

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

LUISA PEREIRA STORINO

NECESSIDADES DE SAÚDE DE HOMENS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

BELO HORIZONTE – MG

2013

Luisa Pereira Storino

NECESSIDADES DE SAÚDE DE HOMENS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa:
Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kleyde Ventura de Souza

Belo Horizonte – MG
2013

S884n Storino, Luisa Pereira.
Necessidades de saúde de homens usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte [manuscrito]. / Luisa Pereira Storino. - - Belo Horizonte: 2013.
97f.: il.
Orientadora: Kleyde Ventura de Souza.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
1. Saúde do Homem. 2. Educação em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Masculinidade. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300

Luisa Pereira Storino

NECESSIDADES DE SAÚDE DE HOMENS USUÁRIOS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Aprovada por

Kleyde Ventura de Souza, Prof^ª Dr^ª, EE-UFMG

Kênia Lara Silva, Prof^ª Dr^ª, EE-UFMG
1º Examinador

Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca, Prof. Dr., CFCH-UFPE
2º Examinador

Maria José Menezes Brito, Prof^ª Dr^ª, EE-UFMG
1º Suplente

Clara de Jesus Marques Andrade, Prof^ª Dr^ª, EE-UFMG
2º suplente

DEDICATÓRIA

À minha mãe Rita, quem me ensinou a importância de ouvir com amor e tolerância os meus semelhantes.

Ao meu pai Rangel, e ao meu marido Reginaldo, por serem homens amorosos na singularidade de suas diferentes masculinidades.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Kleyde Ventura de Souza, por ter me dado a oportunidade de ingressar no Mestrado, descobrir novas competências e um mundo de possibilidades, e também por ser um exemplo de pesquisadora, profissional e mulher resistente às contradições inerentes à dicotomia teoria e prática.

À Professora Doutora Marta Amaral, por me ensinar a acreditar no potencial das pessoas, especialmente daqueles cuja auto-estima não lhes sustenta o poder e a autonomia, por me compreender como educanda singular, sem me comparar a modelos e padrões de aluna ideal.

À Professora Doutora Claudia Natividade, cuja paciência contribuiu para abrir meus olhos e ouvidos durante a leitura dos dados por mim coletados.

À Professora Doutora Kênia Lara Silva, por responder minhas incessantes perguntas em sala de aula e por me apresentar às teorias que fundamentam esse trabalho.

À Professora Doutora Natália Horta, que sempre foi para mim um exemplo, e mesmo de longe agiu significativamente, dando-me ânimo e abrindo portas para a minha vitória.

À Vanessa Wilke, Marina Oliveira Rocha e Maria Inês Moreira, pela confiança e apoio.

Às colegas Verônica e Adrinez, que compartilharam comigo os momentos de aprendizado, e cederam ouvidos e conselhos que amenizaram a trajetória árdua de transformação que o Mestrado nos impôs.

Ao Gelmar por ter sido um apoio importante no processo de pesquisa.

A todos os colegas do Centro de Saúde Guarani, por sustentarem o trabalho durante as minhas ausências, necessárias para que me dedicasse ao Mestrado, e por terem contribuído para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

Aos sujeitos do estudo, que confiaram a mim suas necessidades. A participação de cada um foi fundamental para a realização do estudo.

*Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...*

*A gente não quer só comida
A gente quer comida
Diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída
Para qualquer parte...*

*A gente não quer só comida
A gente quer bebida
Diversão, balé
A gente não quer só comida
A gente quer a vida
Como a vida quer...*

*Bebida é água!
Comida é pasto!
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?...*

*A gente não quer só comer
A gente quer comer
E quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
Prá aliviar a dor...*

*A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer dinheiro
E felicidade
A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer inteiro
E não pela metade...*

*Diversão e arte
Para qualquer parte
Diversão, balé
Como a vida quer
Desejo, necessidade, vontade
Necessidade, desejo,
Necessidade, vontade,
Necessidade...*

(Arnaldo Antunes / Marcelo Fromer / Sérgio Britto)

RESUMO

Nas últimas duas décadas, pesquisas e movimentos sociais debatem a pauta da saúde do homem levantando contradições inerentes às práticas de saúde e aos processos de saúde e doença dos homens, em vários espaços. Uma acumulação de conhecimento e discussões tem sido instaurada no sentido de possibilitar modificações com vistas a ampliar o reconhecimento de suas necessidades de saúde na formulação de programas e políticas pública de saúde. Desse modo, realizou-se essa pesquisa que tem como objetivo geral analisar as necessidades de saúde de homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuam quatro equipes de saúde da família no distrito Norte da cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais. Os sujeitos do estudo foram 27 homens adultos na faixa etária de 20 a 59 anos, moradores da área de abrangência que buscavam este serviço por qualquer motivo. Foram realizadas entrevistas individuais com os sujeitos, a partir de um roteiro de entrevista semi estruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo utilizando-se como categoria de análise necessidades em saúde. Foram identificadas três categorias: a) a centralidade do trabalho na determinação das necessidades de saúde; b) o acolhimento e o vínculo: marcas de valor das práticas profissionais na atenção primária à saúde; c) as masculinidades e alienação dos homens em relação às práticas e tecnologias de saúde: limites da autonomia e do autocuidado. Os resultados revelaram que para os homens atuarem na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde, precisam superar contradições inerentes à inserção social, a partir do trabalho e dos papéis sociais de gênero que assumem. Em relação aos serviços de saúde, principalmente aos desenvolvidos nas UBS, o valor das práticas profissionais é mediado pela construção de vínculo e capacidade dos profissionais de saúde em acolher, reconhecer e satisfazer necessidades. A atitude profissional acolhedora e o vínculo profissional usuário se configuram marcas de valor das práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). As masculinidades e as barreiras que distanciam os homens das práticas de cuidado, incluindo as construídas na Atenção Primária à Saúde, impõem condições que precisam ser superadas para possibilitar que eles desenvolvam suas necessidades radicais de saúde a partir da experiência de autocuidado. Sendo assim, a educação em saúde e as experiências de cuidado mediadas pela relação profissional usuário na APS possuem potencial para possibilitar aos homens reconhecerem suas necessidades de saúde e como sujeitos de cuidado. Contudo, para que os homens sejam reconhecidos socialmente como sujeitos de cuidado e de necessidades de saúde é fundamental que essa mudança se inicie na singularidade a partir de transformações que implicam a reconstrução das masculinidades dos sujeitos e suas necessidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem; Necessidades em saúde; Educação em saúde Atenção primária à saúde; Masculinidade; Enfermagem.

ABSTRACT

In the last two decades, research and social movements discuss the agenda for men's health, raising contradictions inherent to health practices and men's health and disease processes in many aspects. A wealth of knowledge and discussion has been created in order to allow changes to achieve wider recognition of men's health needs in the formulation of policies and programs of public health. Thus, this research aims at analyzing the health needs of men, users of a public Basic Health Unit (BHU) in Brazil. This is an exploratory study with a qualitative approach performed at a BHU in which four teams of Family Medicine work, in the North district of the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. The study subjects were 27 adult men aged between 20 and 59 years residents in the area covered by this service, who needed it for any reason. Individual interviews were also held with the subjects from a semi-structured interview guide. The interviews were recorded, transcribed and subjected to content analysis using healthcare needs as a category of analysis. We identified three categories: a) the centrality of work in determining health needs; b) reception and bonds: the main value of professional practices in Primary Health Care (PHC); c) men's alienation and masculinity to practices regarding health technologies: limits of autonomy and of self-care. However, for men to be socially recognized as subjects of healthcare and health needs, it is critical that this change begins in their singularity from the active dimension of individuals. The results revealed that for men to act in pursuit of meeting their healthcare needs, they must overcome inherent contradictions from the social aspect and social roles they have. In relation to health services, especially those developed in UBS, the main value of professional practices are mediated by creation of interpersonal bonds and capacity of health professionals to receive, recognize and satisfy needs. A professional and welcoming attitude towards users is important as a professional practice in Primary Health Care. Masculinity and the barriers that separate men from care practices, including those built on Primary Health Care, impose conditions that must be overcome to enable them to develop their radical health needs from the self-care experience. Thus, education in healthcare experiences mediated by the relation between the professional and the user at PHC have the potential to enable men to recognize their health needs and care as individuals. However, for men to be socially recognized as subjects of care and health needs, it is critical that this change begins from the uniqueness of transformations involving the reconstruction of masculinity of the subjects and their health needs.

Key words: Men's Health, Health Needs, Education in Health, Primary Health Care; Masculinity; Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
	1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA OS HOMENS: IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO DO ESTUDO	12
2	OBJETIVOS	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
	3.1 O SER HUMANO, O TRABALHO E AS NECESSIDADES.....	19
	3.2 AS NECESSIDADES SOCIAIS E AS NECESSIDADES RADICAIS NA INTERPRETAÇÃO DE AGNES HELLER	21
	3.3 A DIALÉTICA DO INDIVIDUAL E DO COLETIVO NAS NECESSIDADES DE SAÚDE	22
4	PROCESSO DA PESQUISA	26
	4.1 TIPO DE ESTUDO	26
	4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	27
	4.2.1 A construção da Unidade Básica de Saúde: fatos e atos relevantes	27
	4.2.2 A Unidade Básica de Saúde	32
	4.3 SUJEITOS DO ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	36
	4.3.1 Os homens usuários da Unidade Básica de Saúde	37
	4.4 COLETA DE DADOS	40
	4.5 ANÁLISE DE DADOS	41
	4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
	5.1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO NA DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	49
	5.2 O ACOLHIMENTO E O VÍNCULO: MARCAS DE VALOR DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	59
	5.3 AS MASCULINIDADES E ALIENAÇÃO DOS HOMENS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO E TECNOLOGIAS DE SAÚDE: LIMITES DA AUTONOMIA E DO AUTOCUIDADO.....	70
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	
	A – Roteiro para Entrevista	93
	B – Roteiro para identificação e observação da entrevista	94
	C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
	ANEXOS	
	A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	96
	B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	97

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

- 1 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Sanitário Norte (DISAN) 31
- 2 Mapa do território de abrangência da Unidade Básica de Saúde dividido entre as quatro equipes 34
- 3 Representação da interdependência e dinamicidade dos grupos de necessidades de saúde, a partir da Taxonomia de Matsumoto (1999) 45
- 4 Representação gráfica da construção das necessidades de saúde dos homens 48

Quadros

- 1 Caracterização dos sujeitos segundo perfil socioeconômico, composição da família e busca do serviço de saúde no momento da entrevista 39
- 2 Quadro comparativo entre a Taxonomia de Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999) e as Unidades de Significação encontradas no estudo 43

1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos mostram que a população masculina possui menor expectativa de vida do que a população feminina em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a média da expectativa de vida mundial masculina e feminina, em 2009, diferia em cinco anos: as mulheres viviam, em média, 71 anos, e os homens, 66 anos.

As diferenças na expectativa de vida entre homens e mulheres são maiores nos países subdesenvolvidos do que nos países desenvolvidos. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), nos dados referentes ao ano 2010, a expectativa de vida dos homens e mulheres era, respectivamente 69,73 e 77,32. Embora a expectativa dos homens tenha aumentado, vem se mantendo 7,6 anos abaixo daquela estimada para as mulheres, desde 1991.

Laurenti et al. (1998) já demonstravam, na Região das Américas, a sobremortalidade dos homens em praticamente todas as faixas etárias e causas de morte. No Brasil, a diferença na mortalidade é significativamente maior entre 15 e 39 anos de idade, sendo que a chance de homens de 22 anos morrerem era 4,5 vezes maior que de mulheres na mesma idade, no ano de 2010. As causas externas são as principais causas de morte entre os homens brasileiros nesta faixa etária (IBGE, 2011).

A abrangência dos dados sobre mortalidade no contexto mundial e a especificidades das causas de morte de homens no Brasil revelam que o público masculino tem particularidades que precisam ser compreendidos considerando os determinantes sociais do processo saúde e doença.

A teoria da determinação social do processo saúde doença possibilita visualizar diferentes perfis e padrões típicos de saúde e doença próprios dos grupos sociais, segundo a sua forma de inserção na sociedade a partir da explicação das determinações mais profundas que operam sobre eles. Esta teoria fundamenta a epidemiologia social que tem como perspectiva científica a busca das determinantes sociais a partir das dimensões estruturais, particulares e singulares da realidade objetiva. (FONSECA; EGRY, 2009, p. 47)

Nesta lógica, o perfil de mortalidade de homens em comparação ao das mulheres, é apenas um parâmetro que, articulado aos processos sociais, culturais e políticos, contribui para se compreender os diferentes graus de vulnerabilidade que podem se manifestar na população masculina. Desta maneira, estudos que exploram as particularidades dos homens, principalmente no que tange às questões socioculturais que modelam os comportamentos e o modo de vida, são fundamentais para se compreender questões que

emergem a partir da análise do processo de saúde e doença desse grupo.

No entanto, Schraiber et al. (2005) apontam que apenas a partir dos anos 80, os estudos sobre a saúde do homem começaram a ser abordados na perspectiva da masculinidade. Inicialmente, as teorias de gênero começaram a ser consideradas nos estudos médicos sobre o tema, destacando-se o foco nos papéis sociais próprios de gênero.

Somente nos anos 90 as noções de poder, desigualdade, direito e iniquidade de gênero começaram a aparecer na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando umas às outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração e religião (SCHAIBER et al., 2005).

Keijzer (2003) reflete sobre a importância do estudo das particularidades do gênero masculino para a saúde de homens e mulheres no que tange a todas as formas de gênero. Para o autor, os diversos comportamentos masculinos hegemônicos definem uma posição vantajosa dentro das relações de poder e de gênero; por isso, são socialmente valorizados. No entanto, alguns elementos como agressividade e incorporação de condutas violentas, podem se tornar destrutivos para a própria saúde e a dos outros.

Assim, as mulheres não são as únicas oprimidas nesta relação de poder, visto que os homens que optam por formas alternativas de se socializar com o mundo, também são marginalizados (KEIJZER, 2003).

As relações de gênero incluem relações entre homens, relações de dominação, marginalização e cumplicidade. Uma determinada forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades agrupadas em torno dela. (CONNELL, 1995 p. 189)

Nas diversas masculinidades, não expressar dores físicas e emocionais, é muito comum. Esse comportamento, também é incoerente com a autoconservação. Braz (2005, p.100) enfatiza que “os meninos desde cedo são estimulados a suportar sem chorar suas dores”. Este silenciamento pode significar um prejuízo, já que assim os sujeitos não admitem suas necessidades, inclusive as de saúde. Portanto, expressá-las é uma atitude não masculina, que precisa ser negada para que se confirmem socialmente como homens.

Connell (1995) considera essa idéia acertada, porém, incompleta por três motivos. O primeiro, devido à visão da masculinidade em geral, o que provoca uma equivocada equivalência entre hegemonia de gênero com totalitarismo de gênero. Deve-se considerar que as masculinidades hegemônicas são construídas em conjunto e em relação a outras masculinidades. A segunda crítica a essa visão deve-se ao fato de que ela subestima a capacidade do sujeito em formação e de sua dimensão ativa em contrapor e superar essas determinações. E a terceira, por considerar que a masculinidade é um projeto coletivo, mas

também um projeto individual.

Medrado e Lyra (2012) corroboram a ideia acima, afirmando que para que haja avanço nos debates sobre masculinidade e gênero, é preciso entender de maneira crítica a visão dicotômica sobre hegemonia e subordinação, haja vista que as posições de poder na sociedade são assumidas de maneira complexa e diferente pelos sujeitos (homens e mulheres) em suas singularidades.

No entanto, o gênero é uma estrutura ampla: engloba a economia, o Estado, assim como as famílias e a sexualidade (CONNELL, 1995). As formas hegemônicas de masculinidade prevalecem nos fundamentos das instituições, e são determinantes nos processos produtivos, nas formas de consumo de diferentes classes sociais, na formação ideológica de grupos e indivíduos (OLIVEIRA, 2004).

No entanto, provavelmente influenciaram na consolidação de políticas públicas de saúde que consideram, tradicionalmente, as vulnerabilidades dos grupos não masculinos, como crianças, mulheres e idosos, na priorização das ações do setor. Lyra (2009) enfatiza que se deve refletir de maneira crítica sobre as construções de campos do conhecimento ancorados em elementos considerados masculinos, como as áreas biomédica e de formulação de políticas públicas. Para o autor, discussões originárias deste campo tendem a não problematizar os homens como sujeitos e as masculinidades como objeto (LYRA, 2009).

Carrara et al. (2009, p. 660) discutem, do ponto de vista da medicalização social, que na construção das políticas públicas de saúde no Brasil, grupos específicos tiveram atenção especial do Estado com intenção de “sanear o corpo social” e aperfeiçoá-lo. Os homossexuais, criminosos e loucos foram alvo de atenção especial por, supostamente, representarem um perigo social; as mulheres, pela responsabilidade em reproduzir uma raça forte e sadia; e as crianças e idosos, por serem considerados frágeis frente às doenças e aos infortúnios.

Entretanto, estes diferentes pontos de vista não se subtraem, haja vista que os grupos considerados especiais pelas políticas públicas e alvo da medicalização social, são os marginalizados pelas masculinidades hegemônicas. Desta maneira, estas construções históricas e sociais culminaram em um não reconhecimento das vulnerabilidades próprias do público masculino, representado nas políticas públicas e na realidade dos serviços de saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

É importante salientar que o fato de os programas de saúde para mulheres, crianças e idosos serem legitimados pelas políticas públicas de saúde, não quer dizer que as necessidades de saúde da maioria da população sejam contempladas nas ações de saúde. A propósito, Heller (1986) explica que os grupos privilegiados e dos líderes sociais decidem quais

necessidades são justas e injustas. Portanto, as necessidades reconhecidas socialmente pouco correspondem àquelas de grande parte da população que não possuem representativo poder. Um exemplo dessa realidade é a invisibilidade da violência contra a mulher para os serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Portanto, os modelos assistenciais de atenção à saúde são um produto de disputas e acordos entre representantes de portadores e produtores de necessidades e dos que dominam certos saberes e práticas, mediadas por instituições reconhecidas como legítimas para governar (MERHY, 2002). “Assim as iniquidades e a luta pela equidade passam, necessariamente, pelo reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa de seus interesses” (CECILIO, 2001, p. 10). Desta maneira, por diversas razões sócio-históricas que tangenciam a construção social da masculinidade, os homens, apenas recentemente foram considerados na construção das políticas públicas de saúde.

Contudo, estudos que tem como finalidade aprofundar a compreensão sobre as necessidades de saúde dos homens, em uma perspectiva que considere as particularidades definidoras da inserção social deste grupo, sem desconsiderar a dimensão ativa dos sujeitos na busca pela satisfação de suas necessidades, podem contribuir para reduzir o desencontro desses sujeitos com as práticas sociais instauradoras de cuidado, como as exercidas nos serviços de saúde e legitimadas pelas políticas públicas de saúde.

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA OS HOMENS: IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO DO ESTUDO

Nas últimas duas décadas, pesquisas e movimentos sociais debatem, em vários espaços, a pauta da importância das relações de gênero para a saúde de homens, levantando contradições inerentes às práticas de saúde e aos processos de saúde e doença dos homens. Conseqüentemente, uma acumulação é instaurada no sentido de possibilitar modificações visando ampliar o reconhecimento de suas necessidades de saúde na formulação de programas e políticas públicas.

Exemplos dessas acumulações podem ser observados nas políticas de saúde em contextos diferentes, de maneira tímida. Robertson et al. (2009) discutem que os documentos das políticas públicas do Canadá raramente mencionam as abordagens de gênero relativas à saúde da mulher, além de não apresentarem políticas para a saúde do homem. No entanto, práticas importantes vêm se desenvolvendo no que tange à paternidade, à violência masculina contra a mulher e à saúde dos homens *gays*. Smith (2007), ao discutir as ações para promoção

da saúde do homem na Austrália, reconhece melhoras, mas aponta que as campanhas para a promoção de saúde, em sua maioria, reforçam a construção hegemônica da masculinidade.

Assim como nestes países, a saúde do homem no Brasil vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública. O marco político para isso foi o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada em 27 de agosto de 2009. Esta política visa principalmente reduzir as iniquidades relativas à saúde de homens na faixa etária entre 20 e 59 anos, e sua implantação no país deu-se a partir do Plano de Ação Nacional 2009-2011 desenvolvido pela Área Técnica da Saúde do Homem – ATSH /Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES / Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

A expectativa com a criação do Plano de Ação é subsidiar os estados e os municípios na implantação da PNAISH, de acordo com as especificidades regionais. Em um primeiro momento, seriam construídos Projetos-piloto em 26 Municípios, um por estado e no Distrito Federal. O conteúdo deste documento traz a descrição das metas prioritárias e dos valores de financiamentos dentro de eixos temáticos, sendo a meta do primeiro eixo inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde estaduais e municipais até o terceiro trimestre de 2010 (BRASIL, 2009).

Destaca-se que o estado de Minas Gerais já é contemplado com os recursos previstos, sendo que o Pacto pela Saúde de Minas Gerais (LELES, 2011) apresenta como principal resultado, em nível nacional e estadual, a redução da fila de espera das cirurgias de prostatectomia suprapúbica, calculado a partir de um indicador específico. Segundo este documento, Belo Horizonte também já está incluído no Projeto Piloto e recebe repasse de incentivo financeiro para ampliar a implantação da PNAISH.

No Pacto pela Saúde está previsto que para receber o repasse financeiro, os municípios devem cumprir com as ações determinadas pela PNAISH. As estratégias para isso precisam constar no Plano Municipal de Saúde e Programações Anuais, e seus resultados, no relatório anual de gestão. Quanto aos critérios para a seleção dos municípios, foram os seguintes: possuir mais de 100 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2008, aderir ao Pacto pela Saúde, ter cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acima de 50%, ter disponibilidade de serviços de alta e média complexidades com atendimento e procedimento voltados para a população masculina, cumprir ações estratégicas dos eixos determinados no Plano de Ação Nacional (2009-2011).

Mas, apesar desses avanços no planejamento e da melhora no acesso à tecnologias de saúde, mostrada pelo indicador de acesso à cirurgia, ações mais amplas no sentido de

reconhecer e qualificar as necessidades de saúde dos homens precisam ser iniciadas, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Alguns objetivos de eixos temáticos do Plano de Ação Nacional (2009-2011) que se aproximam dessa necessidade, como: elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde e sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o autocuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação, somente são possíveis com a parceria das equipes que atuam nas UBS.

No entanto, na realidade das UBS em Belo Horizonte, ainda não se percebe a preocupação oficial com a implantação da PNAISH, ou movimentos que visem incrementar a discussão a respeito de temas relacionados às relações de gênero e masculinidades, salvo algumas iniciativas singulares de equipes de ESF (BELO HORIZONTE, 2012). No Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2010-2013), a menção ao PNAISH restringe-se a pouco mais de um parágrafo.

É importante mencionar que as UBS e as Equipes de ESF de Belo Horizonte passam por um processo de avaliação e reorganização de estratégias, iniciado no segundo semestre de 2011 com a implantação do Contrato Interno de Gestão. Entretanto, os métodos gerados no nível municipal, que subsidiaram a construção dos planos de ação das equipes, não favoreceram a implantação de ações que ampliassem a capacidade das equipes em reconhecer necessidades de saúde da população, muito menos no sentido de inovar, a partir de abordagens que considerassem a inserção social particular de homens e mulheres em um de enfoque de gênero.

Apesar disso, outros instrumentos de avaliação aplicados por iniciativa do governo federal, como a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), contemplaram o tema 'saúde do homem' (BRASIL, 2012); no entanto, não impactaram significativamente na reorganização da assistência.

Essas modificações incipientes explicam-se pelo fato de que os critérios e métodos instaurados para as equipes construírem planos de ação, tiveram como foco a quantidade de atendimentos e de exames dentro dos protocolos assistenciais e dos programas já existentes. Assim, a tendência das equipes é priorizar o investimento do trabalho em ações legitimadas, como a realização de exames citopatológicos do colo uterino, pré-natal, atendimento da criança na puericultura e atenção à saúde do idoso.

