece nessa fala como atributo que faz com que os profissionais corroborem a ideia de que homens não precisam

frequentar os serviços de saúde, e que diminui o empenho desses profissionais no sentido de potencializar as ações em saúde que poderiam facilitar com que o acesso à saúde chegasse aos homens. Ao afirmar que muitos profissionais são machistas, a participante desloca o conceito de machismo, que é recorrentemente atribuído somente aos homens, a outras categorias. Nesse sentido, implicitamente, o status "machista" pode, portanto, ser atribuído tanto a homens quanto a mulheres, nos mais diferentes grupos sociais.

Na maioria das falas acima observa-se que, implicitamente, os participantes fazem sugestões do que poderia tornar os serviços de saúde mais eficientes no contexto da atenção à saúde dos homens. Essas sugestões versam, sobretudo, sobre a construção de artifícios para divulgação dos serviços que são disponíveis aos homens, assim como sobre o desenvolvimento de mais ações voltadas a este público e maior capacitação dos profissionais que trabalham nesses espaços. Alguns participantes apresentam, explicitamente, elementos que poderiam contribuir na melhoria dos serviços e a consequente maior frequência dos homens, como "a busca ativa", "palestras que sejam voltadas só pra eles", "a questão do horário" e "campanha na televisão".

Alguns participantes, por sua vez, afirmaram, explicitamente, que os serviços de saúde são corresponsáveis pela menor frequência dos homens nos serviços.

> ***Participante 9:*** *(pausa breve) Pela própria questão da disponibilidade de horários, né? Eu acredito que (pausa) peraí, como é? "Por quais motivos acreditaria que os próprios serviços são compostos de profissionais de saúde e gestores..." é isso, é?* ***Entrevistadora:*** *É...****Participante 9:*** *"...ser responsabilizados..." É... A gente tem que disponibilizar a questão de horários, fazermos é... sensibiliza... mais sensibilizações, a gente tem que sensibilizar o homem pra que eles participem, quando for aberto a, é... o pré-natal do homem, que isso é uma coisa bem nova, é uma coisa que poucas unidades fazem, mas se faz, a gente chama assim: "olha, o homem tem direito ao pré-natal", "mas pré-natal né só de mulher?" "Não, o pré-natal... do homem. Em que sentido? Ele vem acompanhar a mulher, mas não só pra participar do, do pré-natal em si da mulher, mas ele, como companheiro, ele ter o direito de fazer os exames, ver se as taxas estão boas, vê como é que tá todo o seu... o, o, o processo, dependendo da idade, a gente solicita... o exame de próstata e fazer os exames em si." Então, esse é o pré-natal do homem. Então, pra que isso aconteça tem que ter uma sensibilização, a gente tem que fazer essa sensibilização, que eu ainda acho que está muito a desejar.* ***Entrevistadora****: Então você acha assim que os serviços têm essa responsabilidade por essa baixa frequência dos homens?* ***Participante 9:*** *Algu... Em algu... em certa parte sim. Existe a, a... a bivalência do, do, da cultura, mas também tem a questão da gente mudar esse contexto. Como mudar? Sensibilizando.* ***Entrevistadora:*** *Unrrum.* ***Participante 9:*** *Né? Educando.* ***(Enfermeira, 50 anos)***
>
> ***Participante 4 –*** *Eu acho que o serviço ele é corresponsável por isso também. Não tem como eximir a culpa do serviço. (pausa) Aí vem vários fatores: as estruturas do serviço,*

> *as condições de trabalho, é... (pausa) a forma de trabalhar, o planejamento, as estratégias, se são exitosos ou não. Mas acho que a... o serviço de saúde ele é responsável por isso. Também pela baixa frequência, mesmo sabendo que é uma população atípica, que não busca o serviço. Mas... é (pausa) há poucas tentativas nesse sentido de trazer o homem pra o serviço. Mas ele é corresponsável também (pausa) por essa baixa frequência.* ***(Enfermeira, 43 anos)***

Nas duas falas supracitadas, as participantes apresentaram, explicitamente, que os serviços são corresponsáveis pela menor frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que além das questões de ordem institucionais, há outros fatores que contribuem para esse fenômeno. Mencionar uma corresponsabilização é, de certa forma, equilibrar as funções que cada instância (serviços, usuários, cultura, questões sociais, etc.) possui dentro do contexto da atenção à saúde dos homens, não permitindo, então, que se torne uma relação unilateral onde somente um grupo social tem a responsabilidade pela frequência dos homens nos serviços.

Nessas falas, observa-se que os participantes atribuem algumas responsabilidades aos serviços, no entanto não deixam de mobilizar outros fatores para relacionar e equiparar aos institucionais. Aos serviços, por exemplo, cabem “as estruturas do serviço”, “as condições de trabalho”, “a forma de trabalhar”, “o planejamento”, “as estratégias”, “a sensibilização”. Os usuários (os homens) e a sua cultura, por sua vez, também são posicionados como responsáveis pelo seu distanciamento dos serviços. Os homens são, recorrentemente, posicionados como sujeitos que devem fazer algo pela sua própria saúde, que tem uma parcela de responsabilidade no contexto da atenção à saúde.

A fala da participante 4 caracteriza os homens como uma “população atípica” por não buscarem o serviço. “Atípico” é um adjetivo comumente utilizado para referir-se a situações, comportamentos ou ações incomuns, que foge do considerado “normal”. Afirmar que os homens são uma população atípica, é admitir, implicitamente, que o comum e normal seria a busca pelos serviços de saúde. Nesse contexto, buscar os serviços de saúde é construído como um comportamento natural, e não buscá-los é construído como um comportamento incomum, atípico.

