



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ELAINE SANTOS REIS**

**A (IN)VISIBILIDADE DOS HOMENS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE**

SALVADOR  
2018

**ELAINE SANTOS REIS**

**A (IN)VISIBILIDADE DOS HOMENS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Enfermagem, do Departamento de Ciências da Vida - Universidade do Estado da Bahia - para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ma. Ângela Cristina Fagundes Góes

SALVADOR  
2018

# A (IN)VISIBILIDADE DOS HOMENS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em / / , Salvador-BA

## BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Ma. Ângela Cristina Fagundes Góes  
Universidade do Estado da Bahia

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Fátima Barbosa Marinho  
Universidade do Estado da Bahia

---

Prof.<sup>o</sup> Me. Marcio Costa de Souza  
Universidade do Estado da Bahia

SALVADOR  
2018

## AGRADECIMENTOS

Deus, sério mesmo, vou me esforçar pra contar nos dedos das mãos!! Te agradeço por...

1 Minha mãe – alma-gêmea – pelo amor incondicional a cada dia da minha vida. Não sei o que seria de mim sem ela. Mas, tenho certeza de que a encontrarei em qualquer que seja a reencarnação.

2 Meu pai, por ser a presença das revoluções, das brigas, dos afetos, das redescobertas, das inquietações, dos entendimentos, dos não-entendimentos, do amor, por ser meu pai.

3 Jeu e Jú, por serem a extensão do amor e da minha felicidade. Sei que posso contar com vocês pra tudo e as carrego, e carregarei, comigo aonde quer que eu for.

4 Caty, Cris (e todos os rangos), vocês são as amigas que aprumam e reenergizam a minha vida.

5 Respirar tempo-espço, afinal, foi assim que fui conduzida à esta condição de pensar, sentir, refletir e vivenciar com estes amig@s que me acolheram de peito aberto: Vanesa, Tatiane, Fábio, Diana, Carine, Taiana e Reinaci. Eu amo vocês!!!

6 Todo o carinho d@s amig@s da minha turma original, Edlene, Taiane, Simone e Romeu.

7 Toda a dedicação e confiança dos professores da UNEB com os quais eu tive o prazer de conviver por todo esse tempo. E aproveito para registrar um abraço muito afetuoso à Professora Lilian Marinho e ao Professor Marcio de Souza, que receberam o convite para participar da minha banca examinadora com felicidade.

8 Cada dia e etapa superada, juntamente com a Professora Ângela, na construção deste trabalho. Tivemos nossos entraves, é bem verdade, mas ao alinharmos as arestas, o universo conspirou ao nosso favor.

9 Aos membros da AMPLI, por acreditarem na proposta do trabalho e por me estenderem a mão, do primeiro ao último dia da pesquisa.

10 E, pela sua existência, com qualquer que seja o nome – Deus, natureza, universo, utopia, curiosidade, liberdade, sonho, amor, esperança, tristeza, equilíbrio, vibração, luz, justiça, consciência -, pois foste fonte de vida, e vida em abundância, nesta alma sedenta que vos celebra agora e para sempre.

“Na verdade, somei mais fracassos que vitórias em minhas lutas, mas isso não importa. Horrível seria ter ficado ao lado dos que venceram nessas batalhas.”

Darcy Ribeiro

## RESUMO

**Introdução:** Dentre os diversos estudos direcionados à temática da promoção da saúde dos homens, nos serviços públicos, constata-se que a relação de busca evidencia-se quando dos eventos emergenciais ou em virtude da cronicidade das doenças; à parte desse contexto, o que prepondera é a (in)visibilidade dos homens nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. **Objetivo:** Discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo descritivo. Foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas, com homens em idade produtiva, membros e frequentadores da Associação de Moradores do bairro de Pau da Lima, no município de Salvador, cuja assistência à saúde dependesse exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados obtidos foram avaliados de acordo com a proposta de análise de conteúdo proposta por Minayo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB e ocorreu no período entre janeiro e fevereiro de 2018. **Resultados:** Foram identificados, além dos fatores ratificados em outros estudos, como a visão machista que credita aos homens a ilusão de serem mais resistentes às doenças e a dificuldade de conciliar a frequência nas unidades com a jornada de trabalho, aspectos importantes no que tangem à burocracia que impede ou posterga a resolutividade das ações, bem como a valorização das práticas de medicalização em detrimento das orientações preventivas, o negligenciamento da subjetividade dos homens e uma expressiva demanda masculina, potencialmente, afastada em virtude da ausência de um acolhimento eficaz e humanizado. **Conclusão:** A instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) não deveria qualificar-se por um fim em si mesma, entretanto, é disso que tem se tratado, principalmente quando evidenciam-se lacunas explícitas no quesito ausência de intersetorialidade das ações e uma necessidade de comunicação direcionada e pulverizada em mídias acessíveis, ademais, pontuamos, incisivamente, a necessidade da educação em saúde entre os adolescentes e jovens adultos de modo a se trabalhar, desde cedo, a sementeira do autocuidado.

**Descritores:** Saúde do Homem; PNAISH; Gênero e saúde; Ausência; Invisibilidade; Serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Among the several studies directed to the theme of the promotion of men's health, in public services, it is verified that the search relationship is evidenced when they occur the emergency events or because of the chronicity of the diseases, apart from this context, what prevails is the (in) visibility of men in actions to promote health and prevention of diseases. **Objective:** To discuss the reasons that favor the adherence or the distancing, to the public health services, of the masculine population of a neighborhood of Salvador. **Methodology:** This is a qualitative descriptive field research. Ten semi-structured interviews were conducted with men of productive age, members and residents of the Association of Residents of the neighborhood of Pau da Lima, in the city of Salvador, whose health care depended exclusively on the Unified Health System (SUS). The data obtained were evaluated according to the proposed content analysis proposed by Minayo. The research was approved by the Ethics Committee in Research of the UNEB and occurred in the period between January and February of 2018. **Results:** In addition to the factors ratified in other studies, such as the male chauvinist vision that credits men with the illusion of being more resistant to diseases and the difficulty to reconcile the frequency in the units with the working day, important aspects in what concerns the bureaucracy that prevents or postpones the resolution of actions, as well as the valorisation of the medicalization practices to the detriment of the preventive orientations, the neglect of the subjectivity of men and an expressive masculine demand, potentially distanced by the absence of an effective and humanized reception. **Conclusion:** The institution of the National Policy of Integral Attention to the Health of Man (PNAISH) should not qualify for an end in itself, however, this is what has been discussed, especially when there are explicit gaps in the lack of intersectoriality of actions and a need for targeted communication and dissemination in accessible media, in addition, we point out, incisively, the need for health education among adolescents and young adults in order to work, early on, to sow self-care.

**Descriptors:** Men's Health; PNAISH; Gender and health; Absence; Invisibility; Health services.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPLI	Associação de Moradores de Pau da Lima
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CONDER	Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Prefeitura-Bairro
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNEB	Universidade do Estado da Bahia



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos sujeitos.....	28
----------	--------------------------	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO E CULTURAL .....	13
2.2 O HOMEM NO CENÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM ....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	22
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	22
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
3.4 COLETA DE DADOS .....	24
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	28
4.2 UTILIZAÇÃO, PELOS PARTICIPANTES, DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EXISTENTES NO BAIRRO.....	29
4.2.1 MOTIVOS PARA A UTILIZAÇÃO, PELOS PARTICIPANTES, DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....	31
4.3 FREQUÊNCIA DOS PARTICIPANTES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EXISTENTES NO BAIRRO.....	33
4.3.1 FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	37
4.4 ESTRATÉGIA POLÍTICAS FAVORECEM OU DISTANCIAM A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS HOMENS?.....	40
4.5 SUGESTÕES PARA AUMENTAR A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PELOS HOMENS DA COMUNIDADE .....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	65
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	67
<b>APÊNDICE C – CARTA DE APRESENTAÇÃO</b> .....	69

## 1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva do cuidado, os homens, costumam seguir com uma cultura de resistência, não participação e alta propensão a buscar ajuda apenas quando o quadro encontra-se, circunstancialmente, agravado. De acordo com o MS (2008), com vistas a uma mudança neste contexto e objetivando a promoção e a prevenção da saúde desse grupo populacional, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

No que compete à promoção da saúde, Paim (2009, p.45), assegura ser imprescindível propiciar e conduzir medidas que impactem fortuitamente na vida das pessoas, pois:

No caso da promoção da saúde, importam boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável, entre outras. Supõe atuar sobre as “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida. (PAIM, 2009, p. 45-46)

Propondo qualificar a saúde da população masculina e atendo-se à necessidade de garantir a integralidade da atenção, a PNAISH surge como um referencial para as diversas linhas de cuidado. Quando leva-se em consideração que a atenção especializada aparece como a porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2008), conclui-se que tal fato ocorra em virtude do agravamento da morbidade, ocasionando assim, um maior custo para o SUS. Por isso, faz-se necessário fortalecer a atenção primária de modo a permitir que haja condições para se promover a saúde e prevenir os agravos da melhor maneira possível (BRASIL, 2008).

Desta forma, percebe-se que a saúde dos homens aparece como pauta para grandes discussões, inclusive, passou a ser assegurada e respaldada pela PNAISH, de modo a explicitar um retrato apropriado quanto às suas especificidades e necessidades. Todavia, apesar da existência deste dispositivo, o que prepondera, ainda, é a (in)visibilidade do homem na promoção da saúde/prevenção da doença assentada, na contramão do sistema, sob a égide de uma cultura calcada em preconceitos diversos e arraigada no inconsciente coletivo masculino, contribuindo para que a franca determinação destes usuários continue sendo direcionada à procura permanente pelos cuidados na média e alta complexidade.

Se houvesse regularidade nas medidas de prevenção primária, por parte dos homens, muitos sofrimentos e dispêndios poderiam ser evitados. Para o MS tal resistência na busca pelos serviços de saúde acaba por sobrecarregar a família e a sociedade, principalmente, quando leva-se em conta que os tratamentos crônicos ou de longa duração demandam grande participação e empenho do paciente e, inclusive, requerem mudanças comportamentais e de hábitos de vida (BRASIL, 2008).

De acordo com Gomes (2012) a adoção da PNAISH transcorreu após um processo fortuito de discussões - envolvendo diversos atores sociais, dentre eles, instituições e entidades civis – e consulta pública. Todavia, não refletiu uma resposta tão motivadora, no que tange aos movimentos sociais, quando em comparação com a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher.

Para além dos aspectos assegurados na política, é preciso salientar que, historicamente, o homem dispõe de toda uma conjuntura biopolítica (FOUCAULT, 2014) assentada no ideário do patriarcado (BEAUVOIR, 2009). Este, muito lhe infundiu no domínio dos preconceitos e valoramentos contraditórios impedindo, muitas vezes, que tais homens buscassem a devida atenção à saúde que lhes era necessária. Assim, o recorte de gênero face aos paradigmas impostos surge como condição *sine qua non* para que novos olhares sejam refletidos em busca de estratégias para atrair a atenção destes homens ao cuidado de si mesmos e, conseqüentemente, dos seus familiares com vistas à qualidade e melhores condições de vida.

Mais do que nunca, percebe-se a necessidade de mudança de estratégias para atrair essa fatia da sociedade que carece de atenção direcionada às suas demandas e necessidades, bem como de um olhar atento e de uma relação dialógica construtivista que permita a estes homens sentirem-se bem nos espaços da saúde, autônomos e empoderados, para alçar o seu cuidado a outro patamar que não os velhos conhecidos e alardeados nas estatísticas diárias.

O interesse neste tema partiu de uma grande inquietação no que diz respeito à maneira como a atenção à saúde do homem é tratada, de modo a torná-lo invisível nos serviços de saúde, mesmo apesar de termos todos os dispositivos necessários para que ela transcorra com maior resolutividade.

Assim, por acreditar que o tema precisa ser analisado com vistas à uma mudança no panorama da situação, bem como no que diz respeito ao

comportamento dos usuários, dos profissionais e dos serviços de saúde é que trago tal abordagem, de modo que possa confrontar alguns paradigmas e fazer luz à novas perspectivas.

Desta forma, o presente estudo se propõe a responder à seguinte questão norteadora: Quais os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador?

Assim, essa pesquisa tem como objetivo geral discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador; e como objetivos específicos identificar aspectos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que favorecem ou dificultam as medidas de promoção à saúde da população masculina e refletir sobre as estratégias apresentadas pelos sujeitos para a superação das dificuldades.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO E CULTURAL

Santos (2013), abordando a conjuntura do descobrimento do Brasil sob a perspectiva dos homens que foram importantes para o contexto e que não fizeram história, denota o quanto que a escravidão foi propícia aos novos tempos no sentido de enquadrar-se não apenas como solução econômica, mas também como alicerce na moldagem dos indivíduos que estariam submetidos às estratégias de poder.

Cana e escravidão formavam, assim, um par “intenso e extenso” [...] Independente do setor, a jornada alcançava o limite da exaustão. Para ajudar a aliviar o cansaço e a manter o ritmo ensandecido, a labuta era acompanhada por cantos, que também uniam o grupo, melhoravam o moral e auxiliavam a vencer o jugo das horas ininterruptas de trabalho. Segundo o reverendo Wash, um clérigo que esteve no Brasil nessa época, os cativos acordavam às cinco da manhã, faziam suas orações e seguiam para o campo. Tomavam um pequeno desjejum às nove, e ao meio-dia almoçavam, lá mesmo, no campo. Depois pegavam novamente na enxada, e até o anoitecer. No período da safra, tudo se tornava mais corrido. Comentava-se que então os engenhos operavam por vinte horas seguidas, para quatro de descanso e limpeza do equipamento (SCHWARCZ, STARLING, 2015, p. 75-76).

A segregação que esteve presente, desde os primórdios da história do nosso país, demonstra que, mais do que reflexos na autoestima e cultura de um povo, o poder das iniquidades reverbera na construção do potencial de vida e da condição de dignidade de um povo. Quando temos um país que, apesar de todas as lutas dos movimentos sociais, ainda insiste em manter-se numa postura elitista, que preza pelos privilégios de determinadas categorias em detrimento da vulnerabilização e precarização de milhões de milhares de outros, logo, há que se buscar explicações no consenso de sua história para se trabalhar o futuro.

Percebe-se assim que o corpo do escravo não era considerado enquanto trabalhador e sim um corpo-mercadoria. Seu corpo não merecia cuidado, não importava; como se a procriação de um sujeito considerado inferior fosse indesejada e o cuidado à saúde relevante apenas para sustentar a mão de obra necessária. Mas se a produção desta masculinidade aqui ocupa uma posição abjeta, com a abolição da escravatura, outros trabalhadores também ocuparão este mesmo lugar? (SANTOS, 2013, p. 63)

Para além da possibilidade de escapismo das grandes contingências que cercam o homem, percebe-se que, atrelado ao seu passado histórico, os brasileiros carregam em seu manancial cultural registros desse contexto de caráter exploratório e servil que os levam a omitir-se dos cuidados pessoais e de saúde por conta da demanda do trabalho, inclusive, este tem sido um aspecto presente em grande parte dos estudos acerca da busca pela assistência à saúde por parte da população masculina.

Somos levados a inferir que – muito mais do que uma mera desculpa para omitir-se diante da promoção da saúde – ainda hoje, em pleno século XXI, não estamos tão dissociados assim do passado histórico dentro dos engenhos, ainda mais quando se vivencia uma rotina laboral de 44 horas diárias que, somadas às horas de deslocamento entre os ambientes doméstico e de trabalho, aliadas ao fator de desnível abissal no tocante aos salários, fica fácil compreender os motivos pelos quais a promoção e a prevenção da saúde configuram-se como a última das prerrogativas no quesito prioridades diárias, afinal, garantir, constantemente, o pão na mesa, ainda é imperativo, premente, do povo brasileiro.