É reconhecido ser necessária a melhoria da qualidade dos serviços já oferecidos na APS, mas, para que outras necessidades de saúde também sejam reconhecidas, tanto dos homens quanto das mulheres, é preciso ampliar a equidade da assistência a partir do

reconhecimento de outras necessidades de saúde. Para isso, é preciso trazer a discussão sobre as masculinidades para os profissionais e para a população, no sentido de romper com a noção de invulnerabilidade dos homens.

A importância dos espaços singulares dos serviços de saúde para o reconhecimento de necessidades de saúde da população pode ser compreendida a partir das ideias de Cecílio, como se segue:

Se por um lado, há uma forte relação de determinação do espaço geral para o particular e deste para o singular, por outro é importante reconhecer que o espaço singular, aquele dos serviços, pode trabalhar, e trabalha, com alto grau de autonomia, podendo gerar contra-vetores com capacidade de determinação das políticas definidas nos espaços “superiores”, em particular se for capaz de escutar e fazer ressoar as necessidades trazidas pelos usuários. (CECÍLIO, 2001, p. 10)

É importante chamar a atenção de que não é intenção deste trabalho destacar apenas uma situação particular do município de Belo Horizonte. A discussão da inclusão do homem nas ações do sistema de saúde, assim como as abordagens de gênero no que se refere às masculinidades, ainda são construções recentes no mundo e no Brasil.

Leal et al. (2012), em estudo que explorou a implantação da PNAISH em cinco municípios do país, concluíram que os Planos de Ação Municipal não apresentam descrições precisas para implantação da política, priorizando ações baseadas em procedimentos e exames que reforçam a centralidade da atenção no aparelho genital masculino. Destacaram também que gestores e profissionais na assistência direta, têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a política. No entanto, compreende-se que a realidade de Belo Horizonte é um reflexo desse processo. Além disso, deve-se considerar que a PNAISH é uma formulação recente e precisa ser amplamente discutida, embora já receba muitas críticas que, segundo Leal et al. (2012, p. 2608) são feitas sob diversas alegações, a saber:

Por não incorporar as discussões de gênero, por “vitimizar” um homem que deve ser sujeito de uma política específica porque precisa ser protegido de si mesmo, por representar mais um passo no processo de “medicalização” do corpo masculino e por estar demasiadamente focada na próstata.

Contudo, as situações descritas aqui, a partir de exemplos da realidade da saúde do homem no Brasil e no mundo, mostram a convivência de duas forças opostas: de um lado, o predomínio de práticas de saúde e de políticas públicas que, apesar das evidências de vulnerabilidade próprias dos homens, historicamente não reconheceram as particularidades de suas necessidades de saúde; de outro lado, um movimento no sentido de construir estratégias para superar as contradições que compõem este problema. Connell (1995) sugere que a

construção e a reconstrução social das masculinidades estão imbricadas nesse processo.

Admite-se que ações para a saúde do homem não devem ser tratadas apenas no âmbito dos serviços de saúde. Questões como a morte de jovens por violência, apontam a necessidade de disseminar comportamentos mais cuidadosos e responsáveis por parte da população masculina. Isso somente pode ser iniciado a partir de um esforço intersetorial que envolve a mídia, a justiça, a educação, os empregadores, dentre outras instituições na sociedade. Mas, o setor saúde precisa encetar as mudanças, principalmente no sentido de reduzir iniquidades relacionadas às ações de saúde.

A literatura revela que o não reconhecimento histórico das necessidades de saúde dos homens pelas políticas públicas de saúde é reproduzido na maioria dos serviços e na relação profissionais e usuários. Figueiredo (2008) chama este fenômeno de invisibilidade do homem aos serviços de saúde. Couto et al. (2010) confirmam que na APS a invisibilidade está presente, desde a forma em que são pensadas as estratégias e a organização da assistência por gestores, até a postura dos profissionais.

Estudos demonstram também que, apesar de as mulheres utilizarem mais os serviços da APS (PINHEIRO et al., 2002), os homens estão presentes e remetem esses serviços como o mais procurado. Entretanto, suas demandas são constituídas basicamente por situação de doença (SCHRAIBER et al., 2005; FIGUEIREDO, 2008; COUTO et al., 2010). Estas características do uso dos serviços de saúde pelos homens são o reflexo do adiamento da procura por ajuda profissional (SCHRAIBER et al., 2010) e a dificuldade em expressar necessidades autênticas de saúde, devido à identidades de gênero que trazem a noção de invulnerabilidade (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Portanto, os cenários da APS se configuram espaços privilegiados para que se aprofunde a discussão sobre as necessidades de saúde dos homens.

Considerando esse contexto e a percepção de que existe uma reprodução destes fenômenos na realidade da UBS onde estou inserida como enfermeira da Equipe de Saúde da Família, em Belo Horizonte, decidiu-se aprofundar a discussão sobre as necessidades de saúde dos homens usuários deste serviço com base em um referencial teórico que é coerente com a ideia de que os sujeitos constroem necessidades a partir de suas formas de inserção na sociedade. As questões que se pretende responder são: quais as necessidades de saúde dos homens usuários deste serviço de saúde? Quais os possíveis caminhos para que o trabalho em saúde na Atenção Primária possa contribuir para reconhecer, satisfazer e desenvolver essas necessidades de saúde?

Este estudo tem como justificativa a importância de se iniciar um novo desafio na

Atenção Primária à Saúde, principalmente no contexto em que a pesquisa se insere, em que a assistência à saúde, em especial da criança e da mulher, já possui uma longa trajetória de desenvolvimento. Neste momento, o intuito da Unidade Básica de Saúde, cenário do estudo, é ampliar a capacidade da equipe em atender cada vez mais integralmente as famílias de sua responsabilidade territorial. Explorar necessidades de saúde do público masculino contribuirá não somente para se pensar a saúde dos homens, mas também para situar a APS no processo social capaz de instrumentalizar a satisfação das necessidades de saúde da população.

Entende-se que a abordagem construída nesta pesquisa será relevante para ampliar a discussão e o conhecimento acerca das necessidades de saúde deste grupo, além de instrumentalizar a reflexão sobre a prática profissional nos espaços da APS, principalmente no que se refere ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde.

Para o ensino, nas disciplinas do campo da saúde e, principalmente no que se refere à Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, este estudo poderá contribuir para se pensar o campo de atuação desses profissionais, já que nesses espaços, tradicionalmente os enfermeiros e enfermeiras vem consolidando suas práticas direcionadas principalmente para as mulheres e crianças. Além disso, na APS, a enfermagem tem um papel reconhecido no que se refere à construção de condições para o reconhecimento de necessidades de saúde e acolhimento da população.

Por fim, este estudo, poderá ser relevante para o campo da pesquisa, pois além de ampliar a reflexão sobre o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens, espera-se que o referencial teórico e o método assumidos possam apontar caminhos para a construção de ações em saúde pautadas pelas necessidades da população, especialmente as do público masculino.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

-Analisar as necessidades de saúde de homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Compreender as implicações da inserção social dos homens na satisfação de suas necessidades de saúde.
- Discutir como o reconhecimento das necessidades de saúde pode contribuir para potencializar o cuidado em saúde de homens na Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentar a análise das necessidades de saúde dos homens, buscou-se construir um referencial teórico que fosse coerente com a concepção dialética sobre o ser humano, a sociedade e a relação de cada sujeito com o mundo. Portanto, inicialmente tem-se a preocupação de compreender como produzimos e satisfazemos necessidades, em um segundo momento como as necessidades dos grupos se legitimam em uma sociedade e como se modificam na perspectiva de Agnes Heller (1986) sobre as necessidades em Marx, em um terceiro momento discutiu-se o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e dos grupos em uma sociedade na perspectiva de autores da saúde coletiva.

3.1 O SER HUMANO, O TRABALHO E AS NECESSIDADES

O ser humano transforma a natureza, a sociedade e sua própria natureza humana interna a partir do trabalho (HELLER, 1986). Produzindo, confirma-se socialmente como ser consciente e livre. Essa capacidade de transformar é o que o distingue dos outros seres da natureza. Na interação com essa realidade externa e com os semelhantes, trabalhando, cada indivíduo produz, no sentido de satisfazer suas necessidades. A satisfação das necessidades propriamente humanas é possível a partir dos produtos do trabalho e do trabalho em si (FRAGA, 2009).

Mas, para que os indivíduos produzam a fim de humanizar-se, primeiramente precisa satisfazer suas necessidades existenciais ou naturais, aquelas que se assemelham às dos outros animais (HELLER, 1986; FRAGA, 2006). Estas necessidades são as que atendem a manutenção da vida humana, a atividade vital do ser humano, e possibilitam a autoconservação. No entanto, são social e historicamente determinadas, pois são satisfeitas mediante a produção material de uma dada sociedade. O acesso aos produtos para a satisfação destas necessidades, dentro da sociedade capitalista, está relacionado à posição que o indivíduo ocupa nos meios de produção.

O valor de uso dos produtos do trabalho é definido pela sua utilidade, assim, independente de qual seja a necessidade a que se destina (de alimentação ou de luxo), a sua satisfação é condição *sine qua non* para o uso do produto (HELLER, 1986). Também, o valor de uso está relacionado às características do corpo da mercadoria e do trabalho humano aplicado em sua produção. Desta forma, a troca de mercadorias em uma sociedade é marcada pelo seu modo de produção.

Na sociedade capitalista, a produção é realizada com frequência através da divisão de trabalho que, por sua vez, desapropria os indivíduos de sua capacidade de produzir. Assim, vende-se não o trabalho dele ao capitalista, e sim a sua força de trabalho. De acordo com Fraga (2009), para Karl Marx, desapropriado do trabalho o operário¹ também é desapropriado do produto de sua força de trabalho e de necessidades que o humanizam. Ele troca sua força de trabalho por um salário que é suficiente para satisfazer meramente suas necessidades existenciais, em geral, as que se referem à simples manutenção da vida (HELLER, 1986; FRAGA, 2006).

Desapropriado de sua função genuinamente humana que é o trabalho, o operário não age livremente, nem segue consciente, pois sua relação com a natureza é estéril. Assim, condicionado a ocupar a posição de desapropriado, ele o faz por não ter outra opção que lhe possibilite a sobrevivência. Desta forma, o empobrecimento não ocorre apenas quando relacionado às necessidades condicionantes da sobrevivência ou existenciais, mas também no empobrecimento do espírito (FRAGA, 2006).

Portanto, para o assalariado desprovido de seu trabalho, “sobra o lado animalizado da natureza, a debelação completa das necessidades humanas ou, no máximo, a sua degeneração à mercê da lógica comercial das trocas” (FRAGA, 2009, p. 5). A consequência desta extrema alienação dos indivíduos é que suas necessidades passam a ser ditadas por terceiros como forma de dominação, no sentido de produzir demandas pela produção das classes hegemônicas. Estas necessidades não originárias do sujeito tornam-se as suas próprias, e se concretizam em um comportamento coletivo.

Segundo Fraga (2009), Karl Marx (1844) revela essa realidade propondo o resgate da unidade do ser ao recuperar o seu trabalho e a produção de seu objeto, no sentido de enriquecer suas necessidades. O sujeito pode, ao se reapropriar do trabalho como afirmação de si, reafirmar-se como ser social, e através da objetivação de suas necessidades no trabalho, produzir algo que também corresponda à necessidade de outro ser humano.

Fraga (2009), em seu estudo sobre os escritos de Karl Marx em Paris (1844), transcreve o seguinte trecho que representa o pensamento do filósofo²:

Suponhamos que tivéssemos produzido como homens³: cada um de nós haveria afirmado duplamente em sua produção tanto ao outro como a si mesmo. 1] Eu haveria objetivado minha individualidade e sua peculiaridade em minha produção; haveria portanto fruído duplamente: durante a atividade, da experiência de uma expressão vital individual, e, ao contemplar ao objeto, da alegria individual de saber que minha personalidade é um poder objetivo, comprovável sensivelmente e que

¹Karl Marx dedica seus estudos à classe operária.

²MARX, Karl. Cuadernos de París: notas de lectura de 1844. 2. ed. México: Era, 1980. [p.155-156]

³Na citação de Karl Marx lê-se homens como ser genérico, semelhante a humano.

está, portanto, fora de toda a dúvida. 2] Em tua fruição ou consumo de meu produto, eu haveria fruído de maneira imediata tanto da consciência de ter satisfeito uma necessidade humana com meu trabalho como da consciência: 1] de ter objetivado a essência humana e proporcionado assim o objeto correspondente à necessidade de outro ser humano; 2] de ter sido para ti o mediador entre tu e a comunidade, de ter estado portanto em tua experiência e tua consciência como um complemento de tua própria essência e como uma parte necessária de ti mesmo, isto é, de ter-me confirmado tanto em teu pensamento como em teu amor; 3] de ter criado tua expressão vital individual na minha própria, de ter portanto confirmado e realizado imediatamente em minha atividade individual minha verdadeira essência, minha essência comunitária, humana. (MARX, 1844 *apud* FRAGA, 2009, p.7)

Nesta perspectiva, existe a possibilidade de os sujeitos se reconhecerem como parceiros de cooperação em um contexto de vida comunitária. Apropriando-se do trabalho existem melhores possibilidades de se produzir para o outro e para si próprio, tornando o seu fazer uma *práxis* renovada, capaz de enriquecer as necessidades individuais e coletivas.

3.2 AS NECESSIDADES SOCIAIS E AS NECESSIDADES RADICAIS NA INTERPRETAÇÃO DE AGNES HELLER

As considerações preliminares sobre as necessidades e o trabalho são a base para a compreensão das características das necessidades elaboradas por Heller (1986), a partir do dos escritos de Marx, sendo também importantes para a análise do objeto deste estudo. A expressão de necessidades de saúde pelos homens usuários da Unidade Básica de Saúde está diretamente relacionada à inserção destes indivíduos na produção social e intimamente ligada à relação que estabelecem com o trabalho.

Heller (1986) conceitua necessidade como um desejo consciente, uma aspiração, uma intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação tal, podendo ser uma mercadoria ou um modo de vida. Entretanto, a satisfação das necessidades é dependente da produção material de uma dada sociedade e da posição em que os indivíduos se encontram nos meios de produção.

Devido à dinamicidade da produção material no modo de produção capitalista, e à modificações estruturais possíveis dentro da sociedade, “um produto” que em um momento histórico era de necessidade apenas das classes privilegiadas, com grande poder de compra, pode se tornar, diante destas modificações, em uma necessidade existencial para os indivíduos desta mesma sociedade (HELLER, 1986; CHAVES, 2010).

As necessidades, segundo a autora, podem ser compreendidas, em resumo, como necessidades sociais – socialmente reconhecidas – e necessidades radicais – as que possibilitam a reestruturação de um sistema de necessidades, qualificando-as.

As necessidades sociais são como um sistema de necessidades no geral, acima dos

indivíduos e de suas necessidades pessoais. Não podem ser consideradas a média ou a tendência das necessidades individuais, pois, na prática, são as necessidades de grupos privilegiados que conseguiram, no conflito de interesses, legitimar suas necessidades em detrimento das necessidades das classes que não possuem representativo poder. Os que decidem quais são as necessidades sociais justas e injustas são, em suma, os representantes dos privilegiados e de líderes de movimentos sociais. Sendo assim, as necessidades da maioria podem não ser reconhecidas socialmente (HELLER, 1986).

Este tipo de “necessidades”, quando se referem a objetos passíveis de comercialização, podem ser consideradas demandas. Estas “necessidades”, para serem satisfeitas, requerem uma produção cada vez maior de um produto. Quanto mais barato o produto e mais alto o salário, maiores as “necessidades”/ demandas por este tipo de artigo. Mas essa ampliação quantitativa não significa a satisfação de necessidades reais, pois estas são constituídas por tipos qualitativos variados. Sendo assim, as demandas são, apenas na aparência, correspondentes às necessidades da maioria da população.

As necessidades sociais reais são as necessidades autênticas, totalmente conscientes de certo indivíduo nascido em certa classe, em uma cultura construída pela moralidade e costumes das gerações passadas. As necessidades somente podem se desenvolver na interação da pessoa com os objetos e com a objetivação de sua necessidade (HELLER, 1986). Portanto, quanto menos reconhecidas socialmente são as necessidades de um grupo, mais pobres são suas necessidades, pois, as possibilidades de satisfação de necessidades, em uma dada sociedade, pouco corresponderiam às necessidades reais destes indivíduos.

No entanto, é possível vencer essa reiteração a partir do momento em que os grupos ou os indivíduos tornam-se atores sociais. Esse movimento se dá a partir de mudanças lentas, que culminam em transformações profundas nos modos de vida e, conseqüentemente, no sistema de necessidades (HELLER, 1986). Para Heller (1986), a construção decorrente desta ação intencional dos sujeitos ou dos grupos, pode ocorrer em todos os estratos sociais que expressam conhecimentos radicais, e por isso percebem seu estado alienado anterior (HELLER, 1986; MULLER, 1997). Esse movimento é capaz de mudar o sistema de necessidades, possibilitando a satisfação das necessidades qualitativas ou radicais.

3.3 A DIALÉTICA DO INDIVIDUAL E DO COLETIVO NAS NECESSIDADES DE SAÚDE

As necessidades em saúde são satisfeitas através das práticas de saúde dos sujeitos e dos atos de cuidar socialmente construídos e compartilhados. Estas necessidades justificam

práticas e atos de cuidar, determinando o valor de uso do produto do trabalho em saúde. Assim, as necessidades de saúde histórica e socialmente determinadas, são situadas entre a natureza e a cultura (EGRY et al., 2009), não se limitando às necessidades existenciais, mas também se configuram projetos de vida em um constante refinamento, fazendo com que os indivíduos se humanizem.

Os produtos dos atos de cuidar terão valor de uso ou contemplarão necessidades de saúde de diferentes grupos de sujeitos que, entre disputas e acordos, modelam a atenção à saúde. Estes sujeitos são produtores e portadores de necessidades, grupos que dominam os modos de saber fazer em saúde e instituições legítimas, como o governo (MERHY, 2002).

Em uma relação de poder, as necessidades de saúde desses atores legitimam algumas necessidades de saúde em detrimento de outras, e criam novas necessidades. Segundo Egly et al. (2009), as necessidades contempladas são produtos de alto grau de normatização e consenso. Assim, as práticas de saúde vigentes em um determinado tempo histórico, podem não corresponder às necessidades de certos grupos sociais, reforçando as iniquidades.

No entanto, a produção dos atos de cuidar no âmbito dos serviços de saúde, é produto modulado não apenas por programas específicos, determinação de políticas legítimas. É um produto complexo e dinâmico constituído de processos políticos, organizacionais e do trabalho dos que estão comprometidos com os atos de cuidar (MERHY, 2002). Os atores desse processo de construção do sistema de saúde, sendo eles reconhecidos como portadores e produtores de necessidades, ou como os que dominam o saber fazer em saúde, ou ainda os que ocupam espaços institucionais, participam da construção nesta dinamicidade.

Merhy (2002), expõe que, mesmo que um grupo ou indivíduo não seja reconhecido como portador do saber tecnológico, não quer dizer que não possui certos saberes para agir no campo da saúde. Entretanto, não é porque um grupo não ocupa o lugar formal de governo, que é desprovido de governabilidade para transformar as práticas de cuidado.

Destaca-se, a partir desta idéia do autor, a importância dos atores sociais do sistema de saúde, no nível singular, para a construção de práticas de saúde renovadas. Os profissionais e usuários do sistema de saúde, ao exercerem a autonomia e agirem na realidade, modificam a si mesmos e as suas práticas, e assim, qualificam as necessidades de saúde.

Conclui-se, a partir desta reflexão, com base em uma análise da particularidade dos grupos e da singularidade, do modo como os sujeitos constroem o mundo para si, que é possível perceber as raízes da mudança, e a partir da concretude da realidade, desvelar contradições e superá-las. Portanto, para que os profissionais de saúde atuem ativamente na qualificação de suas ações, no sentido de corresponder às necessidades de saúde dos

indivíduos e dos grupos, é necessário que se apropriem de instrumentos capazes de operar na tradução das necessidades.

Cecílio (2001) destaca uma contribuição de Stotz⁴, autor que defende a utilização de um conceito normativo de necessidades de saúde que seja descritivo e operacional (STOTZ, 1991 *apud* CECILIO, 2001). Diante dos conceitos de necessidades existentes a partir de múltiplas perspectivas teóricas, Stotz (1991) *apud* Matsumoto (1999) e Cecílio (2001), afirma que a taxonomia, para operacionalizar o conceito de necessidades de saúde, precisa exprimir a dialética do individual e do coletivo.

A partir do pressuposto de Stotz e sob a orientação de Luiz Carlos Cecílio, Norma Fumie Matsumoto propôs uma taxonomia de necessidades de saúde apreendida em quatro grandes grupos, descritos a seguir.

O primeiro grupo pontua a respeito de ter boas condições de vida. Merhy (2002) sistematiza o seu significado em ter boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado e viver em processos sociais de inclusão. Para que estas necessidades sejam vistas como respeito à vida, é necessário o trabalho intersetorial a partir de políticas que superem a visão biologicista, dando visibilidade à promoção da saúde (MATSUMOTO, 1999). Portanto, a maneira como se vive, traduz-se em diferentes necessidades de saúde.

O segundo grupo é a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida. Merhy (2002, p.7) sintetiza seu significado como: “sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar a vida.” Moraes et al. (2011), aprofundam esta questão ao observarem que o acesso está intimamente ligado aos processos de produção do serviço.

O terceiro conjunto, segundo a taxonomia, é a necessidade de “ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe” (MATSUMOTO, 1999), descrito por Merhy (2002, p.7) em “poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência pelo seu atendimento dentro do sistema”. O vínculo com profissional ou equipe é capaz de potencializar a transformação das práticas diárias dos sujeitos, possibilitando o incremento da autonomia. A arte da fala e da escuta são os principais instrumentos para isso (MATSUMOTO, 1999).

O quarto conjunto de necessidades diz respeito à “autonomia e autocuidado na escolha

⁴ STOTZ, E.M. Necessidades de saúde mediações de um conceito: contribuição das ciências para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

do modo de ‘andar a vida’ ”. Finalmente, Merhy (2002, p.7) a resume em “ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento ‘operar’ seu próprio modo de andar a vida.” Segundo Cecílio (2001), a autonomia significa a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida; e essa ressignificação afetaria profundamente seu modo de viver e, conseqüentemente, sua busca pela satisfação das necessidades de saúde.

Deve-se lembrar que Matsumoto (1999) instrumentou-se de vários enfoques teóricos para construir a taxonomia de necessidades de saúde, mas as vertentes teóricas que utilizou foram fundamentais para dar um caráter operacional sem desconsiderar a posição dos sujeitos sociais. Segundo Matsumoto (1999) as maneiras de colocar o problema da contradição que permeia a sociedade capitalista, por esses teóricos, são coerentes com as teorias de Marx.

4 PROCESSO DA PESQUISA

Atender pessoas em suas necessidades em saúde requer conhecimento técnico e científico, disponibilidade e vontade para ouvir e acolher (MERHY, 2003). Aprofundar o conhecimento sobre os sujeitos, entender como sua cultura, sua forma de produzir na sociedade, e assim, interpretar suas necessidades de saúde, são primordiais para que a assistência à saúde seja sempre reconstruída no sentido de sustentar sua finalidade e dar subsídios aos sujeitos para que possam satisfazê-las. Com esse propósito, o percurso metodológico deste estudo foi traçado.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, em que se adotaram as necessidades de saúde como categorias de análise. Optou-se por essa abordagem porque nela, o pesquisador é o principal instrumento para explorar a realidade (BOGNAN; BILKEN, 1991). Este aspecto da pesquisa foi importante para desvelar as necessidades de saúde, exigindo uma aproximação acolhedora e de cumplicidade com os homens, sujeitos do estudo, de maneira que o discurso deles fluísse espontaneamente.

Essa postura da pesquisadora foi fundamental, neste estudo, já que as necessidades são um produto da relação dos indivíduos com o meio, e por isso, somente são passíveis de serem compreendidas a partir da interpretação de seus discursos sobre a relação com os objetos de sua necessidade e em sua ação no mundo, modificando a realidade e a si mesmos.