É interessante ressaltar, mais uma vez, que o intuito dessa investigação não consiste em culpabilizar ou responsabilizar pessoas e/ou entidades pela menor frequência dos homens nos serviços de saúde. No entanto, é plausível afirmar que há vários elementos nas falas analisadas

que podem estar favorecendo o menor acesso dos homens aos serviços, no entanto, reconhecer a existência desses não significa uma necessidade de enumerar culpados para tal situação.

Na maioria dos discursos analisados, ao tratar sobre a frequência/acesso dos homens aos serviços de saúde, os participantes reduziam os cuidados em saúde ao ato de ‘ir até o serviço’, desconsiderando outras formas de garantir a acessibilidade à saúde que são disponíveis na Atenção Primária à Saúde. Pensar o acesso do público masculino à saúde somente sob a perspectiva de ‘ir até o serviço’ deixa escapar alguns princípios que regem a Atenção Básica em Saúde, como a territorialidade, a construção de vínculos, a continuidade do cuidado e o da participação social (Brasil, 2012), por exemplo, e que podem ser elementos importantes para pensar a potencialização e melhorias na atenção à saúde dos homens.

6. A atenção à saúde dos homens na Atenção Primária à Saúde

Segundo Chianca (2011), ainda que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) apresente propostas convenientes e pertinentes ao público masculino, ela enfrenta algumas dificuldades em sua implementação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Neste capítulo busca-se compreender como os profissionais de saúde constroem a relação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção à Saúde dos Homens, a partir dos conhecimentos que eles têm sobre Políticas Públicas, especialmente sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

6.1 Contradição entre teoria e prática

A PNAISH tem sido inserida paulatinamente nos serviços de saúde desde o ano da sua implementação, 2009. Quando falaram dessa política os profissionais ressaltaram a contradição entre o que preconiza a teoria e o que é realizado na prática.

> ***Participante 6****: (pausa) Bem, acho que tem mais propaganda do que ação. E... trata-se até duma... [sic.]eu posso até afirmar ser uma propaganda enganosa, porque é mostrado (pausa breve) um tipo de oferta de serviços que estes homens teriam acesso e.... teriam é... também como efetivar... ter esse acesso garantido e, e... e os serviços que são pre... que são oferecidos também não... é... a contento, não são oferecidos na sua plenitude. Acredito ser uma propaganda enganosa, porque os que procuram o serviço não saem satisfeitos com o que buscaram, né?* ***(Médico, 38 anos)***
>
> ***Participante 8:*** *Na verdade... como eu falei anteriormente, teria que ser trabalhado mais, né? Porque ainda não se trata do jeito que é proposto pelo ministério da saúde. Aqui a gente sente muito isso. É... a demanda daqui é muito grande. A gente até às vezes já conversou... Pronto... Esse mês de novembro mesmo, voltado pra o homem. A gente sente aquela dificuldade de colocar em prática, de resgatar esse homem, é... até que ele venha aqui à nossa unidade, né? E assim de forma a explicar como seria... (pausa reflexiva, pensando na resposta) Como seria (pausa)... Eu acho que teria que ser revista essa questão aí pela própria unidade, pelos próprios profissionais. Porque a política existe. É possível colocar em prática? É, né? Mas no entanto o que é que impede isso aí? Aí é uma série de fatores: a adesão do homem, que não tem; questão do trabalho deles também; a demanda da unidade que é muito grande. A gente não consegue fazer, é impressionante aqui. A gente até tenta. Eu tava conversando com – (nome da coordenadora da unidade) - hoje, a gente tentando ver o que era que podia fazer. Sim, pelo menos esse mês de novembro, que é o mês esperado do homem, né? Pra resgatar, pra colocar isso aí em prática, mas acaba a gente mesmo negligenciando... essa política.* ***(Enfermeira, 38 anos)***
>
> ***Participante 11:*** *Só o fato de já existir a política já existe um estímulo até o próprio profissional a se atualizar e a procurar o homem que venha mais à unidade. Então estimula os agentes de saúde a buscarem mais os homens e estimularem que eles*

> *venham mais à unidade de saúde. (Interrupção externa. Pausa breve). Mas (pausa) acho que só a política, sem ser (pausa) colocado em exercício - esse colocado em exercício não é tão na prática, não é tão no dia a dia, não tá tanto dentro de todas as unidades. E acho que (pausa) teria que ter mais atividades direcionadas para os homens na prática mesmo. No cotidiano e dentro dos serviços de saúde. Para assim contribuir mais na maior frequência dos homens nas unidades.* ***(Médica, 26 anos)***

Em todas essas falas os participantes afirmam que a PNAISH ainda não tem sido colocada efetivamente em prática nos serviços de saúde. Para eles, tal política "é muito incipiente", "tem mais propaganda do que ação", "muita coisa ainda tá só no papel" e ela não é tratada "do jeito que é proposto pelo ministério da saúde".

O participante 6 diz, explicitamente, que a política não funciona. Em seguida explica esse não funcionamento. Para ele, a política, enquanto teoria, apresenta muitos benefícios aos homens, como o melhor acesso aos serviços e aos cuidados em saúde. No entanto, de acordo com esse participante, esses benefícios não são oferecidos em sua plenitude, fazendo com que os homens saiam insatisfeitos dos serviços de saúde. O participante 6 situa, afirma que a causa para esse não funcionamento efetivo da política é que o governo só faz propaganda enganosa. Em sua fala os profissionais de saúde são, implicitamente, posicionados como agentes que não fazem parte do governo e do estado e nem são responsáveis por esse contexto de saúde.