## 2.2 O HOMEM NO CENÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Mesmo levando-se em consideração os diversos contextos em que estão inseridos, as percepções dos usuários acerca da saúde convergem, ainda mais quando referem que, apesar das necessidades de cuidado, tendem a resistir na busca por assistência, direcionando-se aos serviços apenas quando não mais conseguem lidar sozinhos com suas questões (SCHRAIBER, 2010).

Quando saímos dessa perspectiva macro e partimos em direção aos serviços de saúde, Schraiber (2010) afirma que, ao primeiro contato, a aproximação consiste numa assistência estimulada através da ótica dos profissionais, sendo que as ações de prevenção e promoção se enquadram neste aspecto. Após esse momento, os usuários apresentam suas demandas ocorrendo, desta forma, a possibilidade de ter suas necessidades abordadas e vasculhadas de acordo com o contexto histórico e social.

Além de terem que enfrentar a dificuldade no que tange à dualidade ausência do trabalho *versus* a possibilidade de conciliarem os horários livres com os horários disponíveis pelos serviços de saúde, os homens, apresentam uma tônica muito

particular que, para além da questão das diferenças de gênero, assenta-se no preconceito cultural arraigado no cerne da sociedade patriarcal – o machismo.

Beauvoir (2009, p. 40) esclarece que à mulher restava o lugar assegurado na procriação, ao passo que ao macho, resguardado e instituído de poder pelo advento do patriarcado, creditava-se o papel soberano da perpetuação da espécie na posteridade.

No que tange às transições e ao arraigamento do patriarcado, veremos que, de acordo com Capra (2006, p. 28-29), está circunscrito na história num período extenso – em torno de três mil anos –, onde seus sistemas filosóficos, sociais e políticos eram na conjuntura da fêmea submetendo-se ao macho, no contexto das mais diversas culturas.

O que nos leva à necessidade de conversar sobre as questões de gênero, numa tentativa de alcançar uma mudança nos padrões de comportamento, ainda que estes estejam tão indissociavelmente incutidos na cultura e, por conseguinte, na representação das relações.

Segundo Adichie (2015, p. 42) existe grande dificuldade em conversar sobre a questão de gênero<sup>1</sup>, pois “[...] as pessoas se sentem desconfortáveis, às vezes até irritadas. Nem homens nem mulheres gostam de falar sobre o assunto, contornam rapidamente o problema. Porque a ideia de mudar o *status quo* é sempre penosa”.

A couraça do patriarcado, amplamente arraigada no inconsciente coletivo, tem impingido de permissividade diversas atitudes machistas e é preciso ressaltar que por intermédio destas concepções os números de casos de feminicídios, assassinatos de gays, lésbicas e transexuais só aumentam ao redor do mundo, assim, para além do aspecto perverso desta realidade em que encontramos homens enquanto algozes, também os perceberemos enquanto vítimas de seu próprio preconceito, pois o machismo também os retrai na busca por cuidados de saúde.

---

<sup>1</sup> Gênero é referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelecendo entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino. Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde. Em sentido mais geral, pode-se afirmar que na medicalização, quer as desigualdades de gênero, quer as relações entre o exercício das masculinidades e os adoecimentos ou sofrimentos serão dimensões ausentes dos serviços de saúde; ausentes, também, das demandas mais valorizadas pelos usuários, por aculturação na medicalização. Isso torna a visão crítica uma constante busca dos conflitos e insuficiências da redução biomédica no trato dos carecimentos (SCHRAIBER, 2010, p. 962).



De acordo com Schraiber (2010) além de alegarem deter maior capacidade física, força e vigor, em relação às mulheres, o que os fazem acreditar serem invulneráveis e imunes ao adoecimento, também utilizam-se de argumentos relacionados ao trabalho.

Santos (2013, p. 145) coaduna com esse posicionamento quando traz o lugar da inferioridade, que aparece quando o homem não apresenta “uma saúde de ferro”.

Gomes et al. (2011, p. 988) elabora o papel da experiência social na conjuntura que enquadra o homem no lugar daquele que é forte, assim, à doença caberia o espaço reservado à finitude reforçando, portanto, a representação do fim da vida e da perspectiva do medo de buscar cuidado, pois este estaria atrelado ao medo de morrer.

De modo a ratificar tal assertiva, um dos ministros do governo Temer, Ricardo Barros (PP), em entrevista concedida em cadeia nacional, utilizou-se de argumentos desta natureza para tentar justificar as razões pelas quais os homens frequentam menos os serviços de saúde, “é uma questão de hábito, cultura. Os homens, até porque trabalham mais, são os provedores da maioria das famílias, não acham tempo para se dedicar à saúde preventiva”.<sup>2</sup>

A repercussão desta fala ecoou feito rastilho de pólvora nos noticiários e redes sociais, pois, para além do contexto machista preconceituoso, é estatisticamente comprovado em pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que as mulheres trabalham mais horas que os homens e que, inclusive, ganham aquém. Tal evento veio a corroborar com a tese defendida por Noam Chomsky quanto aos efeitos deletérios da propaganda política:

A propaganda política<sup>3</sup> patrocinada pelo Estado, quando apoiada pelas classes instruídas e quando não existe espaço para contestá-la, pode ter consequências importantes. Foi uma lição aprendida por Hitler e por muitos outros e que tem sido adotada até os dias de hoje (CHOMSKY, 2013, p. 13).

<sup>2</sup> **O GLOBO**. Homem procura menos serviço de saúde porque trabalha mais. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/homem-procura-menos-servico-de-saude-porque-trabalha-mais-diz-ministro-19902851>>. Acesso em: 10 out 2016.

<sup>3</sup> De acordo com Wladimir Hungria (2012, 322), “enquadra-se do âmbito da liberdade de informação e de comunicação, encontrando na Constituição Federal seu assento. Assim, dispõe o art. 5, inciso IV, da Carta Magna que é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato”. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/7/seminariodedireitoeleitoral\\_322.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/7/seminariodedireitoeleitoral_322.pdf)>. Acesso em: 07 dez 2018.

Em contrapartida, adentrando o universo micro da relação homem e promoção da saúde, encontraremos alguns autores que apontam para o fato de que a porta de entrada das unidades<sup>4</sup> não são convidativas e que, aliadas ao fato de haver pouco acolhimento e filas constantes limitando o acesso, tal cenário se configura como mais uma prerrogativa para a permanência deste hiato.

De acordo com Gomes et al. (2011) importa ressaltar que nem sempre existe uma preocupação no que tange ao acolhimento ao usuário, quando da porta de entrada, sendo evidente, ao contrário disso, uma apreensão em relação à segurança do profissional em comunidades onde o aspecto da violência apresenta um quadro de maior relevo.

Contudo, convém dizer que o paradigma biomédico persiste insidioso e pautando a ordem dos eventos assistenciais, quando o enfoque deveria incidir sobre o potencial da equipe multiprofissional, principalmente, quando sabemos que através desta perspectiva maiores são as chances do indivíduo ter suas demandas vislumbradas sob o prisma da integralidade, conforme apregoam os princípios do SUS.

Acentuando essa evidência, Schraiber et al. (2010, p. 964), alerta para o fato de que, de forma similar, nos contextos diversos de funcionamento, as consultas seguem valorizando a atuação médica, pautadas na medicalização e na solicitação de exames, pois acredita-se ser esse o modelo que satisfaça as expectativas de ambos os envolvidos, médicos e usuários.

Potencializando a crítica no que tange à inexistência dos programas voltados para a saúde masculina, existe a premissa de que não existe o profissional urologista para atender às particularidades da população masculina, assentando-se na ideia de que o generalista não teria condições de atender às demandas da especialidade, circunscrevendo o homem apenas na urologia (GOMES et al., 2011).

Outro aspecto relevante ao contexto diz respeito à comunicação e às práticas educativas que, sendo frequentemente exercidas de forma autoritária, quando deveriam priorizar o diálogo, acabam por reproduzir padrões da educação sanitária,

---

<sup>4</sup> De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, “a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”.

Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 07 dez 2018.

motivando, inclusive, cuidados calcados nos apelos de ameaça de morte, o que só tende a fragilizar a população (SCHRAIBER et al., 2010).

Curiosamente, os diversos discursos, muito em voga, sobre o potencial da assistência humanizada e seus reflexos na saúde figuram no linguajar dos profissionais da área, todavia, há que ser ponderada a discrepância entre a fala e a ação que, infelizmente, ainda reverbera no cotidiano.

Para Santos (2013, p. 23), a PNAISH pauta o cuidado sob a perspectiva biologizante da saúde, onde a medicalização do corpo orientada pela genitalização do homem, delimita e orienta o nível de prioridade do cuidado ao contexto da próstata, deixando evidente, desta forma, as lacunas que se apresentam em relação à assistência que é direcionada ao usuário.

Desta forma, além da possibilidade do cuidado ficar atrelado às patologias e, mais especificamente, às condições urológicas do homem, percebe-se ainda que a subjetividade é pouco trabalhada, corroborando para esta evasão, bem como a ausência de ações efetivas em educação em saúde que permitam ampliar o olhar e o interesse desses usuários pelo autocuidado, e é exatamente neste sentido que este estudo encontra terreno fértil para desenvolver-se e, com isto, contribuir com perspectivas outras de compreensão, participação e visibilidade destes homens no cuidado de si (dentro e fora dos Serviços de Saúde) e no trato de sua realidade.

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A PNAISH objetiva promover ações de saúde que possibilitem um melhor entendimento acerca da realidade masculina nos seus diversos âmbitos, quer sejam eles sociais, políticos ou culturais, bem como dos diversos níveis de atenção aos quais essa população tem à sua disposição. De modo geral, esta conjuntura tende a aumentar as expectativas de vida, além de reduzir os índices de morbimortalidade por eventos e causas evitáveis (BRASIL, 2008).

Apesar de todos os aspectos construtivos da PNAISH, é preciso atestar que a mera existência desta Política não garante a concretização do seu compromisso no que tange ao controle e/ou minoração dos grandes problemas de saúde da população masculina. Ao contrário disso, percebe-se a existência de ações que

tendem a dificultar e/ou fragilizar as medidas de promoção e prevenção à saúde dos homens dentro de seu próprio contexto e uma efetiva necessidade de avaliação.

Howlet, Ramesh e Perl (2013, p. 101) delimitam cinco estágios específicos na construção de uma política pública de modo à melhor conduzir o processo de análise do contexto (atores, instituições e ideias) e implementação. Assim, temos a montagem da agenda que “se refere à maneira como os problemas surgem ou não enquanto alvo de atenção por parte do governo”; a formulação de políticas, onde “faz-se a identificação, o refinamento e a formalização das opções políticas que poderão ajudar a resolver as questões e os problemas reconhecidos”; a tomada de decisão política que corresponde ao estágio em que “uma ou mais, ou nenhuma, das opções que foram debatidas e examinadas durante os dois estágios anteriores do ciclo político é aprovada como curso oficial de ação”; a implementação de políticas “muitas vezes, depende de servidores públicos e de funcionários administrativos para estabelecer e gerenciar as ações necessárias”, contudo, atores não governamentais também podem participar; e a avaliação de políticas.”se determina como uma política de fato está funcionando na prática. Ela envolve a avaliação dos meios que são empregados e dos objetivos que são atendidos”.

Nesta perspectiva Santos (2013, p. 10), assevera que é possível identificar diversas lacunas e pontos de fragilidade nas estratégias e objetivos da PNAISH; que esta é caracterizada como uma política incipiente no que se refere ao financiamento e execução, inclusive, sendo pouco conhecida pelos próprios profissionais da saúde.

De modo a ratificar tal perspectiva, citaremos, a seguir, fragmentos da própria Política que inspiram um olhar mais acurado. De acordo com o MS (2008, p. 6) o fato dos serviços e estratégias de comunicação ainda privilegiarem iniciativas e ações voltadas para a saúde de públicos diversos como a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, em detrimento de ações específicas à saúde dos homens, já tende a abrir brechas para a desatenção a esse grupo.

Ou seja, desde o capítulo da Introdução da Política, nota-se a fragilidade das campanhas e estratégias de comunicação na perspectiva de atrair a atenção desse homem para a promoção dentro dos serviços de saúde, bem como para o estabelecimento do autocuidado. A manutenção dessa condição estabelece uma zona de conforto onde outras alternativas que poderiam ser efetivas não são propostas para evidenciar a questão. Se as campanhas nacionais não têm a cara do local onde esses homens residem, é fato que não haverá assertividade, logo, é

preciso buscar por estratégias locais e, se possível, em parceria com os Conselhos Locais, afinal, a própria comunidade pode intervir da melhor forma ao enxergar as suas necessidades.

No que tange à intersectorialidade<sup>5</sup> o MS (2008, p. 30) propõe-se “integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde”.

Este fragmento diz respeito a uma das diretrizes da Política, assim, a partir do momento em que ela avança a possibilidade de integração às demais políticas e programas, por que não inserir dentro do Programa Bolsa Família a adoção dos exames do homem, juntamente com os da mulher e o das crianças, na solicitação para a manutenção do benefício? Desta forma, os homens teriam o seu perfil rastreado e teriam a obrigação de, ao menos duas vezes ao ano, buscar os serviços de saúde, logo, teriam a oportunidade de passar pelas estratégias de promoção e prevenção, bem como a equipe multiprofissional teria mais contato com eles e, assim, o estreitamento das relações poderia oportunizar o reforço vital para que eles sejam ouvidos em suas especificidades, para que percebam a unidade como parceira no cotidiano de suas vidas e, claro, para que tenhamos condições de promover a integralidade da assistência e buscar equidade na saúde da população.

O MS (2008, p. 30) assegura como diretriz “aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão” (2008, p. 30), contudo, ainda não se verificam ações nesta direção.

Sabendo que existe a fundamentação masculina da ideia de não poder se ausentar do trabalho de modo a não perderem o emprego, a perspectiva da adoção dos check ups masculinos atrelados à manutenção do benefício Bolsa Família, por exemplo, facilitaria, inclusive, no aperfeiçoamento dos bancos de dados epidemiológicos da população masculina brasileira nos sistemas de informação; inclusive, tais bancos de dados facilitariam o processo de regulação dos pacientes para a média e alta complexidade resultando, quiçá, num desafogamento das unidades e/ou melhor reordenamento das mesmas.

---

<sup>5</sup> A intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (WARSCHAUER, CARVALHO, 2014, P. 193).

Na perspectiva da pesquisa, e aprofundamento do tema saúde do homem, o MS (2008, p. 30) propõe “realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, mas o que ainda se verifica é uma grande lacuna e ausência de investimento.

A diretriz, ao não aventar as ações, deixa de oportunizar estratégias, por exemplo, quando não propõe que tal nível de conhecimento seja instituído nas grades curriculares de todas as universidades (federais, estaduais e privadas) que promovem o ensino dos cursos da área da saúde, pois mesmo que algumas já possuam, é fundamental que todas estejam em consonância. Esta também confere uma fragilidade da política, mas que pode ser oportunizada, tanto em nível macro (como é o caso da construção de conhecimento durante a graduação dos futuros profissionais da saúde), quanto em nível micro, quando da proposição de ações de educação permanente/educação popular no ambiente onde estão inseridos os profissionais.

Assim, cabe racionalizar todas as ferramentas que temos à nossa disposição e buscar alternativas que nos arranquem da zona de conforto, de modo que tenhamos condição de mudar o retrato de saúde desta camada da população que, invariavelmente, tem deixado a desejar.