Portanto, a teoria das necessidades, na perspectiva apresentada no referencial teórico, foi considerada como base teórico-metodológica norteadora da pesquisa. Assim, as necessidades são compreendidas como um produto das práticas sociais de sujeitos e grupos que ocupam uma classe social, em um momento histórico. Essas práticas são delineadas pela cultura construída pela moralidade e costumes das gerações passadas, o que inclui referenciais de masculinidades hegemônicas. Portanto, as necessidades se concretizam para os indivíduos de diferentes classes sociais e cultura de maneira desigual, pois desigual é o acesso aos produtos que satisfazem as necessidades (HELLER, 1986).

Essa perspectiva sobre as necessidades possibilita compreender a mediação entre processos micro e macrosociais, considerando a mútua e complexa interação entre estrutura e sujeitos (MULLER, 1997). No entanto, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, mas a potencialidade dos indivíduos em modificarem a si e o seu entorno no sentido de qualificar a vida, não podem ser desconsideradas neste processo.

Segundo Muller (1997), entre as necessidades existenciais e as radicais ou qualitativas,

pode-se dizer que há um movimento dialético que tem como engrenagem propulsora a autonomia dos sujeitos. Admite-se, a partir da concepção que explica esse fenômeno, que natureza e sociedade estão em permanente movimento em que tudo se relaciona em uma constante transformação e superação de contradições. Portanto, aproximar-se da ação dos sujeitos na natureza modificando-a e a si mesmo, é fundamental para se compreender a superação nesta perspectiva (KONDER, 1981).

Desta forma, empiricamente, as necessidades de saúde podem ser analisadas a partir do discurso dos atores sociais sobre sua relação com os objetos de sua necessidade de saúde, que podem ser materiais ou externas ao ser humano, como a moradia, a alimentação, um modo de vida; ou serem internas, livres ou espirituais, como o conhecimento, a fé e os sentimentos motivados pelas relações sociais. Em relação aos serviços de saúde, podem ser as práticas profissionais e as tecnologias de saúde. Estando os profissionais e seus atos imbricados neste processo, o reconhecimento mútuo na relação entre profissionais e usuários, a partir do acolhimento e do vínculo, também se configuram objetos destas necessidades.

No entanto, a satisfação das necessidades de saúde de grupos e indivíduos é um processo que se dá dentro de uma sociedade complexa e tem fatores estruturais determinantes, mas a ação do sujeito no exercício da autonomia é fundamental para mobilizar o modo de andar a vida, no sentido de viabilizar a satisfação de necessidades de saúde que podem qualificar o viver.

Contudo, a abordagem construída neste estudo sobre as necessidades de saúde de homens usuários dos serviços de saúde de uma UBS, amplia a discussão sobre a finalidade das práticas de saúde, características de cenários como esse, no sentido de satisfazer necessidades de saúde e de potencializar a ação dos sujeitos na busca pela modificação de suas realidades.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Em consideração à relevância do cenário para o estudo, foi realizada uma breve contextualização remontando-se alguns fatos históricos. Em seguida, pretendeu-se aprofundá-la em uma descrição detalhada do contexto atual, para situar a realidade em que ocorreu a coleta dos dados.

4.2.1 A Construção da Unidade Básica de Saúde: fatos e atos relevantes

Antes da construção da Unidade Básica de Saúde (UBS), cenário do estudo, os moradores do bairro, quando necessitavam acessar serviço de saúde por qualquer motivo,

tinham somente a opção de buscar um ambulatório ou um hospital que se localizam aproximadamente a quinze quilômetros da região (DINIZ et al., 2006). Esta situação colocava grande parte da população à margem de equipamentos importantes para dar conta de suas necessidades de saúde.

Desta maneira, para satisfazer as necessidades de saúde da população, atores sociais importantes da comunidade mobilizaram-se para iniciar o processo de modificação desta realidade. As obras da UBS e de outros equipamentos sociais do bairro realizaram-se em conseqüência da intensa participação desse grupo de pessoas.

É comum deparar-se com moradores locais e trabalhadores mais antigos da UBS lembrando com orgulho das atitudes de reivindicação insistente desses sujeitos pelos interesses da comunidade, e de resistência ao poder contrário a esses interesses como primordiais para a consolidação dos serviços que ora atendem à população.

A participação da população contribuiu para que as obras de construção da UBS fossem iniciadas em 1987, antes da constitucionalização da descentralização da gestão dos recursos da saúde. A publicação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em que a saúde é elevada ao *status* de direito, foi um marco para iniciar as mudanças necessárias à viabilização do processo que ampliou o acesso à saúde.

Saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988, Art. 196)

No entanto, a inauguração da UBS, cenário do estudo, ocorreu somente em 1990, no contexto da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde (n. 8080 e n. 8142), que estabeleceram princípios e diretrizes operacionais para a organização da saúde no País.

Desta maneira, a estrutura para atender as necessidades de saúde da população foi se ampliando e a primeira reforma e ampliação da UBS terminou em 1996. Neste momento, a Secretária Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, buscou na gestão plena do sistema de saúde, a efetiva descentralização, a radicalização da universalidade do acesso, a busca pela integralidade das ações e o aprofundamento do controle social (REIS et al., 1998).

É de conhecimento público que a UBS foi construída em um terreno da prefeitura, invadido anteriormente para a construção da Associação de Moradores do Bairro Guarani. Desta forma, antes mesmo que o controle social fosse reconhecido e instituído, os membros

da Associação atuavam neste sentido. No entanto, somente em 1994 foi criada a Comissão Local de Saúde (CLS) na UBS.

Segundo Silva (2006), no período de 1993 a 1996, a SMSA de Belo Horizonte assumiu a autonomia na definição de suas políticas de saúde e na construção de seu modelo tecno-assistencial. Um dos avanços foi a implementação de projetos de Vigilância à Mortalidade infantil (Projeto Vida). Neste contexto, a assistência nas UBS era baseada no modelo biomédico e realizada essencialmente, por médicos das clínicas básicas (clínica básica, pediátrica e ginecológica) e equipe de enfermagem, com acesso através da demanda espontânea e número limitado de consultas e procedimentos (DINIZ et al., 2006).

Apesar dos avanços, os recursos humanos disponíveis na rede de serviços de saúde eram insuficientes para suportar a demanda da população, cada vez mais crescente, potencializada pelo aumento populacional constante. Os moradores e os profissionais mais antigos sempre citam as filas intermináveis para acessar a consulta médica, que iniciavam sua formação na noite do dia anterior ao atendimento.

Para enfrentar esse problema, a SMSA de Belo Horizonte implantou a estratégia “Acolhimento”, fundamental para o enfrentamento do problema da organização da demanda espontânea. Esta estratégia visou remodelar o processo de trabalho a partir da escuta qualificada das necessidades de saúde da população pela equipe de saúde, responsabilizando-se e criando vínculo (MALTA, 2001).

O “Acolhimento” fortaleceu-se na realidade da UBS com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). É importante lembrar que Belo Horizonte foi pioneira nesta iniciativa em grandes centros urbanos no Brasil. Segundo Diniz et al. (2006), o Distrito Sanitário Norte (DISAN) onde está localizada a UBS em questão, foi contemplado com as três primeiras Equipes de Saúde da Família do município, no ano de 2001. A UBS, contexto do estudo, iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 2000, e recebeu as equipes de saúde da família a partir de 2002 (DINIZ et al., 2006).

O DISAN tinha, neste período, o desafio de expandir a ESF em cinquenta e nove equipes, dentro do critério de classificação de risco de vulnerabilidade social⁵, elaborado pelo Ministério da Saúde e adaptado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Atualmente, o DISAN possui 68 equipes de saúde da família distribuídas em 19 UBS integradas a outros serviços complementares que compõem a Atenção Primária à Saúde

⁵ O índice de vulnerabilidade social é um indicador composto, construído em 1998 e revisado em 2003, baseado no Censo 2000. Divide a população de Belo Horizonte em quatro categorias, de acordo aos setores censitários do IBGE: D - muito elevado, C- elevado, B- médio A- baixo risco. Tem como propósito evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos dentro de um espaço urbano delimitado.

(APS)⁶. Também conta com outros equipamentos públicos de saúde, como Unidade de Pronto Atendimento-Norte, Central de Esterilização, Centro de Controle de Zoonoses, Laboratório de Zoonoses, Farmácia Distrital, Centro de Convivência, oito Academias da Cidade, Centro de Especialidades Médicas (CEM Norte), e ainda, o Hospital Maternidade Sofia Feldman. Além disso, a população do Distrito pode contar com equipamentos que dão suporte social e contribuem para ampliar qualitativamente as necessidades de saúde da população, como Centros de Convência, Centros Culturais, Espaços BH Cidadania e quadras esportivas.

No mapa a seguir, está representada a distribuição das 18 Unidades Básicas de Saúde e a localização do Centro de Controle de Zoonoses, Farmácia Distrital Norte, Centro de Apoio Comunitário Providência.

⁶ Dados fornecidos pela gerência de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Norte (GERASAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte MG).

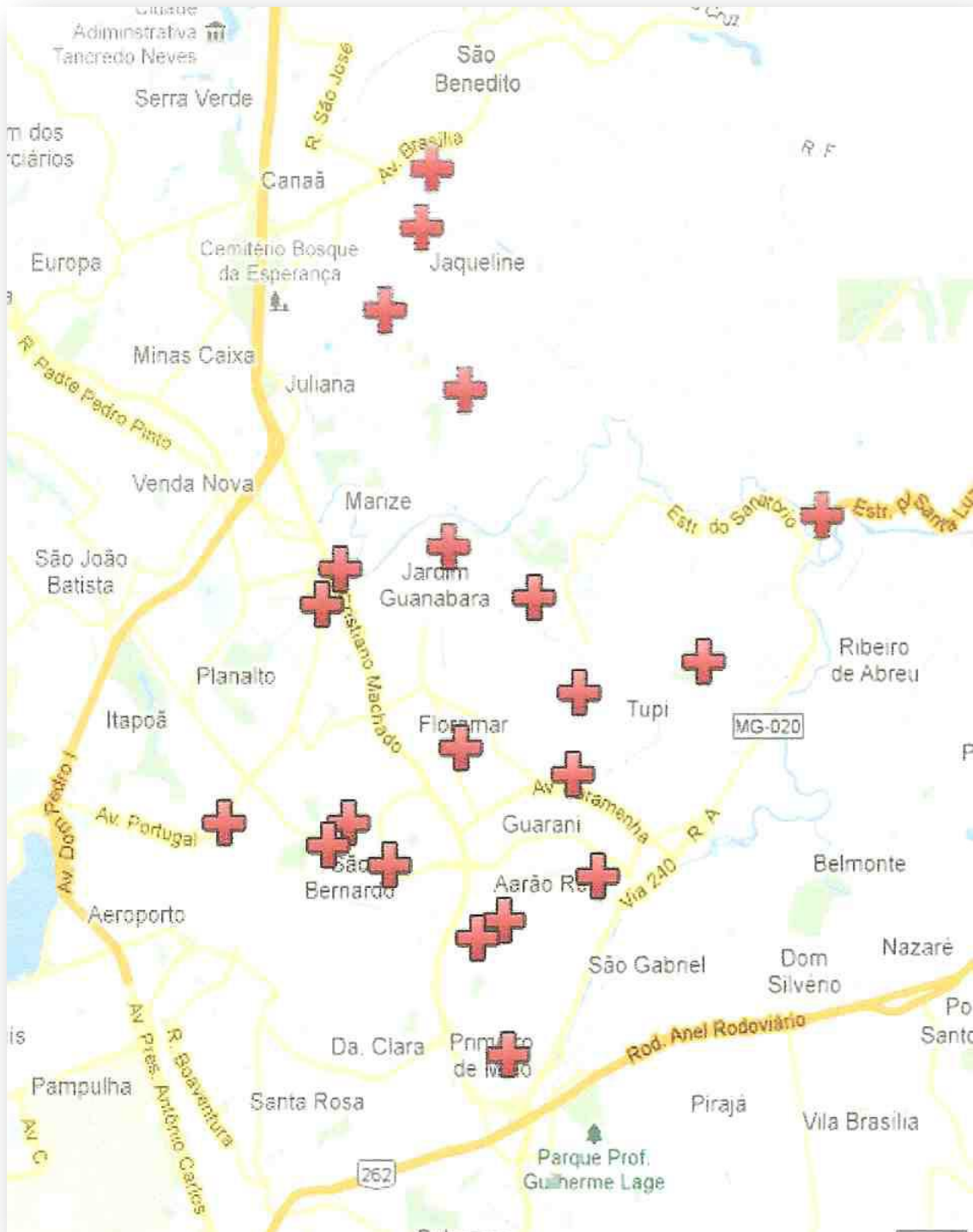


Figura 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Distrito Sanitário Norte (DISAN)

Fonte: Google Maps. Disponível em:

<https://maps.google.com/maps/ms?msid=209970513171604367696.00045ea50d9cd74dfa61e&msa=0>

Pode-se perceber, a partir desse breve histórico, que o cenário do estudo fez parte de diversas inovações e avanços no âmbito da saúde e tem longa trajetória, especialmente no desenvolvimento de ações direcionadas à criança e à gestante e na construção da Atenção Primária à Saúde. Desta maneira, é terreno fértil para iniciar uma discussão mais crítica sobre as necessidades de saúde da população, no sentido de dar visibilidade às necessidades pouco reconhecidas socialmente, levando em consideração as estruturas de gênero que influenciam em sua manifestação e no seu reconhecimento.

Iniciar essa reflexão não é apenas importante para dar visibilidade às necessidades de saúde dos homens, que é o foco deste estudo, já que a mulher é pauta regular na construção dos serviços de saúde neste contexto. Mas, a discussão sobre abordagem de gênero no planejamento e na execução das ações ainda precisa ser intensificada no sentido de ampliar a capacidade da equipe em traduzir e colaborar para a satisfação das necessidades da população.

4.2.2 A Unidade Básica de Saúde

Com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao longo dos anos, muitas mudanças aconteceram. É visível hoje que a Atenção Primária em Belo Horizonte desenvolveu-se e ampliou-se em outras estratégias que dão apoio às equipes de saúde da família. Na UBS, contexto do estudo, atuam quatro equipes de Saúde da Família, constituídas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), todos com carga horária de trabalho de quarenta horas semanais, além de duas equipes de saúde bucal, com cirurgião dentista e técnico de higiene dentário (THD), e outros profissionais de apoio com pediatra, homeopata, clínico geral, residência de ginecologia, enfermeira e cinco auxiliares de enfermagem que atuam vinte horas semanais.

Outros núcleos de profissionais de saúde trabalham junto às equipes, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico, terapeuta ocupacional, residência multidisciplinar em saúde da mulher, e o Núcleo de Saúde Mental composto por psiquiatra e psicólogo. Todos estes profissionais não são exclusivos da UBS em questão, assim, também apóiam outras equipes no DISAN.

Recentemente, a Unidade de Saúde passou a ser campo de estágio do sétimo período da disciplina Saúde da Mulher, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG), o que vem contribuindo com ações inovadoras na satisfação de necessidades de saúde próprias deste grupo e na busca pela equidade. A UBS dispõe também

de uma equipe de zoonoses composta por seis agentes comunitários de Endemias, e de uma equipe administrativa em que atuam quatro auxiliares administrativos junto à gerente, estagiários na área administrativa, dois porteiros, dois auxiliares de serviço gerais e “Posso Ajudar?”⁷. Apesar do avanço no que se refere aos recursos humanos, a infra-estrutura para comportar um total de 72 funcionários não aumentou na mesma proporção, e hoje é deficiente.

A UBS possui nove consultórios, uma sala de espera, uma sala de curativos, farmácia, uma sala de procedimento, uma sala para coleta de material biológico, uma recepção, uma sala para o serviço administrativo, uma sala para a gerência, cozinha, banheiro para funcionários e banheiro para usuários. Além da deficiência de salas, outros problemas estruturais dificultam o trabalho cotidiano, tais como computadores sucateados, ventilação inadequada e equipamentos insuficientes. Esses problemas são consequência da não ampliação da estrutura física, que não tem acompanhado as mudanças do sistema de saúde.

A UBS tem população com classificação “B”, índice de vulnerabilidade social. Segundo dados do cadastro social de 31 de janeiro de 2013⁸, a população cadastrada na área de abrangência era de 14.810 mil pessoas. A equipe um tinha como população cadastrada 4.186 pessoas; a equipe dois, 3.656; a equipe três, 3.777; e a equipe quatro, 3.312 pessoas. A população de adultos de 20 a 59 anos das quatro equipes, segundo dados do mesmo período, somavam 9.029 pessoas, sendo 4.956 mulheres e 4.073 homens.

É importante salientar que esse cadastro é dinâmico e se modifica, assim como a população da área de abrangência.

A seguir, o mapa da área do território da UBS Guarani indicando as áreas de abrangências das quatro equipes de saúde da Família.

⁷ Programa que visa promover o atendimento ao usuário desde a sua chegada e durante a permanência na Unidade, prevenindo conflitos e contribuindo para a satisfação do usuário. O Programa é realizado por universitários da área de saúde que esclarecem dúvidas e facilitam o atendimento (BELO HORIZONTE, 2012, p 108).

⁸ Dados obtidos a partir do Sistema de Dados da Intranet da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG).



Figura 2 - Mapa do território de abrangência da UBS dividido entre as quatro equipes.
Fonte: Mapa fornecido pela Gerência de Atenção à Saúde do Distrito Norte (GERASAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG).

Apesar de o índice de vulnerabilidade da população ser “B”, pode-se dizer que grande parte dela é SUS-dependente, ou quando utilizam a rede particular ou os convênios, principalmente para acessar serviços especializados, fazem uso concomitante dos serviços da UBS para diversos tipos de atendimento, como farmácia, vacinação, tratamento de feridas crônicas, atendimento de problemas agudos de saúde, pré natal, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança e tratamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

A UBS tem as portas abertas para a população, sendo o acolhimento das equipes de saúde da família feito por demanda espontânea, das 07:00h às 19:00h, cinco dias por semana. Ao mesmo tempo, nas doze horas de funcionamento, várias atividades são realizadas pelos diferentes profissionais. São citadas aqui as principais, executadas pelas equipes de Saúde da Família: Acolhimento⁹, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até dois anos, pré natal, atendimento da mulher para realização do preventivo de câncer de colo de útero e mama, planejamento familiar, reuniões semanais de planejamento estratégico das equipes, que inclui a odontologia, reunião mensal com NASF, reunião mensal multiprofissional de saúde mental, acompanhamento e tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, ações educativas, educação continuada para os diferentes profissionais.

Além disso, outras atividades são realizadas na UBS, a exemplo de coleta de material biológico, realização de eletrocardiograma, marcação de consultas especializadas, atividades de promoção da saúde como o Liang Cong (prática chinesa), tratamento homeopático, tratamento de feridas, visitas domiciliares pela equipe de zoonose, ACS e também pelos profissionais do NASF e do ESF.

As quatro equipes reservam duas ou três horas diárias para atividades de acolhimento, em que se concentra o maior volume de atendimento diário. É uma atividade realizada por enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico de cada equipe, e se destina à escuta do usuário, o que possibilita a interpretação das suas necessidades de saúde e o encaminhamento adequado no sentido de satisfazê-las. Mas, o que acontece corriqueiramente é o atendimento das queixas, limitando a capacidade das equipes de reconhecerem e satisfazerem as reais necessidades de saúde da população.

Durante os meses de abril, maio e junho de 2012, período em que ocorreu a coleta de dados da pesquisa, no livro de registro de acolhimento das equipes constava um total de 3.840 atendimentos. A preocupação em descrever com mais detalhes essa atividade decorreu do fato

⁹ O “Acolhimento” nesta UBS é um procedimento com hora marcada, realizada pela equipe de saúde da família.

de ter sido observado, naquela ocasião, que a maior concentração de homens na UBS dava-se no horário em que três equipes realizavam esse tipo de atendimento à população (de 08:00 às 11:00h). Em outros horários em que estas mesmas equipes ocupavam-se com outras atividades, como o atendimento às consultas agendadas, a presença de homens na faixa etária de 20 a 59 anos era quase imperceptível.

A propósito, do total de 3.840 atendimentos mencionados anteriormente, 598 foram de homens de 20 a 59 anos, e 1.510 de mulheres na mesma faixa etária. Essa desproporção representa o desencontro das ações da Atenção Primária à Saúde às necessidades de saúde dos homens, e também as diferenças de gênero no que se refere à busca pelos serviços de saúde.

Todavia, é importante ter cautela ao observar essa realidade, pois, não se pode concluir, a partir desses dados, que a necessidade de saúde dos homens, relacionada aos serviços de saúde, resume-se ao atendimento de problemas agudos resultante de adoecimento, só porque o tipo de serviço mais utilizado pelos homens tenha sido o “acolhimento” centrado na queixa.

Uma observação criteriosa permite chegar à conclusão de que esse tipo de serviço é, em suma, a única porta de entrada, ou a única maneira de os homens terem acesso ao serviço, considerando não apenas os diversos serviços oferecidos e o planejamento das ações, mas a adequação das ações às reais necessidades deste público e a estrutura em que estes indivíduos estão inseridos. Contudo, para que a análise das necessidades de saúde dos homens seja possível, é preciso aproveitar o encontro profissional - usuário e acolhê-los verdadeiramente, ouvir de maneira criteriosa e sensível o que necessitam para cuidar da saúde.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os sujeitos deste estudo, segundo os critérios de inclusão estabelecidos, foram homens na faixa etária de 20 a 59 anos, abordados no momento em que buscavam a UBS com demandas pessoais ou como acompanhantes, com residência fixa na área de abrangência das quatro equipes, por mais de um ano. Considerou-se esse critério para garantir um tempo mínimo em que poderia ocorrer a vinculação do usuário ao serviço de saúde.

Determinou-se como critérios de exclusão o fato de o sujeito não ter condições de responder as perguntas por algum fator de ordem física ou psicológica, ou possuir vínculo devido à relação de cuidado com a pesquisadora, que é enfermeira neste serviço de saúde. A seguir, apresenta-se a caracterização dos sujeitos do estudo.

4.3.1 Os homens usuários da Unidade Básica de Saúde

Todos os participantes moravam há mais de um ano na área de abrangência das equipes de saúde da família, sendo que dos 27 entrevistados, 15 residiam no mesmo local há mais de vinte anos e 7 eram moradores da área desde o nascimento. Dentre os outros 17 usuários, apenas 3 residiam há menos de três anos neste local. Esses dados são importantes levando em consideração que a UBS, contexto do estudo, vem construindo a assistência à saúde há mais de vinte anos no território.

Dentre os 27 entrevistados, cinco tinham entre 20 e 29 nove anos; oito, entre 30 e 39 anos; nove, entre 40 e 49 anos; e cinco entre 50 e 59 anos. Esta faixa etária compreende o homem adulto que, pelos motivos já apresentados, é o foco do estudo. Cabe esclarecer que a escolha dos usuários foi aleatória, sem a intenção de manter uma proporção entre as faixas etárias.

Em relação à etnia, oito eram brancos, quatro eram negros e 15 pardos. Não foi questionada a orientação sexual aos sujeitos, mas pelo discurso dos mesmos, apenas um referiu, em sua fala, relacionamento homossexual.

Para a caracterização dos sujeitos, foram considerados o estado civil e a composição familiar de cada um, para situá-los em seu contexto social. A maioria (16) era de homens casados; apenas três eram solteiros; seis declararam-se separados ou divorciados; e dois informaram manter um relacionamento estável. Percebe-se que os entrevistados estão inseridos em famílias cuja composição é muito variada, embora 14 tenham família nuclear e morem apenas com a esposa e/ou filhos.

Em relação ao número de moradores no domicílio, 14 informaram que moravam com uma ou duas pessoas; 11 disseram morar com três a cinco pessoas; e apenas 2 moravam sozinhos.