A fala da participante 8 menciona alguns elementos que dificultariam o trabalho dos profissionais de saúde quando tentam pôr em prática a PNAISH. Para ela, a baixa adesão dos homens aos serviços, a questão do trabalho e a demanda da unidade são elementos que interferem na atuação dos profissionais quando tentam executar o que a política propõe. Percebe-se que ao mobilizar esses fatores, atribuindo características aos homens (os homens que não aderem os serviços, a questão do trabalho), assim como ao evidenciar um elemento de natureza institucional (que supostamente diz respeito a saúde pública de modo geral) que é a grande demanda que os serviços de saúde precisam atender, a participante desresponsabiliza os profissionais que estão na ponta e responsabilizam as altas esferas do Estado Brasileiro. Para esta participante, há fatores de ordem cultural e institucional (como os anteriormente citados) que contribuem para a não efetivação plena da PNAISH nos serviços de saúde.

Em uma dessas falas, a da participante 11, argumenta-se que o simples fato de existir, em teoria, a política voltada à saúde dos homens, impulsiona a busca, por parte dos profissionais, por ações destinadas a esse público. A simples existência do documento da PNAISH é apresentado como um fator suficiente para estimular os profissionais de saúde a dar mais atenção à saúde dos homens. No entanto, no desenrolar da sua argumentação, esta

participante afirma que a política de saúde dos homens não tem sido colocada, verdadeiramente, em exercício, uma vez que não se observa uma prática cotidiana, diária. Observando o modo como ela constrói sua argumentação, percebe-se que, implicitamente, essa participante atribui aos profissionais de saúde a responsabilidade acerca da política não estar sendo posta em exercício nos serviços, uma vez que ela mesma afirma que a política existe, existe a iniciativa teórica, mas que mesmo assim não há um exercício cotidiano dessa política nas Unidades Básicas de Saúde.

Não há nada de problemático na afirmação de que a teoria presente no documento da PNAISH não condiz com a prática nos serviços de saúde, até porque se sabe que o exercício das ações em saúde podem sofrer várias interferências culturais, políticas, sociais, etc. No entanto, nas falas desses participantes, há uma recorrente mobilização de fatores que, implicitamente, contribuem para desresponsabilização dos profissionais de saúde no que diz respeito à efetivação da PNAISH. Em apenas uma dessas falas, a da participante 11, os profissionais de saúde foram, implicitamente, mencionados ou posicionados como fator importante na execução das ações propostas pela política de saúde dos homens. Nas demais, ora os próprios homens são apresentados como fator que contribui para a dificuldade de pôr em prática a PNAISH, ora a própria política, enquanto algo que, supostamente, surge de uma instância superior.

6.2 A fragmentação e periodicidade da política

Alguns participantes sugeriram, explicita e implicitamente, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, assim como as ações em saúde voltadas a este público tem sido tratada pelos serviços de saúde a partir de uma perspectiva periódica e fragmentada. Esses participantes mobilizaram alguns elementos, sobretudo de ordem institucional, que caracterizariam essa relação e que implicariam na fragmentação e periodicidade das ações voltadas a esse grupo social. Vejamos as falas a seguir:

> ***Participante 2****: (...) Existe essa questão do... do gestor, da...dos governantes em si não valorizarem tanto a saúde do homem. É como se a política deles não existisse, existisse um raro momento, que seria nesse... no mês de novembro, então acho que eles não cumprem muito. Eu não tenho total conhecimento da política do homem, até pra você ver, de nós, profissionais, falta a gente se dedicar mais também à política do homem, que a gente foca tanto em ver a política da mulher, da criança, mas esquece de ver, se dedicar mais a do homem. Então acho que falta isso, tanto da parte dos servidores de saúde, como dos gestores também.* ***(Enfermeira, 24 anos)***
>
> ***Participante 4****: (Convicta) De forma desorganizada. De forma separada. Por exemplo, a gente tem Outubro Rosa, o novembro vai chegar, aí vem Novembro Azul, né? Que*

também é uma campanha nacional. Então o homem ele ainda tá sendo trabalhado seccionado: próstata, tabagismo, saúde mental e drogas. Então ele tá sendo ainda visto dessa forma. Então... é... (pausa) eu acho que de forma ainda (pausa) com muita solução de continuidade. Inclusive com relação aos profissionais que tão na atenção básica. Eu tô há esse tempo todinho, ainda não houve nenhum... (pausa) eu não diria treinamento, mas não houve nenhum momento de construção do trabalho voltado pra saúde do homem. Espera-se muito que o profissional sozinho desenvolva a ação sem nem ter tido um norte. Espera-se que a gente por si só já saiba conduzir o processo de trabalhar com o homem, embora a gente precisa tá tendo um norte, tá sendo norteada com relação a esse trabalho. (Interrupção externa) (...) precisa a gestão, os programas, sentarem bem, destrincharem muito bem essa atenção à saúde do homem e trazer a gente pra perto disso. ***(Enfermeira, 43 anos)***

Participante 9*: (...) Porque quando se... a gente já tá começando... esse serviço. É uma coisa que tá, começou em 2008. É muito recente, realmente. Só em 2009 que foi implantado. Mas se você quebrar o serviço, aí a gente descredibiliza. Aí assim: têm que começar, começar com uma certa força, né, mas que isso tenha continuidade. Não iniciar e romper lá na frente. Então se o serviço for quebrado, for fragmentado, aí a... aí já... já fica desfragmentada a, a assistência e, consequentemente, a credibilidade do serviço que foi proposto a dar... ao homem.* ***Entrevistadora****: Você acredita então que, tipo, teve um início, mas meio que se...* ***Participante 9****: Foi...* ***Entrevistadora****:... se quebrou um pouco a ideia.* ***Participante 9****: É muito incipiente. É muito incipiente ainda.* ***(Enfermeira, 50 anos)***