### 3 METODOLOGIA

Neste capítulo descrevo o percurso metodológico realizado ao longo da pesquisa.

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter qualitativo descritivo que almeja a compreensão de determinados eventos que possam explicar os motivos pelos quais, ainda hoje, persiste e se dá a (in)visibilidade dos homens nas ações de promoção da saúde.

Segundo Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa de Campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Quanto à escolha da abordagem qualitativa para o estudo, implica dizer que, antes de mais nada, ouvir o outro é fundamental para pensar, trocar e ousar promover a mudança e, conforme bem assegura Minayo (2012), o verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Quanto ao local para a realização da pesquisa, a primeira pergunta que surgiu foi: onde estão os homens? A princípio, veio a ideia de se trabalhar com os trabalhadores da obra do metrô de Salvador, mas tendo em vista que todos possuem plano de saúde, tal possibilidade foi descartada. Deste modo, o retorno à pergunta inicial - “onde estão os homens?” - conduziu-me à uma outra pergunta, “qual perfil de homem você pretende ouvir?”.

Assim, surgiu a busca pelo perfil de homens que moram em bairros periféricos, com pouca infraestrutura e que possuem uma renda que não lhes

permite pagar por planos de saúde, o que, inevitavelmente, me reportou ao meu bairro de domicílio – Pau da Lima.

De acordo com dados do IBGE (2010), através do Painel de Informações e dados socioeconômicos do Município de Salvador por Bairros e Prefeituras-Bairro, da Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (CONDER), a Prefeitura-Bairro (PB) IX Pau da Lima é formada por 13 bairros (Porto Seco Pirajá, Vila Canária, Jardim Cajazeiras, Pau da Lima, São Marcos, Sete de Abril, Canabrava, São Rafael, Jardim Nova Esperança, Vale dos Lagos, Nova Brasília, Novo Marotinho e Trobogy), está localizada na área do miolo de Salvador e possuía, em 2010, uma população de 184.795 habitantes.

A distribuição de Pau da Lima, em 2010, segundo critérios de população total residente, por sexo, é composta de: 47,52% homens e 52,48% mulheres; em relação à cor/raça apresenta-se da seguinte forma: 55,02% parda, 30,62% preta, 12,50% branca, 1,64% amarela e 0,23% indígena. Quanto à distribuição de acordo com a faixa etária, percebe-se que a maioria da população, 53,16%, encontra-se alocada na faixa correspondente à idade produtiva de 20 a 49 anos, seguida da faixa etária correspondente a 50 a 64 anos, com um percentual de 11%.

Desde a sua formação<sup>6</sup>, em meados da década de 1950, apresenta a composição populacional constituída por trabalhadores autônomos, pedreiros, marceneiros etc. e também figura no cenário de grandes desigualdades sociais.

Em relação aos serviços de saúde públicos presentes no bairro, elencamos o Centro Comunitário Vida Plena (CCVP) que atua como Unidade de Saúde da Família (USF), mas que só contempla um dos entrevistados (as demais famílias não são adscritas), o Centro de Saúde Edgar Pires da Veiga, que funciona enquanto UBS modelo assistencial e o Pronto Atendimento de São Marcos, unidade de emergência.

O estudo foi desenvolvido na Associação de Moradores do bairro de Pau da Lima, município de Salvador-BA, cuja população de moradores frequenta os serviços de saúde públicos existentes no Distrito Sanitário de Pau da Lima.

A Associação de Moradores de Pau da Lima (AMPLI) além de ser um espaço para a representação das necessidades da comunidade e funcionar como um local

---

<sup>6</sup> Disponível em: < [http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo.php?cod\\_area=4&cod\\_polo=39](http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo.php?cod_area=4&cod_polo=39)>. Acesso em: 07 dez 2018.



que oportuniza cursos diversos para o público em geral, é também um local muito freqüentado pelos homens da comunidade.

Minha aproximação com a associação se deu através de uma visita ao local, onde pude me apresentar, bem como ao projeto, conhecer os membros diretores, a rotina de funcionamento e, naturalmente, seguiram-se as demais etapas de aceitação e assinatura dos documentos formalizadores da parceria.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

São participantes dessa pesquisa membros e frequentadores regulares da AMPLI. Portanto, foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter as funções cognitivas preservadas, possuir idade entre 18 e 65 anos completos até o início da pesquisa, ser freqüentador da AMPLI há pelo menos seis meses e não possuir plano de saúde privado.<sup>7</sup>

Como se deu a escolha dos participantes? Tendo em vista que as atividades começavam às 17 h e finalizavam, em média, às 21 h (em média porque o judô começava a partir deste horário, mas buscando a segurança pessoal - afinal, a violência urbana é fato – não pude me estender para além deste horário), chegava ao local às 16:30 h e ficava à disposição para abordar e esperar o melhor momento para eles.

No total, foram reunidos 10 homens, alunos e professores, de diversas modalidades de cursos oferecidos na AMPLI, sendo eles, capoeira, karatê e Hip Hop.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e o instrumento utilizado constituiu-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões abertas e fechadas.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna

---

<sup>7</sup> Pois pessoas com plano de saúde costumam procurar os serviços de saúde públicos somente quando há vacinação

acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (FRASER, GONDIM, 2004).

De modo a garantir a privacidade dos sujeitos, as entrevistas foram realizadas individualmente (através de gravador do aparelho celular), mediante a autorização dos participantes, com o objetivo de obter o máximo de informações, e permitir acompanhar o mais atentamente possível os aspectos não verbais da comunicação.

A AMPLI é estruturada da seguinte forma, no espaço térreo, existe um pequeno banheiro e um enorme salão onde ocorrem as aulas; do lado esquerdo de quem entra pela porta principal, existe uma escada que conduz ao primeiro andar, lá funciona a administração, num espaço separado por divisórias, com mesas, cadeiras, computador, impressora e uma estante e, no espaço do outro lado da divisória, existe uma sala ampla, com uma mesa, cadeiras e ventilador e foi aí que realizei as entrevistas.

É primordial ressaltar que, para que se dessem as entrevistas, todo o espaço do primeiro andar precisava estar desocupado, pois a separação por divisórias, não assegura a privacidade e a confidencialidade fundamental exigida para a pesquisa. Deste modo, iniciava as entrevistas a contar das 17 h em diante, que era o horário em que o período administrativo finalizava e o espaço ficava à minha disposição.

Outro aspecto relevante e que precisa ser pontuado foi o fato de ter a pesquisa apoiada pelos administradores da associação; estes, sempre se colocaram à disposição para ouvir e apoiar qualquer necessidade, fosse uma conversa ou uma cadeira ou o que quer que fosse. A escolha do local para a coleta de dados, bem como da parceria que se deu com os membros da associação foi acertada e configurou como um potencializador no quesito alcance dos objetivos deste estudo.

Segundo Minayo, uma boa amostra para pesquisa qualitativa deve refletir “[...] a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (p. 197). A quantidade de participantes do estudo foi definida por saturação teórica empírica, ou seja, quando se esgotaram as possibilidades de surgimento de novas discussões a partir dos dados coletados, envolvendo repetição de conteúdos e achados evidenciados em

outros estudos relacionados. Sendo assim, participaram desse estudo um total de dez homens e, em média, as entrevistas duraram 16 minutos e 20 segundos.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo, que visa demonstrar suas características, interpretando o que foi solicitado a partir das respostas obtidas (MINAYO, 1994), e baseando-se no referencial teórico desta pesquisa que fornece a base inicial dos conceitos. Para Bardin (2009) a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam aos discursos extremamente diversificados.

As entrevistas foram transcritas uma a uma, com o máximo de rigor e, em seguida, deu-se o preenchimento de uma tabela temática contendo uma pergunta e a resposta dos 10 participantes lado a lado, de modo a favorecer a visualização e, efetivamente, proceder às depurações. Passado este momento, deu-se a categorização.

Os dados coletados foram tratados de acordo com três fases da técnica utilizada por Minayo: *pré-análise*, que configura-se numa espécie de compilação e organização dos dados, cujos objetivos são promover a escolha dos dados, formular hipóteses e propor indicadores que embasarão a interpretação final; *exploração do material*, que consiste na depuração dos dados e por fim, o *tratamento dos resultados, inferências e a interpretação* onde os dados serão significados e validados.

Lidos exhaustivamente separando os discursos semelhantes dos discrepantes, posteriormente organizados em categorias de acordo com os objetivos da pesquisa, para se proceder às análises. A categorização permite que se estabeleçam classificações, o que significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito (MINAYO, 1996).

Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: Caracterização sociodemográfica dos participantes, Utilização pelos participantes dos serviços públicos de saúde existentes no bairro, Motivos para a utilização pelos participantes dos serviços públicos de saúde, Acesso dos participantes aos serviços públicos de saúde existentes no bairro, Facilidades e dificuldades encontradas,

Estratégias políticas favorecem ou distanciam a promoção da saúde dos homens? e Sugestões para aumentar a utilização dos serviços públicos de saúde pelos homens da comunidade.

### 3. 6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi encaminhado para exame e aprovação do Comitê de Ética, de acordo com a Resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado em 31 de outubro de 2017, sob o número de parecer 2.359.284.

Após ser explicado o teor da pesquisa e lido o TCLE, onde foram esclarecidos os possíveis riscos (desconforto, de estarem fornecendo dados da sua vida pessoal) e benefícios (possibilidade de reflexão com vistas à adoção de novas posturas no que tange às necessidades de saúde da população masculina), os participantes que aceitaram participar por livre escolha, assinaram o termo em duas vias e procedemos às entrevistas.

No decorrer dessa pesquisa assegurou-se aos pesquisados o mínimo de danos à integridade física, psicológica ou social. Para lhes preservar o sigilo - impedindo a identificação - os entrevistados foram codificados com nomes de estrelas, sendo elas, Sirius, Canopus, Arcturus, Rigel, Procyon, Hadar, Acrux, Aldebaran, Pollux e Regulus.

Como benefício da pesquisa, acreditamos que os resultados poderão contribuir para a reflexão e adoção de novas atitudes no que tange às competências relacionadas à população masculina, aos profissionais e aos serviços de saúde.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentadas as contribuições dos participantes que, de forma imprescindível, deram corpo e luz à construção do presente estudo, nos permitindo analisar com cuidado a magnitude da situação.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A pesquisa consta de 10 participantes entrevistados, do sexo masculino, com idade média de 30,1 anos (tendo o mais velho 55 anos e o mais novo 18 anos) e de ampla maioria autodeclarada preta (apenas dois afirmaram-se de cor parda). Conforme atestaremos na tabela 1, dentre os 10 homens, apenas um se declara casado. No quesito renda mensal, cinco deles encontram-se desempregados e os demais possuem renda variável (sendo a menor renda R\$ 70, 00 e R\$ 1.200, 00).

Em relação ao nível de escolaridade, um encontra-se com o nível superior incompleto, um possui apenas o 1º grau incompleto e os oito demais afirmam ter o 2º grau completo. Todos frequentam a AMPLI regularmente.

<b>Idade</b>	<b>Cor</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Filho</b>	<b>Renda mensal</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Frequência na AMPLI</b>
41	Preta	Casado	1	Desempregado	2º grau completo	Sinalizador de grua	Regularmente há 25 anos
21	Preta	Solteiro	Não	Entre 300 e 400 reais	2º grau completo	Vendedor ambulante	Regularmente há 1 ano
20	Preta	Solteiro	Não	Entre 70 a 100 reais	2º grau completo	Professor de Karatê	Regularmente há 8 anos
20	Parda	Solteiro	Não	1 salário mínimo	2º grau completo	Serviços gerais	Regularmente há 4 anos
55	Preta	Solteiro	3	1.200,00 reais	3º grau incompleto	Professor de capoeira	Regularmente há 26 anos
18	Parda	Solteiro	Não	Desempregado	2º grau incompleto	Estudante	Regularmente há 2 anos
21	Preta	Solteiro	Não	1 salário mínimo	2º grau completo	Técnico de impressora	Regularmente há 8 meses
28	Preta	Solteiro	Não	Desempregado	2º grau completo	Auxiliar de produção	Regularmente há 5 anos

33	Preta	Solteiro	Não	Desempregado	2º grau	Professor de dança	Regularmente há 2 anos
44	Preta	Solteiro	3	1 salário mínimo	1º grau incompleto	Pedreiro	Regularmente há 2 anos

**Tabela 1: Perfil dos sujeitos**

#### 4.2 UTILIZAÇÃO, PELOS PARTICIPANTES, DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EXISTENTES NO BAIRRO

Desde o início da pesquisa estive elencando os desafios que precisam ser superados pela população masculina no que se refere à condição de saúde e busca por atendimento nos serviços públicos. O primeiro desafio foi superar o nosso passado histórico de exploração que, desde a época da escravatura, atrelou o cuidado à saúde ao lugar de desnecessário, tanto para homens quanto para mulheres. Se, na época, os escravos malmente tinham direito a parar para comer, quando tinham o que comer, ter direito e acesso a saúde significava, além de loucura, uma utopia, e das mais românticas.

Atualmente, superar a jornada de trabalho - que escraviza o trabalhador ao fluxo do capital - se constitui como um empecilho para uma grande fatia da sociedade, fatia esta que não é vista em suas necessidades básicas, tampouco em sua subjetividade. Alinhavado a esse contexto dos limites do tempo, temos o desafio de suplantar a realidade dos serviços públicos de saúde com a pouca oferta de consultas, regulação, exames, contrarreferência, filas intermináveis e atendimentos superficiais, sem falar na agenda política que pouco caso faz da realidade.

Dentro desse retrato, e ao seu modo, as falas dos entrevistados evidenciam o recorte da sua realidade, dos seus percalços e as estratégias de que dispõem para driblarem as adversidades e seguir com a própria vida. A relação entre frequentar ou não os serviços públicos de saúde, quais são estes serviços, bem como os motivos pelos quais são levados a buscá-los deflagram como, diante das suas condições, quadros de saúde e subjetividade, se delimitam as relações de oferta e procura no contexto da saúde, bem como de suas omissões e negligenciamentos por parte dos poderes públicos.

Então, é raro eu ir. Tem bem uns três, quatro anos que eu não vou...

Eu vou pra São Marcos, quer dizer, nem sei se ainda tem ainda... Porque dizem que teve um tempo que parou, não sei. Também já fui pro hospital Roberto Santos, já fiquei internado uns quatro dias já. Uma bactéria no rim. Não lembro, era bem pequenininho.

Que eu lembre só.

[...]

O posto de saúde, só quando vou fazer algum exame. (Canopus, 21 anos)

Rapaz, eu só freqüento a emergência.

[...] Eu não freqüento o posto, mais a emergência. (Arcturus, 20 anos)

Eu frequento bastante os postos de saúde, principalmente, agora em questão de vacina, assim, é o que eu procuro bastante; e teve um tempo também que eu precisei de encaminhamento porque eu tenho um problema de visão e eu, tipo assim, foi logo quando eu vim morar em Salvador, foi um tempo que eu tive mais... e também foi um dos fatos de eu ter vindo embora do interior pra cá, foi pra tratar essa questão ocular também.

[...] Eu nunca fui na emergência, graças a Deus.

[...] Eu tenho miopia e uma conjuntivite estranha... Meu olho tem pouca lubrificação.

Eu já passei num especialista, graças a Deus. Mas, tipo assim, foi um problema que me deu muita dor de cabeça, na verdade, porque quando minha mãe descobriu, a gente tava morando no interior, próximo à Jacobina, na verdade, e aí esse problema afetou desde os meus 14 anos, que eu fiquei sentindo esse problema.

Em vários médicos que eu passei, ninguém nunca conseguia descobrir, então, quando eu vim morar em Salvador, é..., eu fiz na SoftClin um tratamento.