O tipo de trabalho exercido e renda mensal auferida, também foram considerados para caracterizar os sujeitos, pois, na economia capitalista, a posição que os sujeitos ocupam na produção social é definidora de suas necessidades. Desta maneira, as ocupações/atividades profissionais que os homens citaram foram: um instalador de TV a cabo, dois Açougueiros, um Atendente, um Marceneiro, um Pintor, um Representante comercial, um Vendedor autônomo, um Coveiro, um Pedreiro, um Mecânico, um Vendedor, um Captador de imóveis, um Comerciante, um Lustrador de móveis, um Estudante, um Pastor, três Vigilantes, três Seguranças, um Aposentado por tempo de serviço, dois Aposentados por invalidez e um desempregado.

Dos 27 homens entrevistados, 13 não tinham horário fixo de trabalho, ou seja, trabalhavam em plantão alternado, eram trabalhadores autônomos ou não trabalhavam, o que é considerável, já que o horário comercial de trabalho é um dos impeditivos mais alegados pelos homes e “naturalizado” pelos profissionais e pela literatura para o não uso dos serviços da APS pelos homens.

A renda mensal individual entre 15 homens era acima de 1000 até 1800 reais; sete dos entrevistados possuíam renda mensal de 600 a 900 reais; quatro recebiam de 2000 até 3600 reais por mês; e um era sustentado por outras pessoas. De acordo com os dados coletados, percebe-se uma significativa representatividade destes fatores na expressão de necessidades de saúde dos sujeitos.

Considerando a educação como fator importante na construção da autonomia, a escolaridade também foi observada na caracterização. Assim, os sujeitos apresentaram escolaridade variada, sendo que 11 completaram o segundo grau; oito concluíram o primeiro grau, quatro não completaram o primeiro grau, um declarou-se analfabeto, um disse ter o terceiro grau incompleto, e dois, o terceiro grau completo.

Sobre o uso do serviço, 11 informaram que utilizavam a UBS apenas para situações agudas de adoecimento. Os outros 16 participantes declararam utilizar o serviço por outros motivos, sendo que o acompanhamento de doenças crônicas, na maioria das vezes realizado de forma irregular, foi mais comum. Destaque deve ser dado ao fato de que, dos 27 entrevistados, 17 declararam ter conhecimento de que eram portadores de doença crônica.

A influência destes fatos e características na manifestação e satisfação das necessidades de saúde, serão compreendidas no decorrer da dissertação.

O quadro a seguir foi elaborado visando facilitar a identificação dos sujeitos, a posição em que se encontram nos meios de produção e das possibilidades de consumo de bens cambiáveis, a constituição familiar em que estão inseridos e o momento em que foram entrevistados, na busca pelo serviço de saúde.

Quadro 1 – Demonstrativo da caracterização dos sujeitos, segundo perfil socioeconômico, composição familiar e motivo da busca pelo serviço de saúde no momento da entrevista

Sujeitos	Etnia	Idade	Ocupação/atividade de profissional	Renda	Estado Civil	Família	Momento da entrevista
H1	Branco	53	aposentado/voluntário	1100	Casado	Esposa e filho	Vacinação
H2	Pardo	29	Instalador de TV a cabo	1200	Casado	Esposa e filho	Puericultura do filho
H3	Pardo	38	Açougueiro	1800	Casado	Esposa, 2 filhos, 2 enteados	Acolhimento
H4	Branco	22	Atendente	1300	Solteiro	Mãe	Acolhimento
H5	Pardo	38	Marceneiro	1200	Casado	Esposa e filho	Acolhimento
H6	Negro	52	Pintor	1500	Casado	Esposa e filho	Curativo
H7	Pardo	58	Representante comercial	2000	Casado	Esposa, filha, neto	Reunião de comissão local
H8	Branco	37	Vendedor autônomo	2000	Separado	Pais	Acolhimento
H9	Negro	42	Coveiro	1600	Casado	Esposa e 3 filhos	Acompanhando a filha no acolhimento
H10	Pardo	30	Pedreiro	800	Casado	4 filhos e esposa	Acolhimento
H11	Pardo	28	Mecânico	1200	Casado	Esposa	Acolhimento
H12	Pardo	41	Vendedor	1000	Casado	Esposa e filho	Demanda espontânea fora do acolhimento
H13	Branco	32	Desempregado	-	Casado	Dois filhos, esposa	Demanda espontânea fora do acolhimento
H14	Pardo	34	Captador de imóveis	900	Casado	Esposa e 2 filhos	Acompanhando esposa no acolhimento
H15	Pardo	21	Açougueiro	600	Relacionamento Estável	Sogra, namorada, cunhado	Acolhimento
H16	Pardo	42	Comerciante	3.600	Casado	2 filhas, esposa	Curativo
H17	Negro	42	Lustrador de móveis	1200	separado	Sozinho	Demanda espontânea fora do acolhimento
H18	Branco	38	Estudante	-	Solteiro	Pais	Consulta agendada
H19	Pardo	49	Vigilante	900	Casado	Esposa e 2 filhas	Acolhimento
H20	Branco	45	Vigilante	1200	Separado	Filha	Demanda espontânea fora do acolhimento
H21	Pardo	49	Vigilante	900	Separado	Sozinho	Consulta agendada
H22	Pardo	52	Segurança	1500	Separado	Irmã	Consulta agendada
H23	Branco	24	Segurança	1000	Separado	Pais	Acolhimento
H24		38	Segurança	2000	Casado	Esposa e 2 filhos	Acolhimento
H25	Negro	45	Aposentado por invalidez	600	Relação estável	Esposa	Acompanhando esposa no acolhimento
H26	Branco	60	Pastor	1800	Casado	Filha e esposa	Reunião de comissão local
H27	Pardo	46	Aposentado por invalidez	600	Solteiro	Irmão	Consulta agendada

Fonte: Consolidação de dados empíricos coletados.

4.4 COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A) nas entrevistas com os homens. Para Minayo (2010)¹⁰, nesta modalidade, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores suficientes que contemplem as informações esperadas. Os tópicos devem funcionar como lembretes e permitir uma flexibilidade da conversa e novos temas e questões trazidas pelo interlocutor. Procurou-se, na elaboração das questões do roteiro, fazer um delineamento do objeto, contemplando de maneira oportuna questões que poderiam trazer à tona as necessidades de saúde.

Um questionário realizado antecipadamente à aplicação do roteiro permitiu a caracterização dos sujeitos entrevistados. Além disso, utilizou-se outro roteiro (APÊNDICE B) para a observação durante as entrevistas com a finalidade de anotar informações julgadas importantes sobre os procedimentos de coleta de dados.

Devido às características do objeto da pesquisa e à posição da pesquisadora como enfermeira da UBS, foram necessárias algumas intervenções da profissional diante de demandas e necessidades dos participantes, visando garantir a ética no trato com os sujeitos. Todas as intervenções foram anotadas no roteiro para observação durante da entrevista e seus desdobramentos em diário de campo. Estes procedimentos contribuíram para subsidiar a análise das necessidades de saúde dos sujeitos.

Os 27 homens sujeitos da pesquisa foram recrutados na busca pelo serviço de saúde por qualquer motivo. À medida que era realizada cada entrevista, as falas dos sujeitos foram transcritas, destacando-se destes textos as unidades de registro que correspondiam aos temas da taxonomia de necessidades de saúde (MATSUMOTO, 1999). Esta pré-análise dos dados permitiu constatar a saturação das informações a partir da vigésima entrevista. Mesmo assim, foram entrevistados mais sete sujeitos a fim de assegurar a saturação dos dados. Para Fontanella et al. (2008, p. 20),

A avaliação da saturação dos dados a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados.

A abordagem dos sujeitos foi realizada pelo auxiliar de pesquisa em diferentes momentos da rotina do serviço e os que concordaram em participar voluntariamente da

¹⁰ Original publicado em 2004.

pesquisa foram entrevistados pela pesquisadora. Procurou-se essa alternativa para evitar que o consentimento do sujeito fosse influenciado pelo fato de a pesquisadora ser enfermeira de equipe de Saúde da Família neste serviço.

É importante salientar que o auxiliar de pesquisa propositalmente escolhido é do sexo masculino. Além disso, possui experiência, como acadêmico do curso de enfermagem, em desenvolvimento de projetos em que o homem foi o público alvo.

Todos os homens foram entrevistados assim que o atendimento lhes foi garantido, para evitar que se sentissem apressados durante a entrevista. O auxiliar de pesquisa foi fundamental para ajudar a pesquisadora a conciliar tarefas da coleta de dados com as de enfermeira da UBS.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C). Houve preocupação em realizar uma ou duas entrevistas por dia e transcrevê-las em seguida, duas a duas, para que fosse observada a saturação de dados. Esse processo foi possível porque a pesquisadora e o auxiliar de pesquisa estiveram no campo em todos os dias úteis durante os meses em ocorreu a coleta de dados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

As expressões dos sujeitos da pesquisa sobre os objetos de suas necessidades de saúde e suas ações no sentido de qualificar “o modo de andar a vida”, foram analisadas em uma estrutura cronológica coerente à análise temática de conteúdo de Bardin (2009)¹¹, que prevê: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Como já citado na descrição da coleta de dados, à medida que as entrevistas foram realizadas e submetidas à transcrição, iniciou-se a pré-análise com leituras repetidas dos textos, que possibilitaram a compreensão das ideias gerais e a projeção da teoria das necessidades no conteúdo das entrevistas.

A partir do contato inicial com os textos transcritos, foi possível visualizar os caminhos para a exploração do material. Desta maneira, destacaram-se dos textos transcritos, os fragmentos e frases que, semanticamente, remetiam aos temas contemplados na Taxonomia de Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999). Observou-se que esses fragmentos poderiam contemplar, simultaneamente, diferentes necessidades de saúde, o que impossibilitou a classificação de palavras ou frases.

¹¹ Publicação original em 1977.

Esta característica dos textos, decorrente das entrevistas com os homens, é coerente com a natureza das necessidades, considerando a perspectiva adotada no estudo. As necessidades relacionam-se e são interdependentes. Para que uma necessidade exista para um sujeito, necessariamente outras existirão, simultaneamente; em contrapartida, a existência destas necessidades significa, também, a ausência de outras tantas. Isso pode ser compreendido, pois quando um sujeito dá visibilidade a uma necessidade não reconhecida socialmente, reestrutura todo um sistema de necessidades (HELLER, 1986).

Desta maneira, das frases ou fragmentos foram retiradas unidades de significação. Para Bardin (2009, p. 131), “as unidades de significação ou temas se libertam naturalmente dos textos analisados segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura”. No entanto, a taxonomia de necessidades de saúde serviu como critério para que fosse possível listar as unidades de significação submersas nas expressões dos sujeitos, que representavam suas necessidades de saúde.

Segundo Cecílio (2001, p. 12) para compreender as necessidades de saúde e atendê-las de modo a buscar a integralidade é preciso que os profissionais ou, no caso, o pesquisador, façam “a escuta da maneira mais completa possível” das demandas, assim permitindo que as reais necessidades submersas nestas expressões sejam traduzidas. De acordo com o autor, a capacidade e a sensibilidade do receptor do discurso são fundamentais para a compreensão das necessidades.

Assim, expressões dos sujeitos são constituídas por demandas que precisam ser interpretadas, considerando a posição que os homens assumem em seu contexto de vida para possibilitar a emergência das necessidades de saúde. Bardin (2009) considera que na análise de conteúdo, muitas vezes é imprescindível para a compreensão da significação da unidade de registro, fazer referência ao contexto próximo ou longínquo da unidade a se registrar.

A seguir, no Quadro 2, estão esquematizados os temas elencados pelos autores da taxonomia de necessidades de saúde. Em consonância a esses temas, as unidades de significação encontradas das entrevistas foram agrupadas.

Quadro 2- Quadro comparativo entre a Taxonomia de Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999) e as Unidades de Significação encontradas no estudo

NECESSIDADES DE SAÚDE DE INDIVÍDUOS E/OU GRUPOS	SIGNIFICADOS SEGUNDO A TAXONOMIA DE NECESSIDADES DE SAÚDE	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO ENCONTRADAS A PARTIR DOS DADOS
Necessidade de boas condições de vida	Boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão.	Ter boas condições de trabalho; boa alimentação; fruir de outras atividades que não sejam o trabalho; presença da mulher; Necessidades morais e espirituais.
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida.	Ter acesso a informações e educação em saúde; ter acesso a serviços de saúde nos diversos níveis de assistência; ser incluído nas ações da ESF.
Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.	Ter acolhimento de qualidade nos serviços de saúde sempre que precisar; ser acolhido considerando suas diferentes masculinidades; ter a saúde acompanhada por uma equipe de referência; construir vínculo com os profissionais.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.	Qualificar o modo de andar a vida; ter apoio para construir autonomia para o autocuidado; ter a autonomia reconhecida na escolha do modo de andar a vida.

Fonte: Adaptado de MEHRY, E., 2002, p. 7.

A taxonomia de necessidades em saúde funcionou como instrumento capaz de listar, descrever as necessidades de saúde dos homens. Entretanto, sendo as necessidades interdependentes e dinâmicas, para que as categorias fossem capazes de representar o movimento dialético implicado na construção e reconstrução das necessidades de saúde, não se seguiu uma lógica descritiva linear, classificatória, como na taxonomia. As categorias construídas a partir dos resultados representam a relação que os homens estabelecem com o meio, transformando-o e a si mesmo na busca pela satisfação das necessidades de saúde.

Neste sentido, as categorias provenientes da interpretação dos resultados, à luz do referencial teórico sobre necessidades, utilizando como técnica a análise temática de conteúdo são:

- ❖ A centralidade do trabalho na determinação das necessidades de saúde.
- ❖ O acolhimento e o vínculo: marcas de valor das práticas profissionais na atenção primária à saúde.
- ❖ As masculinidades e alienação dos homens em relação às práticas e tecnologias de saúde: limites da autonomia e do autocuidado.

A seguir, a figura 3 representa os quatro grupos de necessidades em saúde (MATSUMOTO, 1999) em um esquema que visa ilustrar a diferenciação entre elas, a interdependência e a dinamicidade a que estão submetidas, partindo do princípio de que para satisfazer necessidades de saúde radicais os sujeitos precisam superar contradições em seu modo de vida.

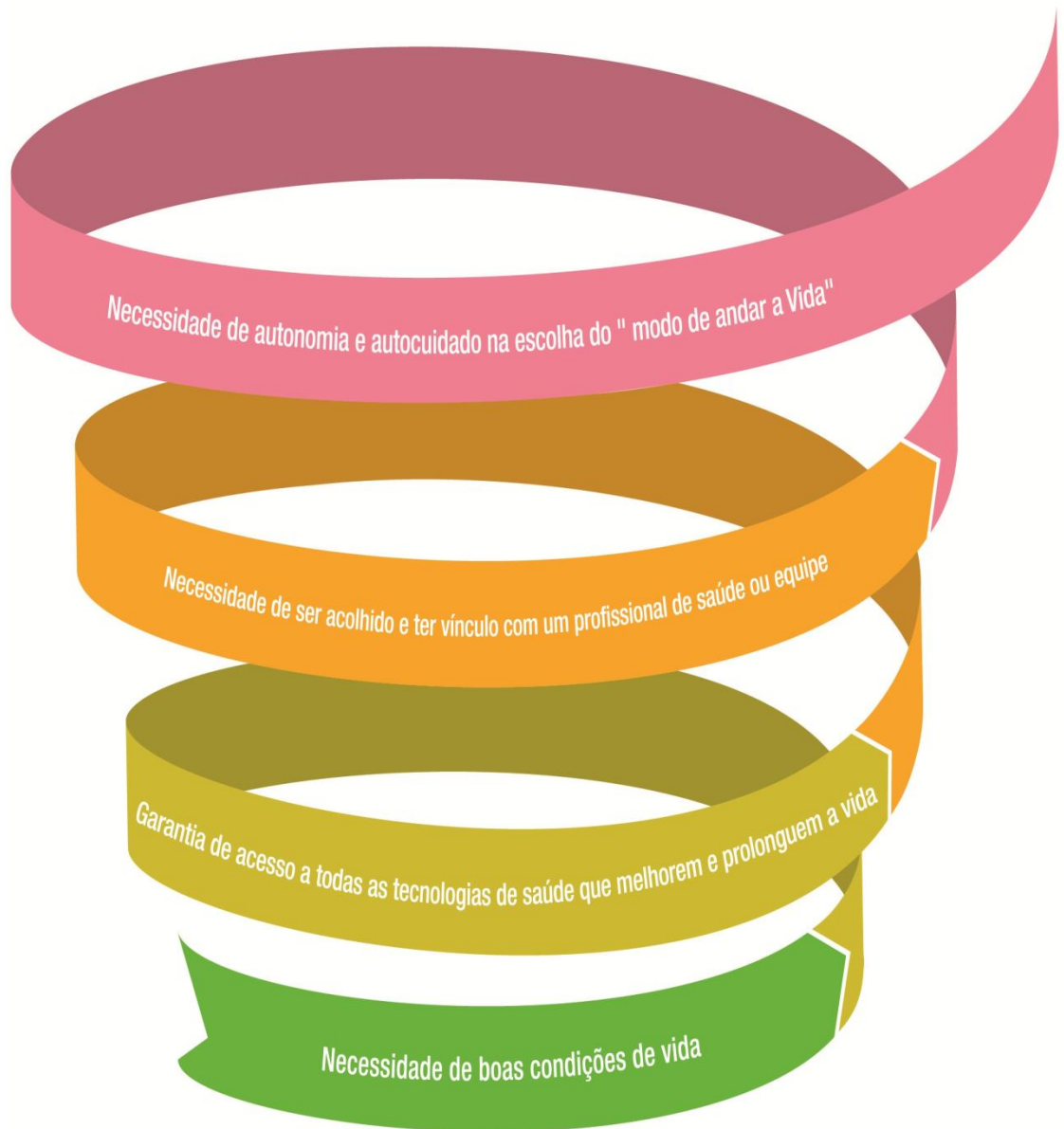


Figura 3 – Representação da interdependência e dinamicidade dos grupos de necessidades de saúde, a partir da Taxonomia de Matsumoto (1999)

Fonte: Imagem criada para o presente trabalho

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa é produto de um projeto de mestrado submetido à aprovação da Câmara do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EMI/EE/ UFMG).

Conforme preceitua a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSBH), sendo aprovada nos dois Comitês, conforme Pareceres CAAE-0650.0.203.000-11 e 0650.0.203.410-11A, nas datas 10 de janeiro de 2012 e 13 de março de 2012 , respectivamente (ANEXOS A e B).

No momento de cada entrevista, todos os participantes foram apresentados ao tema e aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, foi feita a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido relativo à sua participação na pesquisa e solicitada a sua assinatura, mediante interesse demonstrado no sentido de ser entrevistado. Na ocasião, foi assegurado a todos o sigilo e o anonimato do que dissessem, por meio de código alfanumérico, bem como a garantia de que as informações seriam utilizadas apenas para fins científicos.

A divulgação dos resultados, por meio de publicação de artigos em periódicos científicos, apresentação em eventos e outros meios considerados adequados, bem como junto aos profissionais e gerentes do cenário de estudo e de outras UBS do município, garantirá o retorno social da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar as necessidades de saúde dos homens, sujeitos desta pesquisa, articularam-se informações obtidas na análise das entrevistas, no questionário sociocultural, dentre outras captadas na observação durante a entrevista e anotadas no diário de campo. As necessidades de saúde, sendo uma construção sócio-histórica dos indivíduos e grupos, exigiram o destaque ora de situações singulares, ora de questões particulares dos homens, e questões gerais, de cidadãos inseridos em um meio de produção e de consumo de produtos que inclui as práticas e as tecnologias de saúde.

No entanto, as categorias visam discutir implicações da ação desses homens no mundo, das relações que estabelecem com os outros sujeitos e com os objetos de suas necessidades, no sentido de satisfazer suas necessidades de saúde. Além disso, considerou-se a potencialidades desses sujeitos em reestruturar o modo de “andar a vida” a fim de satisfazer necessidades de saúde menos reconhecidas socialmente, a partir da consciência de necessidades radicais de saúde.

Levando-se em consideração que os homens entrevistados são, de maneira mais pontual ou mais freqüente, usuários dos serviços da UBS, foi importante para a discussão dos resultados ter em mente o valor de uso dos serviços de saúde para satisfação das necessidades desse público, além das potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) para a superação do não reconhecimento dos homens como sujeitos das práticas de cuidado, ainda prevalente na sociedade em geral.

Portanto, o alcance do objetivo do trabalho de analisar necessidades de saúde de homens usuários de um serviço de atenção primária à saúde, exigiu a visualização dos homens na busca constante pela satisfação de suas necessidades, em um movimento dialético de construção e reconstrução da realidade e de si, utilizando conhecimentos e recursos disponíveis de acordo com a classe social que ocupam e a cultura que assumem em um momento de sua vida.

A seguir a figura 4, que representa as engrenagens de uma máquina simbolizando como são construídas as necessidades de saúde dos homens, considerando os principais determinantes desse processo: a inserção social dos sujeitos nos meios de produção, as práticas de cuidado por eles vivenciadas e as masculinidades assumidas individualmente.

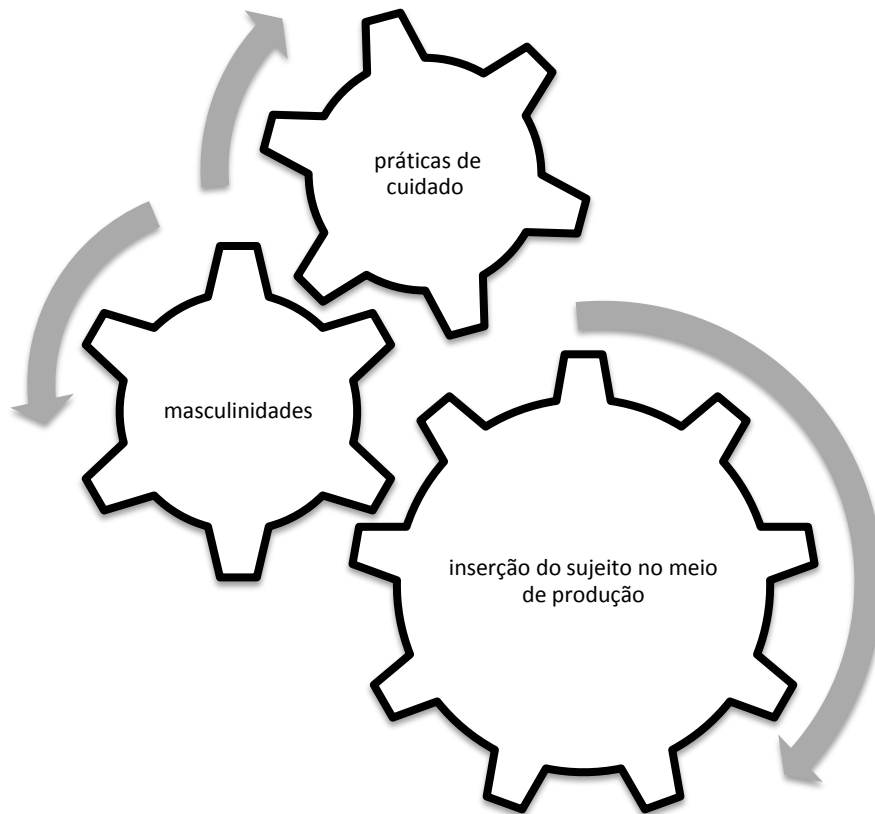


Figura 4 – Representação gráfica da construção das Necessidades de Saúde dos Homens
Fonte: Criada por STORINO, L.P., 2013.

5.1 A CENTRALIDADE DO TRABALHO NA DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

As maneiras como os homens se socializam e buscam a satisfação de suas necessidades, são moduladas pelas suas formas de inserção nos meios de produção. Isso pode ser compreendido pelo fato de que é a partir do trabalho que a Humanidade vem transformando a natureza, desde suas origens, para criar os meios de subsistência (PERNA; CHAVES, 2008). Além disso, deve-se considerar a histórica ligação dos homens com o trabalho produtivo (que produz lucro) e a forte influência do modo de produção capitalista nos últimos duzentos anos na construção das masculinidades (CONNELL, 1995).