Participante 10: *Pronto. Eu vou falar o que acontece, certo? É... o que eu percebo, o que ocorre são é... assim... serviços focais. Focais e destinados muito assim só Novembro Azul. Ele não é feito de forma contínua, entendeu? Integral e contínua. Não há integralidade e não há continuidade. O que há, que eu vejo na... na... quando se tenta, né? É... fazer algo destinado a isso, considerando os objetivos e diretrizes da política, são... são... atividades isoladas e focais é... no mês de novembro.* ***(Assistente social, 39 anos)***

Para essas participantes a atenção à saúde dos homens não é feita de forma "integral e contínua", uma vez que as políticas públicas, sobretudo a de saúde dos homens, têm sido trabalhadas, especialmente, em forma de campanhas mensais, impossibilitando ações em saúde de forma continuada. Essas participantes mobilizaram alguns elementos, de ordem institucional, que explicariam a fragmentação e a descontinuidade da atenção destinada aos homens. Para elas, os gestores não valorizam tanto a saúde dos homens, os profissionais não se dedicam aos cuidados voltados aos homens como fazem a outros grupos sociais e esses estão pouco orientados sobre a política de saúde dos homens.

Em algumas dessas falas as participantes mencionaram o "novembro azul", campanha nacional destinada a saúde dos homens, com ênfase, sobretudo, na prevenção e diagnóstico do câncer de próstata, como principal estratégia utilizada pelos serviços de saúde para realizar ações em saúde aos homens. Essas participantes, por sua vez, atestam que essa campanha é uma

medida situacional e periódica, que ocorre apenas em um mês do ano, e que esse modo de trabalhar a saúde, de forma fragmentada e descontinuada, não permite uma atenção à saúde dos homens de forma integral.

Na fala da participante 9 não se menciona quaisquer elementos que poderiam estar contribuindo para a afirmação que ela faz sobre a descontinuidade da política. Para ela a política teve um pontapé inicial, mas depois foi "quebrada" e houve um rompimento das ideias iniciais propostas pela política de saúde dos homens. Fazer esse tipo de afirmação, mas sem apresentar nenhum elemento que possa ter contribuído para essa descontinuidade pode caracterizar uma tentativa de não nomear responsáveis por esse contexto. Assumir esse posicionamento de uma suposta neutralidade frente ao assunto pode ser reflexo de duas coisas, por exemplo: ou o receio de apontar "culpados" para esse fenômeno e, dessa forma ser criticada pelo seu posicionamento, ou por simplesmente não ter tanto conhecimento sobre o contexto da atenção à saúde dos homens e por isso não se autorizou a apresentar elementos que pudessem ratificar e justificar a sua afirmação.

Percebe-se, na fala da participante 2, que tanto os profissionais como a gestão são responsabilizados pela descontinuidade das ações da política de saúde dos homens nos serviços de saúde. Para esta participante, a gestão e os profissionais estão mais empenhados em trabalhar outras políticas, como as de saúde das mulheres e de crianças, do que voltar-se para a atenção a saúde dos homens. Observa-se, na fala dessa participante, o uso do recurso retórico que Potter (1998) denomina de vacinação, no trecho *"Eu não tenho total conhecimento da política do homem, até pra você ver, de nós, profissionais (...)".* Ao utilizar esse recurso discursivo, a participante vacina-se contra possíveis acusações de falta de conhecimento, uma vez que já deixa claro que não tem muito conhecimento sobre o assunto sobre o qual fala.

Em pelo menos uma dessas falas, a da participante 4, a gestão é, explicitamente, posicionada como responsável por orientar e nortear os profissionais de saúde frente à política de saúde dos homens. Quando afirma que a gestão espera *"muito que o profissional sozinho desenvolva a ação sem nem ter tido um norte"*, apresenta os profissionais como pessoas que devem ser orientados acerca das suas ações nos serviços de saúde, e que essa orientação deve partir de instâncias superiores. Para ela, a própria gestão deve buscar entender melhor a política de saúde dos homens, e a partir disso nortear os profissionais nesse contexto. A participante claramente constrói as ações dos profissionais no contexto da atenção à saúde dos homens como um reflexo do modo como a gestão tem tratado essa política.

Nessas falas, os gestores são, reiteradamente, apresentados como responsáveis pela efetiva implementação e eficácia das políticas de saúde, em especial da política de saúde dos

homens. Não obstante os profissionais expressarem, modestamente, sua parcela de responsabilidade frente a essa questão, quando referem-se, por exemplo, que precisam dedicar-se mais à política de saúde dos homens, observa-se que, recorrentemente, os gestores são posicionados, enfaticamente, como instância que não valoriza a saúde dos homens, e que precisam, por sua vez, dedicar mais à atenção à saúde desse grupo social para que possam "nortear" e orientar os profissionais nas ações em saúde voltadas a esse público.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos compreender os significados da atenção à saúde dos homens para profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campina Grande, Paraíba. Para isso, trabalhamos e discutimos questões referentes ao gênero, aos próprios serviços de saúde e também à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Verificou-se, através da busca de artigos em bases de dados (PePSIC/SciELO), que na Paraíba há uma produção científica ainda incipiente acerca da atenção à saúde dos homens. Assim, esta pesquisa contribui no sentido de ajudar a entender, ainda que modestamente, o modo como a atenção a saúde dos homens vem sendo compreendida por alguns profissionais.