Pelo SUS eu não consegui, infelizmente, e eu fiquei quase seis meses fazendo esse acompanhamento. (Acrux, 21 anos)

Eu freqüento o Complexo Comunitário Vida Plena e o posto de saúde daqui do largo.

Graças a Deus, eu não preciso frequentar a emergência, né? (Pollux, 33 anos)

Schraiber et al. (2010) ratifica o fato de que os homens tendem a buscar as unidades com demandas bastante específicas, como dores, febres, ferimentos, o que os leva a valorizar mais as práticas da medicalização em detrimento de orientações preventivas.

Contudo, e apesar de sabermos que as mulheres são mais insistentes no quesito autocuidado, acredito ser oportuno o seguinte questionamento: será que somos mais cuidadosas em relação ao trato com a saúde ou a palavra mais

adequada seria resilientes? Faço esse questionamento porque, sim, os homens frequentam os espaços públicos de saúde, mas o que não vemos é a resiliência<sup>8</sup> por parte deles no sentido de insistir e persistir até conseguirem o que precisam, de modo similar como fazem as mulheres que tanto mitigam pelos seus interesses.

Percebe-se que buscar os serviços públicos de saúde depreende muito mais do que a necessidade particular e individual, requer paciência e resiliência para lidar com os trâmites e com a burocracia do sistema e, neste quesito, vislumbramos o impacto que tal condição exerce sobre os diferentes gêneros e sobre a sua disposição em transcendê-los, que também está atrelada à magnitude do evento que lhes fez buscar o cuidado, o motivo em si.

#### 4.2.1 MOTIVOS PARA A UTILIZAÇÃO, PELOS PARTICIPANTES, DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Eu só vou mesmo pra marcar exame. E na UPA eu só vou se tiver passando mal. [...] Foi gases, tava sentindo muita dor no peito parecendo que eu tava infartando, aí minha esposa me levou. Chegou lá, a menina fez um bocado de exame, aí na hora não foi problema de coração não, foi gases mesmo. (Sirius, 41 anos)

Rapaz, o motivo que ano passado eu freqüentei a emergência foi porque eu tive um acidente dentro do karatê. Tava dando aula, tomei um pau no treinamento e levei cinco pontos na boca. Só foi uma vez que eu fui na emergência ano passado. Não é sempre não, é uma vez ou outra. (Arcturus, 20 anos)

Agora mesmo porque eu fui tomar a vacina e, quando eu me acidentei, fui tomar a vacina de tétano, ano passado. (Procyon, 55 anos)

A questão ocular, mas que não consegui. Insisti, insisti, fiquei em fila, mas não consegui.  
Falavam que não tinha esse tipo de encaminhamento pra esse problema meu.  
Nunca consegui, nunca consegui.  
E teve outra questão também que foi..., que gerou muito transtorno. Quando eu cheguei, eu trouxe o meu cartão do SUS do interior e não foi aceito aqui, eu tinha que fazer outro, com o endereço daqui. E aí a

<sup>8</sup> A resiliência caracteriza-se pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural. Trata-se de um conceito que comporta um potencial valioso em termos de prevenção e promoção da saúde das populações mas ainda permeado de incertezas e controvérsias (NORONHA, et al., 2009, p. 498).

Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n2/497-506/pt>>. Acesso em: 07 dez 2018.



prefeitura bairro não aceitava porque eu não tinha comprovante de residência, porque eu morava de aluguel e tudo o mais... Isso foi afetando a minha visão cada vez mais porque, tipo assim, minha visão ficou muito vermelha, na verdade, antes deu saber o que era, né? Eu não sabia o que poderia usar, não sabia o que tava causando, não sabia se era uma alergia mesmo que eu tinha.

Então, tipo assim, sempre ficou muito vermelha e isso sempre me incomodou a sair na rua por causa do julgamento das pessoas, 'ah, tá com o olho vermelho...'

Então, até pra trabalhar, teve um tempo que, lá na empresa, ficou chato pra mim, porque eu ficava trabalhando e a galera julgando, 'ah, deve usar algum tipo de droga e tal...', então, isso foi bastante chato até eu conseguir fazer um cartão do SUS pra depois não ter um oftalmologista. (Acrux, 21 anos)

Sigo reiterando a pergunta: será que os homens não frequentam os serviços públicos de saúde ou o que falta, realmente, é resolutividade na máquina pública e uma gestão - em macro e em micro instâncias - atenta ao universo do cuidado à saúde da população masculina?

Nas falas, percebo que não existiram estratégias para absorver esses homens nas unidades básicas de saúde e que, portanto, em suas formas e condições de lidar com a realidade, lhes resta a busca pela emergência quando a situação se apresenta como crítica e sem outros recursos a buscar. E, quando nem a emergência resolve, outros esforços precisam ser depreendidos de modo que lhes seja possível pagar por uma assistência particular, ainda que à custa de sérias interferências nos rendimentos domésticos e de sobrevivência.

O SUS dispõe de toda a gama imprescindível de especialistas para atender a sociedade, mas o que se percebe na ponta, no lado mais sensível da corda – o usuário – é que para se alcançar o serviço e suplantando as demandas de saúde, primeiro, há que se vencer o guardião do portal biomédico - o monstro da burocracia.

Assim, cabe uma breve consideração acerca dos desenhos de assistência que, efetivamente, caracterizam as diferenças no funcionamento das Unidades Básicas, modelo assistencial - como é o caso da unidade de atendimento frequentada pelos entrevistados - versus o modelo que compreende o Programa de Saúde da Família (PSF):

As unidades PSF contam com Equipes de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do MS e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição da

clientela. Já as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Há também a presença de diversas especialidades (dentre os quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso não há adstrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente às ações de vigilância à saúde (ELIAS et. al., 2006, p. 634).

No que tange ao motivo pelo qual estes homens não se dirigem à unidade de saúde da família, modelo PSF, existente no bairro de Pau da Lima (o Complexo Comunitário Vida Plena), importa salientar que esta não condensa a maioria das famílias (apenas um dos entrevistados reside na região das famílias adscritas), estando eles, portanto, limitados à assistência da UBS modelo assistencial que contempla a todos em nível de demanda aberta, a despeito de quaisquer prejuízos no acolhimento, no vínculo e na efetividade do atendimento, sem falar nas reais necessidades da população local como um todo que, desta forma, seguem fragilizadas.

#### 4.3 FREQUÊNCIA DOS PARTICIPANTES AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, EXISTENTES NO BAIRRO

Eu só vou aí (no posto) só pra marcar eletrocardiograma; foi esse mês de dezembro, fui fazer a saúde dos homens que teve aí. Foi uma promoção que eles fizeram aí, uma como é que se chama, é que todo ano, acho que é todo ano, eu nem sabia, me falaram, olhe vai ter a saúde dos homens amanhã; aí eu peguei, fui. Mas só que teve essa campanha aí e não teve mais nada. Aí como é que a gente vai levar o exame? O exame tá feito em casa, eu vou levar pá quem? Aí eu tive que mandar pá olhar o exame, minha ex-esposa que trabalha no São Rafael, mandar pro médico de lá olhar, uma colega minha vizinha que trabalha no Roberto Santos olhar o exame, mas aqui em cima não teve mais. Só teve um dia só. (Sirius, 41 anos)

Apenas quando tem algum acidente. Em caso de necessidade. Porque assim, se eu sentir uma dor, eu não vou. Porque eu tenho um motivo, tenho medo de tomar injeção, aí eu não vou. Mas... E eu fui até desacordado, porque se tivesse acordado eu não ia. Eu não gosto, não me sinto bem. [...] Sei lá, eu tenho medo de tomar injeção. Aí eu fico pensando em tudo... Recentemente eu fui mordido por um cachorro na rua e eu não fui.

Fiquei em casa e tomei remédio.

Minha mãe mandou eu ir, mas como eu sou de maior, eu disse à ela que eu não ia e ela não insistiu. Ela falou “não posso obrigar você porque você já é de maior. Você sabe o que você faz”. E ela sabe que eu tenho trauma com isso de injeção, aí...

[...] Rapaz, eu fiquei muito tempo internado... Quando era pequeno.

Minha mãe disse que foi problema de coração, porque eu fiquei muito nervoso, meu coração acelerou e eu desmaiei e fiquei um tempão internado... E não resolveu nada. Tomei muita agulhada no braço... Eu tinha uns 10 ou 11 anos, por aí. Fiquei muito tempo internado e eles me liberaram e disseram que eu não tava com nada. Eu senti, até bem pouco tempo, em abril, eu tive um desmaio nos 15 anos, da minha namorada, que eu senti que eu tava passando mal, eu não podia falar pra ninguém que tava no aniversário, porque eu não ia acabar com o aniversário dela, só que quando chegou 11 horas, eu desmaiei. Aí me disseram que eu dei convulsão e o coração parou; aí sorte a minha foi que a tia dela é enfermeira e me reanimou. Fui pra emergência, aí chegou na emergência, disseram que não era nada. Só que me furaram todo, todo, todo, todo... por isso eu só vou desmaiado, se eu tiver acordado eu não vou.

Mas a minha mãe fala que isso tem que mudar, que eu tenho que procurar um médico, mas é muito medo. (Arcturus, 20 anos)

A população das periferias, milhares de vezes, é tratada como se fosse uma mera massa de manobra no momento oportuno das conveniências políticas, para além desse contexto, é esquecida, tratada no calor das contingências. Fato é que a população sabe o que é, o que precisa, os locais que têm à disposição, as devidas barreiras que precisam enfrentar e, acima de tudo e talvez o maior de todos os dilemas, o sofrimento com o descaso, assim, ninguém melhor do que Foucault para descrever os percursos pelos quais a microfísica do poder se insere em toda a capilaridade do corpo e de sua significação.

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada,

pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física. Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo. Essa tecnologia é difusa, claro, raramente formulada em discursos contínuos e sistemáticos; compõe-se muitas vezes de peças ou de pedaços; utiliza um material e processos sem relação entre si. O mais das vezes, apesar da coerência de seus resultados, ela não passa de uma instrumentação multiforme. Além disso seria impossível localizá-la, quer num tipo definido de instituição, quer num aparelho do Estado. Estes recorrem a ela; utilizam-na, valorizam-na ou impõem algumas de suas maneiras de agir. Mas ela mesma, em seus mecanismos e efeitos, se situa num nível completamente diferente. Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças. (FOUCAULT, 2014, p. 29-30)

Santos (2013, p. 145) corrobora com Foucault quando lança um novo olhar sobre a regulação do corpo, no sentido de que o simples fato do indivíduo ter ou não ter acesso à assistência de saúde também pode representar uma estratégia de poder utilizada para, ao fragilizá-lo, dificultar a sua inserção no mercado de trabalho.

Os entrevistados demonstram conhecer o funcionamento da rede do SUS, pois sabem os locais que precisam buscar para a marcação de consultas e exames, os locais onde transcorrem as demandas especializadas e as emergências. Todos eles demonstraram saber o funcionamento da rede, e mais, questionam a funcionalidade de determinadas ações, conforme podemos atestar no depoimento de Sirius quando da sua participação na campanha do Novembro Azul.

Tal evento nos leva a ponderar sobre esta e outras ações pontuais, cuja ausência de continuidade desassistente o sujeito, afinal, onde se enquadraria a resolubilidade da assistência nesse contexto? Somos obrigados a mencionar e a perceber que a integralidade da atenção à saúde, respaldada pelos princípios do SUS, adquire uma face outra que não aquela que realmente deveria ter – propulsora da imanência e do resgate do ser humano como um todo, pleno – uma face de fragilidade e desesperança que, curiosamente, ganha corporeidade no inconsciente coletivo daqueles que buscam e necessitam dos serviços de saúde.

O depoimento de Arcturus causa-me comoção diante de tamanha necessidade e ausência de assistência. Sua subjetividade só ganha sentido no não-

lugar, no não-olhar, na incontestável invisibilidade. Ao longo da vida, seus contatos com os serviços públicos de saúde lhe permitiram criar e fortalecer a imagem da desassistência e da não-resolubilidade de suas questões. Arcturus recebeu tratamentos biomédicos que enxergaram apenas o seu corpo, quando a sua subjetividade gritava demandas urgentes e que, ao que parece, jamais foram levadas em consideração.

Onde está a integralidade da atenção? Como que fica a tão alardeada humanização do atendimento? Cadê a atenção à subjetividade da população masculina? O cuidado ao homem representa só atenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST), à próstata e às demandas cardiológicas? Será que a ciência biomédica alcançou todo o sucesso e esplendor quando separou o corpo do homem da sua subjetividade? Não bastasse toda a herança perversa do patriarcado incidindo vertiginosamente na realidade de vida da população masculina, devemos ainda aplaudir à essa ciência, e ao cartesianismo que dela provêm, por impactarem tão brutalmente na vida consciente e no inconsciente coletivo dos homens?

O estudo de Schraiber et al. (2010), sobre necessidades de saúde e masculinidades, realizado em quatro estados brasileiros, a contar Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo, com usuários e profissionais de diversas áreas de atuação, por exemplo, demonstrou que a descaracterização das especificidades de gênero corrobora com a dificuldade de acesso, atrelado a isso a ausência de vínculos também afasta esse homem da busca pelo cuidado, mesmo aqueles que já buscam e conhecem o funcionamento das unidades de saúde.

Fatídica e ironicamente, cabe dizer que sim, estamos colhendo os frutos de todas as heranças seculares de apartamento homem-alma. O depoimento de Arcturus traduz ainda outra realidade comumente vista na conjuntura dos programas públicos de saúde. Até a idade em que as mães levam seus filhos para acompanhamento de puericultura, estes têm garantia de passagem pelos serviços públicos, ademais, chegada a fase da adolescência e de jovem adulto, o que impera é a lacuna dos programas. O homem adulto fica em suspenso até que se deflagrem as doenças crônicas, infecto-contagiosas e as demandas emergenciais.

Tal postura dos gestores da saúde, em todos os âmbitos, deflagra a perspectiva do descaso que, não raras vezes, outorga ao indivíduo a culpa pelas consequências de seus eventos de saúde. A integralidade e a intersectorialidade das

ações são inquestionáveis parceiras nas políticas públicas de saúde, mas quando elas caminharão juntas para favorecer quem, de fato, necessita?

Quando se permite que a lacuna da desassistência alcance a vida de milhares de adolescentes e jovens adultos, estamos, categoricamente, a impactar no *modus operandi* dessas pessoas ao longo da vida. Desta forma, chega a ser desrespeitoso lamentar que os gastos da economia com a assistência ao SUS sejam impactantes, principalmente quando sabemos que estamos a vivenciar a mudança da pirâmide demográfica brasileira e, propositalmente, seguimos confortavelmente “sentados em berço esplêndido”. Estamos envelhecendo a pleno vapor, sem ficarmos ricos como aconteceu com os países desenvolvidos, e estando cronicamente doentes.

#### 4.3.1 FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS

Em relação aos dias e horários disponibilizados para os atendimentos, a maioria corrobora com o discurso predominante na grande massa de que não é satisfatório e que se configura como um forte motivo de afastamento; desta forma, reacendem e sustentam-se nos argumentos proliferados pela masculinidade hegemônica de que precisam trabalhar porque são os provedores do lar e, assim, ausentam-se do cuidado com a saúde.

Demora, às vezes, muito pra atender as pessoas.

Eu acho dificuldade porque, às vezes, você vai e demora muito, tá cheio, aí demora pra ser atendido e você acaba vindo pra casa pra tomar um remédio pra ver se melhora.

E não é bom pra saúde isso, né? (Rigel, 20 anos)

Olha é muita gente, muito enxame, mas o importante é que atenda as pessoas.