As pesquisas sobre as masculinidades dos homens da classe operária e da classe média, em vários países, têm mostrado o processo de moldagem das masculinidades no local e no mercado de trabalho, nas grandes organizações e no sistema político. (CONNELL, 1995, p.188)

Essa evidente associação entre o trabalho e as masculinidades representa a congruência da ação dos homens no mundo. Deste modo, assim como o trabalho na sociedade capitalista, as masculinidades, como práticas, influenciam as necessidades e são construídas dentro de relações de poder representadas na estrutura das relações de gênero. Desta maneira, essas práticas conformam o modo de vida dos homens e precisam ser levadas em consideração na compreensão de suas necessidades.

Os dados empíricos que permitiram o delineamento desta categoria mostram que as condições de trabalho, o tempo que os homens despendem com essa atividade, a importância que ela tem para que cada sujeito se afirme socialmente, as possibilidades de consumo de bens cambiáveis através da venda da força de trabalho, definem grande parte de suas necessidades, como pode ser observado nos recortes de depoimentos a seguir:

“Primeiro trabalhar bem, ter lazer com a família, ter descanso também e uma renda boa para não precisar trabalhar em dois serviços. Eu acho que é isso, ter uma boa saúde.”H₃

“Eu consegui outro emprego, agora vou trabalhar e segunda a segunda... Eu fiquei desempregado muito tempo, fazendo bico dali, ajudando daqui, ali e não me ajudava. Então estou passando a me ajudar. Mas para me ajudar primeiro eu tenho que trabalhar. Arrumar muitas falhas que eu deixei pra trás. Então agora vou ter que me desdobrar.”H₁₉

“A gente fica muito preocupado em trabalhar, e esquece das próprias necessidades, fica mais preocupado em cuidar das responsabilidades do que da gente mesmo.”H₂₄

“O homem tem que ter um bom trabalho, onde ele possa ganhar, ter um salário onde ele tenha condições de cumprir com suas obrigações, não para que ele seja rico, se for rico é bom, mas que ele tenha o mínimo pra ter condições de arcar com todas as despesas necessárias pra ele ter boa alimentação, ter bom vestuário, que não precisa ser coisa de marca, mas que seja bom”. H₂₆

Considerando essas expressões dos homens entrevistados, pode-se compreender a centralidade do trabalho na vida destes sujeitos e na construção de necessidades. Para eles, o trabalho é essencial por proporcionar meios de viabilizar necessidades de saúde; mas, contraditoriamente, impede esses homens de dar visibilidade às suas necessidades de saúde.

Na primeira fala, o sujeito expõe que um caminho para superar o que pode se compreender como uma contradição, e satisfazer necessidades de saúde, capazes de qualificar as condições de vida, seria trabalhar menos horas por dia e manter sua capacidade de consumo. Esta necessidade é marca do modo de produção capitalista, em que o trabalho perde sua posição de necessidade humanizadora para se tornar uma mercadoria, ou um meio de satisfazer necessidades de outros, ou externas ao indivíduo que vende sua força produtiva (HELLER, 1986; FRAGA, 2006).

No entanto, para alguns sujeitos, o trabalho não é apenas um meio para possibilitar a satisfação de necessidades, podendo ser um fim e se traduzir em uma necessidade de boas condições de vida. Isso vai ao encontro da ideia marxista que defende que é trabalhando e modificando o mundo que os sujeitos desenvolvem suas necessidades. Mas, é essencial para que este trabalho se torne uma necessidade, que não seja alienado ao sujeito que o realiza (HELLER, 1986; FRAGA, 2006; PERNA; CHAVES, 2008).

O trabalho como necessidade humanizadora, capaz de modificar não somente a natureza, mas também de diferenciar o ser humano e de transformar suas necessidades, pode ser claramente compreendido nas seguintes falas, em que os sujeitos expressam a satisfação em corresponder à necessidade de outros semelhantes. Nestas falas, as necessidades de vida comunitária e afeto, assim como as necessidades morais e espirituais dos sujeitos, também podem ser compreendidas:

“A primeira coisa é ter paz consigo mesmo e com o próximo. No meu trabalho de Vicentino, às vezes as pessoas estão depressivas, você leva uma palavra e passa a ouvir... fica com aquela pessoa uma hora duas horas batendo papo, quando a gente sai, a gente sente que está levando alegria pra casa e tá deixando alguma mensagem ali.” H₁

*“Você indo pro Alcoólicos Anônimos (AA) você ajuda muita gente também e acaba que isso te faz bem também.”*H₁₉

É importante salientar que o trabalho exercido neste caso, está fora da lógica de geração de capital, e tanto o processo quanto o fruto deste trabalho é totalmente apropriado pelo sujeito. Reconhecer-se dentro dos princípios morais de uma sociedade, integra as necessidades que não são submetidas a valor de câmbio, e devem ser compreendidas como necessidades autênticas dos sujeitos. No entanto, os valores morais e as formas de expressão religiosa podem representar o ideário de masculinidades hegemônicas apoiado amplamente pelo Cristianismo (OLIVEIRA, 2004).

“Ter uma vida tranqüila e viver em paz. Ser uma pessoa correta... tratar as pessoas bem”. H₈

“Paz, paz, acreditar em Deus, só Deus pode... e família, uma boa estrutura familiar.” H₁₃

A necessidade de ter um trabalho pode se configurar uma necessidade socialmente reconhecida a partir dos papéis masculinos legitimados. Manter a capacidade física de exercer o labor, para os homens, é fundamental, bem como estar inserido nos meios de produção, e mesmo que não satisfaça sua necessidade de transformar-se e ao mundo, pode dar aos homens uma sensação de normalidade, da mesma maneira que o desemprego ou a impossibilidade de trabalhar muitas vezes é motivo de mal estar.

No seguinte caso, o sujeito está impossibilitado de trabalhar porque não teve acesso, em tempo adequado, aos procedimentos cirúrgicos para correção de um problema de saúde. Esse fato impossibilitou a satisfação de um conjunto de necessidades de saúde, mas a primeira citada pelo sujeito foi a necessidade de trabalho.

“O médico falou que num posso fazer muito esforço, muito movimento, mas num tem jeito não, como é que eu vou trabalhar? Ficar só de atestado não dá!” H₂

As necessidades de saúde relacionadas com a capacidade laboral dos sujeitos, são facilmente identificadas em suas expressões. Pode-se inferir, a partir deste fato, que essas necessidades de saúde são mais socialmente reconhecidas do que outras. No seguinte caso, é justificada pelos sujeitos a partir de papéis sociais masculinos legitimados, como o de provedor da família. Em contradição às necessidades de saúde necessárias para a manutenção da capacidade produtiva, as falas também demonstram o modo desses homens se perceberem invulneráveis.

“Ficar doente pra mim é não agüentar trabalhar. A minha preocupação é só trabalhar. Se eu parar de trabalhar meus filhos não comem, aí eu preocupo, neste lado da doença... Fora isso eu não preocupo.” H₉

“Eu sempre falo que eu não posso adoecer, sou o representante da casa, o homem é o representante da casa, quer queira quer não. Eu falo que eu não posso adoecer por que se eu adoecer, adocece toda a minha família, tudo depende de minha pessoa.” H₁₆

A importância do trabalho para os homens se reconhecerem moralmente adequados dentro dos referenciais de masculinidades hegemônicas, pode ser melhor compreendida nesta situação em que o sujeito está desempregado há muito tempo. Na seguinte fala, ele demonstra a angústia que o levou a buscar pelo serviço de saúde:

“Eu preciso largar de ser tímido, ser mais aberto, chegar e conversar, o que estou sentindo... é, porque às vezes as pessoas do seu lado querem te ajudar, mas você fica quieto, pois você está ali triste.” H₁₅

Deve-se ter em conta que este sujeito é um homem jovem, que mora com a esposa na casa dos pais dela. No entanto, é possível inferir que a posição social em que se encontra, desempregado, dependente, e por isso, subordinado dentro da família, pode ser uma das causas do seu sofrimento. Nesta fala o depoente expõe a importância de ter um trabalho para se ter saúde.

“Trabalho é fundamental, às vezes a pessoa tá desempregada, o quê que acontece? ela tá ali pensando mil coisas.” H₁₅

Segundo Connell (1995), o trabalho, pode ser motivo de várias contingências para os homens, levando em consideração que a atual masculinidade hegemônica é bem ajustada à economia industrial capitalista. Mais *status*, mais poder, mais dinheiro adquirido através da posição que ocupam no trabalho, são exemplos disso. Entretanto, para alguns entrevistados, ter um emprego melhor não significa apenas ter um ganho quantitativo ou uma ascensão de classe social, mas uma chance de inclusão e de suprir necessidades existenciais.

A expressão a seguir é de um sujeito que vive com um salário mínimo e não está satisfeito com o tipo de trabalho que exerce. Essa posição culmina por afastá-lo de sua capacidade humana de se reconhecer capaz de buscar a satisfação de suas necessidades.

“Eu queria ter umas condições melhor, ter chance de ter um emprego melhor, pra mim ganhar melhor. Pra mim ter uma vida mais, ...pelo menos pra mim ter...cuidar mais do meu corpo”. H₂₁

Neste caso, reconhece estar impossibilitado de cuidar do corpo, situação que atribui à falta de recursos financeiros. Mas outras carências interferem na capacidade de autocuidado

deste sujeito, e estão relacionadas à falta de autonomia. Ele transfere para outras pessoas a responsabilidade de modificar sua vida, e associa a impossibilidade de resolver problemas de saúde a fatores como falta de tecnologias de saúde e postura do médico frente à demanda apresentada. No seguinte caso, ele discorre sobre a impossibilidade de fazer tratamento para o problema de impotência sexual, relacionando o problema aos tabus da sociedade e ao atraso da medicina brasileira em relação à de outros países.

“Então existe um tabu ainda, dentro do Brasil, os países de primeiro mundo já evoluíram, tem cirurgia, tem tratamento, mas aqui dentro ainda tá atrasado nesta parte”. H₂₁

Na fala a seguir, ele atribui a dificuldade de resolver seu problema à falha no acolhimento do médico:

“Parece que ele (o médico) não agradou muito da conversa, mas ele como clínico geral, eu tenho que falar pra ele me encaminhar para o urologista?”. H₂₁

Nos registros de observação de entrevista e nas anotações feitas no diário de campo, ao procurar solucionar algumas demandas por serviço especializado deste homem, percebi que ele já havia sido encaminhado várias vezes para o mesmo tratamento devido à impotência sexual, porém, não comparecera a nenhuma consulta marcada. Apesar disso, apresentava a mesma demanda, que pode ser atribuída à necessidade de se incluir socialmente.

Esta posição, aparentemente passiva diante de suas necessidades de saúde, é semelhante à posição de alienação do trabalho, à qual é submetido na venda de sua força produtiva para satisfazer necessidades, a partir do dinheiro que é insuficiente para suprir sequer as necessidades existenciais, segundo ele próprio relatou. Desta maneira, pode-se inferir que este homem, sem o poder de desenvolver suas necessidades, sem reconhecer em si a capacidade humana de agir com intencionalidade, sente-se incapaz de cuidar de si e modificar suas condições de vida.

É importante referir que entre os homens entrevistados, apenas dois não reconheceram o trabalho como uma condição para ter saúde. Ambos foram aposentados por invalidez. Nesta fala, percebe-se que o trabalho não representa uma contingência, ao menos neste caso.

“Eu tenho um problema de vista, por isso eu aposentei por invalidez. Não é muita coisa não, mas o que ganho dá pra sobreviver graças a Deus enquanto eu tiver vivo eu vou receber. Então não preciso forçar a barra, dar duro, entendeu? Posso pegar um bico, fazer umas coisinhas pra ajudar. Mas graças a Deus eu to muito feliz! Agradeço a Deus!” H₂₇

Outras necessidades de saúde, menos reconhecidas socialmente para esse grupo, são limitadas pelo trabalho. A demanda pelo dinheiro necessário para aumentar a capacidade de consumo, que não significa a satisfação de necessidades qualitativas, exige dos homens mais horas dedicadas ao trabalho. Esse tempo gasto diminui a possibilidade dele desenvolver suas necessidades qualitativamente.

“Cada um tem seu modo de alimentar, outros não alimentam bem, não praticam um exercício físico... só quer trabalhar, trabalhar, trabalhar e esquecem de aproveitar a vida, dar um passeio, distrair um pouco, conversar com os amigos (...) Isso que eu tô dizendo, eu sou um desses que eu não faço. Eu sei o tipo ... eu me preocupo muito com minha mãe, com meu pai. Sou o solteiro de casa. Mas eu, pra mim, em si, cuidar de mim mesmo, eu realmente tô relaxado, preocupando com outras coisas, ao invés de preocupar comigo, primeiro comigo ... Depois as outras coisas, a gente vai fazendo devagarzinho, vai alcançando as coisas devagarzinho”. H₁₈

Os homens reconhecem que por causa da sobrecarga de trabalho, as condições de vida ficam prejudicadas. Nestes casos, os homens assumiram que a grande demanda por trabalho está associada ao adoecimento:

... “Cheguei a tomar remédio para poder dormir, de cansaço, de estresse, de não ter tempo pra nada, nem para viver”. H₁₆

“Eu trabalhava a noite, um serviço cansativo, você tem que ficar a madrugada inteira acordado e o dia também. Eu trabalhava com serviço de construção na parte do dia e eu parei por que tava muito pesado... devido à obesidade também. Mas se você trabalha uma noite, no outro dia cê tá querendo descansar.” H₂₄

O tempo gasto no trabalho diminui-lhes a possibilidade de qualificarem suas necessidades, a partir de outras atividades que não tem como finalidade a produção de capital para eles. Isso pode ser representado pelo fato de que o desejo de ter lazer é expresso com menos frequência pelos homens, e quase sempre sob a justificativa de um impedimento relacionado à capacidade de consumo de bens cambiáveis destes indivíduos. Essas aspirações refletem a capacidade de consumo de classes sociais com maior poder aquisitivo caracterizando-as, assim, como demandas.

Além disso, o fato desses homens pouco citarem o lazer, sugere que a maneira como estão inseridos socialmente não lhes favorece o acesso aos produtos desta necessidade. É perceptível, nas seguintes falas, que ter lazer é uma necessidade reconhecida, mas não satisfeita para esses sujeitos:

“Preciso ter um salário melhor pra pagar um clube, ter espaço, ter horário, pra usufruir disso. O tempo da gente é muito curto. Então além do tempo curto, a grana é pouca, então você tem que medir o fubá do angu todo mês, pra vê se dá condições de viver”. H₁₉

“Eu não saio nada, porque até pra ter lazer se tem que ter um dinheiro no bolso...eu queria ir no parque da Mangabeira, eu não quero ir num parque, nem sei aonde passear, ou cismar de sair em uma cidade em Minas, numa cachoeira, ir em um lugar assim...as condições não oferecem... eu não tenho nada, entendeu?!”. H₂₁

Fazer outras atividades que não seja trabalhar, é considerado pelos homens como uma maneira de se buscar a saúde e melhorar as condições de vida. É muito freqüente lembrarem-se da atividade física para exemplificar estas outras ocupações. Um dos sentidos atribuídos à atividade física, menos citado pelos sujeitos, está relacionado ao lazer e ao prazer. Entretanto, é mais freqüente a conotação prescritiva de atividade física, que é expressa como uma necessidade socialmente reconhecida para se alcançar à saúde. A primeira mostra-se mais próxima da realidade dos sujeitos, como ato já realizado em algum momento, configurando-se uma necessidade autêntica:

Além da saúde gostava também, é muito bom! Parei de jogar bola por causa do joelho.” H₂

“Eu gosto de dançar ... eu gosto de viver!” H₆

““Eu gosto de dançar forró. É isso aí eu gosto de passear também. Quando tenho condições de sair fora de BH e dar uma viajada eu vou. Eu gosto de curtir a vida!” H₂₇

No entanto, na forma de necessidade socialmente reconhecida para se ter saúde, é expressa como algo que precisa do aval de um profissional e não é passível de realização, o que denuncia a medicalização social que empobrece a dimensão ativa dos sujeitos e das comunidades no processo saúde-doença (TESSER, 2010). No seguinte discurso, o homem se reconhece dependente de especialistas e menos livre para agir no sentido de satisfazer suas necessidades de saúde:

“De vez em quando eu jogava bola, entendeu?...mas não é a rotina não...não tem uma coisa certa assim pra mim fazer não...quer dizer, tem que ter uma orientação de alguém...o certo é isso”. H₅

A capacidade de consumo proporcionada pela renda adquirida com o trabalho, também é citada pelos homens como impeditivo para suprirem contingências relacionadas à alimentação. Quando estimulados a dizer o que imaginam ser uma boa alimentação, ou uma alimentação que melhore a saúde, alguns listaram alimentos que não fazem parte de suas possibilidades de consumo. No seguinte discurso, o sujeito entende que a alimentação com qualidade e variedade depende de maior capacidade de compra, que ele não dispõe no momento.

“Não tenho condições financeiras para fazer ainda uma boa alimentação... Eu vejo no sacolão... Eu preciso comprar um quilo de batata, mas eu queria um quilo de pêra, eu queria comprar uma uva, uma castanha. No açougue eu tenho que comprar carne moída e salsicha, mas eu queria comprar um pernil, um peixe, um salmão e aí eu acho que na minha saúde, a questão de alimentação não é uma questão fácil. Se a gente tivesse condição de comer melhor, não em termos de quantidade, mas de qualidade e variedade, porque é muito bom e a gente esquece disso...da variedade”. H₉

É possível inferir a que a necessidade de alimentar-se bem, descrita pela maioria dos participantes da pesquisa, está submetida a uma lógica de mercado, a partir de uma concepção de que a qualidade está impressa no produto com maior valor de troca. Outra possibilidade de interpretação é que alimentar-se bem, na perspectiva desses sujeitos, pode ser uma necessidade de saúde reconhecida socialmente e legitimada pelo saber médico.

É obvio que se alimentar é uma necessidade de saúde desses e de todos os indivíduos. No caso citado, seria uma necessidade qualitativa, se esses sujeitos admitissem que mudar a forma de alimentar-se não depende apenas de aumentar seu poder de compra, e sim o modo de escolherem os alimentos. Mas, para que os sujeitos sejam capazes de superar as contradições no modo de “fazer andar a vida” e nas necessidades de saúde, é necessário que se reconheçam capazes de modificarem a si e o modo de vida, e de forma intencional, reestruturarem suas necessidades.

A insistência dos participantes no tema *boa alimentação*, sinaliza outra questão importante: a maioria deles não consegue elencar variações nas necessidades de boas condições de vida. Esse fato permite inferir que estas necessidades são limitadas, pois são restritas, de certa forma, às necessidades existenciais. Heller (1986) cita que Marx, em seus escritos, lamentou a pobreza das necessidades dos trabalhadores.

Na fala abaixo, assim como “ter boa alimentação”, “fazer um esporte” também tem conotação de demanda, pois é uma necessidade impossível de ser concretizada pelo indivíduo, e pode ser apenas uma reprodução do que é socialmente prescrito como condição para se ter uma vida saudável.

“Eu acho que é uma boa alimentação, é necessário fazer um esporte, que uma coisa assim que eu acho necessário, mas muitas vezes não dá pra fazer.” H₁₁

As necessidades de comunidade e afeto são expressas pelos homens de diferentes maneiras, e são importantes para a configuração de suas condições de vida. Uma destas necessidades é a de fruir da relação com a família, que pode ser entendida como uma necessidade particular de masculinidades do mundo moderno. Segundo Connell (1995) e

Oliveira (2004), as masculinidades vinculada à família tradicional é, na verdade, uma forma que remete às questões de gênero da história recente. Dar visibilidade a esta necessidade significou, para esse sujeito, superar as exigências impostas pelo trabalho.

“Opa! Tenho uma padaria, mas hoje eu fecho às oito horas. Feriado eu fecho, domingo fecho. Eu tenho minha família, minhas filhas. As padarias fecham as 10 horas, todas as padarias fecham as 10 horas e a minha fecha oito. No domingo eu fecho meio dia e o pessoal ‘ A padaria fecha’ ? ...Eu fecho meio dia porque tenho família.” H₁₆

É importante situar que esse homem possui certa autonomia sobre seu trabalho, possibilitado pela posição de dono dos meios de produção, mas as exigências do mercado poderiam limitar essa autonomia se ele não se movimentasse radicalmente para suprir esta necessidade.

O trabalho também é citado pelos homens como barreira ao acesso às tecnologias e serviços de saúde. Sabe-se que estas barreiras são muito mais complexas e estão relacionadas a questões políticas, de organização dos serviços de saúde, de representações dos profissionais sobre masculinidade (FIGUEIREDO, 2008; SHRAIBER et al., 2010), que culminam em uma invisibilidade dos homens para os serviços de saúde. Além disso, deve-se considerar a noção de invulnerabilidade que os comportamentos masculinos trazem e influenciam na busca por solução de problemas de saúde, fazendo com que sejam tardias (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

Nas seguintes falas, os homens reconhecem o trabalho como uma barreira que dificulta o acesso às práticas profissionais em saúde. No primeiro caso, a causa do problema de saúde é transferida para o trabalho e para o não acesso aos serviços de saúde. No segundo caso, o homem enfatiza a configuração desfavorável dos serviços da APS, que não levam em consideração as particularidades do trabalhador.

“Estou com problema de pressão alta por que só trabalho, trabalho... não tenho tempo assim de ter um acompanhamento normal, um acompanhamento certo.” H₅

“Depende um pouco do horário, acho que se fosse um pouco mais favorável, um atendimento no sábado, por que a gente trabalha de segunda a sexta.” H₁₇

Deve-se salientar que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelos trabalhadores, não é uma particularidade masculina (GOMES et al., 2007), considerando que as mulheres brasileiras cada vez mais estão inseridas no mercado de trabalho e contribuem significativamente para o provimento familiar (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Stotz (2004), os trabalhadores brasileiros estão à margem do sistema público de saúde, e nas esferas de legitimação das necessidades, como os Conselhos de Saúde, seus representantes estão ausentes.

Para finalizar essa categoria, não poderia deixar de citar a consideração de Oliveira (2004) em seu estudo sobre a construção social da masculinidade, ao referir que o ideal burguês de pai como único provedor da família nunca vingou, principalmente nas classes sociais mais pobres em que sempre houve participação da mulher e dos filhos no orçamento familiar. Apesar disso, é uma idéia legitimada socialmente, e pode se configurar uma contingência para os homens que colocam o trabalho sempre em primeiro lugar.

Contudo, para os homens, a saúde e o trabalho possuem uma dinâmica circular, qual seja: para satisfazer necessidades de saúde, é preciso trabalhar; para trabalhar, é preciso ter saúde. Assim, essa dinâmica é determinante tanto para a manutenção das mínimas condições de vida, quanto para possibilitar que essas condições se qualifiquem a partir de novas necessidades e projetos de vida.

Mas, para que esse movimento circular represente uma ascensão na vida dos sujeitos, é preciso que reconheçam as contradições entre suas necessidades qualitativas e o modo de se inserirem socialmente através do trabalho e dos papéis sociais masculinos que assumem.

5.2 O ACOLHIMENTO E O VÍNCULO: MARCAS DE VALOR DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

“Eu espero que quando a pessoa tá doente ele (profissional de saúde) dê uma atenção, por que ali eu acho primordial. Um exemplo a pessoa não chega em um açougue, ela não vai lá procurar pão, ela foi lá pois o interesse dela é comprar carne. Mas pra ela realizar ali aquela compra vai depender do profissional, às vezes a pessoa sai sem comprar por quê? Não agradou do produto, talvez a atenção que não teve.” H₁₂

A expressão acima foi escolhida para iniciar a discussão, nesta categoria, pela capacidade de ilustrar que o valor das práticas profissionais em saúde é mediado, para os homens, sujeitos do estudo, primariamente pelo acolhimento no encontro do profissional com o usuário.