Com a análise dos relatos dos participantes, verificou-se que a atenção à saúde dos homens é compreendida de variadas formas enquanto teoria e prática nos serviços de saúde e no cotidiano dos profissionais. Para investigarmos esses modos de compreensão, buscamos trabalhar nas entrevistas três temas que atravessam o contexto da atenção à saúde deste público: o conceito de masculinidade, as explicações para a frequência dos homens nos serviços de saúde, e a compreensão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens no contexto da APS.

As definições de masculinidade ("o que é ser homem"), construídas pelos profissionais entrevistados podem influenciar as práticas e ações que esses profissionais realizam no contexto da atenção à saúde dos homens. A maioria das definições eram de ordem sociocultural. Os homens foram definidos a partir de um conjunto de atributos (morais, psicológicos e sociais) e esses atributos eram um produto da cultura em que eles foram socializados. Desse modo, alguns participantes descreveram o homem como "provedor da família", como aquele que assume a "sobrevivência da família", que "não se cuida". Alguns participantes, por sua vez, apresentaram fatores individualizantes para definir o que é ser homem, mencionando uma suposta autonomia dos sujeitos para definirem a si mesmos em termos de identidade de gênero. Somente um dos entrevistados mobilizou fatores estritamente biologizantes em sua definição acerca do que é ser homem.

Outra questão abordada nesse estudo foi relacionada a frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Quase todos os profissionais entrevistados afirmaram que os homens frequentam menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres. Observou-se a construção de diversas justificativas para a menor frequência dos homens nos serviços de

saúde, justificativas de natureza socioeconômica, justificativas de natureza sociocultural e justificativas de ordem institucional. Os fatores socioeconômicos apresentados pelos entrevistados dizem respeito a carga horária de trabalho dos homens, e sua consequente falta de tempo livre, que supostamente dificultam o acesso dos homens aos cuidados em saúde. Compreendemos os fatores socioculturais como uma série de questões que estão, de algum modo, vinculadas à cultura, como as questões de gênero, o preconceito, a vergonha, a sexualidade, etc. O gênero, por exemplo, é um dos elementos que é recorrentemente utilizado, neste e em outros trabalhos, para justificar a frequência dos homens nos serviços de saúde. Nesse estudo, alguns participantes apresentam uma suposta representação existente, segundo a qual a despreocupação e impassibilidade em relação aos cuidados em saúde seria uma característica do homem forte e viril.

Observou-se que a recorrente e enfática explicação culturalista para a menor frequência dos homens nos serviços de saúde pode ser considerada uma estratégia, não necessariamente consciente, usada para obliterar a responsabilidade do sistema de saúde pela baixa frequência aos serviços, apresentando os próprios homens como os responsáveis por esse fenômeno.

Quando diretamente questionados sobre o papel dos serviços de saúde na frequência dos homens nestes espaços, os entrevistados apontaram que há uma nítida diferenciação na atenção dispensada aos gêneros, e que os serviços dedicam maior atenção à saúde das mulheres. Nos discursos observa-se que os profissionais posicionam, sobretudo, a gestão, enquanto estância superior, como responsável pela diferenciação na atenção à saúde dos dois gêneros. Percebe-se que os entrevistados realizam uma sutil distinção entre gestão e profissionais de saúde, utilizando essa diferenciação para argumentar que a suposta falta de atenção que os profissionais de saúde prestam à atenção à saúde dos homens seria reflexo do modo como a gestão trata essa questão. Todavia, outros participantes afirmaram que os serviços, o modo como estes são organizados e as ações que desempenham, são, junto a outros fatores (a cultura, os usuários), corresponsáveis pela frequência dos homens nos serviços de saúde.

No último capítulo analítico desse estudo buscamos entender como os entrevistados constroem a relação entre a Atenção Primária à Saúde e a atenção à saúde dos homens, tomando como base, sobretudo, seus conhecimentos sobre a PNAISH. Verificamos que, de um modo geral, os profissionais afirmam que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não tem sido trabalhada de modo eficaz nas Unidades Básicas de Saúde, mobilizando alguns fatores para sustentar suas afirmações. Os discursos dos entrevistados permitiram a construção de duas categorias de análise, a primeira, que apresenta um conjunto de falas que diz respeito a uma suposta discrepância entre o que preconiza a teoria da PNAISH e as práticas que são

exercidas nos serviços de saúde, e a segunda, formada por discursos que argumentam que a atenção à saúde dos homens nas Unidades Básicas de Saúde dá-se de forma periódica e fragmentada. Na maioria das falas os profissionais justificam suas argumentações posicionando a gestão como principal responsável pelo contexto acima mencionado. A gestão é apresentada como responsável pelo fato da PNAISH não ser colocada verdadeiramente em prática nos serviços de saúde, e também pela descontinuidade e fragmentação que caracterizariam a atenção à saúde dos homens.

Entendemos este trabalho como uma modesta abertura para novos trajetos de pesquisa e estudos no campo da atenção à saúde dos homens. Compreendemos que ele possibilitou o acesso a um conjunto de pessoas, os profissionais de saúde, que estão diretamente envolvidos, em nosso contexto, nos processos de atenção à saúde da população.