Eu cheguei lá mesmo e fui atendido, graças a Deus.

Agora a gente tem que chegar cedo pra conseguir as fichas, né? [...]

Mesmo que não seja, é o único horário que existe, tem que se submeter a isso aí.

Quando é clínico mesmo, aí, às vezes, a pessoa tem que dormir na fila, quando é clínico. Os outros médicos, às vezes, é mais fácil de encontrar a vaga, porque tem o limite de vaga, mas quando é clínico mesmo é que é o problema. (Procyon, 55 anos)

Eu acho que a gente tem que acordar muito cedo pra pegar uma fila.

Eu acho que o povo brasileiro sofre muito, desde que ele nasce até a

hora de morrer, porque existe fila pra tudo em Salvador, no posto de saúde, no TRE, pra resolver uma coisa simples... os nossos líderes deveriam olhar mais pelo povo e não fazerem sofrer tanto como a gente anda sofrendo.

Tem vez que eu tenho que acordar 4h da manhã pra ir lá no..., se eu não me engano, em Brotas, fazer exame de sangue, marcar exame de sangue. Oxi..., é muita tortura, chega lá já tem fila.

No caso, como eu tô desempregado, não atrapalha muito, mas se uma pessoa tá trabalhando e tem que fazer uns exames, fica meio ruim pra ele ficar faltando direto no trabalho por causa disso.

Tem o atestado, mas nem sempre o patrão vai olhar com bons olhos, “pooo, ele só anda botando atestado, atestado, atestado”, aí pega mal pro cara. O cara que quer se segurar no emprego, vendo que a coisa não ta fácil, pega mal você, toda hora, botar um atestado. (Pollux, 33 anos)

Segundo Gomes et al. (2011, p. 986), “a pouca procura masculina também aparece associada à ausência de acolhimento ou o acolhimento pouco atrativo, que pode estar relacionado à frágil qualificação profissional para lidar com o segmento”.

Quando perguntados se eram eles mesmos que marcavam as consultas, ficou evidente a interferência das mulheres - principalmente as mães, mas também companheira e irmã -, tanto no ato de marcar quanto no de insistir para que eles buscassem o cuidado. É fato que existem aqueles que têm consciência da importância do autocuidado, quer seja pela idade mais avançada, quer seja pela ausência de uma segunda pessoa, mas a maioria ainda condiz com aqueles que dependem das mulheres para lhes auxiliar e quando isto não acontece, eles, ou não procuram ou o fazem apenas em casos de extrema urgência.

Quando eu era mais novo, minha mãe que marcava; aí ela me obrigava “bora, você vai”.

[...] Rapaz, eu fui até uns 17 anos, caminhando pros 18, ainda ia com minha mãe me botando. Mas, depois eu... (Arcturus, 20 anos)

Às vezes, na maioria das vezes é minha mãe que marca. Eu peço pra ela marcar.

[...] Porque eu, a vida é corrida não dá pra marcar, trabalhando e estudando também.

Mas, quando eu não tava trabalhando, eu mesmo marcava. (Rigel, 20 anos)

De vez em quando é eu, de vez em quando é minha esposa que vai pro lado de lá, aí ela pega e fica insistindo pra mim fazer, aí ela pega e marca.

[...] Eu só vou se tiver passando mal, se eu tiver sentindo alguma coisa. (Sirius, 41 anos)

Tendo em vista essa relação incipiente no que tange à busca pelos serviços de saúde, insisti - no sentido de buscar evidências ou algum registro que denotasse resolutividade e lhes marcasse como evento positivo – e, assim, questionei: você já foi encaminhado pelo serviço de saúde para hospitais de média e alta complexidade?

Dentre as respostas, cinco afirmaram não ter passado por tal experiência, dois foram encaminhados devido a acidentes e os três demais passaram pela experiência em virtude de circunstâncias importantes, conforme atestaremos a seguir:

Sempre que eu passava mal, que eu ia, ficava lá, aí me transferia pra outro lugar e sempre no outro lugar não tinha vaga, aí por isso me mandavam embora.

“Manda ele pra casa esperar vaga, quando tiver vaga a gente entra em contato”, ou senão, como aqui a emergência é perto de onde eu moro, aí minha mãe deixava o número dela do celular, “se ele passar mal, traz ele de volta”, aí ficavam nesse jogo de empurra - traz ele, manda pra casa, traz ele, manda pra casa, traz ele, manda pra casa – aí nunca tinha vaga.

No HGE mesmo, eu precisei ir pro HGE e não tinha.

Por causa do mermo problema do murro que eu levei cinco pontos. Perdi muito sangue e entrei em coma, praticamente... fui carregado; chegou aí, ‘não tem vaga’.

Só que aí, meu pai disse que ia achar vaga... Fiquei um tempão esperando, esperando, só que quando o médico passou, que viu a minha situação, porque eu tava botando muito sangue pela boca, parecia que eu tinha tomado, Deus é mais!, um tiro, que esse kimono meu ficou lavado de sangue, aí que me atenderam, e eu desmaiado. Aí me deram uma injeção, minha mãe falou que me deram uma injeção, que foi aí que eu fui reanimar.

Lá mesmo. Fiz o exame de cabeça, porque eu bati a nuca na janela, fiz exame aqui (apontou o rosto) pra vê se eu tinha quebrado alguma coisa, me deu mei mundo de medicamento, só que disse que se eu sentisse dor – como eu tenho aparelho – aí disse “se você fizer a manutenção e soltar algum dente, você tem que voltar aqui pra gente fazer outro exame pra ver se não quebrou alguma coisa”. Mas, ele fez exame de cabeça e não deu nada.

Aí também eu não voltei mais.

Fiz manutenção, não quebrou dente nenhum, aí eu deixei em branco. Fez um ano agora em abril. (Arcturus, 20 anos)

Já. Quando eu tive pneumonia e também já tive problema renal, quando era menor, meu rim parou de funcionar. Aí eu fiquei ..., porque deu infecção urinária, aí aconteceu isso.

Eu fiquei um bom tempo internado, mas foi só essas duas vezes. (Rigel, 20 anos)



Quando eu era criança só, porque eu tinha um pequeno tumor no quadril, aí eu fui encaminhado depois... aí já tirei já.  
(Hadar, 18 anos)

Conforme atesto ao longo do estudo, os homens tendem a não reproduzir a cultura da promoção da saúde e prevenção das doenças no cotidiano, ao contrário, tem-se arraigada a ideia do tratamento centrado nos eventos emergenciais e na medicalização, onde não cabem espaços de vislumbre para construção das masculinidades e das representações dos homens no que tange ao próprio corpo, saúde e subjetividades. De acordo com Pinheiro, Couto e Nogueira (2011), o que segue acontecendo nos serviços é, além das abordagens superficiais e centradas na medicalização, uma tendência a vulnerabilizar os indivíduos tanto no âmbito individual e social, como também no campo das políticas públicas de saúde.

#### 4.4 ESTRATÉGIAS POLÍTICAS FAVORECEM OU DISTANCIAM A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS HOMENS?

Uma das prerrogativas do MS quando da criação da PNAISH foi a de integrá-la com as outras políticas públicas já existentes. Neste sentido, e tendo em vista o sucesso de programas como o Bolsa Família – cuja especificidade de manutenção requer comprovação de presença nas consultas, exames e vacinação, tanto para as mães quanto para as crianças, além da assiduidade nas escolas como critério diferencial para os menores de idade – investigo quantos deles têm acesso ao Bolsa Família por intermédio de suas mães e/ou companheiras.

Cinco deles foram diretos ao afirmar que não tem acesso, dois participantes ficaram na dúvida quanto ao recebimento por parte da mãe, um afirmou que a mãe já recebeu anteriormente e dois entrevistados afirmaram que suas mães ainda recebem atualmente.

Quando questionados quanto à possibilidade de realizar exames para manter o vínculo com o programa, tal qual o fazem suas respectivas mães/companheiras/e crianças, quatro participantes foram unânimes em responder que sim, tanto para manter o benefício quanto pela oportunidade de acesso aos serviços de saúde com maior frequência.

Aí eu seria fã do Bolsa Família, por causa da frequência ao médico, porque escola eu sempre fui. (Arcturus, 20 anos)

Faria pra poder manter o Bolsa Família.

Acho que isso seria bom pra pessoa poder procurar mais os médicos, né? Eu tenho um tio que veio do interior, aí é meio ranzinza, aí não quer ir no médico, acha que o médico é inimigo dele, sendo que ele tá ali pra nos ajudar a viver um pouquinho mais, né? (Rigel, 20 anos)

É sim, com certeza.

Aí todo mundo ia. (Aldebaran, 28 anos)

Eu acho que sim, véi, porque a pessoa pobre tá sempre buscando uma motivação, até mesmo nesse negócio do título que a gente é obrigado a fazer. É uma motivação pra gente não perder certas coisas que a gente tem, certos benefícios que exigem o título. Meu irmão mesmo, ele faz faculdade, ele tinha que fazer esse cadastro biomédico, tinha que pegar essa fila enorme, ele tem que fazer.

Ele conseguiu fazer, se não me engano, segunda-feira. É um constrangimento que a gente passa, mas é obrigado a fazer. (Pollux, 33 anos)

Tendo em vista a realidade da assistência à saúde da população masculina, e com vistas ao encontro de alternativas possíveis para o alcance dos homens dentro das unidades, lanço um olhar para os programas de saúde da mulher que funcionam e que também poderiam atuar como cooptadores destes usuários.

A perspectiva de somar esforços com o Programa Bolsa Família – que é muito mais do que um catalisador epidemiológico, é um programa que demonstra resultados efetivos no combate às iniquidades sociais – reside justamente no fato de que, para garantir a permanência do benefício, a população acolhe e participa das determinações propostas pelo programa. Assim, as gestantes realizam o pré-natal, as crianças têm a vacinação garantida e, bimestralmente, ocorre a atualização dos dados dos beneficiários; desta forma, o que propomos aqui seria a possibilidade de inserção da participação dos homens nos programas de atenção à saúde nas unidades primárias de modo a garantir que o benefício seja mantido.

Seria a articulação em torno da intersectorialidade configurada pela PNAISH atuando com outros programas e agregando valor na saúde da população masculina. Contudo é preciso refletir ainda no compromisso e na conduta de determinados profissionais que, ao não se engajarem com determinadas lutas

sociais, acabam por minimizar os efeitos deletérios que a omissão e a invisibilidade podem ocasionar com o passar do tempo.

Neste sentido, Gomes et al. (2012), num estudo envolvendo gestores e profissionais da saúde, em cinco municípios de cada macrorregião do país, elencaram as percepções dos participantes nas ações iniciais da PNAISH quando de sua implementação e chegaram à conclusão de que ela pode ser vista como episódica, desnecessária e ocasional, todavia, quando refletida sob o prisma do engajamento profissional/unidade/usuário ela pode ressignificar a relação de modo a contemplar a saúde dos homens numa perspectiva de gênero e que supera o olhar cartesiano em prol da integral integralidade.

Ademais, existe no “SUS que dá certo”, elementos outros que atuam como agregadores de valor neste sentido, como é o caso, por exemplo, do Pré-Natal do Parceiro<sup>9</sup>, uma iniciativa do Ministério da Saúde, cuja proposta visa propiciar a participação ativa dos pais na gestação da criança, mas também atuar como porta de entrada para estes homens que, quando do primeiro passo no Pré-Natal do Parceiro terão a oportunidade para a realização de exames, testes rápidos, bem como de possíveis encaminhamentos que se façam necessários.

Esta é uma estratégia que tem ofertado respostas em virtude da coalizão dos objetivos e, principalmente, pela forma como foi adotada pelos profissionais da saúde que tiveram que refinar e direcionar o olhar para a saúde da população masculina agregando, assim, valor ao acolhimento e às abordagens realizadas com o intuito de manter o vínculo e a progressão da participação dos homens.

Tendo essa porta de entrada positiva intensificada, por parte dos profissionais, é possível, inclusive, que dentre os programas existentes (combate à tuberculose, tabagismo, hipertensão) os resultados possam ser melhorados e passem a agregar mais valor no autocuidado, na vinculação com os percursos e unidades envolvidas, bem como na mudança da qualidade de vida.

Contudo, há que se refletir sobre a constante relação entre o cuidado do homem direcionado às medidas de controle do corpo, do sexo e da reprodução atrelada ao corpo e à medicalização feminina, afinal, estaríamos reincidindo no

---

<sup>9</sup> O Pré-Natal do Parceiro propõe-se a ser uma das principais ‘portas de entrada’ aos serviços ofertados pela Atenção Básica em saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2016, p. 07).

Disponível em: <[http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)>. Acesso em: 07 dez 2018.

terreno das co-dependências e aprisionamentos? Estamos confortáveis no terreno da heteronormatividade ou estamos assumidamente reafirmando nosso caráter negligenciador em face das novas definições de masculinidades e de formatos de famílias? Afinal, os homens solteiros, os homens trans, os homens gays e os bissexuais também precisam ter o acesso à saúde garantido. Todos precisam fazer valer o direito à saúde arregimentado, e sacramentado, na Constituição Federal Brasileira.

Traçar a história do corpo feminino como objeto das políticas públicas de saúde no Brasil nos fornece pontos de ancoragem para a problematização dos principais movimentos que impulsionaram a constituição de uma atenção à saúde específica para o corpo masculino. Seria a saúde do homem derivada das lógicas biopolíticas que regem o corpo feminino no campo da saúde? Ou seria parte de uma máquina complexa de poder que sustenta a naturalização de sujeitos para uma cidadania regulatória com distintas estratégias de poder que se deslocam, se chocam, e ao mesmo tempo, se fortalecem? (SANTOS, 2013, p. 39)

Outra perspectiva que precisa ser aventada diz respeito à atuação dos Conselhos Locais de Saúde quando da sua participação nas questões que adentram o universo masculino. Estes espaços podem servir como potenciais catalisadores de possibilidades a serem discutidas tanto no território adscrito da unidade quanto nos espaços dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, e, mais ainda no que diz respeito à atuação profissional, bem como no que compete às demandas da unidade e da comunidade.

#### 4.5 SUGESTÕES PARA AUMENTAR A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS HOMENS DA COMUNIDADE

Conforme propus num dos objetivos específicos, eis que agora teremos a oportunidade de refletir acerca das estratégias apresentadas pelos sujeitos para a superação das dificuldades, sob o prisma da efetividade e dos valores simbólicos implícitos.

É imprescindível mencionar que, muitas vezes, os entrevistados acreditavam-se com a percepção de não terem ou não saberem expressar qual poderia ser ou vir a ser resposta mais acertada; assim, quando sabemos que não existe uma resposta ideal, mas sim uma visão peculiar de cada indivíduo diante do mundo que lhe rodeia,

me vi na condição de maior gratidão ainda pela confiança depositada no trabalho que estava realizando, principalmente quando tenho consciência de que eles sabem de tudo, sim, apenas falam da sua forma particular. Portanto, faço questão de ratificar a importância de cada depoimento prestado e de declarar que cada palavra, cada sorriso e cada silêncio foram considerados e absorvidos com o máximo de respeito.

Eu acharia melhor botar muitas... fazer muitas propagana, falar na televisão, sempre falar na televisão, porque eu só vejo mais de mulher, falando da prevenção da mulher, homem eu não vejo assim não.

[...] Eu acho que mais posto, viu moça? Porque a gente quer até ir, mas chega lá e a gente vê aquele filão, a gente desiste, viu? Aí teria que ter mais posto, mais hospital pus pobre, né? (Sirius, 41 anos)

A primeira estratégia apresentada por Sirius diz respeito às propagandas. Bem, numa simples busca na internet, por intermédio do navegador Google, com o termo “propaganda de saúde do homem”, nos deparamos com vídeos do Ministério da Saúde abordando a violência e morte no trânsito e um link direcionando para o Portal da Saúde que trata da PNAISH, cuja atenção está focada no acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina e prevenção de violências e acidentes. Em nenhum momento aborda a subjetividade masculina, tampouco os novos retratos de masculinidades; a saúde do homem aparece relacionada às questões do trânsito, IST, próstata ou relações parentais.

Parece-me que, de fato, o Sr. Sirius tem toda razão em externar a necessidade de informações e informações para além dessa triangulação IST/próstata/paternidade. Inclusive, lanço o questionamento, qual é o perfil de homem que vai ao site do MS buscar informação? Cadê o direcionamento para a população?

Já no que tange às filas no SUS, estas compreendem, para além do contexto de angústias e exclusões, um terreno de complexos desafios, principalmente quando se objetiva a vinculação com o usuário, a integralidade da assistência e a resolubilidade aos problemas. Neste sentido, Mitre et al. reforça que:

O acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma

escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disso, pode contribuir efetivamente para a superação do mito, construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados, e que os serviços de “ponta” estão no setor privado. (MITRE et al., 2012, p. 2081)

No que tange à incapacidade de construção de mais unidades, fomento a necessidade de uma revisão por parte dos gestores e suas respectivas equipes multiprofissionais sobre as possibilidades de reorganização para o melhor funcionamento local; afinal, para a construção de novas unidades cabe muito mais trabalho e vontade política, além da participação da comunidade através do Conselho Local.

Poxa, é assim, eu não sei como, porque tipo assim, nós homens somos pessoas que só vão pro médico em caso de última, em caso que não tem jeito, entendeu?

Eu sou homem e falo assim.

Eu não sei como me atrair mesmo pra ir no médico, caso eu sentir alguma tontura, coisas assim que não acontecem comigo no meu, é..., no meu cotidiano, na minha semana, aí sim eu procuro. Até deveria procurar mesmo, eu tô achando que meu corpo não está normal, entendeu? Mas, só nesse último caso.

[...] Tipo assim, quanto mais exemplos você tem, você tem uma percepção diferente. Então, no caso assim, quanto mais você demonstra as doenças existentes, você vai se preocupar, entendeu?

Eu acho que falta incentivo do governo em demonstrar o perigo que tá ao nosso redor.

Eu não assisto televisão, não gosto. Então, propaganda seria algo, pra mim, desnecessário. Tô falando por mim, não sei as outras pessoas. Mas, em termos, em ruas, porque rua tem movimentação, todo mundo passa pelas ruas.

Então assim, ter um espaço, um lugar, onde as pessoas, ou pessoas com capacidade, chamassem a atenção do público. Como assim? Armar uma barraca tipo aqui na frente, aí chamava, “ói gente, tem uma notícia a dar a vocês, atualmente a taxa de homens...”

[...] Esse ano, quer dizer, eu vou voltar a frequentar, né? Porque eu dei uma paradinha, mas, no caso, escola tem muitas pessoas que são de menores, no caso como seu público é acima dos 18, eu acho que não...

Mas, nesse caso, a mentalidade é diferente. Se fossem as crianças, tipo de até 10 anos, tudo bem, mas acima de 14 e 16 anos, eles não ligam tanto, então, se você ou outra pessoa fosse tentar explicar isso nas escolas, entraria por um ouvido e sairia por outro. Porque eu já fui aluno, entendeu? Eu sei.

Então, nesse caso, não seria muito impactante. Eu acho que na rua ou então na televisão porque as pessoas assistem... Mas, internet. Hoje a internet é o principal modo, quase ninguém consegue ficar sem internet. Na minha visão o único modo. (Canopus, 21 anos)

Neste tocante de replicação das informações de forma objetiva e acessível, percebe-se que já existem ações<sup>10</sup> que são desenvolvidas em algumas ruas, bairros, shoppings, estações de ônibus, estações do metrô e até faculdades, mas sempre ações pontuais, na maior parte das vezes, direcionadas à população em geral, a exemplo das campanhas de vacinação e Hiperdia, mas, em específico para os homens, o que se vê são poucas campanhas de ação social sendo que, dentre elas, ocorrem vinculações entre emissoras de TV e a prefeitura ou o governo do estado.

Em se tratando das estratégias usadas pelas Unidades de Saúde da Família, já existem alguns sábados elencados no calendário anual onde ocorrem atendimentos exclusivos ao homem, inclusive, são conhecidos por “Sábado do Homem”. Entretanto, estes atendimentos ainda são vistos como ações pontuais e carecem de estudos que evidenciem resultados robustos no que tange à realidade de Salvador/BA.

Num estudo de 2015 Souza et al. descrevem algumas das estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para promover a saúde do homem na Atenção Primária à Saúde, em uma USF de Vitória/ES, assim, encontramos a descrição de como eram desenvolvidas as ações de sábado bem como os respectivos resultados, sendo estes bastante fortuitos no sentido de aumentar a presença masculina nas unidades, melhoria do cuidado e do acompanhamento às doenças crônicas, além do fortalecimento do vínculo. Importa mencionar que, dentre os objetivos do grupo, havia a necessidade de abordar homens com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool.

De todo modo, a organização do desenho dos atendimentos, em ambas as cidades, segue um panorama muito similar ao citado na USF de Vitória e, por isso, vale a pena apreciar o trecho a seguir:

---

<sup>10</sup> **GLOBO.COM.** Feira oferece atendimento de saúde e cidadania gratuito em Salvador. Disponível em: < <http://g1.globo.com/bahia/noticia/2016/08/feira-oferece-atendimento-de-saude-e-cidadania-gratuito-em-salvador.html>>. Acesso em: 08 ago 2018.

**GLOBO.COM.** Veja shoppings que terão postos de vacinação contra gripe em Salvador. Disponível em: < <http://g1.globo.com/bahia/noticia/2015/05/veja-shoppings-que-terao-postos-de-vacinacao-contra-gripe-em-salvador.html>>. Acesso em: 08 ago 2018.

**GLOBO.COM.** Mutirão de saúde terá três dias de atendimentos gratuitos para homens em Salvador. Disponível em: < <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2018/08/07/mutirao-de-saude-tera-tres-dias-de-atendimentos-gratuitos-para-homens-em-salvador.ghtml>>. Acesso em: 08 ago 2018.

As ações de Sábado são encontros com usuários (apenas homens) do território atendido pela USF, promovidos aos sábados pela manhã, iniciados em setembro de 2011, com periodicidade trimestral, nos quais se mesclam atividades recreativas, preventivas e de educação em saúde. (SOUZA et al., 2015, p. 936)

A internet é sinalizada como potencial farol para atrair a atenção e replicar motivações em todos os aspectos da vida do ser humano. Na contemporaneidade, os meios virtuais de comunicação alçaram potencial avassalador de pulverização de informações e, ainda que exista o risco das notícias falsas, é inegável o seu poder. Ratificando essa atualização dos paradigmas comunicacionais, trago a pesquisa de Pessoni (2012) onde, através de um estudo bibliográfico com 37 trabalhos científicos, sobre a base de dados do Portal de Periódicos Capes, identifica-se a rede social Facebook como a plataforma de maior alcance na disseminação de conteúdo e como ferramenta de ensino/aprendizagem alertando-nos, assim, para o seu potencial no que tange aos processos de educação em saúde:

A tecnologia da informação mudou também a face da comunicação e da educação em saúde nos últimos anos. Educadores em saúde agora possuem a capacidade para ministrar cursos de ensino à distância, desenvolver programação interativa eletrônica, participar de discussões em tempo real através de videoconferência e participar em atividades conexas destinadas a preparar os profissionais de educação em saúde e promover a saúde entre a população. (PESSONI, 2012, p. 2)

Em tempos líquidos<sup>11</sup>, e mais do que nunca, a informação tem exigido assertividade e velocidade.

Rapaz, eu nem sei, porque assim... Porque assim, as doenças tá por aí, pra qualquer um, só que eu não penso assim, eu; no meu caso não, porque eu tenho medo, tenho trauma de ir pro hospital, mas assim, os homens têm que se cuidar porque, às vezes, muitas vezes tão doente, mas não sabe; tipo, Deus é mais!, eu tô doente, mas eu não sei que eu tô doente e esses caras que se envolvem com várias pessoas tem que tá sempre indo pro médico.

Mas, assim, questão dos homens ir pro hospital, eu acho que é discriminado não só pelos homens, mas também pelo povo que tá lá dentro.

Porque assim, as mulher, eles falam que as mulher é mais frágil, eles pensam que as mulher tem mais facilidade de ficar doente. Os homens, no caso eu mesmo, pensa, eu não vou ficar doente; se eu

<sup>11</sup> BAUMAN ZYGMUNT. Tempos líquidos. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.



tiver uma dor de cabeça agora, daqui há vinte minutos vai passar, tomo um remédio e passa.

Então, assim, a gente homem tem que parar de ser machista e achar que é só as mulher que tem doença, a gente também tem. Eu posso ta aqui com alguma doença que eu nem sei que existe e futuramente eu tá precisando.

Às vezes eu apareço com uma dor no corpo, mas aí tomo aquele remedinho de sempre, apesar que eu nem posso por causa do problema que eu tenho.

Então isso aí é questão do homem deixar de pensar que só as mulher que pode ter doença. Eu penso assim, eu não vou por causa de que eu tenho trauma, mas se meu trauma for tratado, eu vou começar a frequentar.

A gente, eu mesmo não vejo muita propaganda na televisão assim sobre o homem, tipo, o homem tem que ir no médico com rotina, a gente vê mais mulher, câncer de mama, não sei o quê lá, mais mulher; por isso, eu penso assim, os homens não vê muita propaganda, tipo, um homem com câncer, a gente não vê nem no jornal nem nada; a gente vê mais mulher, por isso que a gente homem acha isso, o homem não vai ter câncer, mas o homem tem câncer de mama que eu sei.

[...] Pela televisão, redes sociais, a gente, tipo, a gente tá no posto ou até mesmo na frente do posto, aqui ó, e dá um panfleto, não sei o quê lá dizendo, ir pro médico, exame, isso aquilo e aquilo outro... A gente não vê. A gente vê mais mulher. Pode perguntar a qualquer homem que ele vai dizer isso.

A gente passa na rua, a gente vê um panfleto, na frente do posto ou assim na rua mesmo, de médico, contra câncer de mama, entendeu? Então, não tem essa de divulgação nas redes sociais. Porque tem gente que não tem acesso, não gosta de televisão, mas fica no celular... Se aparecesse no Facebook, lá uma reportagem informando que homem também tem que ir pro médico... Pela televisão, mas só aparece só mulher, mulher, mulher... (Arcturus, 20 anos)

O depoimento de Arcturus ratifica o que já foi mencionado acerca da importância das campanhas de saúde, da necessidade que sejam atrativas ao olhar das novas masculinidades com enfoque decisivo no combate ao machismo e a todos os níveis de preconceito. Reitera a motivação ofertada pela televisão, redes sociais e panfletagem, mas também traz em seu bojo uma crítica contundente para o papel da educação em saúde nas escolas, ou melhor, para o direcionamento exclusivo das ações de educação em saúde focadas, apenas, na saúde da mulher.

Acho que fazendo campanhas.

Assim, o posto mesmo fazendo campanhas, divulgando na televisão pra ver se os homens se conscientiza pros exames, até mesmo o da próstata, né? Que muitos têm preconceito, pra fazer.

Divulgar bem mais do que já divulga, rádio, televisão, pro pessoal do posto andar com as camisa pra divulgar, botar uns cartazes.

[...] Poxa, conscientização da família de incentivar eles a fazer os exames, eu acho que isso também. (Rigel, 20 anos)

Pra ver o dia a dia.

Eu sei que a maioria dos homens tá morrendo mais de que na guerra, principalmente, as pessoas têm aquela cisma de fazer o exame de toque, né? Porra, tem que ir. Eu mesmo, graças à Deus, vou todo ano, mas algumas pessoas tem aquela ignorância. Eu trato como ignorância.

Você chega no, no médico, você vê, tem quinhentas mulheres, e só tem cinquenta ou cem homem... e quando tem, às vezes já tão sentindo alguma coisa.

Aí no caso aí, no meu ponto de vista, deveria ter mais um pouco de incentivo, de propaganda, como aqui mesmo, eu falo com os menino direto, pros meus alunos, porque eu tenho alunos aí com a idade avançada, eu falo pra eles direto pra fazer; levam na brincadeira... mas, leve o negócio a sério porque tão morrendo aí a vontade e tem menino lá que pensa que é brincadeira. Mas tem muita gente viajando mesmo pra cidade do pé junto.

Poderia fazer também informação de boca a boca, a pessoa ter um pouquinho mais de humildade e chegar conversando pra poder...

[...] Faz um mutirão, tipo uma reunião e passar mais informação pra quem não tem, porque tem gente que não tem noção.

Eu acredito que se tivesse um carro pra fazer a propaganda, né? Carro de som. Aí poderia ser numa praça, na associação, qualquer lugar assim, que chamasse o público, público de idade mais avançada e até os jovens também, porque tem um bocado de jovem que tá tudo acabado também. Não é porque tá jovem que não tá doente... Porque quando é uma festa todo mundo gosta. Agora quando é uma coisa pra se cuidar não vai. Não! Tem que se cuidar também.

O negócio é o seguinte, muita gente que fala das filas, aí quando tem um BaVi, muleque, às vezes dorme é na fila lá, né? Pra comprar o ingresso. Aí quando tem uma festa, um show, muleque fica lá e não reclama de nada. Então, por que não pode perder uma hora ou duas horas na fila do médico? Pra se cuidar. Pra tratar a própria saúde.

As pessoas são meio rude ainda, algumas pessoas são ignorantes mesmo. Aí agora quando tá mal, sofrendo, aí fica 'ah meu Deus, o que foi que eu fiz?'

Aí depois essas mesmas pessoas ficam culpando o governo. (Procyon, 55 anos)

Para além da propaganda nas grandes mídias de TV e rádio, Procyon reflete ainda acerca das formas de comunicação, por assim dizer, “analógicas” (se comparadas com as novas tecnologias) que também têm poder de impacto, como é o caso da multiplicação da informação “boca a boca” e por intermédio de carro de som.

O conselho é que não é só vaidade, porque muitos homens pensam isso, que é só vaidade, que não tem necessidade de ficar indo o

tempo todo se não tá sentindo nada, mas até eu, que não vou, sei que devia ir há muito tempo, né?

Então, a sugestão é essa, continuar indo, mesmo que não tenha... e até pra poder sobreviver mais, ter uma vida mais longa, acho que preocupação de todos é essa, todos querem ter uma vida longa, mas não se cuida.

[...] Mais campanhas. Tipo, detalhar mais doenças que o homem tem, assim eles vão poder se preparar.

Acho que o meio mais fácil é o meio verdadeiro mesmo, sem dramatização, tem que colocar a verdade mesmo que seja feio um pouco... Tipo, o câncer de próstata mesmo, passa muita campanha divulgando as fotos dos câncer, das doenças que envolvem isso. [...]

Montar um evento, com destaque pro homem e chamar ele, mostrar as doenças que têm. (Hadar, 18 anos)

Hadar evidencia, além da propaganda e redes sociais, a importância dos eventos direcionados às temáticas dos homens.

Assim, a questão é..., do pessoal não procurar, principalmente, a população masculina, eu acho que é assim uma questão educativa, porque, tipo, ainda tem propagandas, tem várias coisas que mostram, que a galera precisa fazer, pelo menos, um check up, saber como tá o corpo, e tipo assim, o homem já tem esse negócio de ser mais descuidado com a questão..., eu acho que é uma questão educativa.

Então, tipo assim, a gente precisa, hoje eu vejo o que acontece nas escolas, que as agentes de saúde vão nas creches incentivando as crianças desde pequenos, já vai tentando semear isso, só que tipo assim, quando termina aquilo ali, não tem mais ninguém pra semear, então, alguém precisa dar continuidade pra pessoa continuar tendo informação e tal. Como agora, essa questão da vacina da febre amarela que, tipo, todo mundo alarmando todo mundo, e..., geral tá se vacinando, indo pra Águas Claras e outros postos de saúde, até porque, eu acho que, aqui não tem, essa vacina e, tipo assim, é isso, a galera só deixa pra ir quando tem uma coisa muito escandalosa. Até porque, uma coisa que poderia melhorar, poderia melhorar não, é uma coisa de conscientização, na verdade, porque quando várias mulheres vão fazer, os homens deveriam tomar, né?, a mesma iniciativa, ou então, os que são namorados, casados falar, 'não, posso acompanhar ela, talvez, eu faça, talvez me sinta até mais seguro'; mas, não sei se é por medo de descobrir as coisas.

[...] É, eu acredito também, ó..., o pessoal é, na verdade focado na tecnologia, já eu, acho que alguns toques antigos são bons e funcionam bem mais que a tecnologia, tipo, panfletagem, que é um acesso que a pessoa tem ali na mão a qualquer momento, não é risco de alguém vim e te roubar.

[...] Então, tipo assim, quando tinha da dengue, todo mundo lia. Teve essa questão do zika vírus, todo mundo teve que..., foi uma questão que, tipo, ninguém tinha informação e a panfletagem foi que chegou primeiro, antes de chegar, tipo assim, tinha nas redes sociais, mas nem todo mundo tem acesso, então, a panfletagem ainda é o único

meio de comunicação de algumas pessoas nos bairros, em algumas ruas. (Acrux, 21 anos)

É sabido que as escolas constituem-se como verdadeiros mananciais de reflexão e formação de opinião da humanidade e, não à toa, tem sido alvo de ataque de representantes do Governo Temer, quando da tentativa de implantar o projeto Escola Sem Partido<sup>12</sup>, cuja arbitrariedade foi alvo de contestação, inclusive, da Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>13</sup>. Contudo, e mais do que nunca, a necessidade de ampliar os horizontes da educação em saúde tem revelado o quanto a saúde dos adolescentes e jovens adultos precisa ser levada em consideração de modo a, cada vez mais, constituir responsabilização na plasticidade dos seus cérebros em processo de amadurecimento.

Reitero, mais uma vez, a necessidade de vigência dos programas de saúde da criança e do adolescente, principalmente quando percebemos que, de tão raros, já não são nem levados em conta de existência como é o caso, por exemplo, dos profissionais hebiatras na realidade do SUS. Para além desta necessidade pungente, é preciso destacar a importância de programas como o Programa Saúde na Escola (PSE) que, efetivamente, tem atuado como elo promissor na parceria saúde e educação.

De acordo com Santiago et al. (2012), o PSE configura-se como uma ferramenta essencial no fortalecimento do binômio saúde/educação e que vem a deflagrar uma das premissas básicas do SUS que é a intersetorialidade com corresponsabilização de ambos os setores envolvidos. Ademais, na conclusão da pesquisa que realizaram numa escola pública na cidade de Fortaleza/CE, evidenciaram que “a aproximação entre escola e unidade de saúde contribuiu para ajudar os adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis” (p. 1028).

Rapaz, coragem, em alguns, né?  
Rsrsrrsrs... (Aldebaran, 28 anos)

---

<sup>12</sup> **Projeto de Lei n.º 867, de 2015**, que inclui as diretrizes e bases da educação nacional, o “Programa Escola Sem Partido”. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1317168.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2018.

<sup>13</sup> **ESTADÃO**. Relatores da ONU classificam ‘Escola Sem Partido’ como ‘censura’. Disponível em: <<https://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,relatores-da-onu-denunciam-escola-sem-partido-e-classificam-projeto-de-censura,70001737530>>. Acesso em: 08 ago 2018.

Apesar de contido, Aldebaran, expressa muito mais do que supunha, principalmente quando, tímido, menciona a necessidade de um incentivo, um encorajamento, um olhar diferenciado. Para muitos homens, expressar a subjetividade é demonstrar fraqueza, mas aqui, ao contrário, temos a oportunidade de vislumbrar o quão importante se faz o acolhimento dessa fala e da perspectiva de pensar novos formatos de assistência a esse homem que, através de séculos a fio, vem extirpando parte vital da sua alquimia – a sua subjetividade.

Segundo Casadore e Hashimoto (2012), esse tem sido o papel excruciante das relações líquidas na pós-modernidade, o papel da distância, da fugacidade e da indiferença:

Com um futuro cheio de incertezas, qualquer chance não aproveitada é uma chance perdida; dessa maneira, quanto mais superficiais forem os compromissos, menor será o dano. Nessa lógica, os laços e parcerias se estabelecem para serem consumidos, e não produzidos. Tais ações de usufruto e descartabilidade humana junto à busca pelo crescimento individual e pelo êxito financeiro, a ascensão do narcisismo e do espetacular e a desvalorização daquilo que é diferente ou solidário caracterizam bem como se dá grande parte das relações sociais no mundo tido como líquido, pós-moderno. As formas de associação fugazes parecem mais úteis às pessoas do que as conexões de longo prazo e, a partir de então, a transitoriedade adquire uma vantagem estratégica sobre a durabilidade. (CASADORES, HASHIMOTO, 2012, p. 188)

Fatidicamente, somos levados a repensar em que medida o papel das relações de assistência à saúde ofertadas nas unidades reforçam e substanciam, em peso e magnitude, a desassistência e a lacuna do desamparo levando esses homens ao incontestado estado de fuga da realidade no que tange ao cuidado, passando a creditar-lhe alguma atenção apenas quando o imponderável se faz presente.

Eu acho que a grande motivação foi a que a gente acabou de falar, a questão de uma ajuda beneficente, acho que isso motivaria bastante os homens nessa relação. Tipo, não sei como eu elaboraria, mas eu diria, tipo assim, vai fazer o exame, lá você não vai receber só o atendimento médico clínico, sei lá, você receberia um benefício, como é que fala, bolsa família não, ai meu Deus... Cesta básica, por exemplo, seria uma motivação. A pessoa tá passando por necessidade em casa, vai no médico, chegando lá ele não vai só receber tratamento, mas também bolsa cesta básica.

[...] Acho que as propagandas atraem pouco, as pessoas são preguiçosas, elas não são analfabetas, elas não gostam de ler, são preguiçosas. Então, se as propagandas tiverem muito texto e pouca imagem, chocante por exemplo, elas não vão ler. Não vai atrair a atenção pra eles lerem, tem que ser uma imagem assim impactante, entendeu? O mal das propagandas são esses. Tem que ser rápida, simples e objetiva pra pessoa bater o olho e ‘ah, vou comprar aquele refrigerante’, bateu o olho, ‘ah, vou querer isso, vou querer aquilo’, entendeu?

Acho que a gente podia fazer, tipo, uma peça teatral. No meio da rua e tal mostrando essas coisas ou até campanhas no meio da rua, como eu vejo direto. (Pollux, 33 anos)

Quando Pollux traz à luz a possibilidade de “ajuda beneficente, tipo cesta básica”, imediatamente, somos conduzidos aos termos essenciais que competem a esta discussão, como é o caso das iniquidades sociais, do imperativo dos determinantes sociais de saúde e da urgência de implementação de políticas públicas direcionadas aos grupos que, de fato, precisam ser amparados pela União. Não necessariamente estamos a inferir que os homens componham esse grupo, mas é fato que, dentre eles, muitos enquadram-se em situações de risco e, assim, precisam ser assistidos de forma integral e intersetorial.

Nesta perspectiva, Suplicy e Buarque (1997) trazem contribuições significativas acerca da importância, e factibilidade, de programas de renda mínima para a erradicação da pobreza e as respectivas ações depreendidas ao redor do mundo, afinal, o Brasil não foi, não é e nem será o único país a ter que administrar dificuldades em torno da má divisão e distribuição de renda com a adoção de programas de benefício social, conforme atestaremos a seguir:

Na Europa, quase todos os países – entre outros, Reino Unido, Suécia, Bélgica – garantem um benefício por criança até que ela complete a escola básica, como um direito à cidadania. Em 1988 a França instituiu o Programa *Renda Mínima de Inserção* por iniciativa do presidente François Mitterand e do primeiro-ministro Michel Rocard, aprovado pela Assembleia Nacional sem voto contrário algum, com aproximadamente 10% de abstenções. [...] Na Espanha, desde 1990, por meio de leis diferentes em cada província, a *Renda Mínima de Inserção* foi também implementada. Os sindicatos convenceram o governo de que algum mecanismo para proteger trabalhadores menos qualificados e organizados deveria ser criado. Também em Portugal, o *Programa de Renda Mínima Familiar* foi introduzido em 1996 pelo primeiro-ministro António Guterres (SUP LIC Y, BUARQUE, 1997, p. 83-84).

Ainda no que tange aos programas assistenciais, Magalhães et al. (2007) salienta que:

Os programas de transferência condicionada de renda – ***conditional cash transfers*** – têm alcançado, após a década de 1990, especial destaque no debate sobre as políticas públicas de proteção social e combate à pobreza. Frente às transformações nas condições de vida ligadas ao aumento do desemprego, precarização das relações de trabalho e crise de laços e vínculos sociais, tais programas emergem como alternativas às ações tradicionais no campo da assistência social.

Assim, para além do alívio da miséria e da fome, visam garantir impactos positivos no desenvolvimento de capital humano através da transferência de benefícios monetários não contributivos associados a contrapartidas sociais. As contrapartidas ou condicionalidades exigidas às famílias ou indivíduos podem incluir a manutenção dos filhos na escola, o uso de serviços básicos de saúde ou, ainda, a inserção em ações complementares de capacitação profissional e geração de emprego e renda favorecendo, portanto, efeitos em longo prazo no perfil de desigualdades sociais. (MAGALHÃES et al., 2007, p. 1418)

Isto posto, venho, mais uma vez, a inferir que o povo realmente sabe em que condições se encontra e quais são os possíveis subsídios que poderiam atuar na mudança de suas condições de vida, sem que nenhum demérito lhes fosse imputado, haja vista a maior de todas as situações que já precisam enfrentar que é a falta de oportunidades.

Neste estudo Magalhães et al. (2007) apresenta ainda o processo de como se deu essa virada de jogo no país, quando da proposta do projeto de lei do então senador Eduardo Suplicy que vislumbrava estabelecer o Programa Renda Mínima, à criação do CADÚNICO, em 2001 - que se consolidaria como o cadastro único para os beneficiários – chegando à implantação do Bolsa Família, em 2003, com seus fortuitos impactos na geração de renda na vida de milhares de cidadãos brasileiros.

Toda essa conjuntura aponta o quão significativo é esse processo de ouvir a comunidade e buscar, para além da literatura científica que exista e possa referendar suas ideias, substanciar os meios de consolidar propostas de mudanças. De fato, o conselho local, aparece como uma valiosa potencialidade no que tange à união de forças em prol das mudanças sociais e empoderamento das comunidades em meio às suas demandas peculiares.

Muitas pessoas, é como se diz, tá muito acomodado, o tempo que eles têm pra praticar um ejercicio eles preferem ficar bebendo, perdendo as noite, perdendo saúde. Só isso.

Agora mesmo eu tô até indo buscar, tô deixando passar os carnaval aí, porque a minha idade já tá permitindo pra fazer já o exame.

Porque eu já tive na procura dos médico, mas o médico me falou, disse que era a partir de..., da minha cor...

Exame de próstata, ela só permite depois de 45 anos e eu não tinha 45 anos.

Então, ele me disse que a partir dos 45, que ainda ia avaliar ainda o exame de bateria tal e tal, se visse algum pobrema...

...

Sinceramente, eu não freqüento, então, eu nem tenho condições de chegar ou falar bem ou criticar do SUS... Porque eu já vejo as pessoas ir já falando.

[...] Mas eu já passo ali na frente e já vejo aquele tumulto e... e também é desleixo, é o ditado mais certo, muitos médico falam, muitas pessoas falam, que a maioria das pessoas vai pra uma igreja evangélica, tem deles ali que não vai, não é por conta própria, eles vai forçado, é igual a gente pro médico, a gente vai pro médico forçado. Cê vê que a gente fica com um resto de dente na boca e dali e tal e tal e tal e não faz um tratamento. (Regulus, 44 anos)

De forma singular, Regulus alerta para a necessidade de reorganização das portas de entrada, pois isto poderia representar uma possibilidade motivadora em face da exclusão dos agentes estressores causados pela imagem impactante de desconforto, “tumulto” e “desleixo”. Conforme exposto anteriormente, o acolhimento encontra-se como uma das prerrogativas fundamentais de incursão nas unidades e efetivação do cuidado.

É importante ressaltar ainda que, de forma bastante homogênea, os participantes creditaram ao poder da propaganda a atuação disparadora do gatilho motivação para o cuidado, o que nos leva à necessidade de ponderar sobre a propaganda política e as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde. De fato, a eficiência da comunicação em saúde representa valor indiscutível, todavia, há que se garimpar muito no tocante veracidade e conveniência, principalmente, quando vivemos na era da tecnologia, cujo alcance da informação perpassa magnitudes antes impensadas e que ainda requerem leis de regulação mais intensas e expressivas em todos os sentidos, inclusive, para a permanência da democracia, conforme coaduna Chomsky (2013) no fragmento abaixo.

Considerando o papel que a mídia ocupa na política contemporânea, somos obrigados a perguntar: em que tipo de mundo e de sociedade queremos viver e, sobretudo, em que espécie de democracia



estamos pensando quando desejamos que essa sociedade seja democrática? Permitam que eu comece contrapondo duas concepções diferentes de democracia. Uma delas considera que uma sociedade democrática é aquela em que o povo dispõe de condições de participar de maneira significativa na condução de seus assuntos pessoais e na qual os canais de informação são acessíveis e livres. Se você consultar o verbete “democracia” encontrará uma definição parecida com essa.

Outra concepção de democracia é aquela que considera que o povo deve ser impedido de conduzir seus assuntos pessoais e os canais de informação devem ser estreita e rigidamente controlados. Essa pode parecer uma concepção estranha de democracia, mas é importante entender que ela é a concepção predominante. (CHOMSKY, 2013, p. 9)

Pellegrini Filho (2004), num estudo que analisa as relações entre pesquisa, políticas de saúde e equidade na América Latina, enseja atenção no tocante ao agravamento de saúde ocasionado pela exclusão de acesso às informações.

No caso da saúde, as iniquidades de informação podem ser consideradas um importante determinante das iniquidades de saúde, na medida em que o acesso iníquo a conhecimentos e informações prejudica a atuação individual e coletiva dos membros de uma sociedade para a mudança de estruturas, comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve portanto ser parte essencial do processo de definição de políticas de saúde voltadas para a equidade. (PELLEGRINI FILHO, 2004, p. 342)

E mais, Pellegrini reforça o quanto as novas possibilidades tecnológicas, a exemplo dos celulares conectados à internet, têm ampliado o acesso à informação podendo, desta forma, atuar na superação do problema das iniquidades. Traduz ainda o quanto tem sido importante o papel das colaborações internacionais quando da difusão do conhecimento produzido pelos diversos pesquisadores em saúde, com o apoio das agências das Nações Unidas, a contar a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), e cita ainda o papel da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como prova dessa articulação de cunho internacional em parceria com as instituições nacionais.

Cavalcante e Vasconcellos (2007) reforçam a perspectiva que o campo da saúde detém enquanto manancial de composição de metadados e compartilhamento de conteúdos em rede, bem como sustentam o fato de a colaboração eficiente entre os envolvidos, além de ampliar as oportunidades de abrangência de suas atuações tende a colaborar fortuitamente com as políticas de educação em saúde.

E se estamos a tratar de estratégias pautadas na realidade de vida dos sujeitos que precisam aprender a buscar, colocar em prática e a multiplicar as potencialidades, então, parece-me inescapável falar dele, aqui, não posso prescindir de Freire (2015).

O que nos parece indiscutível é que, se pretendemos a libertação dos homens, não podemos começar por aliená-los. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. (FREIRE, 2015, p. 93)

Ao tratar de Freire com a educação libertária e ao aglutinar forças com as TIC em saúde, faz-se necessário que abordemos as ações de educação em saúde. Segundo Oliveira e Gonçalves (2004), é de fundamental importância que o contexto da população seja o fio condutor das ações, pois a educação em saúde deverá propiciar, neste terreno fértil, a provocação e reflexão necessárias ao indivíduo, de modo que ele mesmo atue como agente transformador.

Seguindo a mesma perspectiva, Machado et al. (2007) assinala o quão atrelado está o conceito de educação em saúde à promoção da saúde, pois que concebe a participação da população como um todo e não apenas daqueles que já se encontram em condições de adoecer. Essencialmente, caracteriza-se por um processo de construção em conjunto, cujo objetivo maior sagra-se na capacidade dos indivíduos refletirem suas questões e atuarem com autonomia e empoderamento, afinal, eles são os sujeitos da ação e que detém o poder de mudança da realidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa tive a oportunidade de conhecer os preceitos e ideários de uma amostra da população masculina, de um bairro de Salvador, no que tange às trajetórias de assistência à saúde, bem como os disparadores que deflagram a fuga e fragilizam o cuidado. Refleti ainda acerca dos tensionamentos e dificuldades que se lhes apresentam no cotidiano e, efetivamente, constatei que a existência de uma política pública não significa o fim dos problemas tampouco das culpabilizações.

Apesar da ausência do autocuidado resultar em sobrecarga financeira para a sociedade, tal justificativa está entrelaçada a uma cultura que foi arraigada por séculos e que precisa ser trabalhada na perspectiva de mudança dos paradigmas sociais. Culpabilizar o indivíduo e responsabilizá-lo totalmente pela sua condição de saúde - quando sabemos que os determinantes sociais de saúde (DSS) exercem sobre tal situação influência imperativa, juntamente com as desigualdades sociais – faz face à uma conduta imprópria, pois transferir a responsabilidade do Poder Público para o sujeito não condiz com o que se espera de uma sociedade consciente.

A pesquisa evidenciou que, de fato, os homens encontram-se invisíveis no que tange ao cuidado à saúde e que as estratégias utilizadas pelas políticas públicas não estão dando conta das reais necessidades, logo, como esperar que os homens mudem de atitudes se não há uma política efetiva? Aqui pontuamos a quinta etapa do ciclo da política pública proposto por HOWLETT, RAMESH e PERL (2013) - a avaliação da PNAISH - como medida essencial a ser considerada e que os gestores escutem os homens dos territórios, pois eles têm muito a dizer e a contribuir.

Outro dado importante diz respeito à baixa cobertura dos serviços de saúde no bairro que, aliado ao subfinanciamento do SUS, tende a vulnerabilizar ainda mais a assistência à saúde.

Em nível de estratégias, percebe-se que o elemento comunicação tem sido mal elaborado ou pouco aproveitado pelo serviço público e, tendo em vista o congelamento de verbas decretado pelo governo, será preciso que se dedique maior fôlego e interesse cidadão se quisermos alcançar a real potencialidade dessa ferramenta em prol dos nossos compromissos.

No que diz respeito aos programas de atenção aos adolescentes e adultos jovens, infiro que sua lacuna, fatidicamente, tem deixado cicatrizes sensíveis na percepção e autonomia do cuidado. Para além da necessidade premente de reorganização desse programa na atenção básica, faz-se mister aumentar o suporte dado ao PSE, haja vista sua atuação direta com os jovens possibilitando a articulação entre assistência à saúde e formação de vínculos de forma orgânica, afinal, a responsabilização caracteriza-se como elemento crucial.

No tocante a gestão macro, há que se repensar a intersectorialidade, se pretendermos vislumbrar e efetivar as mudanças necessárias, a revisão dos desenhos de território e a construção de novas unidades básicas que adensem, de fato, as famílias de modo a não vulnerabilizar o potencial humano dos profissionais aos lhes sobrecarregar ao ponto de ficarem com as mãos e pés atados, sem falar na precarização das condições de trabalho. Em nível micro, os gestores e as equipes multiprofissionais precisam fazer valer seus espaços de discussão para repensar as possibilidades de mudanças e fortalecimento das redes de assistência.

Por fim, aciono o controle social ao papel que lhe cabe no sentido de articular debates, rodas de conversas, peças teatrais, feiras, reuniões, dentre outros formatos de encontros para discutir o papel e o impacto do machismo na realidade de vida dos homens em meio à sociedade contemporânea; alavancar meios para repensar as necessidades da população e acionar as gestões do cuidado competentes; e, por fim, acreditar no seu papel propulsor de ações conjuntas com vistas à replicação das informações e estratégias de modo que, talvez ou principalmente, a semeadura das pequenas mudanças que revolucionam vidas possa acontecer.

Neste trabalho não se pretendeu pulverizar verdades incontestes, ao contrário, o debruçamento sobre a temática só contribuiu para o entendimento de que muito ainda precisa ser feito para que alcancemos um lugar equânime na assistência e para que tenhamos a capacidade de tirar as lentes de contato que “normalizam” tudo e promovem distâncias. Mais do que nunca, precisamos unir forças, respeitar as diferenças e acolher soluções que potencializem a humanidade, principalmente quando ousamos sonhar com a mudança singular que nos permita sair da condição de (in)visibilidade para o lugar de notoriedade dos homens nas ações de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ADICHIE, C. N. **Sejamos todos feministas**. Tradução Christina Baum – 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- BAHIA. CONDER. **Painel de informações**: dados socioeconômicos do município de Salvador por bairros e prefeituras-bairro/Sistema de informações Geográficas Urbanas do Estado da Bahia (INFORMS - Organizador). 5ª ed. Salvador: CONDER/INFORMS, 2016. Disponível em: <[http://www.informs.conder.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/1\\_INFORMS\\_Painel\\_de\\_Informacoes\\_2016.pdf](http://www.informs.conder.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/1_INFORMS_Painel_de_Informacoes_2016.pdf)>. Acesso em: 07 dez 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, LDA, mar, 2009.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Tradução Sérgio Milliet – 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 13-95, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Campanhas de educação e comunicação em saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 ago 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos\\_saude\\_responsabilidade\\_controle\\_2edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2018.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e diretrizes)**. Brasília, nov, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)>. Acesso em: 17 ago 2016.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Tradução Álvaro Cabral – 26ª reimpr. São Paulo: Cultrix, p. 11-47, 2006.
- CASADORE, M. M.; HASHIMOTO, F. Reflexões sobre o estabelecimento de vínculos afetivos interpessoais na atualidade. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**.

Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 177-204, 2012. Disponível em:  
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v12n1-2/07.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2018.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação em saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 611-622, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n3/611-622>>. Acesso em: 04 ago 2018.

CHOMSKY, N. **Mídia: Propaganda política e manipulação**. Tradução Fernando Santos – 1ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006. Disponível em:  
<<https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n3/633-641/pt>>. Acesso em: 22 set 2018.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramallete – 42ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 9-45, 2014.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paideia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 59ª ed. rev. e atual., 2015.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 983-992, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 17 ago 2016.

\_\_\_\_\_. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>>. Acesso em: 17 ago 2016.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, p.101-219, 2013. Disponível em:  
<<https://pt.scribd.com/doc/279824873/HOWLETT-RAMESH-PERL-Politica-Publica-Seus-Ciclos-e-Subsistemas-2013>>. Acesso em: 08 dez 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 05 ago 2018.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1415-1421, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n6/1415-1421/pt>>. Acesso em: 08 ago 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 5 ed, 2003. Disponível em: <[http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy\\_of\\_historia-i/historia-ii/china-e-india](http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india)>. Acesso em: 13 nov 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2016.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MITRE, S. M. et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n8/2071-2085/pt>>. Acesso em: 05 ago 2018.

MUNARETTO, F. **O nome das estrelas e suas constelações**. Disponível em: <<https://blogs.ibahia.com/a/blogs/estrelas/2014/05/20/o-nome-das-estrelas-2/>>. Acesso em: 25 jul 2018.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/2004.v9n2/339-350/pt>>. Acesso em: 04 ago 2018.

PESSONI, A. Uso da rede social Facebook como ferramenta de comunicação na área de educação em saúde: estudo exploratório produção científica da área – 2005 a 2011. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/581/1222>>. Acesso em: 08 ago 2018.

PINHEIRO, F. P.; COUTO, M. T.; NOGUEIRA DA SILVA, G. S. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.15, n.38, p.845-58, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n38/18.pdf>>. Acesso em: 17 ago 2016.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267025361020.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2018.

SANTOS, H. B. **Um homem pra chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. 2013, 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/80072>>. Acesso em: 04 ago 2018.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0310/pdfs/IS30\(3\)084.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30(3)084.pdf)>. Acesso em: 17 ago 2016.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1ª ed., p. 13-128, 2015.

SOUZA et al. Intervenções psicossociais para promoção da saúde do homem em Unidade de Saúde da Família. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 932-945, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n3/1982-3703-pcp-35-3-0932.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2018.



SUPLICY, E. M.; BUARQUE, C. Garantia de renda mínima para erradicar a pobreza: o debate e a experiência brasileiros. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 79-93, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n30/v11n30a07.pdf>>. Acesso em: 23 set 2018.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728366017.pdf>>. Acesso em: 08 ago 2018.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>>. Acesso em: 07 dez 2018.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE A**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** A (in)visibilidade dos homens nas ações de promoção da saúde

**OBJETIVO GERAL:** Discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador.

**LOCAL DE PESQUISA:** Associação de Moradores de Pau da Lima (AMPLI)

**ESTUDANTE:** Elaine Santos Reis

**ORIENTADOR:** Ângela C. F. Góes

**PARTE I**

**Nº DA ENTREVISTA:**

**DADOS DO PESQUISADO**

NOME: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade de origem: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Cor auto referida:

( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Estado civil:

( ) casado ( ) união estável ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Tem filhos?

( ) não

( ) sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Renda mensal individual \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade:	Não freqüentou a escola ( )
	1º grau completo ( ) incompleto ( )
	2º grau completo ( ) Incompleto ( )
	3º grau completo ( ) Incompleto ( )
Ocupação/Profissão:	_____
Bairro onde reside:	( ) Pau da Lima ( ) São Marcos ( ) Colina Azul ( ) Outro
	_____
Frequenta a AMPLI:	
( ) regularmente.	Tempo _____
( ) irregularmente.	Tempo _____
Possui alguma doença crônica:	
( ) Não ( ) Sim.	Qual (is) _____

## PARTE II

**DADOS DA PESQUISA:** Discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador.

- Frequência nos serviços de saúde públicos
- Quais são eles?
- Motivo (s) pelos quais frequenta?
- Dias e horários de atendimento satisfatórios?
- Você mesmo marca as suas consultas? Se não, por quê? Quem é a outra pessoa faz isso por você?
- Consegue marcar e realizar os exames solicitados nas consultas? Volta para apresentar os resultados?
- Encaminhamento pelo serviço de saúde ou UBS para hospitais de média e alta complexidade?
- Realizou alguma cirurgia depois que começou a frequentar o serviço de saúde ou UBS?
- Bolsa Família
- Faria os check ups anuais se os resultados fizessem parte das exigências do Bolsa Família?
- Sugestão (ões) para atrair a atenção dos homens para a promoção da saúde e prevenção de doenças



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TÍTULO DA PESQUISA:** A (in)visibilidade dos homens nas ações de promoção da saúde

**OBJETIVO GERAL:** Discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador.

**LOCAL DE PESQUISA:** Associação de Moradores de Pau da Lima (AMPLI)

**ESTUDANTE:** Elaine Santos Reis

**ORIENTADOR:** Ângela C. F. Góes

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com homens na faixa etária de 18 e 65 anos, que frequentam a AMPLI. A pesquisa se justifica pela baixa frequência dos homens nos serviços de saúde, apesar da existência de uma Política de Atenção à saúde dessa população. Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação respondendo a uma entrevista cujas questões objetivam discutir os motivos que favorecem a adesão ou o distanciamento, aos serviços de saúde públicos, da população masculina de um bairro de Salvador.

Tal pesquisa tem por finalidade a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, sendo a sua contribuição muito importante. Contudo, você tem a liberdade de se recusar a participar. Caso aceite, você poderá, a qualquer momento, obter informações sobre o andamento desta pesquisa e também retirar o seu consentimento, mesmo que tenha antes se manifestado favorável, sem que isso traga prejuízo à sua pessoa. Será garantido o sigilo das informações por você fornecidas. Sua identidade será mantida no anonimato.

O risco oferecido pela pesquisa é baixo, considerando que poderá causar-lhe desconforto ao compartilhar fatos do seu processo de autocuidado. Porém, não é desejo dos pesquisadores que isto possa ocorrer. Caso sinta algum constrangimento, você não precisará responder à pergunta. Como benefício, essa pesquisa pretende contribuir para a reflexão com vistas à adoção de novas posturas

no que tange às necessidades de saúde da população masculina por parte dos homens e dos profissionais de saúde.

Eu, \_\_\_\_\_,  
tendo sido informado (a) dos objetivos da pesquisa “A (IN)VISIBILIDADE DOS HOMENS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE”, concordo em participar da mesma, portanto em ser entrevistado pela estudante de Enfermagem Elaine Santos Reis (lanireis2@yahoo.com.br), sob orientação da professora doutora Ângela Cristina Fagundes Góes (angelacfgoes@gmail.com), que podem ser encontradas na UNEB, localizada na Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador-BA, CEP.: 41.150-000, tel. (71) 3117-2294// 3117-2200.

Autorizo a gravação da entrevista e o uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos relativos este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido (a) a qualquer penalização ou indenização de qualquer espécie. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Estudante  
Tel: (71) 98627-2701

\_\_\_\_\_  
Orientadora  
Tel: (71) 99152-5778

Contato do Comitê de Ética – UNEB: (71) 3117 2399



## APÊNDICE C

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I**

**Salvador, 16 de março de 2017.**

*Ref/ Trabalho de Pesquisa nessa Instituição (solicita autorização)*

Prezado(a) Senhor(a),

Apresentamos a V.S<sup>a</sup>. a acadêmica Elaine Santos Reis, matriculada no curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, que vem desenvolvendo Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação como um dos requisitos para a obtenção de Grau de Bacharel, sobre a temática *A (IN)VISIBILIDADE DOS HOMENS NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE*, sob minha orientação, e nessa oportunidade, solicita a V.S<sup>a</sup> autorização para realizar a pesquisa com homens que frequentam a Associação de Moradores de Pau da Lima (AMPLI). Informamos que a coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, bem como de vossa autorização. Maiores esclarecimentos sobre esse estudo constam no projeto de pesquisa que acompanha esse documento, além dos esclarecimentos que a própria pesquisadora se dispõe a oferecer, caso necessário.

Atenciosamente,

Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela Cristina Fagundes Góes.

---