O exemplo comparativo dado pelo sujeito sinaliza que o primeiro aspecto para que a prática profissional corresponda à sua necessidade de saúde, é a atenção que recebe no atendimento. Na figura comparativa utilizada pelo homem, os produtos poderiam não corresponder às necessidades do cliente, devido à qualidade da mercadoria e ao trabalho humano empregado, apesar de estarem disponíveis/ ofertados para o consumo.

Como qualquer produto, os equipamentos e práticas de saúde, para terem valor de uso para o indivíduo, precisam necessariamente satisfazer suas necessidades. Heller (1986) descreve que para Marx, o valor de uso também está relacionado às características do corpo da mercadoria e ao trabalho humano aplicado em sua produção. No entanto, estando à prática profissional imbricada no “produto a ser consumido”, o vínculo e o acolhimento tornam-se elementares na satisfação de necessidades em relação aos serviços de saúde.

Os dados empíricos mostram que os homens manifestam satisfação com os serviços prestados quando possuem vínculo com um profissional ou com a equipe, exemplificando a situação em que foram bem acolhidos:

“Eu gosto demais de vir aqui...eu vejo aquele posto lá em baixo(se refere a outro serviço)... nossa senhora, aquilo deve ser um sufoco terrível. Aqui não!Minha mãe tava doente e eu recebi muito apoio, sabe?... eu gosto muito de vir aqui. Pessoal muito bacana, educado.” H₂₂

“Como a gente sabe que aqui tem um bom atendimento...quando eu preciso mesmo eu venho aqui”. H₂₄

Na primeira fala, é possível inferir que o homem possui necessidades de saúde para as quais os serviços da UBS são mais adequados para atender do que para o segundo homem citado. Essa inferência é possível, pois, no primeiro caso, o vínculo é mais perceptível. É importante, salientar que isso não quer dizer que o primeiro usa mais o serviço do que o

segundo, mas que os serviços da UBS correspondem à maior variedade de necessidades de saúde para o primeiro do que para o segundo.

Stotz (2004) corrobora essa informação quando afirma que a eficácia do serviço depende da qualidade desse vínculo. A expressão “preciso mesmo”, na segunda fala, pode significar que em situações muito específicas, restritas ou pouco variadas em qualidade esse sujeito necessita dos serviços da UBS, como por exemplo, as situações em que manifesta sintomas agudos de alguma doença.

Na seguinte fala, o primeiro sujeito expressa a satisfação com a nova tecnologia de saúde, que se ajustou melhor às suas necessidades. Isso foi possibilitado pela relação equipe de saúde-usuário, em que houve participação de ambas as partes, produzindo como resultado o cuidado a partir do reconhecimento de uma necessidade de saúde qualitativa.

“A insulina que me dá segurança sabe?!Eu tava tomando metilformina, tomando 4 metilformina, e mesmo assim eu tava... perdendo o equilíbrio às vezes, minha vista estava meio embaçada, depois que eu comecei a tomar insulina a coisa melhorou”. H₂₂

Gomes et al. (2011), em um estudo no qual os homens avaliavam o serviço, constataram que o atendimento a partir da humanização e da comunicação é valorizado, o que vai ao encontro de outros estudos em que o vínculo é mencionado como indicador de qualidade. Os homens entrevistados, quando opinam sobre o que a UBS poderia oferecer para satisfazer suas necessidades de saúde, tendem a avaliá-la considerando parâmetros semelhantes. No entanto, essa qualidade é simbolizada pelo valor de uso das práticas profissionais de saúde, ou seja, a capacidade de corresponderem às necessidades de saúde dos usuários.

“tá ali as recepcionista e tal, tem uns que atende bem, tranquilo, outros não ... outros tá com a cara fechada, outros tá sorrindo e tal, eu acho que poderia melhor um pouco”. H₁₅

Portanto, à medida que os serviços de saúde oferecidos correspondem a algumas necessidades de saúde dos homens, eles se vinculam mais a estes serviços. É visível esta relação quando se observa, de forma mais freqüente, a existência de vínculo de homens que conhecem o diagnóstico de doença crônica, com os profissionais de saúde. Isso pode estar relacionado ao fato de que a organização dos serviços de saúde na UBS é baseada na execução de protocolos específicos para atender à problemas crônicos de saúde, como diabetes e hipertensão.

Sendo assim, como esse tipo de necessidade é mais reconhecida na estrutura em que o serviço se organiza, certamente, as práticas de saúde terão maior possibilidade de ter valor de uso para os usuários que apresentam estas necessidades do que para outros indivíduos. Mas esta relação não exclui a importância da participação do profissional e dos sujeitos na consolidação da continuidade do tratamento, propiciada pelo vínculo e pela construção e reconstrução de necessidades de saúde. As falas citadas a seguir são de portadores de doenças crônicas:

“Estou tratando na equipe A com Dr. X me acompanhando, estou me sentido bem”. H₇

“Eu tenho problema de pressão, aí geralmente pressão tem que fazer controle eu faço com Dr. X”. H₂₃

Em anotações no roteiro de observação das entrevistas e no diário de campo sobre os sujeitos, foi possível perceber que o primeiro homem citado passou por diversas experiências de agudização da doença. Atualmente, devido ao agravamento dos problemas de saúde, refere um comportamento mais cuidadoso e utiliza de maneira sistemática as ações de saúde ofertadas pela equipe de saúde. É perceptível, na fala a seguir, que o usuário reconhece na prática do profissional médico uma necessidade de saúde concreta.

“Eu sou bem cuidadoso. No meu caso, eu tenho um problema um pouquinho grave, então não fumo, não bebo, faço caminhada e verifico a alimentação. A alimentação é adequada pra mim, porque já tenho alguns problemas que eu já conheço. Então eu levo uma vida mais equilibrada, não avançando o sinal senão complica. Faço exames em 3 em 3 meses. De acordo com a equipe A. Quando o Dr. X acha que é a necessidade de eu vir”. H₇

É preciso atentar para esse discurso, que evidencia a influência da hegemonia médica na representação do sujeito para o cuidado com a saúde. Apesar do uso dos serviços serem, de fato, uma necessidade para esses sujeitos, a forma de utilizá-los é prescrita pela equipe de saúde. A propósito, Merhy (2002, p. 8) enfatiza que “sendo profissionais de saúde os que dominam o território tecnológico de produção dos atos de cuidar, podem condicionar, ou mesmo determinar, as formas de representação dos usuários sobre suas necessidades”.

O segundo sujeito citado, recentemente descobriu a doença, e apesar de relatar dificuldades com a nova situação, consegue se mobilizar para acessar a consulta médica, que reconhece como necessária ao seu tratamento. Pode-se dizer que a experiência de adoecimento, para esse sujeito, influenciou para que ele apresentasse algumas necessidades de saúde relacionadas aos “produtos” disponíveis no serviço de saúde. Mas, o contato com as práticas de saúde possibilitada pelo acolhimento e pelo vínculo com o profissional, foram fundamentais para a objetivação destas necessidades.

Desta forma, ter um profissional ou equipe de referência, de responsabilização dentro do sistema (MATSUMOTO, 1999), passa a ser uma necessidade a partir da construção do vínculo. No seguinte caso, o sujeito deseja ser atendido sempre pelo mesmo profissional em quem confia, e que produz um trabalho singular para sua necessidade de saúde. Este homem reconhece que o fato de o médico “estar por dentro” de suas necessidades, torna o trabalho mais adequado para satisfazer suas necessidades de saúde.

“Como eu já comecei com o Dr. X, depois vou mexer com o Dr.Y, não tem jeito...Dr. X já tá mais por dentro”. H₆

A realidade para a maioria dos homens, no entanto, não é semelhante às citadas acima. Os produtos das práticas profissionais da APS não são de consumo habitual para a maioria dos homens por vários motivos, que incluem questões estruturais na conformação dos serviços para a satisfação de necessidades, e na maneira dos homens se reconhecerem socialmente (SCHRAIBER et al., 2010). Entretanto, mesmo para os sujeitos cujo vínculo com o serviço é fraco, o acolhimento satisfatório garante o valor desses produtos para a solução de problemas pontuais.

“Toda vida tive plano de saúde, mas ai teve um dia que eu fui ao Hospital, fiquei quase duas horas lá pra ser atendido, falei deitar no chão. Aí tinha um inquilino que mora com a gente lá, falou: vai no posto de saúde ali, o atendimento tá bom, eu vim aqui fui atendido na hora. Eu até questioneei, falei pra mim o posto ta melhor que os planos de saúde”. H₁₂

No caso citado, o acolhimento satisfatório valorizou o produto da APS, em detrimento ao produto do hospital da rede privada de saúde. É importante considerar que esse fato pode ter um elemento potencializador. Talvez, para a natureza das demandas e das necessidades apresentadas no momento da busca pelo hospital, o trabalho na APS fosse mais adequado para satisfazê-las, mas é fato importante que este homem retornou à UBS para satisfazer necessidades de saúde semelhantes.

Nas seguintes expressões dos sujeitos, percebe-se que um dos caminhos para os profissionais de saúde investirem na diminuição das barreiras a fim de que os homens acessem os serviços de saúde, é se colocarem à disposição de forma cuidadosa, para que não se perca a oportunidade de se construir o vínculo. Segundo Cecílio (2001), a capacidade de ouvir e a sensibilidade de quem recebe os sujeitos e suas demandas nos serviços de saúde, são fundamentais para que as reais necessidades sejam compreendidas.

“Tem que ter empatia. Por exemplo, gente idoso, quando vai a algum lugar, tipo posto de saúde e é bem recebido, é outra coisa, mas quando vai ao posto de saúde e não é bem recebido, não vai querer nem voltar”. H₄

“Às vezes a pessoa tá ativa, não está com aquela paciência com a gente, então às vezes eu acho que, porque a pessoa trata a gente mal, a gente acaba, como se diz, se afastando”.H₁₇

Para que o acolhimento e o vínculo aconteçam verdadeiramente e se tornem um potencializador do valor das práticas de saúde da APS para os sujeitos, não depende apenas dos profissionais de saúde mostrarem-se disponíveis e ouvirem as demandas dos homens, ou das práticas de saúde serem construídas visando ampliar os produtos de atenção à saúde para esse público.

É primordial nesse processo que os sujeitos reconheçam suas necessidades de saúde e tenham condições de satisfazê-las. Nos casos seguintes, pode-se inferir que estes homens apesar de reconhecerem suas necessidades de saúde, julgam que as condições não favorecem que estas necessidades sejam satisfeitas.

“Preciso fazer um tratamento de dente, para eu trabalhar tenho dores no tornozelo e preciso ir ao médico, mas aí eu vou hoje e custo a ser atendido. Eles vão marcar o exame, aí o exame demora 6 meses e quando aquele exame chega você não precisa daquele exame, sua dor já passou”.H₉

“Vir ao posto já é demorado... quando cê tá doente... pro cê fazer exames preventivos...aí...vai demorar muito mais ...Aqui faz check up completo? Eu não sabia!” H₂₀

No primeiro caso, o sujeito sequer chegou a procurar a UBS para solucionar as queixas referidas, por julgar que o serviço seria incapaz de atender suas demandas em tempo satisfatório. As notas registradas no diário de campo sobre esse sujeito revelaram que ele não estava no serviço para ser atendido, e sim acompanhando a filha. Além disso, apesar de ter consciência de ser portador de doença crônica grave, nega-se a fazer tratamento e ter vínculo com os profissionais da UBS.

“Eu posso se diabético e ter pressão alta, mas nunca tomei esses remédios, nunca me fez necessidade disso, e se eu for ao médico, ele vai falar pra eu tomar todo dia. Pra que eu vou tomar isso?”. H₉

O segundo caso, o sujeito mostra um desconhecimento sobre os serviços da APS e não possui vínculo com os profissionais, apesar de ser tabagista inveterado, ter histórico de hipertensão arterial, não apresenta necessidade de conferir a saúde através da realização de exames de rotina.

Percebe-se que as necessidades de saúde desses homens diferem daquelas apresentadas em suas falas. A dificuldade dos homens de se reconhecerem vulneráveis posiciona-os em uma situação alienada em relação ao cuidado com a saúde. Desta maneira, esse fato é uma barreira substancial para que manifestem necessidades qualitativas no que diz respeito à saúde. Deve-se salientar que as necessidades qualitativas de saúde dos sujeitos,

podem não ser necessariamente relativas aos produtos e serviços ofertados pelos serviços de saúde. Além disso, estas necessidades de saúde acabam sendo pouco reconhecidas socialmente, por vários fatores que vão desde as representações social de masculinidade ligadas a invulnerabilidade, já discutidas, até ausência de participação da classe trabalhadora, a qual se enquadra a maioria do público alvo desta pesquisa, nos instâncias legitimadoras de necessidades de saúde, como nos conselhos municipais de saúde.

No entanto, nestes casos, a maneira com que o profissional se colocar à disposição, no sentido de satisfazer as necessidades “conscientes” desses sujeitos, é fundamental para que se possa dar-lhes a oportunidade de desenvolver outras necessidades. Apesar da ação do profissional de saúde, neste caso, ter um limite claro, é através do acolhimento e da empatia que as contradições que os distanciam podem ser superadas.

Deve-se ressaltar que o profissional de saúde precisa ter consciência do seu poder em induzir demandas, e por isso, é fundamental descobrir caminhos para uma prática que reconheça a necessidade de autonomia dos sujeitos. O respeito à autonomia dos sujeitos “no modo de andar a vida” pode significar, desta maneira, um trabalho de cuidado.

A flexibilidade do trabalho para propiciar o acesso pelo bom acolhimento e pela disponibilidade de horários compatíveis para os trabalhadores reduz outras barreiras, e pode significar também oportunidades para os profissionais construírem vínculo com os homens.

No seguinte trecho, o depoente sugere soluções para a redução de barreiras reconhecidas por ele para o acesso aos serviços de saúde:

“No meu caso acho que igual nós tava falando, dependente um pouco dos horários que a gente trabalha, acho que se fosse um pouco mais favorável ou um atendimento no sábado... porque a gente trabalha de segunda a sexta, às vezes trabalha até no sábado, então... é talvez possa ser a dificuldade dos horários também, eu acho que os horários da gente é um pouco complicado. As vezes aí na parte da tarde a gente não consegue uma vaga, às vezes é aquela oportunidade que a gente tem ... pra gente tá vir e não consegue.”H₁₇

Já nesse trecho, o mesmo sujeito demonstra que o acolhimento satisfatório contribuiu para que ele sentisse necessidade de dar continuidade no tratamento.

“Eu agora no momento tô frequentando o posto, tô conhecendo, mas dentro do que eu já tive participação aí o posto sempre me deu toda atenção... por isso mesmo que eu to retornado, eu to querendo ter mais frequência ...querendo vir tratar aqui”. H₁₇

O mais importante nesse processo, é a potencialidade do trabalho em saúde de construir junto aos homens condições para que eles possam reconhecer suas vulnerabilidades e serem ativos na satisfação de suas necessidades de saúde. Para que isso seja possível, é

necessário que haja uma intencionalidade de reconhecer necessidades de saúde, de construir práticas de saúde menos prescritivas, considerando a autoria dos sujeitos no processo saúde/doença, assim como a inserção social desses sujeitos.

Percebe-se na fala de alguns homens, que quando manifestam necessidades de saúde, entram em conflito com questões culturais que se identificam com a masculinidade hegemônica. Isso de certa forma influenciou, no caso do sujeito a seguir, para que a interlocução com o profissional fosse insatisfatória. O acesso à tecnologia de saúde relacionada à impotência sexual foi dificultado devido à falha na comunicação, gerando um não acolhimento na situação descrita a seguir.

“É um problema que eu tinha há muito tempo e nunca falei justamente por causa do tabu, às vezes você fala com as pessoas uma coisa séria, as vezes ele pode julgar por outro lado, achando que você tá falando por desrespeito... eu comecei a falar com ele (o médico) e ele disse não, isso não é comigo não, isso aí é com o urologista, parece que ele não achou muito agradável a conversa”. H₂₁

Deve-se levar em consideração que o profissional médico é muito mencionado pelos homens, e que o trabalho da enfermagem apresenta-se invisível para esses sujeitos. Essa ausência de vínculo com a enfermagem pode apontar para várias inferências. Entre elas é que o produto do trabalho destas profissionais pode não corresponder às necessidades de saúde deste público, pelo menos até o momento.

As enfermeiras, nesta UBS, concentram suas atividades em atendimentos que normalmente estabelecem vínculo com o público feminino, tais como consulta de pré-natal, atendimento da mulher dentro de protocolos que visam à prevenção de câncer de colo uterino e de mama, consulta de acompanhamento e desenvolvimento de crianças até dois anos de idade e ações educativas. Couto et al. (2010) observaram o mesmo fato em outros cenários semelhantes. Além disso, as consultas programadas para outros públicos, como por exemplo, com os usuários portadores de doenças crônicas que, no cenário de estudo, são as que os homens mais utilizam, são pontuais, sem haver um processo de cuidado que possibilite o vínculo.

No entanto, há uma questão contraditória que é o fato da enfermagem está na linha de frente do acolhimento que é por onde os homens têm maior acesso aos serviços. Apesar disso, os homens usuários do serviço desconhecem o trabalho dessa categoria profissional, o que infere a reiteração da centralidade da demanda por serviços na figura do médico e na consulta médica.

Também seria uma questão a investigar se o fato de os profissionais da enfermagem serem do sexo feminino pode influenciar no reconhecimento das necessidades por parte dos profissionais, e se dificulta o reconhecimento do produto do trabalho das enfermeiras por parte do usuário, levando em consideração que a enfermagem não ocupa um lugar hegemônico na produção de assistência à saúde e nas relações de gênero.

No entanto, a enfermagem, como profissão do cuidado, pode colaborar muito para o reconhecimento de necessidades de saúde e da posição de sujeito de cuidado dos homens. Essa contribuição, a partir de um conhecimento radical sobre a finalidade do trabalho em saúde, é primordial para vencer contradições que reiteram a invisibilidade dos homens nos serviços, reforçam atos profissionais medicalizadores e aprofundam o abismo entre os homens e as práticas sociais de cuidado.

A insatisfação com alguns serviços, em outros níveis de assistência à saúde, que já necessitaram em algum momento, sugere que o acolhimento e o vínculo, além de serem de extrema importância para a construção do processo terapêutico, também são indicadores de que aquele serviço está ou não correspondendo a alguma necessidade de saúde do grupo em questão. Nas seguintes falas percebe-se que, para o usuário, as falhas no acolhimento e as dificuldades de construção de vínculo em outros níveis de atenção, desqualificam a assistência à saúde.

“Que seja um tratamento mais sério, com mais eficácia...Você chegar lá e ter a resposta, por exemplo: o posto te encaminha e você vai ao órgão e eles te atenderem e não ficar te empurrando”. H₇

“Eu fiquei esperando dois anos para a consulta com especialista em próstata, quando fui encaminhado para o centro de especialidades, pediram um exame que o SUS não faz.” H₂₆

“Eu acho bom o atendimento aqui, não tenho o que reclamar. Dependendo, alguma coisa que você tem que fazer fora, tem que esperar chamar e tal...eu estou esperando o urologista.” H₂₇

A dificuldade de possibilitar um atendimento em que o acolhimento e o vínculo estejam presentes na rede de atenção à saúde, está relacionada a questões estruturais, particulares e singulares dos serviços de saúde, que interferem na capacidade do sistema de saúde de prestar uma assistência baseada no princípio da integralidade.

A integralidade pensada em rede se dá, nunca em um só lugar, seja porque às várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial. (CECILIO, 2001, p. 8)

Stotz (2004) concorda com a crítica de que a ESF possa mudar a atenção à saúde por meio da humanização e da integralização a partir do vínculo, já que estes eixos devem estar presentes em toda a rede de atenção à saúde. Portanto, pode-se perceber, na fala dos sujeitos, que em relação às especialidades relacionadas ao aparelho reprodutor, no caso do homem há dificuldades no simples acesso.

A construção de vínculo com o profissional de saúde pode significar a continuidade de um tratamento, a possibilidade de que o homem procure o serviço de saúde antes do agravamento de uma doença, mas principalmente a oportunidade de desenvolver as necessidades qualitativas deste grupo. Assim, é importante que o profissional tenha a intenção de construir uma prática especialmente para a singularidade das necessidades de saúde de cada indivíduo, considerando seu protagonismo no processo saúde/doença.

Para Marx, superar a alienação do trabalho significa reapropriar-se dele e recuperar sua finalidade de satisfazer necessidades (HELLER, 1986; FRAGA, 2006). Ao construir um produto para a necessidade do outro, a partir da intencionalidade, o sujeito desta ação se reconhece no semelhante, e assim, satisfaz também suas próprias necessidades de comunidade. Desta forma, o vínculo entre profissionais de saúde e usuários pode funcionar como um canal em que as necessidades de saúde são compreendidas a cada encontro, a partir do reconhecimento mútuo do outro como sujeito, possibilitando a qualificação das necessidades de ambos.

Deve-se atentar que desenvolver as necessidades dos homens não significa aumentar a demanda por serviço de saúde, mas potencializar a capacidade destes de melhorar suas condições de vida, de usufruir das tecnologias de saúde sempre que necessitar, e de exercer a autonomia no modo de “andar a vida”, no sentido de construir para si qualidade de vida, dentro das possibilidades concretas.

Para que esta relação seja possível, é pré-requisito que profissionais e equipes de saúde construam mecanismos para acolher os usuários, levando em consideração as diferenças de suas necessidades e as possibilidades de oferecer uma atenção em saúde capaz não apenas de corresponder às demandas dos indivíduos, mas de contribuir para ampliar, de maneira qualitativa, suas necessidades de saúde e torná-los sujeitos ativos na busca tanto por melhores condições de vida, como na participação da construção de um sistema de saúde capaz de produzir práticas que reconheçam suas necessidades de saúde.

Os sujeitos entrevistados reconheceram nas práticas dos profissionais direcionadas para outros públicos, instrumentos que poderiam melhorar o vínculo dos homens com os

profissionais que atuam na UBS. O trabalho de orientação e busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde é um dos exemplos mais citados.

“Se tivesse um acompanhamento assim, igual tem aquelas meninas do posto que ligam em casa pra avisar da consulta, explicar como é...” H₂

“Acho que no posto deveria ter pro homem consultas programadas. A moça vai na casa e tal...e pergunta: você tem algum problema? Não, então é consulta programada”. H₁₆

“Eu tenho uma pai de 74 anos, hoje tem um serviço que vira e mexe a atendente (quis dizer ACS) vai na casa da gente. Vai ter uma consulta? vai ter um exame?...mesmo ele não sendo assíduo de ficar vindo no posto de saúde, mas uma hora ou outra tem que tá fazendo exame, então acho que isso já ajuda...Agora eu acho que não precisa chegar e uma idade dessa pra começar a olhar as coisas, acho que é bom fazer um programa para os mais jovens”.H₂₄

É importante contextualizar que assim como todo o processo de trabalho da APS, organizada na lógica da ESF, as ACS possuem uma prática profissional organizada para executar programas e protocolos definidos, em que se priorizam ações para os idosos, as crianças e as mulheres. Entretanto, segundo Egry et al. (2009), na realidade das UBS avaliadas em estudo sobre instrumentos de captação das necessidades da população, é possível perceber uma relação restrita, ou quase inexistente, entre os programas, as ações realizadas e o perfis de saúde e doença da população.

Portanto, mesmo que essas profissionais já tenham construído algum conhecimento necessário à superação de barreiras para o reconhecimento de outras necessidades de saúde da população, não é o suficiente para produzir uma transformação qualitativa do trabalho como um todo. Esta limitação não é uma construção que se restringe ao âmbito singular da relação profissional-usuário, mas se entrelaça a questões estruturais e particulares, como a forma de organização institucional das políticas que legitimam o trabalho em saúde, e do poder dos sujeitos coletivos em contrapor as limitações do sistema de saúde e dar visibilidade às necessidades de saúde (STOTZ, 2004).