Acreditamos que ao longo deste estudo nossos posicionamentos tentaram pôr em evidência a necessidade de dar atenção a um conjunto de questões (cultura, gênero, a política de saúde dos homens, etc.) que podem favorecer ou dificultar a atenção integral a saúde dos homens. A integralidade a que nos referimos diz respeito às práticas de cuidados em saúde que buscam dar conta dos homens a partir de suas particularidades e singularidades, onde essas práticas em saúde são baseadas numa perspectiva ética e que atenta, sobretudo, para os componentes socioculturais e de gênero que envolvem esse contexto; distanciando-se assim de uma ideia de saúde baseada em uma medicalização totalizante e de um homem entendido somente como um corpo biológico.

Compreendemos que é preciso considerar os homens a partir de sua diversidade de gênero, cultural, racial/étnica e política, apostando em um caráter plural e diverso, não os reduzindo aos aspectos biológicos e corporais, uma vez que pensar a saúde dos homens diz respeito a uma variedade de elementos para além destes últimos, como por exemplo a violência de gênero e a paternidade. Nesse sentido, é importante que as práticas voltadas a saúde dos homens sejam potencializadas, extrapolando os muros dos serviços de saúde e realizando ações ativas no cotidiano dos homens. Percebe-se também a importância e pertinência de dar atenção ao trabalho dos profissionais de saúde nesse contexto, e de um maior investimento em sua qualificação, visando uma ampliação e sofisticação das práticas e conceitos que estes possuem acerca da saúde dos homens.

8. Referências

Alves, R. F., Silva, R. P., Ernesto, M.V., Lima, A.G.B., & Souza, F. M. (2011). Gênero e Saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, *13*(3), 152-166.

Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (2012). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Ed Thomson.

Antaki, C., Billig, M., Edwards, D., & Potter, J. (2003). Discourse Analysis Means Doing Analysis: A Critique of Six Analytic Shortcomings. *Discourse analysis online***.** Recuperado de: <http://extra.shu.ac.uk/daol/articles/open/2002/002/antaki2002002-paper.html>.

Aquino, E. M. L. (2005). Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19-22, Brasil. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03bv10n1.pdf >

Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edição 70.

Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

Bento, B. (2015). *Homem não tece a dor – queixas e perplexidades masculinas.* Rio Grande do Norte: EDUFRN, Editora da UFRN.

Billig, M. (1985). Prejudice, categorization, and particularization: from a perceptual to a rhetorical approach. *European Journal of Social Psychology*, *15*, 79-103.

Billig, M. (1987). *Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology***.** *C*ambridge: Cambridge University Press.

Billig, M. (1991). *Ideology and opinions*. Londres: Sage

Bourdieu, P. (2002). *A Dominação Masculina.* 2º Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. Recuperado em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3026074/mod_resource/content/1/BOURDIEU%2C%20P.%20A%20Domina%C3%A7%C3%A3o%20Masculina.pdf>

Brasil. (2004a). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.* Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: MS. Recuperado de: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização***.** Brasília. 1º Ed. Recuperado de: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >

Brasil. (2004c). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual.* Brasília. Recuperado de: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.* Recuperado de: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.* Brasília. Recuperado de: < http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf>.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).* Brasília. Recuperado de: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf >

Brasil. (2013). Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília. Recuperado de: < http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>.

Burr, V. (2002). Psicología Discursiva. *The Person in Social Psychology*. Psychology Press, United Kingdom.

Butler. J. (2005). *Cuerpos que Importan: sobre os limites materiales y discusivos del 'sexo'*. Buenos Aires: Paidós.

Campos, V.S. (2012). Análisis del Discurso y Psicología: A veinte años de la revolución discursiva. *Revista de Psicologia de la Universidad de Chile, 21*(1), 185-208.

Carrara, S., Russo, J.A.; & Faro, L. (2009) A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva***,** *19*(3), 659-678, Rio de Janeiro.

Chianca, K. S. V. (2011) *Implantação da política nacional da atenção integrada a saúde do homem: análise das possibilidades e limites*. 93f. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, *21*(1), 241-282.

Costa, J.F. (2001). *O sexo segundo Laqueur*. Recuperado em: < http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2503200105.htm >

Couto, M. T., Pinheiro T.F., Valença, O., Machin, R., Silva, G.S.N., Gomes, R., Schraiber, L.B., & Figueiredo, W.S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação***,** *14*(33),257-270, Brasil.

Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva, 17*(10), 2569-2578, Rio de Janeiro.

Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento.* São Paulo: Atlas S. A

Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive psychology***.** Londres: Sage.

Edwards, D. (1997). *Discourse and Cognition*. London: Sage.

Edwards, D. (2006). Discourse, cognition and social practices: The rich surface of language and social interaction. *Discourse Studies*, *8*(1), 41-49.

Fariñas, A.G., & Pérez, A.G.A. (n.d). Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia em los servicios médicos primários. *Revista Cubana Salud Pública.* Cuba. Recuperado em: < http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n2/spu10206.pdf>.

Figueiredo, W. (2005) Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(1),105-109.

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

Fleury, S. & Ouverney, A.M. (2012). Política de Saúde: uma política social. In: L. Giovanella, et al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado em: < http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTO_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf>

Foucault, M. (1970). *A ordem do discurso: aula inaugural no college d'e france, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.* 1º Ed. São Paulo: LOYOLA, Brasil.

Foucault, M. (1982). *Microfísica do Poder*. 3º ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes.

Gill, R. (2003). Análise de discurso. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som.* 244-269, Rio de Janeiro: Vozes.

Gil, C.R.R. (2006). Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública, 22*(6),1171-1181, Rio de Janeiro.

Godeo, E G. (2003). El Análisis Crítico del discurso como herramienta para el exam de la construccíon discursiva de las identidades de género. *Revista Interlinguistica*, 497-512.

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*(3), 825-829.

Gomes, R. (2010). *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora Unesp.

Gomes, R. (2011). Apresentação. In: R. Gomes (Org.). *Saúde do Homem em debate*, Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, R. (2012). *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, R., & Nascimento, E.F. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública, 22*(5), 901-911, Rio de Janeiro.

Gomes, R., Nascimento, E. F. do, & Araújo, F.C. (2007). 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, 23*(3), 565-574, Rio de Janeiro.

Gomes, R., Leal, A. F., Knauth, D., & Silva, G. S. N. (2012). Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(10),2589-2596.

Guzmán, A., Stecher, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2016). Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicologia USP; 27*(3), 510-520. Recuperado de: < http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf >.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio* (PNAD - 2014). Recuperado de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf >.

Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos*. Brasília: Autor.

Jorgensen, M., & Phillips, L. J. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method.* SAGE Publications: London.

Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana***,** *2*(2), Porto Alegre

Lang, A. B. S. G., Campos, M. C. S. S., & Dermatini, Z. B. S. (2001). *História oral e pesquisa sociológica: a experiência do CERU*. São Paulo: Humanitas.

Laurenti, R., Mello-Jorge, M.H.P., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva, 10*(1), Rio de Janeiro. Recuperado de: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf >.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF.

Lima, M. A. D. S., Almeida, M. C. P., & Lima, C. C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *R. Gaúcha Enferm., 20,* 130-142, Porto Alegre.

Martins, A. P. V. (2004). *Visões do* Feminino**:** *a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Martins, A. M., & Malamut, B.S. (2013). Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade, 22*(2),429-440, São Paulo.

Matta, G. C., & Morosini, M.V.G. (2009) *Atenção Primária à Saúde*. In Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Recuperado de: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

Medrado, B. (1997). *O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. 148fls. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica/SP. São Paulo, Brasil.

Medrado, B., & Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, *16*(3), 809-840.

Medrado, B., Lyra, J., Azevedo, M., Granja, E., & Vieira, S. (2009). *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto PAPAI.

Medrado, B., Lyra, J., Azevedo, M., & Brasilino, J. (2010a). Entre práticas de intimidade e políticas públicas. Entre políticas de intimidade e práticas públicas... À guisa de uma introdução. In: B. Medrado, J. Lyra, M. Azevedo, & J. Brasilino (Orgs.) *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. 1ª Edição, 7-14, Recife/PE.

Medrado, B., Lyra, J., Azevedo, M., & Noca, J. (2010b). Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: B. Medrado, J. Lyra, M. Azevedo, & J. Brasilino (Orgs.) (Orgs.) *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. 1ª Edição, 53-77, Recife/PE.

Medrado, B., Lyra, J., & Azevedo, M. (2011). "Eu não sou só próstata, eu sou um homem!" Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: R. Gomes. (Org.). *Saúde do Homem em debate.* 39-74, Rio de Janeiro: Fiocruz.

Medrado, B., & Lyra, J. (2014). Princípios ou simplesmente pontos de partida fundamentais para uma leitura feminista de gênero sobre os homens e as masculinidades. In: Eva Blay. (Org.). *Feminismos e masculinidades: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher.* 55-74. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Mello, G.A., Fontanella, B.J.B., & Demarzo, M.M.P. (2009). Atenção Básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista APS,12*(2), 204-213.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11. ed. São Paulo: HUCITEC.

Moura, E. C., Santos, W., Neves, A. C. M., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014). Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(2), 429-438.

Noca, N. J. M. S. (2011). *Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens.* 134 fls. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Nussbaum, R.L., Mclnnes, R.R., & Willard. H.F. (2008). *Genética Médica*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Oliveira Filho, P. (2009) A mobilização do discurso da democracia racial no combate às cotas para afrodescendentes. *Estudos de Psicologia*, 429-436, Campinas – São Paulo.

Oliveira Filho, P. (2013). A Psicologia Social Discursiva. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, M. E. Pereira (Orgs.) *Psicologia Social: temas e teorias*, 467-511. Brasília: Technopolitik.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Recuperado de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf >

Parker, I. (1992). *Discourse Dynamics*. London: Routledge.

Pedrosa, M. (2005). Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, *1*(3), 72-80, Rio de Janeiro.

Pepsic. *Periódicos Eletrônicos em Psicologia.* Obtido em: < http://pepsic.bvsalud.org/ >

Pinheiro, T. F., Couto, M. T., & Silva, G. S. N. (2012). Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 2*(2), 177-195.

Pereira, M. C. A., & Barros, J.P.P. (2015). Públicos masculinos na estratégia de saúde da família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicologia & Sociedade*, *27*(3), 587-598.

Pinker, S. (2004). *Tábula Rasa. A negação contemporânea da natureza humana.* São Paulo: Companhia das Letras.

Poliakov, L. (1974). *O Mito ariano: ensaio sobre as fontes do racismo e dos nacionalismos*. São Paulo: Editora Perspectiva/Editora da Universidade de São Paulo.

Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London, Sage.

Potter, J. (1996). Discourse Analysis and Constructionist Approaches: Theoretical Background. In: J.T.E. Richardson (ed). *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences.* Leicester: British Psychological Society, 125 – 140.

Potter, J. (1998). *La representación de la realidade: Discurso, retórica y construcción social.* Barcelona: Paidós.

Potter, J. (2000). *Representing reality*. Londres: Sage.

Potter, J., & Hepburn, A. (2008). Discursive constructionism. In: Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (ed). *Handbook of Constructionist Research*. 275-293, New York: Guilford Press.

Prodanov, C.C., & Freitas, E.C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.* Novo Hamburgo: Rio Grande do Sul, Brasil.

Quirino, T., Medrado, B. & Lyra, J. (2016). Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. *Athenea Digital*, *16*(3), 481-506. Recuperado de: < http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.2023>

Rasera, E. F. (2013). A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 13*(3), 815-834, Rio de Janeiro.

Rohden, F. (2001). A questão da diferença entre os sexos: redefinições no século XIX. In: F. Rohden. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rueda, L. Í. & Antaki, C. (n.d.) *Análisis del Discurso.*

Santos, F.A. dos. (2010). *Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família*.127f. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil.

Schraiber, L.B., Gomes, R., & Couto, M.T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva, 10*(1),7-17, Rio de Janeiro.

Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Machin, R., Silva, G.S.N. da, & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública, 26*(5), 961-970, Rio de Janeiro.

Schraiber, L. B. (2012). Saúde dos homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva. In: R. Gomes. (Org.). *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde.* 7-20, Rio de Janeiro. Fiocruz.

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17*(1), 29-41.

Scielo Brasil. *Scientific Electronic Library Online.* Recuperado de: < http://www.scielo.br/ >.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade, 20*(2), 71-99.

Sell, M., & Ostermann, A. C. (2009). Análise de Categorias de Pertença (ACP) em estudos de linguagem e gênero: a (des)construção discursiva do homogêneo masculino. *Alfa, 53*(1), 11-34, São Paulo.

Silva, S. P., Santos, C. P., & Oliveira Filho, P. (2015). Os significados do TDAH em discursos de docentes dos anos iniciais. *Pro-Posições, 26*(2), 205-221.

Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In: T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Org). *Métodos de Pesquisa*. Rio Grande do Sul, Editora: UFGRS.

Simião, F. C. N. (2010). *Ele só chega nas últimas, quando não tem mais jeito: Atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva dos homens nos discursos de profissionais do Programa Saúde da Família em Recife.* 151fls. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Schwarz, E., Gomes, R., Couto, M.T., Moura, E.C. de, Carvalho, S.A., & Silva, S.F.C. de. (2012) Política de Saúde do Homem. *Revista Saúde Pública, 46,* 108-116.

Toneli, M.J.F., & Müller, R.F. (2015). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e suas engrenagens biopolíticas: o uso do conceito de gênero como regime de luzes. *Fractal: Revista de Psicologia, 27*(3), 195-202.

Universidade de São Paulo. Biblioteca virtual de direitos humanos - *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.* Recuperado de: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html > Acesso em: 01/05/2015

Vale de Almeida, M. (1996) Género, Masculinidade e Poder – Revendo um caso do Sul de Portugal. *Anuário Antropológico,* 161-190.

Vieira, K. L. D., Gomes, V. L. O., Borba, M. R., & Costa, C.F.S. (2013). Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. *Esc Anna Nery* (impr.), *17*(1), 120 – 127. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/17.pdf>

Vieira, E. M. (2002) *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation.* London: Harvester Wheat Sheaf.

APÊNDICES

Apêndice A
Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro Sociodemográfico

1. **Gênero: _____**
2. **Idade: _____**
3. **Estado civil:** ( ) Solteiro(a) / ( ) Casado / ( ) União estável / ( ) Divorciado / ( ) Viúvo / ( ) Outro: _____
4. **Escolaridade:** ( ) Técnico ( ) Graduado
5. **Especialização:** ( ) sim ( ) não / **nível:** ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) pós-doutorado
6. **Área de atuação: _____**
7. **Tempo de atuação em serviços de Atenção Primária: _____**

Apêndice B
Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1) O que o/a senhor(a) entende por ‘saúde do homem’?

2) De que modo o/a senhor(a) compreende o que é “ser homem”?

3) Quais motivos te levam a acreditar, ou não, na existência de uma natureza masculina?

4) Recentes estudos evidenciam que o homens frequentam menos os serviços de saúde quando comparado às mulheres. Como o/a senhor(a) explica a frequência dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde?

5) De que modo o/a senhor(a) acredita que as questões de gênero (os modos de “ser homem”, masculinidade hegemônica, pluralidade de masculinidades) podem influenciar na frequência dos homens nos serviços de saúde?

6) Por quais motivos o/a senhor(a) acreditaria que os próprios serviços, compostos por profissionais de saúde e gestores, possam ser responsabilizados pela baixa frequência dos homens nestes espaços?

7) A PNAISH, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada em 2008 e posta em exercício a partir de 2009 pelo Ministério da Saúde, consiste em uma política pública consideravelmente recente. Como o/a senhor(a) explicaria a forma que os serviços de Atenção Primária à Saúde (profissionais de saúde e gestores) tratam a questão da saúde do homem frente aos objetivos e diretrizes propostas por essa política pública?

8) De que modo o/a senhor(a) acredita que a existência de políticas públicas, como por exemplo a PNAISH, voltadas ao público masculino podem contribuir na maior frequência destes nos serviços de saúde?

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBS: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e que não estejam inseridas nas hipóteses de vulnerabilidade que impossibilitam o livre discernimento com autonomia para o exercício dos atos da vida civil).

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**A SAÚDE DO HOMEM EM DISCURSOS PRODUZIDOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A SAÚDE DO HOMEM EM DISCURSOS PRODUZIDOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** terá como objetivo geral "Compreender o significado da saúde do homem para profissionais de saúde de serviços da Atenção Primária à Saúde".

Ao voluntário só caberá a autorização para **ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA e GRAVAÇÃO DE VOZ** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe

científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9 96327632 com **Lúcia Jamilly Oliveira de Morais.**
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

_____

Assinatura do pesquisador responsável

_____

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do Participante da Pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).