Desta maneira, muitas vezes as ACS precisam cumprir tarefas pouco produtivas no sentido burocrático, e também outras que podem ser consideradas assistencialistas, assim como os demais profissionais do cenário de estudo, com isso dedicando pouco tempo para identificar novas necessidades da população e fortalecer as práticas que poderiam contribuir para que os sujeitos pudessem qualificar suas necessidades de saúde. Além disso, também encontram barreiras no domicílio dos usuários para a construção de vínculo, como a ausência do homem no horário das visitas domiciliares e as questões de gênero, que penetram na abordagem do profissional e na sua relação com o usuário.

O exemplo das ACS é uma inferência possível, a partir da observação de campo, que merece ser aprofundada em outro estudo sobre as práticas profissionais, mas que no momento torna-se relevante para compreender que a prática profissional em saúde é o produto do reconhecimento social das necessidades de saúde, que se dá entre disputas e acordos que modelam a atenção à saúde, em que a participação dos sujeitos interessados é fundamental.

É importante salientar que alguns sujeitos já reconheceram que um dos motivos para não buscarem os serviços está relacionado à falta de oportunidade de construir vínculo com os profissionais de saúde. Alguns deles citaram as ações educativas, numa perspectiva horizontal, como um meio de possibilitar essa aproximação e o encontro dos homens com os objetos de suas necessidades de saúde.

“Talvez se nas unidades de saúde marcassem um horário de lazer, um horário de debate...Eu acho que um pouquinho de fofoca um com o outro tiraria as dúvidas...marcar um encontro com a equipe... isso faria com que as pessoas se integrarem mais com o posto”.H₁₆

Contudo, no contato com os objetos de suas necessidades relacionados aos serviços de saúde, o sujeito pode reconhecer no trabalho do profissional, ou em outra tecnologia, suas necessidades de saúde, assim como perceber a importância de sua própria autoria no processo saúde/doença, e de sua participação na construção de um sistema de saúde capaz de dar visibilidade às suas necessidades de saúde. Desta maneira, a relação de reconhecimento mútuo dos sujeitos, proporcionada pelo vínculo, possui grande potencial para qualificar as necessidades de saúde da população e o trabalho dos profissionais de saúde.

5.3 AS MASCULINIDADES E ALIENAÇÃO DOS HOMENS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE CUIDADO E TECNOLOGIAS DE SAÚDE: LIMITES DA AUTONOMIA E DO AUTOCUIDADO

As necessidades de saúde dos homens são modeladas pelo conflito entre diversas situações contraditórias presentes no cotidiano, determinadas pela cultura e inserção social no meio de produção. O que possibilita a mudança, no conflito entre as necessidades de saúde socialmente reconhecidas para os homens e aquelas capazes de qualificar suas vidas, é a habilidade desses sujeitos de se mobilizarem no sentido de superar as contradições inerentes a esse processo.

Trata-se aqui da dimensão ativa do sujeito, acompanhada pela consciência de sua autonomia. No que concerne a esta categoria que se inicia, é a capacidade de transformar o mundo e a si com intencionalidade, no sentido de satisfazer necessidades de saúde. Esta é uma necessidade propriamente humana, e como toda necessidade, é limitada pelas possibilidades dos sujeitos de objetivá-las. É importante enfatizar que os limites manifestam-se de maneira diferente em cada sujeito, para se reconhecerem atores de suas vidas e, principalmente, para superarem condições impostas pela estrutura social em que estão inseridos.

Neste sentido, é que se deve pensar as necessidades de saúde dos homens, tanto em relação aos meios de produção como à cultura que os diferencia dentro das relações de gênero, distanciando-os das práticas de cuidado e, assim, dos objetos de suas necessidades de saúde. Desse modo, inseridos nesta estrutura, alguns homens têm poucas possibilidades de refletir sobre a posição que ocupam diante das exigências sociais; no entanto, possuem poucas oportunidades de reconhecer suas necessidades de saúde e sua posição de sujeitos no processo saúde/doença.

É comum entre os homens entrevistados, quando admitem que é preciso melhorar o cuidado com a saúde, reconhecer que necessitam de ajuda, apoio ou de certa maneira transferir essa ação para outra pessoa. Nas seguintes falas pode-se observar como os entrevistados sentem-se sozinhos com suas necessidades de saúde e, assim, manifestam uma carência por apoio para que o cuidado com a saúde seja possibilitado:

“Alguém pra tá ali junto, porque na verdade muitas pessoas falam: ‘ta sozinho e tal’ as vezes que antes de tá sozinho do que... mas, acontece que hoje em dia a gente com certeza tem que ter algo pra poder ta te ajudando, conversando melhor pra gente seguir em frente, então eu acho que uma amizade também é muito importante”. H₁₇

“Eu morei junto com uma mulher uns 12 anos, hoje nós somos largados, tem uns 10 anos já que ela me largou. Eu estava morando com minha filha, agora eu tô sozinho”. H₂₁

É importante citar que, nestes casos, os sujeitos tiveram um relacionamento estável no passado e dividiram o lar com a companheira, mas no momento estão morando sozinhos, o que pode justificar essa carência. Na fala do primeiro sujeito, a amizade que ele procurava poderia estar representada na figura do profissional de saúde.

“Quando às vezes a pessoa precisa e procura um posto, um médico, acho que a pessoa fica mais confiante, a pessoa fica mais tranqüila e tudo ... e a pessoa sozinha, as vezes, conversa pouco, as vezes já pensa ou tenta resolver as coisas sozinha”. H₁₇

Na segunda fala, a presença feminina significa o apoio para suprir necessidades da vida comunitária, que implicam no cuidado e em boas condições de vida na representação desse sujeito. Por outro lado, outros homens manifestam ser de hábito negar essa necessidade de apoio. Entretanto, as expressões abaixo demonstram a dificuldade que eles apresentam em admitir serem vulneráveis.

“Na realidade ... eu escondo muitas coisas da minha família, certo? Eu acho que o problema é meu e que eu tenho que resolver.” H₆

“Essa semana que passei mal, eu chegava conversava com minha sogra com minha namorada ... mas tem certos momentos que eu fico sozinho, prefiro ficar sozinho.” H₁₅

As posturas contidas desses homens escondem suas necessidades de saúde, e podem ser reflexo de uma construção social da masculinidade baseada no ideário de classes hegemônicas de família (OLIVEIRA, 2004). Este autor explica que

a contenção, o auto-controle e a moderação eram considerados comportamentos fundamentais, tanto para a vida familiar quanto para os futuros chefes de família. Desenvolver esse equilíbrio e domínio era pré-requisito para ter controle e autoridade sobre a família, na condição de pai e marido, (OLIVEIRA, 2004, p. 49)

Em todos os casos citados, a família e a mulher tomam um lugar importante na construção das necessidades de saúde dos homens. Ambas representam, para alguns entrevistados, uma “zona do conforto” onde podem encontrar boas condições de vida e cuidado com a saúde. Não se pode deixar de considerar que a função da mulher cuidadora e provedora de afeto e carinho dentro da família, foi consagrada na sociedade capitalista pelas masculinidades hegemônicas (OLIVEIRA, 2004). Isso pode ser visualizado nos seguintes depoimentos:

“Ter uma pessoa bacana do seu lado, pra te ajudar, tirar suas dívidas, na hora que o negocio tiver apertando te ajudar.” H₂

“Mulher, (risos), como vou te dizer... uma pessoa tranqüila companheira, respeitadora, por parte da mulher. Todo homem tem que ter alguém.” H₂₀

“No caso meu, por exemplo, seria ajuda, mais apoio da família...eu acho que falta mais... . Cada um cuida de sua vida, então fica um pouco difícil, mas minha irmã até que me apóia um pouco...Porque o homem parece mais largado, assim por natureza. A mulher não, se cuida mais”! H₂₂

Para compreender a origem das expressões dos homens acima, é necessário contextualizar em que papéis sociais as mulheres descritas em suas falas se encontram. O primeiro sujeito é casado, e a mulher a quem se refere é a esposa. Ela pode ser uma referência para ajudá-lo em suas dificuldades e esclarecer suas dúvidas, provavelmente em relação ao cuidado com a saúde, sempre que ele precisar.

Em anotações feitas no instrumento de observação da entrevista, foi possível observar que a coleta dos dados ocorreu durante a consulta de puericultura do filho recém nascido. A mulher, que estava presente na consulta, havia recentemente estado fora do país atuando profissionalmente. No entanto, decidiu abrir mão do seu projeto, pelo menos temporariamente, para se dedicar à família. O segundo sujeito mora hoje na casa da filha, após separação recente da esposa. O papel de mulher a que se refere é o de companheira amorosa. O terceiro sujeito é solteiro, portador de doença crônica e mora com a irmã. A mulher, nesse caso, é lembrada como cuidadora.

Outro discurso revela a influência das relações de gênero na construção do cuidado com a saúde e percepção dos homens, sujeitos do estudo, sobre os papéis sociais femininos. Alguns homens relataram que somente procuram os serviços de saúde para realização de exames preventivos com a intermediação da esposa. No seguinte caso, o sujeito admite que, por iniciativa própria, não buscaria este cuidado:

“Eu não faço porque eu não quero, tenho plano de saúde. Só que a gente é mais relaxado entendeu?Mulher não, minha esposa faz e ela é que me obriga a fazer os exames tenho que fazer.” H₁₆

Fica claro, a partir dessas falas, que os comportamentos de gênero assumidos socialmente por mulheres e homens, influenciam na construção da autonomia dos homens para o cuidado com a saúde (FIGUEIREDO, 2008). Como a atividade / ação necessária para a produção do cuidado não é assumida socialmente pelos homens, é de se esperar que tenham uma posição passiva ou alienada em relação a essas necessidades.

Desta forma, mesmo quando o desejo ou a aspiração pelo cuidado com a saúde está presente, é comum que seja insuficiente para produzir uma ação. Sendo assim, nos casos citados, percebe-se que os homens transferiram para a mulher ou profissionais de saúde esta responsabilidade. Entretanto, para os sujeitos, o distanciamento com as práticas de cuidado,

relacionadas à cultura das masculinidades hegemônicas, torna-se um agravante, contribuindo para que eles não sejam ativos na construção e reconstrução de suas necessidades de saúde individuais.

Outra contradição que interfere na construção da autonomia dos homens para o auto cuidado, é o fato de as políticas públicas de saúde apenas recentemente reconhecerem algumas particularidades das necessidades de saúde desse grupo, o que reflete na maneira como os serviços da APS se organizam para atendê-las (SCHAIBER, 2010). Sendo assim, a estrutura social em que eles estão inseridos, não favorece para que tenham possibilidade de acesso a importantes produtos sociais que poderiam contribuir para que eles desenvolvessem e satisfizessem suas necessidades de saúde. Desta maneira, mesmo que alguns indivíduos tenham conhecimento radical sobre o cuidado com a saúde, terão uma possibilidade limitada de desenvolver suas necessidades de saúde.

Sabe-se que a superação destas barreiras não depende apenas da habilidade dos sujeitos individuais se mobilizarem, mas também de uma reestruturação social, que exige integração de políticas de saúde que ampliem a equidade e a universalidade da assistência à saúde a outros setores da sociedade, relevantes para as decisões e formulação de ações que podem impactar nas condições de trabalho, nas condições de vida e nos comportamentos sociais de gênero.

Em relação aos desafios para a SUS, com base na satisfação das necessidades de saúde da população, Stotz (2004) registra o fato de que:

Os sujeitos que tem necessidades de saúde não satisfeitas são a maioria da população trabalhadora. Há uma parcela significativa de trabalhadores urbanos – os empregados das maiores empresas – que se excluiu ou participe simultaneamente do sistema público e privado autônomo. No entanto, esse fato influencia a base da constituição dos sujeitos coletivos que se defrontam com as limitações e contradições do SUS. As centrais sindicais – CUT, Força Sindical, etc. – estão praticamente à margem da participação, enquanto outros sujeitos, com organização local de base mais frágil, a exemplo das associações de moradores, atuam no controle social do SUS. (STOLTZ, 2004, p.1)

Esse fato descrito por Stotz (2004), representa um ciclo vicioso que culmina na invisibilidade das necessidades de saúde de trabalhadores (homens e mulheres), que se concretiza na esfera estrutural, particular e singular no processo social de reconhecimento das necessidades de saúde. Assim, os homens que tem suas representações de masculinidade intimamente ligadas ao trabalho produtivo, conseqüentemente, tendem a se tornar ainda mais alienados frente às tecnologias de saúde e práticas necessárias para que

melhorem e prolonguem suas vidas.

Portanto, as barreiras do cotidiano, reconhecidas pelos homens para o cuidado com a saúde, são concretas. Como já citado, o trabalho, a falta de vínculo e o não acesso à produtos e serviços com alto valor de câmbio, são reconhecidos pelos homens como os motivos que impossibilitam o cuidado com a saúde, ou que os impedem de ter melhores condições de vida.

“Não tenho tempo de fazer atividade física que eu gostava de fazer, tenho família, tenho que trabalhar, corre daqui, corre dali, não tenho tempo de olhar minha saúde. Só vou ao médico quando tenho necessidade mesmo de ir, ou tenho que levar um dos meus filhos.” H₃

“Eu acho que o governo já poderia ter dado uma solução pra esse problema da diabetes. Eles sabem onde que é, sabem que é no pâncreas, sabem como resolver, e por que não resolver? Isso aí é uma coisa que o governo tinha que fazer! ...O governo já deveria ter dado uma solução pra isso, entendeu? Eu acho que os laboratórios estão ganhando muito dinheiro por causa disso. Até hoje milhões e milhões de pessoas estão com esse problema e não tem, eles falam que não tem solução ... então eu acho que é o seguintehá muitos anos eles já sabem que é no pâncreas, que ele não produz insulina. E por quê não resolver isso? Por quê que não trabalhar com a pesquisa mais aprofundada em cima disso? Aí, aí o cara pega e fala assim: “ não, tem solução sim! É só pegar e cortar uma parte do estômago e emendar no intestino grosso, aí volta ao normal!”. É, então tá! Quanto que é?” O Faustão fez, tá bom, é 50 mil reais!”. Pô, entendeu? Então o governo tem que acelerar isso aí, colocar o pessoal pra trabalhar, entendeu, pesquisar, ver uma condição ... e você ter condições de fazer.” H₁₉

Entretanto, corroborando a concepção de autonomia dissertada no início desta categoria, reitera-se que é a partir da acumulação de pequenas modificações no nível singular, por meio da ação dos sujeitos na natureza, modificando-a e a si mesmo, que é possível iniciar processos instauradores de superação das contradições desta realidade (KONDER, 1981). Nesse sentido, a partir dos dados empíricos, foi possível perceber alguma movimentação dos sujeitos no sentido de satisfazer novas necessidades de saúde, principalmente no que se refere ao autocuidado. Mas essa movimentação é tímida, exposta a relevância das contradições presentes na cultura e na realidade desses sujeitos, que os distancia de “reconhecerem” suas necessidades de saúde.

Além disso, deve-se considerar que estas mudanças foram mediadas por situações críticas do estado de saúde, em algum momento de suas vidas. Nas falas que se seguem, fica claro o comportamento descuidado dos sujeitos, que os leva ao extremo de suas vulnerabilidades. Estes comportamentos estão ligados ao machismo e presentes na socialização de alguns homens na esfera pública.

“Ia beber um litro de pinga todo dia... aí depois eu descobri que eu tinha esse negócio de pressão alta. O cara falou pra eu parar de beber pinga e fui beber cerveja... aí meu Deus do céu.. aí era o dia inteiro, o dia inteiro...a metade da noite...agora eu não bebo mais...coloquei a cabeça em cima do pescoço. Mas antigamente minha esposa me via só de segunda a sexta, no sábado e domingo eu bebia de tarde e noite. Então quer dizer, a medida que você vai pegando experiência, ou ficando mais velho você vai chegando a conclusão de que é uma tremenda de uma besteira.Beber é bom, só que é bom pra você ficar tranqüilo, ficar o dia inteiro no boteco, você perde muito tempo, sem contar o gasto!Eu já estou co 52 anos, já tá na hora de ficar quieto!” H₆

“Então você tem que equilibrar tudo na sua vida. E uma vida que era distorcida, totalmente distorcida... de repente você tem que equilibrar ela toda.É como se começasse tudo outra vez...Hoje eu faço parte do AA, também sou católico carismático. Tudo isso a gente pega com Deus.” H₁₉

Pode-se inferir que a mudança no sentido de tentar superar contradições “no modo de andar a vida” para suprir necessidades de saúde, nestes casos, foi estimulada por necessidades existenciais (necessárias para manter a vida) dos sujeitos. Ressalta-se que não há intenção de desmerecer a ação dos sujeitos; ao contrário, a partir dessa modificação, outras necessidades qualitativas em relação à saúde podem ser sentidas/reconhecidas e assim, outros movimentos capazes de qualificar a vida serão necessários.

Alguns homens citaram mudanças dos hábitos de vida. No entanto, são comuns em seus relatos, modificações relacionadas aos comportamentos socialmente reconhecidos como prejudiciais, vinculadas à noção biologicista da saúde. Estas modificações, citadas pelos sujeitos, não deixam de ser importantes para o processo saúde/doença, no entanto, denunciam a influência do conhecimento médico-científico, reiterado na concepção dos sujeitos sobre hábitos saudáveis de vida.

Apesar de não contribuírem para que esses sujeitos se tornem mais autônomos na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde, pois criam padrões, principalmente na busca por serviços (SHRAIBER, 1996), a frequência dos conhecimentos médicos tradicionais sobre saúde e doença, na fala dos sujeitos, revela que as ações do setor influenciam na construção de suas necessidades:

“Eu estou fazendo agora é caminhada. Eu era um pouco exagerado na alimentação e comecei a balancear, evitando gordura. Coisa que eu não fazia”. H₇

“Tem certas coisas que eu já aboli de minha alimentação, que é refrigerante, suco de caixinha. Cê tá doido! Aquilo tem muito sódio. Então quer dizer dou preferência pra comida natural.” H₈

“Eu comecei a fazer exercícios, caminhada, porque eu sei que é necessário tô pretendendo entrar numa academia para ver se ajuda mais um pouco. A aplicação da insulina não tem segredo nenhum. O mais difícil de modificar é a dieta.”H₂₂

Desta maneira, os produtores de cuidado socialmente reconhecidos – os profissionais de saúde – a partir de um trabalho com a intencionalidade de tornar os homens mais próximos das práticas de cuidado, e de conhecimentos radicais sobre suas possíveis vulnerabilidades, levando em consideração a maneira com que esses sujeitos se inserem socialmente, podem contribuir para que os homens se reconheçam autônomos e co-responsáveis na busca por necessidades de saúde radicais.

Figueiredo (2005) relatou que atividades educativas direcionadas aos homens tiveram repercussão no reconhecimento das necessidades individuais de saúde, percebidas no envolvimento dos homens nas discussões e debates propostos. O autor destaca também que esse interesse sinaliza a importância da inserção de práticas de saúde direcionadas ao público masculino nos cenários da APS, principalmente no que se refere à prevenção de doenças e promoção da saúde.

Assim como Figueiredo (2005) discute, os dados do presente estudo demonstram que os homens, ao serem questionados pela pesquisadora, apontaram caminhos para ampliar qualitativamente o reconhecimento de suas necessidades de saúde. Os sujeitos citaram principalmente o acesso à informação, ações com potencial de construir uma relação entre profissional e usuário, tangenciada por elementos educativos.

Esses caminhos reconhecidos pelos homens, sujeitos do estudo, significam possibilidades para o desenvolvimento de ações direcionadas aos homens na APS. A educação em saúde, na perspectiva que se pretende discutir a seguir, é importante tanto para os homens se reconhecerem como sujeitos do cuidado e de necessidades de saúde, como também pode funcionar como instrumento para que os profissionais de saúde possam identificar as variadas necessidades desse público, a partir de uma relação entre profissional e usuário propiciadora de experiência de cuidado.

Ampliar a percepção dos sujeitos sobre suas necessidades de saúde é uma ação educativa reconhecida por Heller (1986).

Donde existen necesidades «no reconocidas» hay también «educadores» que «hacen conscientes» a los hombres de sus necesidades (HELLER, 1986, p. 79). Grifo da autora

Agnes Heller (1986) elucida que Marx considera as necessidades “não conscientes” como uma categoria de ilustração para representar aquelas que não estão presentes, de fato, para um grupo ou indivíduo.

Como já mencionado, para que uma necessidade exista de fato, o sujeito precisa necessariamente interagir com os objetos desta necessidade (HELLER, 1986). As necessidades não reconhecidas também são chamadas de radicais quando, para satisfazê-las, os sujeitos que têm consciência delas e expressam conhecimentos radicais, precisam fazer modificações profundas em seu modo de vida (HELLER, 1986).

Paulo Freire foi o pensador que conseguiu elucidar o sentido da educabilidade humana nesta perspectiva:

A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a, fala de nossa educabilidade a um nível distinto do nível do adestramento dos outros animais ou do cultivo das plantas. (FREIRE, 1996, p. 76)

Pode-se entender que para Heller (1986), a função dos educadores de tornar conscientes as necessidades não reconhecidas, não pode ser encarada como uma maneira de modelar as necessidades de um grupo de indivíduos ou de ampliá-las quantitativamente, ou mesmo de adaptá-los ao modo de vida de outros e adestrá-los a reconhecer o valor de certas mercadorias. Neste sentido, a finalidade dos educadores é construir junto aos sujeitos, potencialidades que lhes permitam reconhecer suas necessidades radicais e capacidades de modificarem a si e a natureza no exercício da autonomia que os humaniza.

No entanto, pelos mesmos motivos, no caso das necessidades de saúde e da relação profissional de saúde e usuários dos serviços na APS, a finalidade dos profissionais ao educar não é prescrever um modo de vida saudável, moldar as demandas de acordo com os produtos de saúde ofertados pelo serviço, ou medicalizar a vida do indivíduo, restringindo sua autonomia e negando sua cultura e conhecimento sobre saúde e doença.

Além de traduzir e atender da melhor forma possível suas necessidades de saúde, os profissionais de saúde, para incluir esses sujeitos em práticas de cuidado, precisam reconhecer o componente ativo de cada um e construir um trabalho capaz de potencializá-los na busca pela superação de contradições que os distanciam do reconhecimento de suas vulnerabilidades e necessidades de saúde radicais.

Um dos sujeitos reconheceu na abordagem de um médico da UBS, o respeito pela autonomia “no modo de andar a vida”. Em seu relato, percebe-se que o sujeito considerou oportuna a maneira escolhida pelo profissional de provocar a reflexão, para que ele fortalecesse sua potencialidade em modificar suas necessidades de saúde ou ter plena

“consciência” delas:

“Dr. W, foi um dos únicos que eu consultei com ele aqui... perguntou: O que que você gosta de fazer? Eu falei: eu gosto de comer um torresmo, eu gosto de comer uma carne gorda, gosto de tomar uma cerveja...que mais...eu gosto de dançar, eu gosto de viver... Aí ele falou comigo: ‘O que você faz aí não é errado, só que você tem que se educar’. ...Na realidade o difícil é você se educar, mas a partir do momento em que você se conscientiza você aprende. H₆

É um sinal de possibilidades para o trabalho em saúde o fato de os sujeitos do estudo, reconhecerem a necessidade de mudança. Alguns citaram os machismos como limitadores de uma ação liberta e consciente, outros, a ignorância e o preconceito que privam as pessoas de agirem e de se modificarem; outros ainda entenderam que o conhecimento sobre saúde pode aproximá-los das práticas de cuidado e saúde, especialmente as da APS.

Portanto, o que os homens mencionam em seus depoimentos é, na visão de Paulo Freire (1996), a capacidade de aprender ou a educabilidade própria dos humanos, possível a partir da inclusão dos sujeitos num permanente movimento de busca e exposição ao risco.

Na fala a seguir, o sujeito associa que o fato de estar cursando o ensino superior contribuiu para que ele modificasse alguns comportamentos machistas. Reconheceu que o acesso ao conhecimento o libertou do “silenciamento” de suas necessidades de saúde, se comparado aos outros homens. Gomes et al. (2007) citam que os homens que tem acesso à educação superior, podem ter maior consciência de que a noção de invulnerabilidade faz parte da cultura de masculinidade aprendida socialmente.

“A sociedade, homem é machista, isso já vem desde quando cresce. Nós somos machistas. Isso convém no dia a dia. Fala que vai mudar, mas isso a gente só muda da boca pra fora, na relação, no interior, a pessoa é machista. Eu mesmo falo por mim, minha esposa mesmo fica me corrigindo, mas isso é da nossa vida. Hoje não, falo uma coisa pra você que certas pessoas não falam, porque eu tenho um pouquinho mais de conhecimento, faço faculdade, tenho mais relacionamento, mais divulgação, a gente abre mais.” H₁₆

No seguinte caso, o sujeito reconhece o acesso à informação como possibilidade de modificar-se, a partir da construção de uma visão mais crítica sobre a própria cultura.

“O ser humano em si ele é preconceituoso e ignorante em relação a algumas coisas, ou por causa da família ou por causa do que aprendeu na rua, ou alguma coisa desse tipo, então quando você tem acesso a essas palestras, essas informações, alguma coisa você tinha como preconceito você elimina”. H₁₃

É importante salientar que a informação sem uma mediação capaz de tocar os sujeitos, ou de fazer com que estejam abertos a novas experiências, em nada contribui para construir novos conhecimentos sobre o mundo. Para Freire (1996), decidir mudar, romper com a cultura hegemônica, libertar-se, são atitudes que implicam correr riscos. No contexto em que se disserta, é preciso que essa mudança se torne uma necessidade para que o sujeito se aventure a buscá-la.

Outros homens reconheceram o machismo e o comportamento contido em relação às necessidades de saúde como barreira que poderia ser superada por um novo conhecimento, possível de ser construído a partir da relação entre profissional e usuário.

“Eu acho que orientar mais os homens, a gente como se diz, é muito machista, tem homem que é machista, acha que não tem medo disso, ...de falar o que se sente, o que tem, que está com algum tipo de doença... está passando mal... às vezes a gente esconde...porque a gente também é...por causa de orgulho... um pouquinho de orgulho “não, comigo nunca vai acontecer” e sempre acontece, um dia acontece e vai acontece.” H₁₈

Para aprofundar a leitura dessa expressão, é preciso ampliar o sentido da ação profissional “de orientar mais os homens” descrita pelo usuário. Pode-se inferir, a partir da seqüência de sua fala, que o que ele deseja é ser ouvido com mais cuidado, a ponto de que seja possível deixar o “orgulho”, a ponto do encontro profissional e usuário se tornar uma experiência de cuidado. Bondia (2002) cita que tanto nas línguas germânicas como nas latinas, a experiência tem um significado inseparável ao de travessia e perigo.

Ousar aqui, com a citação do texto de Bondía sobre sua perspectiva de educação a partir da experiência, ajudará na compreensão da importância da qualidade da relação entre profissional e usuário, para possibilitar que os homens experimentem o cuidado. Neste trecho, deve-se entender que o sujeito de experiência pode estar em ambos os lados: tanto professor e aluno, quanto profissional e usuário, são sujeitos na mesma medida.

O sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura. Trata-se, porém, de uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial. O sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “o-posição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “exposição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre. (BONDÍA, 2002, p. 24)

Portanto, para que a experiência de cuidado na relação entre profissional e usuário possibilite modificações qualitativas, capazes de trazer um novo saber singular e único para cada indivíduo, é preciso que os homens se exponham nessa relação, assim como os profissionais.

Outros sujeitos do estudo compreendem a educação principalmente no sentido de instrumentalizá-los na prevenção do adoecimento. É presente na fala dos homens, principalmente temas relacionados a doenças do aparelho genital masculino e sexualidade. Carrara et al. (2009) descrevem que o lançamento da PNAISH, em 2008, desencadeou uma série de acontecimentos que reforçaram a medicalização do corpo masculino. Pode-se inferir que os temas citados pelos sujeitos a seguir, sejam reflexos desse processo:

“Deveria ter maior divulgação para que os homens preocupassem consigo mesmo, preocupar com as doenças sexualmente transmissíveis, o que seria um câncer de próstata, o que acontece é que isso está demais! Eu acho que teria que deveria ter mais divulgação, para que todo homem que tivesse aqui, tivesse uma palestra, pra mostrar um sentido... Pra não deixar chegar naquela fase que já tá no final ... Falta informação!” H₁

“Informação, acho que é necessário, às vezes a gente fica meio perdido um pouco por falta de informação. Acho que é mais necessário. Acho pouca informação na área sexual.” H₁₁

Novamente, é preciso utilizar as ideias de Bondía (2002) para a interpretação destas falas. O que os homens expressam como “divulgação” ou “informação” é, na verdade, a necessidade de transformar, modificar concretamente a partir de um novo saber. Para Bondía (2002), isso somente é possível a partir da experiência. O saber da experiência é diferente do conhecimento científico sobre o processo de saúde e doença, por exemplo, pois está no sujeito e não fora dele. No entanto, o saber da experiência é singular e concreta para cada indivíduo, assim como as necessidades (HELLER, 1986).

Outras ações que possibilitariam a aproximação dos homens às práticas da APS, como o acompanhamento mais sistemático do estado de saúde pelas equipes, são citadas pelos homens como forma de prevenção do adoecimento. O sujeito a seguir reconhece que, devido à falta de proximidade com as práticas da APS, muitas vezes os homens descobrem que possuem um problema de saúde quando já existe um agravamento do problema. O sujeito remete também à existência de uma dificuldade entre os homens em buscar os conhecimentos necessários à compreensão do processo saúde e doença:

“ Às vezes muita gente não sabe, acha que é só vir no posto, às vezes não pergunta por vergonha. Aí não tem conhecimento e aí deixa pra lá mesmo. Mas se tivesse um acompanhamento... Tem muita gente aqui que vem aqui, vem olhar um problema e descobre outro... que nem sabe porque não faz um acompanhamento e quando vê a coisa tá feia”. H₂

Na fala a seguir, o sujeito reconhece a importância da ação dos profissionais na modificação, mesmo que lenta, das necessidades de saúde dos sujeitos, mas reproduz a concepção comportamental de educação, ou a prescritiva, de intervenção em saúde:

“Eu acho assim que deveria, é exatamente seria orientação ... o pessoal de posto de saúde(os profissionais) se expor mesmo, não ter medo de falar ... Falar: “olha você acha que tem que fazer isso, isso ...”, expor pros homens, o que deve ser feito, o que vai ser melhor, porque mais pra frente, um pouquinho, eles vão ter condições de ter uma saúde boa ... Poder prevenir antes das doenças aparecer, acho que deveria ser assim.” H₁₈

É preciso que os educadores em saúde tenham consciência de que a reprodução de atos prescritivos e medicalizadores em nada contribui para que os homens experimentem o cuidado com a saúde ou para a construção de sujeitos autônomos, capazes de buscar a satisfação de suas necessidades. Ao contrário, cerceiam a ação dos sujeitos e reitera a posição passiva em relação ao autocuidado.

Portanto, a educação em saúde e a experiência de cuidado proporcionada pelos serviços de saúde aos homens, devem ser pautadas em dois eixos fundamentais. É preciso “negar” a reprodução social das masculinidades e da medicalização, além de compreender os homens como sujeitos de cuidado. As aspas aqui têm a função de chamar a atenção que a ação de negar construções históricas tão enraizadas na cultura, é simbólica, visto que a transformação somente é possível de forma lenta e processual.

Poderia restringir aqui o discurso sobre a APS como local preferencial para a educação em saúde (ALVES, 2004). Apesar de se reconhecer a importância da APS para a construção da educação como prática de saúde, em relação ao desafio que se pretende discutir, não se pode percebê-la como uma prática localizada e restrita a um grupo de profissionais.

A educação, para suprir necessidades de saúde radicais dos homens, é um desafio complexo que deveria ser tomado como ato em rede de ações integradas, numa permanente modificação da realidade em que o objetivo comum seria reconhecer os homens como o sujeito do próprio cuidado e, quem sabe, numa perspectiva mais ampla, a concretização dessa ideia em uma dimensão singular poderia, a partir da experiência, se estender à ação dos sujeitos no mundo.

Deve-se entender que o movimento a que se refere não se endereça apenas ao público

masculino, pois nas relações de gênero entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres, é que as masculinidades são construídas e reconstruídas historicamente.

No que se depreendeu, a partir desse estudo, sem que a necessidade de autocuidado seja reconhecida socialmente aos homens, pouco resolveria, de um modo geral, o investimento do setor saúde em programas e tecnologias de saúde específicas para esse grupo, visando a redução de iniquidades. Na mesma lógica, entretanto, em uma dimensão singular, sem que o sujeito tenha suas necessidades “conscientes”, e sem que se reconheça como sujeito do próprio cuidado e se arrisque a experimentá-lo, pouco adiantarão os ouvidos apurados dos profissionais de saúde na escuta de suas necessidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escutar e fazer ressoar as necessidades de saúde dos homens a partir de estudos como este, é um pequeno desafio frente à complexidade de como acontece o reconhecimento das necessidades de diferentes grupos, na sociedade. Mas se configura um exercício fundamental para a construção de conhecimentos necessários ao desenvolvimento de práticas sociais mais coerentes e instauradoras de mudanças, cada vez mais significativas no sentido de reconhecer, satisfazer e contribuir para desenvolver, de maneira qualitativa, as necessidades de saúde do público masculino.

Neste sentido, os métodos empregados nesta pesquisa, principalmente no que tange à escuta e à tradução das necessidades de saúde dos sujeitos, funcionaram para que o objetivo principal de analisar necessidades de saúde de homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pudesse ser alcançado.

Os instrumentos de leitura (taxonomia de necessidades de saúde) e a fundamentação teórica que teve como base a teoria das necessidades em Marx, na perspectiva de Agnes Heller, possibilitaram uma análise dos discursos dos homens, capaz de revelar à crítica elementos fundamentais para a compreensão do reconhecimento social pouco significativo de necessidades de saúde e vulnerabilidades próprias desse público.

Foi possível, a partir do estudo, revelar alguns elementos e contradições que se manifestam nas dimensões estrutural, particular e singular do fenômeno. No entanto, compreende-se que aspectos que tangem o encontro dos homens com os profissionais de saúde, e por isso importante para o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens pelos serviços de saúde e políticas públicas, são passíveis de serem reconhecidos apenas a partir de uma aproximação da realidade, que incluem de maneira mais completa as práticas e os profissionais envolvidos na escuta e na atenção a esse público, em cenários como o do presente estudo.

Apesar disso, o estudo aponta caminhos para a construção de práticas em saúde mais eficientes na identificação e interpretação de necessidades de saúde, principalmente, no que se refere ao acolhimento dos vários sujeitos que buscam os serviços da APS e de educação em saúde. Sendo assim, possui relevância para o ensino, principalmente quando relacionado às práticas profissionais da Enfermagem na APS, já que as práticas de enfermeiras e enfermeiros, neste campo, têm grande relevância para a construção de estratégias de acolhimento e identificação de necessidades de saúde da população, mas foram historicamente pautadas em ações direcionadas às mulheres e às crianças.

Ressalta-se que os resultados obtidos a partir da abordagem construída nesta pesquisa,

foram suficientes para dissertar sobre as implicações da inserção social dos homens no reconhecimento e satisfação de suas necessidades de saúde. A partir dessa análise, percebeu-se que a estrutura social em que os homens estão inseridos, está contornada pelas representações de masculinidade e de papéis sociais legitimados aos homens historicamente, que valorizam a posição social nos meios de produção e de consumo e a noção de invulnerabilidade. No entanto, mesmo quando esses homens reconhecem suas necessidades de saúde radicais, a satisfação dessas necessidades é limitada por barreiras que precisam ser superadas de maneira contínua em suas vidas.

No que concerne às práticas profissionais e tecnologias de saúde, a capacidade dos serviços de satisfazerem as necessidades de saúde dos homens, está diretamente ligada ao trabalho humano empregado na construção do cuidado e na qualidade do produto construído. No entanto, a capacidade dos profissionais e dos serviços de acolherem, traduzirem e construir um cuidado contínuo e adequado para as necessidades de saúde desse público, é fundamental para que o valor de uso do trabalho em saúde seja reconhecido por esses sujeitos.

Desta maneira, o trabalho possível de ser construído na Atenção Primária à Saúde, baseado no acolhimento e no vínculo, possui grande potencial no sentido de contribuir para que os homens tomem consciência de necessidades radicais de saúde, a partir da superação de contradições inerentes às masculinidades e à inserção social nos meios de produção e consumo. No entanto, para que esse processo se inicie de maneira a contribuir para que os homens se reconheçam como sujeitos de cuidado e de necessidades, é fundamental que as práticas de saúde nesses cenários se distanciem da reprodução social de culturas como das masculinidades hegemônicas e medicalizadoras da vida.

Para isso, é fundamental que os profissionais que atuam no desenvolvimento de ações para fortalecer o reconhecimento das necessidades de saúde particulares aos homens, tenham o conhecimento de seu poder em induzir demandas por serviços e formatar comportamentos coletivos. Nesse sentido, a Enfermagem como categoria profissional, reconhecida como aquela que está à frente das atividades educativas voltadas para a população e para a equipe, posiciona-se de maneira estratégica para disseminar esse conhecimento na realidade das Unidades Básicas de Saúde.

Construir um cuidado em saúde junto aos homens, reconhecendo o componente ativo desses sujeitos na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde, é um dos caminhos que podem ser traçados a partir da relação entre profissional e usuário, no sentido de subsidiar a experiência de cuidado com a saúde e tornar possível aos homens desenvolverem suas necessidades de saúde com maior autonomia e liberdade. Mais uma vez, sendo a enfermagem

a profissão do cuidado, é necessário que esses profissionais estejam envolvidos nas práticas de saúde direcionadas especificamente a esse público.

Para que as necessidades de saúde dos homens sejam reconhecidas no planejamento de ações em saúde, principalmente nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS), é preciso que os homens se reconheçam como sujeitos de necessidades de saúde e cuidado, e que os profissionais reconheçam em seu trabalho maneiras de acolher, satisfazer e contribuir para que os homens possam desenvolver suas necessidades de saúde e representar, nos cenários de legitimação de necessidades, suas necessidades particulares.

Este trabalho traz discussões relevantes para iniciar modificações nesse sentido, mas é importante que o investimento em ações e estudos na Unidade Básica de Saúde onde se instaurou a pesquisa não se encerre aqui. Pesquisas no sentido de compreender as práticas profissionais e sua finalidade em traduzir e satisfazer necessidades em saúde dos homens, precisam ser realizadas para que seja possível aprofundar as questões implicadas no fenômeno de reconhecimento social das necessidades de saúde deste grupo.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, educação**. São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39 – 52. Set. 2004 / fev. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/ Portugal: Edições 70, 2009.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto, 1994.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. In: **Rev Bras Educação ANPED**, Rio de Janeiro, n. 19, p.20-28 jan/fev/mar/abr, 2002.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988. [p.292]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS; 2009. [p.46]

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO HOMEM. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: plano de ação nacional 2009-2011**. Brasília: MS, 2009. [31p.]

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**. Brasília: MS, 2012. [Série B. Textos Básicos de Saúde, 133 p.]

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 97-104, 2005.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAVES, M.M.N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias** [Tese]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2010.

CONNELL, R.W. Políticas da masculinidade. **Rev Educ Real**, Porto Alegre, v. 20, n.2, p.185-206, 1995.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G.S.N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; FIGUEIREDO, W.S. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu (SP), v.14, n.33, p.257-270, 2010.

DINIZ, A. X.; ABJAUD, A. H.; SILVA, K. M. A.; SILVA, M. O.; RODRIGUES, N. C.; GUIMARÃES, S. B.; WILKE, V. M. L. Implantação da estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário Norte: 100% de população SUS dependente. In: TURCI, M. A. (Org.) **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. [p. 392-398]

EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M.A.C.; CHAVES, M.M.N. Marcos teóricos y conceptuales de las necesidades. In: EGRY, E.Y.; HINO, P. (Org.). **Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores**. São Paulo: Dedone, 2009. [p.21-24]

FIGUEIREDO, W.S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15122008-155615/>>. Acesso em: 7 out. 2012.

FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Epidemiologia social. In: EGRY, E.Y.; HINO, P. (Org.). **Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores**. São Paulo: Dedone, 2009. [p.29-57]

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FRAGA, P.D. Necessidades humanas e relação dos homens entre si nos escritos de Marx em Paris. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E ENGELS - GT 1 - A obra teórica de Marx, 6., 2009, Campinas. **Anais...** Campinas: Unicamp, 2009. [p.1-10]

FRAGA, P.D. **A teoria das necessidades em Marx: da dialética do reconhecimento à analítica do ser social**. 2006. 232p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.901-911, maio, 2006.

GOMES, R; REBELLO, L.E.F.S.; NASCIMENTO, E.F., DESLANDES, S.F.; MOREIRA. M.C.N. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 11, p. 4513-21, nov. 2011.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Ediciones Península, 1986. 182p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. [6 p.]

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENS, S. (Coord.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. [p.137-152]

KONDER, L. H. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense: Primeiros Passos, 1981.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M.; MELLO JORGE, M.H.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. 159p. (Faculdade de Saúde Pública da USP, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português).

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=pt&nrm=iso>.

acesso em 23 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.

LELES, F.A.G. (Org.). **O pacto pela saúde em Minas Gerais: resultados e ações regionais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 218p.

LYRA, J. Gênero, saúde e análise de políticas: caminhos e (des)caminhos. **Ciênc Saúde Coletiva [online]**, v.14, n.4, p. 1010-1012, julho-agosto 2009.

MALTA, D.C. “**Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996”. Tese de doutorado. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 2001.

MARX, K. *Cuadernos de Paris: notas de lectura de 1844*. 2. ed. México: Era, 1980. [p. 141]

MATSUMOTO, N.F. **A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MEDRADO, B.; LYRA, J. O gênero dos/nos homens: linhas de uma proto-genealogia . **Ciênc Saúde Coletiva** [online]. 2012, v.17, n.10, p. 2579-2581, 2012.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Org.). **Trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. [p.15-35]

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316- 323, set./dez., 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS, P.A.; BERTOLLI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.19-25, março, 2011.

MÜLLER, K.T. Organização de moradores numa perspectiva de necessidades radicais. **Revista Katalysis**. UFSC, Florianópolis, v.0, n. 1, p. 38-52, 1997.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Ed.UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

OLIVEIRA, R.N. **Violência de gênero e necessidades em saúde:** limites e possibilidades da estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2011.

OLIVEIRA, Z.L.C. A provisão da família: redefinição ou manutenção de papéis? In ARAUJO, Clara e SCALON, Celi (organizadoras) **Gênero, Família e Trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PERNA, P. O; CHAVES, M.M.N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do ‘coletivo’ para a

ação da enfermagem. **Trabalho Necessário** [online], v.6, n. 6, 2008. Acesso em 12 de outubro de 2012. Disponível em:

<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf>

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013**. Belo Horizonte, MG, 2010.

REIS, A. T. et al. Posfácio. In: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. [p.381-387]

ROBERTSON, S.; GALDAS, P.M.; McCREARY, D.R.; OLIFFE, J.L.; TREMBLAY, G. Men's health promotion in Canada: current context and future direction. **Health Educ. J.**, London, v.68, n.4, p.266-272, december, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; FIGUEIREDO, W.S.; GOMES, R.; COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; MACHIN, R.; SILVA, G.S.N.; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, maio, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-17, jan-mar, 2005.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. [p.29-47]

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v.17, n.10, p. 2581-2583, out, 2012. Acesso em 08 de jan. de 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1413-81232012001000004&caller=www.scielo.br&lang=en>

SILVA, T. C. S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família** [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2006.

SMITH, J.A. Beyond masculine stereotypes: moving men's health promotion forward in Australia. **Health Promot. J. Austr.**, Camperdown, v.18, n.1, p.20-25, Apr., 2007.

STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C.M.F.; SANTOS, L.; BILIBIO,

L.F.S.; CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, H.A.P. (Organizadores). **Ver-SUS Brasil: Cadernos de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.[v.1, p. 284-99]

TEIXEIRA, M.G.; RATES, S.M.M.; FERREIRA, J.M. (Org.). **O coletivo de uma construção: o sistema de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. (2 v)


TESSER, C.D. (Org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TOSTES, M.L.F.; REIS, J.C.; PITCHON, A. A coordenação do cuidado pela Atenção Primária no SUS-BH. In: TEIXEIRA, M.G.; RATES, S.M.M.; FERREIRA, J.M. (Org.). **O coletivo de uma construção: o sistema de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. [p.148-155]


WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World health statistics 2012**. Geneva/ Suíça: purchased from WHO Press, 2012. [176 p.]

APÊNDICES / ANEXOS


APÊNDICE A

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais</p> <p>Escola de Enfermagem</p> <p>Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública</p>		
<p>ROTEIRO PARA ENTREVISTA</p>			
<p>Identificação do sujeito da pesquisa</p>			
<p>Nome:</p>	<p>idade:</p>		
<p>Escolaridade:</p>			
<p>Estado civil:</p>	<p>tem filhos, quantos?</p>		
<p>Profissão:</p>	<p>horário do serviço:</p>	<p>renda mensal:</p>	
<p>Tempo que mora no bairro:</p>			
<p>Mora com quem?</p>			
<p>Dados complementares:</p>			
<p>Local:</p>	<p>data:</p>	<p>hora:</p>	<p>número:</p>
<p>Gostaria que você me falasse o que é preciso para ter uma boa saúde?</p> <p>O que os homens precisam para cuidar da saúde?</p> <p>O que o serviço de saúde poderia oferecer para que os homens cuidem melhor da saúde?</p> <p>Descreva algo que você faz para ter saúde?</p> <p>Além do que você faz para ter saúde o que mais você considera importante para viver bem?</p>			

APÊNDICE B

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais</p> <p>Escola de Enfermagem</p> <p>Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública</p>		
<p>ROTEIRO PARA IDENTIFICAÇÃO E OBSERVAÇÃO DA ENTREVISTA</p>			
<p>Identificação do sujeito da pesquisa</p>			
Nome:	idade:		
Escolaridade			
Estado civil:	tem filhos, quantos?		
Profissão:	horário do serviço:	renda mensal:	
Tempo que mora no bairro:			
Mora com quem?			
Dados complementares:			
Local:	data:	hora:	número:
Nota de observação			
Nota metodológica			
Nota de cuidado			

APÊNDICE C

	Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr. foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: *Necessidades de saúde de homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte*. Esta pesquisa tem como objetivo *Analisar necessidades de saúde de homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde*. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas pelo pesquisador a partir de um roteiro previamente estruturado. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Os textos transcritos somente serão utilizados nesta pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Sua participação é **voluntária**, portanto, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o centro de saúde. O senhor não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. O senhor receberá uma cópia deste Termo onde consta o celular/e-mail dos pesquisadores responsáveis, podendo utilizá-los para tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Desde já agradecemos!

Dra. Kleyde Ventura de Souza

Luisa Pereira Storino

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2012.

Eu, _____ declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Kleyde Ventura de Souza
 Av. Alfredo Balena 160
 Sala: 421
 Tel: 31 3409 9868
 kleydeventura@uol.com.br

Luisa Pereira Storino
 Rua Pacaembu, 160
 Tel: (31) 3277 6771
 lustorino@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa
 Av. Antônio Carlos, 6627
 Unidade Administrativa II-
 sala2005.
 Campus Pampulha
 Belo Horizonte, MG – Brasil
 Tel: 3409 4592
 coep@prpq.ufmg.br

Avenida Afonso Pena,
 2336 - 9º andar , Bairro
 Funcionários – Belo
 Horizonte - MG
 Cep 30130-007
 Tel: (31) 3277-5309
 Fax (31) 3277-7768

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0650.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Kleyde Ventura de Souza
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de janeiro de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Concepções de homens, usuários de um serviço de atenção primária, sobre suas necessidades de saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof.ª Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B

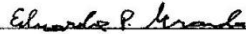
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0650.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Kleyde Ventura de Souza

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP/SMSA/BH aprovou em 13 de março de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "CONCEPÇÕES DE HOMENS, USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SOBRE SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH