

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio Econômico
Departamento de Serviço Social

Saúde e Masculinidades:
Desafios Para a Intervenção Profissional

Monique Kelli Ferreira Melo

Florianópolis-SC

2010-1

Monique Kelli Ferreira Melo

Saúde e Masculinidades:
Desafios Para a Intervenção Profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação de Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Myriam Raquel Mitjavila

AGRADECIMENTOS

Em especial: Mamãe, Papai e Cristi. Agradeço à minha família por me apoiar em todas as decisões ao longo dessa trajetória, por estarem sempre presentes em pensamento, mesmo quando a distância não proporcionou a presença. Por toda a compreensão que tiveram comigo, por todo tipo de ajuda, pelo amor, pelo carinho, por tudo. Minha mãe pela calma e acalento, meu pai pela força e confiança, ao meu irmão pelos momentos de conversas maravilhosas, à minha tia Rosa por sempre acreditar em mim, à minha tia Si por tudo que és e principalmente por me inspirar, a todos os meus tios e tias, meus primos queridos longe e perto. Amo vocês, todos vocês.

Aos bares que me trouxeram as melhores rodadas de conversas, sejam elas sobre a desigualdade social ou o último vídeo da internet. Agradeço aos bares por me proporcionarem (em ordem alfabética) Gabriela, Iara, Imara, Reginaldo e Robson. Vocês foram meu apoio emocional, meu chão, meus puxões de orelha, meus momentos de risos frenéticos e sermões coletivos. Obrigada por compartilharem comigo este momento de fundamental importância. Aline Vidal, Debora Girardi, Adriane Dalazen, Vitória et al, obrigada pela amizade e o amor.

Agradeço aos amigos que fiz no curso, não pretendo deixar ninguém de lado. Então, sou grata a vocês meus caros guerreiros, aqueles que conheci em 2006 e que me inspiraram desde sempre. Em especial: Danuza. Marjô, Tamires, Gracepipoca e Paolla.

Ao pessoal do HU, devo minha especial gratidão por estarem comigo desde o início desta caminhada, quando nem ao menos imaginava o que era Serviço Social. Fernanda Braz, Fernanda Matte, Letícia Braz, Tatilda, Camile, Juca Pissuto, Patinete, Arnaldeira e todos os estagiários com quem tive o prazer de conviver. À todas as Assistentes Sociais do HU, em especial: Fran, Vivi e Mari por serem minhas musas inspiradoras e representarem para mim, modelos de atuação profissional. (sem plágio)

Agradeço aos professores e demais profissionais do Departamento de Serviço Social, à Rita, Patrícia e Priscila que se dispuseram a participar de meu trabalho. À minha orientadora Myriam Mitjavila que foi de primordial importância para a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu namorado Quévinho, por ter suportado meus momentos de surto psicótico, por estar comigo neste momento da minha vida, por me dar o privilégio de comer os melhores pratos vegetarianos. Obrigada por tudo. Amo você.

Por fim, agradeço a esta energia que rege minha vida. O nome não se faz importante. Apenas, Muito Obrigada.

O saber não é feito para consolar: ele decepciona, inquieta, secciona, fere.

(FOUCAULT, 2005.p 255)

RESUMO

Este trabalho objetiva discutir a saúde masculina, a partir da percepção de saúde-doença deste público, a partir da experiência de estágio na Clínica Médica I do Hospital Universitário Plydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis. Para isso, foi realizada revisão bibliográfica abordando os seguintes aspectos, distribuídos em três seções. Na primeira seção: construção social de saúde e doença; desigualdades sociais e de gênero no acesso aos serviços de saúde; a experiência da doença e o saber médico; o saber popular e os serviços de saúde. A segunda seção aborda: o corpo; o corpo e a doença, corpo e doença; corpo e trabalho; o trabalho; corpo e masculinidade; acesso e integralidade na saúde. A terceira e última seção busca ilustrar como as ações em saúde configuram-se nos mais diversos espaços institucionais, possui como subitens: o conceito de risco, percepção de riscos e sua utilização nas campanhas de saúde; prevenção e promoção de saúde; a política de saúde e o Serviço Social. Além da revisão bibliográfica, foram realizadas quatro entrevistas com pacientes do sexo masculino internados na Clínica Médica I – HU. Os depoimentos forneceram subsídios para problematização da temática, buscando aprofundar a partir da compreensão dos sujeitos acerca dos seguintes aspectos: relação dos usuários com os serviços de saúde, representação social de saúde-doença, relação médico-paciente, percepções de risco em saúde. Por fim, as considerações finais sintetizam as conclusões da autora acerca do tema, bem como bibliografia.

Palavras chaves: saúde; gênero, masculinidades; serviço social; serviços de saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Campanha da Prefeitura Municipal de Juatuba - MG	48
Figura 2 - Campanha da Sociedade Brasileira de Urologia	48
Figura 3 - Campanha do Departamento de Saúde da Cidade de Nova York – EUA ...	49
Figura 4 - Campanha da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ..	49

SUMÁRIO

Introdução	08
1- Compreensões sobre o processo saúde-doença	13
1-1 Construção social de saúde e doença	13
1-2 Desigualdades em Saúde	16
1-2-1 Desigualdades de Classe e de Gênero	16
1-3 A Experiência da Doença e o saber médico	19
1-4 O Saber Popular e os Serviços de Saúde	22
2- Corpo e Saúde	28
2-1 O corpo	28
2-2 O corpo e a Doença	30
2-3 Corpo e Trabalho	31
2-3-1 O Trabalho	31
2-4 Corpo e Masculinidade	33
2-5 Acesso e Integralidade na Saúde	36
3- Risco e Promoção de Saúde, a apreensão do Serviço Social	41
3-1 O conceito de risco	41
3-1-1 Percepção de Riscos e sua Utilização nas Campanhas de Saúde	43
3-2 Prevenção e Promoção de Saúde	51
3-3 A Política de Saúde e o Serviço Social	55
Considerações Finais	64
Referências	66
Apêndice	72
Anexos	73

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo a análise acerca da saúde masculina e as formas como os homens tem percebido o binômio saúde-doença. As representações sociais, as experiências e percepções das enfermidades pelos sujeitos e as diferenças entre os gêneros são possibilidades para a reflexão dos profissionais da saúde sobre as formas como constroem suas práticas.

O interesse pela temática surgiu por ocasião da realização de Estágios Curriculares Não Obrigatório e Obrigatórios I e II no Serviço Social da Clínica Médica I do Hospital Universitário (HU), ao observar maior peso relativo das internações masculinas na relação com as femininas.

Para a compreensão da diversidade de desafios colocados para a prática profissional no interior das instituições de saúde, buscou-se apresentar neste trabalho a relevante relação entre: médicos, pacientes e demais profissionais da área.

O médico coloca-se como profissional referência da área da saúde, tanto em sua prática cotidiana como na construção do saber científico sobre o corpo e a saúde. Com isso, este é compreendido tanto pelos usuários de seus serviços, como pelos profissionais que estão no seu entorno como o detentor principal deste conhecimento.

As relações entre o público usuário e o médico são repletas de significados que necessitam ser cuidadosamente analisados. A procura pelo médico, por si só, é um momento ponderado pelos indivíduos, de maneira a se configurar como um evento importante para os sujeitos. A relação do médico com os pacientes das camadas populares é diferenciada da interação deste profissional com os sujeitos situados nas camadas superiores da pirâmide social (BOLTANSKI, 1989)

A forma como são construídos os diálogos nos espaços de saúde ilustram a dominação de um sobre outro, onde relações de poder são claramente observadas.

A Relação Médico Paciente pode ser entendida, neste sentido, como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Um dos instrumentos que exemplificam esta dupla dominação é a linguagem utilizada pelos médicos. Boltanski (1989) descreve a existência de uma barreira lingüística que separa o médico do doente pertencente às classes populares, barreira que se deve tanto à utilização de um vocabulário médico especializado quanto às diferenças que separam a língua das classes cultas daquela das classes populares (FERNANDES,1993, p.23)

Pode-se perceber que o saber médico não é um saber neutro, mas imprime diversos significados sócio-políticos nas instituições de saúde, produzindo relações de subordinação conformadas pela hegemonia do poder-saber biomédico. O Assistente Social inserido neste contexto possui como desafio estar devidamente preparado para situar-se nesses espaços. A categoria ao apreender as relações de poder presentes nos serviços de saúde e a realidade social dos usuários, precisa refletir sobre quais estratégias utilizar para viabilizar o acesso dos sujeitos aos serviços.

A distância existente entre os sujeitos e os equipamentos de saúde, em síntese dá-se por meio da linguagem e pela maneira como são recebidos os usuários. A incompreensão da fala médica ou de outros profissionais inviabiliza uma interação salutar entre o público e os serviços.

Desta forma, para que haja a mudança deste tipo de relação, percebe-se a necessidade da mudança nas ações profissionais, que levem em conta as posturas profissionais dialógicas que potencializam o conhecimento do que é acessado, qual a natureza do acesso e o que demandar dos serviços no que diz respeito aos direitos.

A inserção do Serviço Social na saúde pode ser considerada atualmente como a possibilidade de compreensão e conscientização por parte dos usuários de quais são seus direitos em saúde e em conseqüência a promoção de relações de direito dentro das instituições em detrimento à idéia de que aquele espaço pertence a outrem. A noção de pertencimento por parte dos sujeitos pode gradativamente desconstruir a idéia de que os hospitais e outras unidades de saúde pertencem aos médicos ou aos outros profissionais da área.

No âmbito da saúde, tendo em vista a operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto ético-político profissional, o Assistente Social desenvolve seus processos de trabalho mediando o acesso e a garantia das condições necessárias ao alcance da saúde individual e coletiva, bem como, aos bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais. (CAMARGO, 2008,p.1)

A apreensão da perspectiva relacional de gênero agregada às condições de trabalho presentes nas instituições faz-se de primordial importância para que o profissional de Serviço Social possa compreender e intervir nesta realidade, de forma a produzir respostas satisfatórias aos usuários.

A distância lingüística e a desconsideração das subjetividades dos usuários, geralmente presentes nas relações dos mesmos com os serviços de saúde é um fator que necessita ser problematizado, tendo em vista a reconfiguração desses espaços. No que se

refere ao público masculino, é necessária a atenção e apreensão das formas como os indivíduos do sexo masculino tem cuidado e compreendido o corpo e a saúde, que estão diretamente associados com seu modo de se relacionar com o mundo.

Neste sentido, é possível afirmar que os universos simbólicos masculinos são pouco compreendidos, ocasionando a distância entre os homens e os serviços. A saúde masculina, considerada um problema público, exige maior reflexão por parte dos gestores de saúde, bem como pelo coletivo de trabalhadores da área, de maneira a reconfigurar conjuntamente as ações direcionadas a este público.

Concomitante à experiência de estágio formulou-se no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Providência política do Estado que demonstra a preocupação dos gestores em saúde com as manifestações negativas do público masculino no que tange ao cuidado da saúde.

Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2009, p.3)

Entretanto, pode-se dizer que os serviços de saúde ainda não estão devidamente estruturados para o atendimento destes sujeitos. A mudança das práticas em saúde requer a ruptura dos modos de compreensão do próprio processo saúde-doença, tanto do público usuário, como dos trabalhadores da área. (FIGUEIREDO, 2005)

As práticas em saúde priorizam as ações normativas. Geralmente orientadas para a responsabilização do indivíduo com o cuidado do próprio corpo. A idéia da prevenção de riscos de doenças vinculada às ações em saúde conforma o trabalho da área, restringindo-o às ações preventivas. (CASTIEL, 1996)

Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o Presidente Luis Inácio Lula da Silva em programa de rádio, ilustra claramente a concepção de prevenção de riscos e responsabilidade delegada aos indivíduos:

Todos nós, homens, temos essa bobagem na cabeça, que é o medo de fazer o exame de próstata, e isso tem sido a causa da morte de muitos homens, por causa do câncer de próstata. Só para você ter uma ideia, segundo estimativa do SUS, para cada oito consultas ginecológicas feitas em 2007, só teve uma

urológica. Enquanto quase 17 milhões de mulheres foram ao ginecologista em 2007, apenas 2,6 milhões de homens procuraram um urologista. Veja, todo homem depois de uma certa idade, tem que procurar o urologista. A verdade é que ainda tem muitos que têm medo de procurar o urologista e fazer exame de toque, por conta da próstata. **Essa atitude está muito ligada à nossa cultura. Mas isso está na hora de mudar, isso não combina com a vida moderna. Temos que acompanhar as mudanças no mundo e encarar nossas fragilidades. Precisamos ter hábitos saudáveis, fazer exame de prevenção e rotina.** (grifo nosso) (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009, p.667)

Pesquisas relacionadas a gênero e saúde apontam que homens cuidam menos da própria saúde e por esse motivo internam-se mais em hospitais do que mulheres. Pois, essas se encontram mais próximas dos serviços de saúde devido às posturas culturalmente conformadas, como seu papel social de cuidadora. O homem por outro lado, devido a sua masculinidade exacerbada busca menos os serviços de saúde. (LAURENTI, 1998, FIGUEIREDO, 2005)

Fatores como o trabalho agregam extrema relevância na vida e saúde do homem e necessitam ser levados em consideração para a formulação de práticas em saúde voltadas às necessidades masculinas.

“A importância da dimensão trabalho na conformação da identidade social e, em especial, na identidade masculina tem sido explorada a partir de diferentes enfoques, como o universo familiar (Sarti, 1996) e os processos de saúde-adoecimento” (Nardi, 1998) (MACHIM, COUTO e ROSSI, 2009 p.640).

Ao ser considerada a dimensão de significâncias que cada papel de gênero traz em seu cerne e a articulação do tema com a saúde, não se pode ignorar que homens também necessitam de cuidados especiais, principalmente na perspectiva de promoção da saúde. Falar de equidade de gênero e da necessidade da especificidade na abordagem da saúde masculina é pensar que homens também demandam programas de assistência a saúde específicos.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em mente as diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros. Fica bastante claro que a presença de muitas doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil, muitas vezes, é como incorporá-los à prática diária. (LAURENTI, JORGE E GOTLIEB, 2005, p.44)

Portanto, o atual contexto da saúde masculina requer a formulação de novas estratégias para com este público, entre elas políticas congruentes com a realidade masculina, entre outras demandas compreendidas como desafios para análise.

Para a fundamentação deste trabalho foi desenvolvida pesquisa bibliográfica e entre os principais autores pesquisados, destacam-se: Aquino et al (2003), Boltanski (1989), Braz (2005), Caprara e Franco (1999), Carrara, Russo e Faro (2009), Castiel (1996), Czeresnia (1998), Deslandes et al (2002), Figueiredo (2005), Fitzpatrick (1990), Foucault (1981,1987), Gomes, Nascimento e Araújo (2007), Laurenti (1998), Laplantine (1991), Le Breton (2007), Machin, Couto e Rossi (2009) Mitjavila e Fernandez (1998), Oliveira (1998,2002).

Complementarmente foi utilizado material de entrevistas, realizadas no campo de estágio, com homens internados na Clínica Médica I do HU. A operacionalização da coleta dos depoimentos deu-se por meio do instrumental questionário, buscando com algumas perguntas direcionadas aos homens internados na Clínica Médica I do Hospital Universitário - UFSC, levantar os seguintes aspectos: relação dos usuários com os serviços de saúde, masculinidade, representação social de saúde-doença, relação médico-paciente, percepções de risco em saúde. Pretendeu-se ainda, levar em consideração as seguintes variáveis: gênero (masculino), tipo de trabalho realizado pelos sujeitos, procurando ilustrar qual o nível de instrumentalidade do corpo e ainda o nível educacional.

Foram apresentadas quatro (4) entrevistas para o presente trabalho. Os depoimentos forneceram subsídios para problematização da temática. As falas dos sujeitos foram distribuídas ao longo do trabalho, para que o material empírico pudesse ser agregado à proposta de ilustração dos dados.

Três seções foram elaboradas para a discussão da temática. Na primeira seção busca-se realizar uma análise acerca da construção social do binômio saúde-doença, as desigualdades em saúde, a relação médico paciente e fundamentalmente abordar qual a interação dos sujeitos com os serviços de saúde;

Na segunda seção houve a prioridade de trazer uma reflexão acerca do corpo e seus usos sociais, as masculinidades, qual o papel do trabalho na vida masculina e como os serviços estão organizados para receber estes sujeitos. Por fim a terceira seção aborda os riscos em saúde, sua percepção pelos sujeitos e abordagem nas campanhas de saúde

preventiva. Pretende-se apresentar ainda, as possibilidades interventivas do Assistente Social no contexto da saúde masculina. Nas considerações finais objetiva-se apontar os caminhos a serem percorridos pelos profissionais da saúde considerando todos os aspectos que envolvem a experiência de doença e trajetória de vida dos sujeitos

I SEÇÃO

Compreensões sobre o processo saúde-doença

1-1 Construção social de saúde e doença

A compreensão de saúde e doença pauta-se em um emaranhado complexo de crenças, percepções, idéias, comportamentos, experiências e referenciais. Neste sentido, mais do que abordar aspectos históricos dos sistemas médicos, sua evolução teórica e tecnológica na relação com os indivíduos, faz-se importante pensar a partir da maneira como dado grupo ou sociedade apreende valores e conceitos construídos pela ciência, por informações da mídia e do próprio saber comum. O que caracteriza as representações sociais.

Moscovici define as representações como a “formação de um outro tipo de conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios, num contexto social preciso” (MOSCOVICI, 1978, p.24). Quanto ao binômio saúde-doença, as culturas possuem razões diferentes para seus problemas de saúde, de forma que no ocidente o modelo biomédico é um dos recursos mais utilizados pela população (OLIVEIRA, 1998).

Langdon (2001, p.241) assinala que:

A doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos.

Laplantine (1991) em sua obra “Antropologia da Doença” aborda o assunto com base em entrevistas com profissionais da medicina; textos literários enfocando a doença como parte do enredo e textos médicos destinados ao grande público, como forma de ilustrar a construção cultural do tema. Nesta obra é possível perceber que os ritos religiosos, o sobrenatural e o universo místico integram a percepção e a busca pela cura. Vista como algo externo, na maioria das vezes negativa, a doença é “enfrentada” de diversas formas pelos indivíduos, desde a relação médico-terapêutica convencional até rituais religiosos.

Perceber a doença é um fenômeno orientado por valores sócio-culturais como aponta Freidson (1978). No que diz respeito à experiência da dor, esta pode ser vivenciada de diferentes formas, a cultura, nesse caso, é fator de influência. O que foi problematizado pelo autor: judeus e italianos reagem de maneiras diferenciadas, mostrando-se os italianos mais sensíveis a dor.

Cada cultura possui uma linguagem própria de sofrimento que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e o seu reconhecimento social. Os fatores culturais determinam quais os sinais e sintomas que devem ser percebidos como anormais. Ao mesmo tempo, eles ajudam a dar forma às mudanças físicas e emocionais difusas que as colocam em um padrão identificável, tanto para a vítima quanto para as pessoas que a cercam. O padrão resultante dos sinais e sintomas pode ser denominado de entidade doença (*"a doença"*) e representa o primeiro estágio do adoecimento (KLEINMAN, 1988 apud ZAGO et al 2001).

A experiência da doença possui sua principal base de sustentação no espaço social de inserção, de modo que sua realidade é determinante nas formas de vivência das enfermidades. "Os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente” (ZAGO, 2001, p. 52)

Na sociedade como um todo, a saúde e a doença têm significados fundamentados em uma base ampla, que reflete a sabedoria popular, as experiências individuais e coletivas, as características da cultura local e também concepções atuais e pregressas da classe médica, entre outras influências. Nas sociedades rurais a medicina popular ainda tem grande preponderância, enquanto nos centros urbanos, apesar de presente, perde sua força diante da medicina científica institucionalizada. Assim, a mesma enfermidade pode ser interpretada de maneiras completamente diferentes por pacientes provenientes de culturas e contextos distintos. Tanto o significado

dados aos sintomas quanto a resposta emocional são influenciados pela personalidade do indivíduo, suas experiências passadas e o contexto social, cultural e econômico em que aparecem. (SOUSA, 2005, p.10)

A experiência da doença é fundamentada de acordo com as vivências dos sujeitos, ainda que as respostas a tais situações geralmente situem-se no campo do saber médico institucionalizado. Neste contexto, o saber e as práticas médicas buscam perpetuar-se e o médico procura deixar claro que é o único com direito a praticar a medicina e o único representante da legalidade médica (BOLTANSKI, 1989). A medicina é campo de crenças e dúvidas, como a um Deus, os sujeitos a buscam e a temem, e de acordo com diversos autores como Boltanski (1989), Le Breton (2006), Bourdieu (1979), entre outros, nem sempre a compreendem.

A doença, portanto é vivenciada por todos os sujeitos, de diferentes formas e também compreendida de maneira distinta pelos grupos sociais. Mas, o saber sobre a mesma na sociedade ocidental é fundamentalmente associado à medicina. Esta autoridade médica na relação com os sujeitos têm procurado ao longo de sua história, contrapor o saber comum, as práticas médicas populares, ao exercício ilegal da profissão, com a finalidade de reforçar sua autoridade e o monopólio de seus atos. (BOLTANSKI, 1989).

Supõe-se um abismo entre as crenças comuns e o saber médico, já que acredita-se que a medicina se atenha às tecnologias científicas e ignore os valores sociais e psicológicos presentes nos processos de adoecimento. No entanto, pode-se dizer que a própria prática médica está impregnada de senso comum e a formação médica fica entre as idéias comuns e a medicina hospitalar (FITZPATRICK, 1990). Deste modo, nota-se que a interpretação, a experiência e a relação com a doença é resultado da visão do paciente e do médico (LAPLANTINE, 1991).

Um saber comum é então construído, o saber sobre a doença. Por meio do médico, da religião, dos ritos e das experiências pessoais e coletivas os sujeitos convivem com a doença e ressignificam conceitos e práticas. Boltanski nos chama a atenção para a maneira como as famílias de classes populares organizam o cuidado de seus membros:

A prática médica oficial se manifesta pelo recurso ao médico e pela observação de seus conselhos e prescrições, e a prática médica familiar, exercida por não médicos, não se excluem mutuamente; pelo contrário,

parecem ser essencialmente complementares. Tudo se passa efetivamente como se, longe de se entregar a fantasias e a loucas improvisações, a medicina familiar se contivesse, de certa maneira por si própria, no interior de fronteiras estritamente delimitadas e obedecesse a normas que definiram tanto os limites de seu campo de aplicação quanto os meios terapêuticos que ela tem o direito de empregar. (BOLTANSKI, 1989, p.16)

A apropriação do saber biomédico pelas classes populares necessita ser levada em consideração ao pensarmos nas práticas de saúde. As histórias de vida, os elementos sócio-culturais, a compreensão da doença, o espaço social de inserção e a maneira como são apropriadas as idéias médicas são elementos fundamentais para a reflexão orientada para a modificação das ações em saúde. Necessita-se problematizar ainda, a inserção dos homens na pauta da saúde coletiva, considerada a perspectiva de gênero. Este aspecto coloca-se como mais um relevante determinante para a análise da experiência da doença masculina.

Com isso, faz-se importante a apropriação destas representações sociais de saúde-doença como fenômeno cultural, socialmente construído e ao mesmo tempo vivenciado individualmente. A compreensão dos diferentes discursos e estratégias utilizadas pelos indivíduos é de extrema relevância para os trabalhadores da área da saúde; as representações sociais são base da intervenção dos mesmos, pois são dados concretos e necessários para a construção da análise, reflexão e práticas concisas.

1-2 Desigualdades em Saúde

1-2-1 Desigualdades de Classe e de Gênero

As desigualdades em saúde têm sido um tema amplamente discutido por pesquisadores de diversas áreas da ciência como a economia, sociologia, antropologia entre outras, e são percebidas em quase todos os países. Consideram-se aqui dois recortes desta desigualdade, o das classes sociais e de gênero (VINTÉM et al, 2005)

A desigualdade social em saúde é experimentada pela maioria dos indivíduos, pois é uma realidade inegável. No que tange ao gênero vale salientar que homens são considerados os mais prejudicados no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e tratamento das doenças. O estilo de vida masculino é avaliado como responsável por grande parte das morbi-mortalidades entre os homens e merece destaque na literatura

especializada. Quanto à representação coletiva de homens e mulheres é importante salientar:

Enquanto ao estereótipo masculino está associada a imagem de força, coragem e virilidade, o estereótipo feminino incorpora características como ser frágil e sensível. Podemos, então, afirmar que todos estes processos de interiorização simbólica marcarão fortemente a relação de homens e mulheres com o binómio saúde/doença. (VINTÉM et al 2005, não paginado)

A desigualdade em saúde é realidade na maioria dos países. Grande parte da população brasileira é considerada pobre devido à má distribuição de renda e faz parte do massivo grupo que depende exclusivamente de políticas públicas para acesso aos serviços básicos como o de saúde. Apesar da existência de um Sistema Único de Saúde público e gratuito, verifica-se que o acesso a esta política é deficitário em todas as regiões brasileiras. Quando consideradas as condições de renda e escolaridade, percebe-se que a camada vulnerabilizada da população não possui níveis de saúde favoráveis, não acessam os serviços de saúde frequentemente, mesmo quando estão doentes e morrem mais por falta de tratamento e prevenção de doenças. (PORTUGAL e PALERMO, 2005)

“O acesso à saúde é um conceito complexo que explica o grau de ajustamento entre as necessidades dos usuários e a oferta desse tipo de serviço”(OLIVEIRA et al apud PORTUGAL e PALERMO, 2005, p.3). O assunto é abordado por esses autores como acessibilidade organizacional, sociocultural e econômica, o que diz respeito respectivamente ao modo de organização dos recursos de saúde e a dificuldade ou facilidade de acesso; a saúde percebida pelos indivíduos e à confiança nos serviços e por fim a capacidade econômica como responsável pelo acesso (PORTUGAL e PALERMO, 2005). Entende-se que o acesso aos serviços de saúde possui alguns condicionantes, obstáculos a serem ultrapassados para que haja a objetivação do mesmo.

A desigualdade no acesso diz respeito à distância entre demanda e efetivação dos serviços. “Quando um serviço de saúde é demandado, isto é, quando se manifesta o desejo de se fazer uso do serviço de saúde, existe um hiato entre o desejo de fazer uso e fazer uso efetivamente” (PORTUGAL E PALERMO,2005, p.4).

O referido hiato é, em partes, fruto das más condições de renda da população. Quanto ao SUS, a dificuldade em agendar consultas e realizar exames, as filas

resultantes da falta de estrutura e até mesmo o alto custo do transporte coletivo colocam-se como empecilhos para o acesso. Portanto, mesmo com a gratuidade oportunizada por um sistema único, a saúde e o tratamento de doenças estão distantes de serem plenos.

Quanto à desigualdade de gênero, as pesquisas de Aquino (2006), Vintém et al, (2005) Portugal e Palermo (2005), Minayo (1991) e Laurenti (1998) realizadas sobre o assunto trouxeram indicadores de morbi-mortalidade masculina em sua maioria dentre os seguimentos sociais vulnerabilizados, o que possibilita afirmar que os homens provenientes das camadas mais baixas da sociedade não possuem as mesmas condições de saúde do que homens com melhores condições de renda, as desigualdades sociais somadas às desigualdades de gênero colocam os homens situados nas camadas mais baixas da hierarquia social mais vulneráveis à doenças.

A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica na saúde coletiva, podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social(AQUINO, 2006, p.121).

Dentre as categorias de análise das desigualdades abordadas por Portugal e Palermo (2005) utilizou-se de um método de pesquisa baseado na auto-avaliação do estado de saúde dos indivíduos, o que possibilita a verificação de resultados que apontaram para a exclusão social e de gênero nos serviços.

Ao avaliar sua própria saúde, os indivíduos das classes baixas, apresentaram índices desiguais de saúde e doença, bem como no acesso aos serviços, o que denotou que as desigualdades mostram-se favoráveis aos membros de extratos sociais mais altos. O padrão socioeconômico e o educacional medido por anos de escolaridade influenciam neste processo, já que os indivíduos com baixo nível educacional tendem a possuir um menor arcabouço para avaliar seu estado de saúde, e tendem a subestimar a existência de algumas doenças por não compreenderem como elas se dão. “A ‘real’ auto-avaliação de saúde está muito relacionada à educação, pessoas com mais anos de estudo teriam uma maior probabilidade de procurar o médico que pessoas com menos educação”(PORTUGAL E PALERMO,2005, p.16).

Ao considerar-se a perspectiva relacional de gênero: “Por via dos condicionamentos sociais, aos homens está associado um estereótipo de afirmação da masculinidade que contribui muitas vezes para uma maior ocultação do estado de mal-estar e até mesmo de doença”.(VINTÈN et al, 2005, não paginado). O que implica o não acesso aos serviços, o não tratamento e a não cura das enfermidades.

As mulheres por outro lado se mostram mais inclinadas a cuidar da própria saúde, influenciadas por padrões socioculturais, o que ilustra a desigualdade de gênero em saúde.

A maior presença feminina observada na demanda aos serviços de saúde, muito provavelmente, está associada a fatores culturais ou sociais. O fato de caber à mulher, em geral, acompanhar crianças, adolescentes e idosos a esses serviços de saúde, além de, em determinado período de sua vida, freqüentar o pré-natal, faz com que ela se torne, provavelmente, mais predisposta à utilização desses serviços. (LAURENTI, 1998, p.38)

Assim se faz necessário pensar novas alternativas de ação, prevenção e abordagem da saúde masculina. Pois a incorporação de papéis de gênero, no que se refere ao cuidado do corpo masculino é distinta das incorporadas por mulheres. Se por um lado, as mulheres cuidam mais da própria saúde porque estão mais próximas dos serviços, por outro lado existe um distanciamento do homem, explicado em partes pela conformação cultural de seu comportamento.

Portanto, as desigualdades em saúde não devem ser unicamente compreendidas pelas necessidades de segmentos de classe específicos (camadas populares, homens), mas como parte de uma totalidade social. Como nos diz Minayo é necessário pensar as condições de Saúde destes segmentos “do ponto de vista individual ou coletivo como subordinados às formas como estão organizados no Brasil o sistema de saúde e o sistema socioeconômico”. (MINAYO, 1991, p.235)

A desigualdade social em saúde é decorrente do que se compreende como má distribuição de recursos em saúde e renda, má gestão dos serviços e fazem parte de uma estrutura socialmente construída. Na reflexão acerca da desigualdade de gênero em saúde, percebe-se que homens tendem a adoecer mais por não possuírem oportunidades de inclusão nos serviços de saúde, que levem em conta as necessidades destes como homens, como um segmento que necessita ser abordado de forma diferenciada. (LAURENTI, 1998; FIGUEIREDO,2005)

1-3 A Experiência da Doença e o saber médico.

O sentir a doença, viver seus sintomas e o acreditar em uma cura fazem parte de uma experiência que é social, culturalmente construída e tem no saber médico sua principal referência. A doença se refere a todos os aspectos experienciais de transtorno corporal que são conformadas por fatores culturais que regem a percepção, o nome e a explicação da situação desagradável. (FITZPATRICK, 1990). A medicina é, portanto, formadora de opiniões e até mesmo de sensações, já que a própria experiência da doença é vivida de acordo com as percepções e crenças populares sobre saúde referenciadas no discurso médico.

Ao ser considerado o nível econômico e educacional, pode-se dizer que estes são fatores importantes no que diz respeito à compreensão da fala médica. Pois, além do ensino formal aproximar o indivíduo do discurso científico, no sentido de compreendê-lo efetivamente, há ainda, por parte do médico, a intencionalidade de que o paciente proveniente de camadas superiores da pirâmide social apreenda as informações repassadas.

Ao serem questionados sobre a clareza das informações fornecidas pelos médicos sobre sua situação de saúde, as falas dos pacientes A e C ilustram a apreensão diferenciada do que se passa com o corpo, explicada pela distinção dos discursos profissionais.

“Não entendi muito não, mas pra mim tá tudo bom. Ele falou que o coração não tá muito bem. Ele disse que se eu fumar e beber o pulmão vai diminuir até chegar a morte¹. Não perguntei nada não, não entendo de medicina mesmo” (Entrevistado A, pescador, 59 anos, ensino fundamental)

“Perfeitamente, entendi perfeitamente. Principalmente porque ele falou (médico) do exame de HIV, pela característica da doença. Não tenho filho, não tenho família, não tenho ninguém pra cuidar, mas tenho a cabeça forte, estou preparado”. (Entrevistado C, 38 anos, cozinheiro, ensino superior)

¹ Os membros das classes populares sabem que tudo pode acontecer com seu corpo, ou por culpa da doença ou por culpa do médico, e que não há mal tão monstruoso que não possa atingi-los. É também nas classes populares, e só aí, que encontramos a descrição daquelas doenças que não tem nome em nenhum tratado da medicina. (...) Mas antes de estudar o discurso sobre a doença, desesperado e incoerente pelo menos na aparência, e para poder interpretá-lo corretamente, convém que se examine suas condições objetivas de produção, ou seja, que se analise o tipo de relação e de comunicação estabelecido entre o médico e o doente das classes populares. (BOLTANSKI, 1989, p.29)

Percebe-se que os entrevistados A e C diferem entre si no que concerne à compreensão das informações referidas pelo médico. A linguagem da categoria médica direcionada ao paciente A, repleta de analogias, objetivando a explicação lógica do quadro clínico do paciente, não contempla a dimensão científica explicativa das patologias. Por outro lado, a compreensão referida por C, considerado seu nível educacional, implica em uma apropriação mais aproximada da linguagem médica.

Isto leva a crer que conforme maior o nível educacional, maior congruência ganha o discurso médico e mais fácil se torna a compreensão do que seja o fenômeno que ocorre no corpo do paciente. Assim, os membros de camadas sociais superiores (a mesma dos médicos) têm maior familiaridade com a narrativa da medicina, não em seu sentido técnico, mas no que tange ao entendimento dos fenômenos corporais individuais. (BOLTANSKI,1989).

Por outro lado, os membros das classes populares encontram dificuldades para assimilar a doença que o aflige e à sua família, já que a distância social entre este e o médico promove uma distância lingüística e não permite o diálogo entre iguais. As consultas (principal forma de aproximação entre as partes) costumam ser rápidas e as orientações simplistas, direcionadas às ordens. Na busca por reduzir a complexidade do próprio discurso, o médico ao supor quais são as expectativas dos doentes, mistura aos termos técnicos, representações ilustrativas. O que gera outro saber, próprio das classes populares. (BOLTANSKI,1989).

Os pacientes em consulta com o profissional médico apresentam problemas, interpretam e avaliam os sintomas, selecionam e classificam-nos de acordo com um saber ressignificado, baseado, em partes, no saber médico (STIMSON e WEBB, apud FITZPATRICK,1990).

As consultas, por sua vez, são conduzidas de acordo com a apresentação desses sintomas que motivam a procura do médico. Assim, as interpretações dos pacientes sobre os sintomas são governadas por conceitos e idéias complexas e variáveis que influenciam claramente os específicos problemas de saúde. O que requer do profissional da saúde a incorporação em sua prática das representações sociais da doença trazida pelos pacientes. Assim, para que se agregue maior qualidade ao trabalho do profissional e aos problemas coletivos de saúde, é fundamental que o médio apreenda criticamente, as formas de interpretação do processo saúde/doença por parte do paciente. (FITZPATRICK,1990)

Para tanto, quando os indicadores de desigualdade em saúde são baseados em critérios de auto-avaliação, a tendência da maioria dos intelectuais da área é analisar esses resultados considerando que esses padrões avaliativos são condicionados por níveis educacionais que possibilitam melhor ou pior compreensão do que seja a saúde e a doença.

Os indivíduos situados mais abaixo na hierarquia social e que possuem, correlativamente, o vocabulário da sensação mais sumário, mas também mais arcaico – pois a linguagem das sensações traz em si as aquisições sucessivas da ciência médica- primeiramente só serão capazes de identificar um número limitado de sensações, ou só poderão perceber sensações não habituais, sem tomá-las como sinais ou sintomas de doenças alarmantes e, assim sendo, se não forem muito intensas, sem lhes prestar muita atenção (BOLTANSKI, 1989, P.62)

Quanto às experiências e percepções de saúde por parte dos homens, é preciso considerar, como já discutido, o significado histórico cultural atribuído ao homem e à masculinidade. As causas principais de doenças e mortes dentre o público masculino consideradas pela OMS, referem-se aos estilos de vida e à forma de socialização dos homens. (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Quando observamos o critério de auto-avaliação de saúde masculina não se pode desconsiderar que este homem tem suas experiências corporais perpassadas por implicações de gênero, como a construção de seu papel social e a diferença do significado da doença e saúde. O principal diferencial entre os gêneros no que se refere a auto-avaliação de saúde relaciona-se à postura social assumida pelo homem. Esta distinção se manifesta no relacionamento do homem com seu corpo, como apontam Vintém et al (2005, não paginado): “há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, os quais tendem a privilegiar essa mesma apreciação positiva.”

A experiência da doença, portanto está intrinsecamente ligada à compreensão que se tem do próprio corpo, dos sintomas, das enfermidades e mesmo do bem estar. Este entendimento condiciona a forma com que os sujeitos avaliam a própria saúde, a procura por serviços, assim como o cuidado de si e do outro. A educação formal e a divulgação do saber médico assumem considerável importância neste contexto, no entanto existe por parte dos profissionais médicos certa resistência no que se refere à difusão deste saber científico, há a idéia de que este pode ser banalizado ou vulgarizado

já que não existe competência para a compreensão da narrativa técnica. (BOLTANSKI,1989)

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (CASSEL, 1991 apud CAPRARA e FRANCO 1999, p.648).

Ao estarem tão imbricadas a vivência e a compreensão de saúde e doença, os espaços e oportunidades de aprendizado sobre o assunto, assumem grande relevância para as condições dignas de existência.

1-4 O Saber Popular e os Serviços de Saúde

Faz-se primordial compreender a dimensão da construção do saber leigo sobre a saúde e a doença para a apreensão da relação dos usuários com os serviços de saúde. Partindo do pressuposto de que existem diferenças fundamentais entre o saber popular e o saber científico, cabe aos profissionais de saúde construir práticas que levem em consideração tal distinção, objetivando aproximar os sujeitos dos equipamentos de saúde e promover outro tipo de interação entre os profissionais e o público usuário.

O conhecimento das camadas populares sobre a doença é abordado por Boltanski (1989) através do cuidado das mães com os filhos. As mulheres possuem um sistema comparativo de bem estar e mal estar para avaliar a boa condição de saúde dos filhos. “Todas as doenças conhecidas são organizadas numa ordem de gravidade crescente, as doenças julgadas mais graves, entre as doenças conhecidas exigindo um recurso ao médico”(BOLTANSKI, 1989, p.17). O recurso à medicação é também acessado pelos sujeitos e assim como o conhecimento das doenças, este é também limitado.

Uma das principais características da “prática médica familiar”² é que esta não se baseia num conhecimento propriamente dito, num conjunto de princípios

² Boltanski (1989) situa a prática médica familiar como a exercida por não médicos. Aquelas ações que dizem respeito ao tratamento de doenças no espaço caseiro, onde os sujeitos lançam mão de uma série de recursos como a auto-medicação, a medicina alternativa, não restringindo-se à procura do médico.

que torne possível sua explicação, ou seja o estabelecimento de uma relação entre as receitas particulares e os princípios gerais que as fundamentam, e nem sequer de se apoiar em representações do corpo, da doença ou do princípio de eficiência dos remédios utilizados. Para cuidar da gripe, é necessário usar *Antigripine*, sem que para isso saber qualquer coisa da natureza da gripe ou da composição do remédio utilizado para curá-la. (BOLTANSKI, 1989, p.20)

As ações em relação à doença são segundo Boltanski (1989) imitativas das práticas médicas. As falas são apreendidas pelos sujeitos e configura-se a reprodução “dos gestos e palavras do médico, ou melhor, entre esses, os gestos que lhes são perceptíveis, e as palavras que podem identificar e memorizar. Essencialmente é dos médicos que as mães recebem os nomes dos remédios e das doenças.” (BOLTANSKI, 1989, p.20)

As percepções do saber leigo sobre as idéias médicas são baseadas na difusão do saber científico e apropriadas pelos indivíduos de maneira descontextualizada, são reformuladas e reinterpretadas (MITJAVILA e FERNANDEZ 1998).

A resignificação de conceitos é clara no discurso das classes populares. Com esta categoria de saber tão associada a medicina, ocasiona-se a reconstrução de um discurso sobre a doença. Na tentativa de reproduzir o discurso médico, constrói-se um que é característico das classes baixas. Este é baseado em palavras mal entendidas, frases descosidas, arrancadas da fala médica. Fruto da incapacidade de reprodução da narrativa tipicamente científica, surge uma nova fala reinterpretada, símbolo das representações da doença. Estas são bem acabadas, coerentes e explícitas. (BOLTANSKI, 1989). Cabe ainda salientar que esta recodificação da narrativa médica pelos leigos é: “Caracterizada por uma redução analógica do conteúdo original dos mesmos. Se trata de um tipo de mecanismo para trazer o desconhecido para o campo do conhecido, combinando os termos transferidos com os elementos cognitivos familiares.” (MITJAVILA e FERNANDEZ, 1998, p.514, tradução nossa)

De forma, que mesmo não havendo a compreensão clara da narrativa médica, os sujeitos apropriam-se dos termos repassados, como ilustrado pela fala do entrevistado A, ao ser questionado sobre o elemento de sua história relacionado ao motivo da internação.

Tenho “infisema”, problema de pulmão e coração no ano passado e esse ano também, o coração também não tá legal. (A, 59 anos, pescador, ensino fundamental)

O termo médico para classificação da doença foi retomado pelo paciente, mesmo não havendo a compreensão estrita sobre o quadro clínico, já que em resposta anterior, este relatou não ter compreendido a explicação da medicina sobre sua enfermidade.³

Ainda no que se refere à compreensão da doença Laplantine (1991) realiza um estudo antropológico dos significados da doença para as culturas. A partir desta leitura são traçados modelos explicativos, chamados de etiológicos entre eles: modelo ontológico/relacional, exógeno/endógeno, aditivo/subtrativo e maléfico/benéfico. Levar-se-á em conta, inicialmente, o modelo ontológico e o exógeno, não desconsiderando a possibilidade de que as representações sociais inserem-se em mais de um modelo.

O modelo ontológico reflete as experiências de doenças, onde esta é considerada um ser, algo que invade que toma conta do indivíduo, o corpo e a alma são dissociados. “A idéia de que existe um ser da doença encontra sua primeira expressão científica em uma das correntes da medicina hipocrática, em sua tentativa de ruptura com o pensamento especulativo e sua atenção com os sintomas corporais do doente” (LAPLANTINE, 1991, p.49). A doença é compreendida como um corpo estranho, algo que agride. Na maioria das vezes, os sujeitos compreendem suas enfermidades desta forma. A literatura oferece importantes exemplos deste tipo de apreensão.

A coisa veio, voltou e não me deixou mais. Ela me absorvia tão totalmente que eu cheguei a não mais me ocupar dela. Houve um período, no início, em que acreditei viver com a coisa como outros vivem com um olho só ou com uma perna só, com uma doença do estomago ou dos rins. Certas drogas, com efeito, relegavam a coisa um canto em que ela não mais se mexia. Então, eu podia ouvir, falar, andar. Eu podia passear com meus filhos, fazer compras, preparar-lhes sobremesas e contar-lhes histórias para diverti-los. Depois, os efeitos da drogas diminuíram. Então, eu tomava doses duplas, triplas. E uma bela manhã, acordei prisioneira da coisa” (MARIE CARDINAL apud LAPLANTINE 1991, p.54)

Outro modelo a ser explorado, objetivando a compreensão dos saberes sobre a doença é o modelo exógeno, entendido como algo externo ao corpo, resultado da “ação de um agente externo” que atribui significado à uma sensação do corpo. A doença desta forma é considerada um acidente: “devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre esse último. No próprio interior desta posição que confere

³ Situado no tópico: A Experiência da Doença e o saber médico.

uma prioridade (relativa ou absoluta) à exterioridade patogênica.” (LAPLANTINE, 1991, p.67)

Os entrevistados A, B e C, ao responderem sobre as razões de suas doenças e o que prejudicam a saúde referem:

Ah, sim. Bebida e Cigarro, esse é o motivo. Quando comecei me sentir mal, parei.(A, 59 anos)

O álcool prejudica um pouco, o cigarro também. Mas esse eu já parei.(B, anos)

Fazia coisas que prejudicavam, cocaína e cigarro. Álcool, não. Me alimentava mal, também. Antes de comer, me drogava. (C, 38 anos)

As falas dos sujeitos A, B e C refletem claramente o entendimento da doença relacionada a algo externo: a bebida, o cigarro, a cocaína, a alimentação. Dificilmente, os modos de vida são abordados, ou os fatores são relacionados às causas da doença, mas são considerados como agentes responsáveis. A prática médica legítima esta compreensão no sentido de mero combate ao agente externo, em busca da cura. As ações de educação em saúde são orientadas, na maioria das vezes, dentro desta lógica.

Combatendo o "inimigo", cura-se. Acrescenta-se que a prática educativa, muitas vezes, se fundamenta nessa perspectiva: é necessário adotar um modo de vida adequado, natural e isolar a doença. A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Grosso modo, esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas. (GAZZINELLI et al, 2005, p.201)

À compreensão da doença podem ser atribuídos diversos modelos explicativos, inclusive a percepção desta como algo benéfico. O que é explicado por Laplantine (1991) “o sintoma não é mais considerado como uma aberração à ser contida, mas como uma mensagem a ser ouvida e desvendada”(p.116). O modelo benéfico é ilustrado pela fala do entrevistado C, quando questionado se algo havia mudado em sua vida em função da doença.

Mudou muita coisa, a forma de enxergar a vida, de ver, mudou a visão, despertei. Já que eu parei (com as drogas) é hora de despertar, quero escrever um livro baseado na minha vida. (C, 38 anos).

As formas como os sujeitos vivenciam a saúde e a doença são importantes premissas para a configuração de ações em saúde. A relação do indivíduo com os serviços de saúde é permeada pela concepção sobre a doença e a saúde, pois a maneira como este percebe o próprio corpo (como saudável ou enfermo) define e dá a direção à sua narrativa. O

médico compreende o que se passa com o usuário do serviço, primordialmente, através da forma como o paciente descreve o que está sentindo. Onde dói, onde incomoda, o que faz para sentir-se melhor. (OLIVEIRA,1998).

A forma com que ocorre a aproximação entre o agente de cura (em geral o médico) e o usuário dos serviços de saúde é uma das chaves para que haja relativo sucesso no tratamento da doença e que os "problemas" de saúde possam, ao menos, ser compreendidos.

A saída possível para que o processo clínico tenha sucesso é uma “negociação entre as partes”, nem sempre totalmente consciente, cada uma usando os seus argumentos para que se chegue a um consenso possível para aquele momento. (OLIVEIRA,2002, p.67)

A linguagem do paciente é, portanto a primeira aproximação entre ambos e coloca-se, na maioria das vezes, como um entrave à comunicação do saber científico com o saber popular, reproduzindo a desinformação como reflexo maior desta dicotomia. No entanto como nos diz Bizzo:

A linguagem não precisa ser uma barreira à divulgação das idéias, pode ser uma ponte. Apesar disso, o modelo de comunicação vigente já foi denunciado como meio de “interpor a fala do especialista entre a experiência real de cada um e sua vida. Essa falagera o sentimento individual e coletivo da incompetência. Essas falas científicas têm por finalidade tornar a realidade controlável, previsível,determinando o que cada um de nós deve ser para, simplesmente, poder ser”(Bizzo, 2002 p.310).

O entendimento das partes envolvidas (paciente e médico) é um condicionante também na eficácia do tratamento de saúde. Aprender o que os sujeitos entendem por doença, caracteriza uma premissa para o tratamento adequado da enfermidade e ainda de forma mais ampla, a construção de medidas de cunho coletivo que objetivem a educação e prevenção em saúde. Oliveira exemplifica:

A necessidade de conhecimento das diferenças existentes entre os mais variados segmentos sociais sobre as suas representações a respeito de saúde e doença mostra-se mais evidente no caso da AIDS, em que tal entendimento é básico para que sejam traçadas políticas de ação preventiva realmente eficazes. (KANAUTH apud OLIVEIRA,1998, p.81)

Esta interação socialmente construída entre o indivíduo e os equipamentos de saúde, necessita ser refletida cuidadosamente pelos profissionais da área, pois o acesso é proveniente da confiança do usuário nos serviços e permeada por uma série de significados:

Quando uma pessoa procura um determinado serviço de saúde, ela lança mão de uma série de mecanismos que orientam tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que a forçam ao encontro, qual o momento adequado de fazê-lo, qual o profissional buscado, qual o linguajar a ser utilizado para descrever ao médico o que sente, que roupa vestir na consulta, e assim por diante. (OLIVEIRA,2002, P.65)

Faz-se importante salientar que os serviços de saúde são procurados no momento em que os sujeitos acreditam ser necessário, pois a idéia recorrente por parte dos usuários de serviços é que “doença simples cura-se em casa”(OLIVEIRA,1998). Considerada a enfermidade mais “séria” procura-se a Unidade Básica de Saúde ou o Hospital, não excluindo as farmácias. A chegada do usuário aos serviços não restringe-se a simples presença do mesmo nestes espaços, mas em um processo de reflexão, ponderação e decisão. Decide-se buscar suporte técnico para a resolução dos problemas de saúde.

Considerar o usuário como sujeito autônomo, responsável por suas escolhas possibilita a criação de outro tipo de relacionamento entre os trabalhadores da área e os pacientes, onde o diálogo possa ser reconfigurado de forma a aproximar o usuário da compreensão adequada do processo saúde-doença, adequada no sentido de que este entendimento não prejudique a vida e o bem estar dos sujeitos. Pois, entender as enfermidades, saber de suas conseqüências e conhecer a prevenção determina em grande parte, a forma como as pessoas vivenciam a doença e a saúde.

II Seção

Corpo e Saúde

2-1 O corpo

A afirmativa essencial da maioria dos pesquisadores do corpo humano, em uma perspectiva sociológica, é a de que o corpo é social e através dele o homem relaciona-se com o mundo. A vida dos sujeitos é primeiramente corporal, como nos diz Le Breton (2007, P.7) “Antes de qualquer coisa, a existência é corporal”.

A forma como os indivíduos vivem sua experiência é socialmente configurada através do corpo. A sociologia do corpo é uma área do conhecimento que dedica-se a compreender a corporeidade com vistas a apreender “as lógicas sociais e culturais que envolvem a extensão e os movimentos do homem” (LE BRETON, 2007, p 7). O tema é abordado por Le Breton de forma sistemática na obra “A Sociologia do corpo”. Neste estudo o autor aponta as diversas compreensões sobre o assunto, trazidas por outros pesquisadores como: J. Baudrillard, M. Foucault, N. Elias; P. Bourdieu, E. Goffman, M. Douglas, R. Birdwhistell, B. Turner, E. Hall. (Le Breton, 2007). Os autores analisam em algum ponto de suas obras os “usos físicos, a representação e a simbologia de um corpo que faz por merecer cada vez mais atenção entusiasmada do domínio social” (LE BRETON, 2007, p 7)

O corpo necessita ser visto como um todo e não apenas como parte constitutiva de algo abstrato. A grande maioria das pessoas compreende o corpo como desconexo da mente, como o invólucro de vísceras. As representações sociais sobre o corpo nos trazem a clara idéia de que este corpo é omitido daquele que o encarna. Segundo Le Breton: “nunca se viu corpos: o que se vê são homens e mulheres, não se vê corpos.” (LE BRETON, 2007, p 10).

Portanto, faz-se importante compreender os usos sociais do corpo, mas essencialmente apreender a idéia de que o corpo é o individuo e o individuo é o corpo.

2-2 O Corpo e a Doença

Inserido em um contexto social heterogêneo, os usos e as representações sociais do corpo são as mais diversas. No entanto, a emergência de uma cultura globalizada nos permite perceber como o corpo tem internalizado alguns valores, hoje universais. Imprime em sua imagem a sociedade e sua estratificação. “o corpo é a objetivação menos irrefutável do gosto de classe” (BOURDIEU, 1979 apud LEBRETON, 2007, p. 82)

Luc Boltanski (1989), ao realizar uma análise profunda dos hábitos de vida relacionados à saúde de trabalhadores provenientes de níveis hierárquicos distintos, nos dispõe relevantes observações sobre a conduta dos operários frente a doença e como esta configura-se de acordo com o tipo de uso do corpo, ou de trabalho. De modo, que as classes populares têm com o corpo uma relação instrumental, vêm na doença um entrave a realização das atividades comuns de trabalho. Percebem a saúde como bom funcionamento e a doença como o mau funcionamento do corpo e estar doente, remete a idéia de incapacidade de ser produtivo. (BOLTANSKI,1989)

Por outro lado, as classes sociais privilegiadas possuem uma relação de maior cuidado e atenção com o corpo, compreendem a saúde e a doença de outra forma e por esse motivo, previnem-se e mantêm hábitos de vida saudáveis. Para tanto, a posição social e o trabalho são fatores de suma importância ao analisarmos o corpo, os usos do mesmo e as compreensões de saúde e doença.

“ Na medida em que subimos na hierarquia social, que o nível de instrução cresce e que diminui correlativa e progressivamente a importância do trabalho manual em relação ao trabalho intelectual, o sistema de regras que rege a relação do indivíduo com o corpo é igualmente modificado. Quando a atividade profissional é essencialmente uma atividade intelectual que não exige nem força e nem competência física particular, os sujeitos tendem a estabelecer uma relação consciente com o corpo e a tomar mais cuidado com as sensações orgânicas e as expressões dessas sensações” (BOLTANSKI 1989, p.158)

Pierre Bourdieu também em pesquisa sobre comportamentos e gostos de classe realiza um levantamento de cuidados de beleza, cuidados de si, maneiras a mesa, consumos de alimentos, práticas de atividades físicas, etc. O resultado da observação ao ser problematizado pelo autor apontou também para a idéia de que as condições do próprio corpo são incorporadas no comportamento dos indivíduos. (LE BRETON,2007)

As representações contidas no imaginário social imprimem significados diversos à doença e a saúde e conformam hábitos e estratégias diferenciadas em relação ao corpo e hábitos. O trabalho e a força física empregada na realização da atividade definem em certo ponto a compreensão e a experiência das enfermidades.

2-3 Corpo e Trabalho

Quando compreende-se a relação do ser humano com o corpo e a sociedade, a idéia de controle dos corpos refletida por Michel Foucault (1987) insere-se na análise como um pano de fundo para a apreensão do conceito de trabalho e corpo. A genealogia de Foucault acerca dos dispositivos de poder dentro da sociedade integra a noção dos corpos disciplinados.

Com o valor econômico tão claramente agregado ao homem, a disciplina dos corpos é compreendida como a grande estratégia de controle daquilo que pode significar prejuízo econômico. Então, a disciplina foi e ainda é utilizada para a manutenção de determinado poder na sociedade e o corpo é o meio pelo qual instaura-se esta nova ordem. “Sob essa perspectiva, o corpo significa muito mais do que efeito biológico: é a

superfície sobre a qual o poder-saber se exerce, presente na constituição e na manutenção do próprio poder” (LIMA,2010, p.3)

Em um estudo ao longo da história, Foucault referencia a forma como o poder é estabelecido e mantido, de acordo com as mudanças políticas e econômicas, historicamente requeridas.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento das suas habilidades, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil é. Forma-se então, uma política de coerções que consiste num trabalho sobre o corpo, numa manipulação calculada dos seus elementos, dos seus gestos, dos seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, os chamados "corpos dóceis (FOUCAULT, 1982, p.119)

A tecnologia disciplinadora de corpos existe precisamente para que o valor econômico prevaleça tanto no momento da reprodução econômica (trabalho) como na social (a própria vida). Os hospitais, as escolas, as fábricas, os quartéis e demais instituições utilizam-se das citadas tecnologias e promovem por meio destes espaços os corpos dóceis. Os corpos dóceis são aqueles disciplinados e incapazes de transgredir a disciplina. Assim, “se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada”(FOUCAULT, 1987, p.119)

Por meio de várias estratégias, com múltiplas origens, o corpo está inserido em um campo político, no qual “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” (FOUCAULT, 1987, p.28).

As medidas disciplinares são instituídas no corpo de uma maneira que essas sejam incorporadas como co-naturais aos movimentos corporais. A aceitação desta disciplina não requer nenhum tipo de violência ou lavagem cerebral, utiliza-se do saber sobre uma tecnologia de eficácia política sobre o corpo. A relação poder-saber se dá com a aplicação do saber para manutenção do poder. “Portanto, o poder-saber é uma unidade mecânica global que estrutura as relações do conhecimento e das ações que se precipitam sobre os sujeitos” (LIMA,2010, p.4).

O poder, no entanto, não é coercitivo, nem violento e se mantém com a utilização de outras técnicas. “Ele se estabelece nos sistemas de dispositivos complexos invisivelmente e forma sua concretude nas ações, nos corpos, gestos e comportamentos de toda uma série de mecanismos que constitui as relações humanas”(LIMA,2010, p.3).

Se a forma de manutenção de um determinado tipo de poder, era realizada por meio da violência física e a coerção dos indivíduos, a disciplinarização dos corpos é utilizada com base em outras técnicas. “Os processos de subjetivação, por meio de relações poder-saber, como descritas e analisadas por Foucault, atuam sobre o corpo do indivíduo por meio de técnicas e tecnologias” (MENDES,2006,p.177). Com o avanço do saber em diversas áreas, inaugurou-se uma forma tecnológica diferenciada sobre os corpos , de maneira que o controle através de punições corporais tornaram-se mínimas. A docilidade corporal é reflexo maior da implementação desta lógica, onde corpos obedientes são mais produtivos e úteis (FOUCAULT,1987).

O que chama a atenção, neste sentido, é que a corporeidade necessita ser considerada quando reflete-se sobre saúde e doença e quando relacionamos a concepção da população sobre a temática. Apreender as representações sociais sobre o corpo e a base política de sua utilidade em uma sociedade é de suma importância para desvelar a realidade.

2-3-1 O trabalho

Como salientado em tópico anterior, o tipo de trabalho determina a forma com que os indivíduos cuidam do corpo e da saúde. De modo que os indivíduos que possuem uma relação instrumental com o corpo, devido à natureza das atividades laborais, tendem a prestar menos atenção aos fenômenos corporais. Isto se dá: “talvez porque o estabelecimento de uma relação reflexiva com o corpo é pouco compatível com uma utilização intensa do corpo” (BOLTANSKI, 1989, p.157).

Faz-se relevante, neste contexto, problematizar a centralidade do trabalho na vida dos indivíduos (principalmente os homens) para que este fator possa ser levado em consideração na medida em que são planejadas e executadas as ações em saúde.

O trabalho é a principal forma de sociabilidade entre os sujeitos, e é a principal via de produção e reprodução material da vida humana. “Neste processo os homens produzem a si próprios, a sociedade e as próprias formas sociais em que produzem” (MAAR, 2006, p.27).

Ao atentarmos para o recorte de gênero masculino, os homens possuem uma importante relação com o trabalho. “Tradicionalmente, na sociedade ocidental, a

masculinidade se constitui tendo como um dos principais pilares o trabalho” (MACHIN, COUTO e ROSSI,2009, p.647). O corpo masculino é historicamente compreendido como o detentor da força física e mais propenso ao trabalho. As mulheres, claramente, possuem na contemporaneidade uma relação relevante com o trabalho. No entanto, pretende-se neste espaço ilustrar o gênero masculino e contemplar as principais características do mesmo.

Por mais que a força não seja mais tão necessária devido à modernização tecnológica em diversos tipos de atividades - como o trabalho em fábricas, por exemplo - a idéia dominante entre os homens é a concepção de que “ser homem é, acima de tudo, ser trabalhador, forte, ativo e saudável.” (MACHIN, COUTO e ROSSI,2009, p.647). Portanto, estar apto ao trabalho faz parte da identidade masculina.

Os entrevistados A, B e C ilustram a idéia de que boas condições de saúde são necessárias para o bom andamento do trabalho, ao serem questionados se o trabalho exige boa saúde, estes referem:

“Meu trabalho não me prejudica não, me faz bem. Mas não consigo trabalhar quando tô doente. O mar me faz bem, meu trabalho me faz bem. (A, 59 anos, pescador)”

Sim, meu serviço é pesado. (B, anos, carpinteiro)”

Exige, sim, claro. O ritmo da cozinha é frenético, principalmente aos finais de semana. (C, 38 anos, cozinheiro)”

O trabalho assume grande importância na vida masculina. “Estar doente é sinônimo de fraqueza e submissão e, conseqüentemente, traz o fantasma da desvalorização e exclusão do grupo de pertencimento”.(MACHIN,COUTO e ROSSI,2009,p.647)

E, como bem salienta Nardi (1998), porque o trabalho tem eficácia simbólica para garantir as atribuições sociais constitutivas da identidade masculina, o conflito de identidade se instaura quando no exercício do trabalho o homem adocece ou sofre acidentes. Tais situações determinam uma série de limitações morais e físicas, que colocam em jogo os atributos de ser homem e trabalhador. (MACHIN,COUTO e ROSSI,2009, p.647)

Por outro lado, compreende-se que os homens também percebem as influências negativas que o trabalho representa para a saúde. Como ilustrado pelo entrevistado D, ao situar o que precisa mudar para melhorar suas condições de saúde.

“Estresse do dia dia que precisa mudar, a gente só trabalha, né? A gente só se preocupa com a gente, quando fica doente, passa a rever conceitos sobre isso. Por exemplo, o paciente do lado fuma, sai do quarto e fuma lá fora. Disse para ele, têm que ter responsabilidade. O homem não dá valor para a saúde não, porque é machista.” (D.46 anos, vigilante, casado)”

Ilustra-se ainda pela fala de D, a percepção de que as posturas machistas possuem grande influência nas más condições de saúde deste segmento. O que leva à concepção de que os homens têm percebido as conseqüências de tais posturas.

Neste sentido, o trabalho necessita ser considerado como um dos principais usos sociais do corpo, legitimado nos mais diversos espaços e se configura como ação de extrema relevância para os indivíduos do sexo masculino, por ser parte constituinte do valor da masculinidade.

2-4 Corpo e Masculinidade

O corpo visto como meio de interação com o mundo, nos dá subsídios para repensar as masculinidades. Ser homem, possuir um corpo masculino e ser visto como homem têm significados que dimensionam toda a vida dos sujeitos.

Margaret Mead (1928) trouxe as primeiras discussões que resultaram na formulação de teorias relacionadas ao gênero e à sexualidade. O gênero é uma construção social e não biológica, o que agrega mais um ponto de análise: a idéia de que a identidade de gênero é a verdadeira face que necessita ser levada em conta ao pensarmos a saúde, já que homens carregam identidades diferenciadas.

Assim, posturas e comportamentos típicos de homens ou mulheres não referem-se diretamente ao aparelho reprodutor, o sexo, mas a construção social sobre o significado de ser mulher ou homem. Trata-se da percepção do indivíduo sobre as características biológicas que carrega e a visão da sociedade de tais características. Ao longo da história, mulheres e homens têm assumido papéis específicos de gênero, estes são delimitados na infância e levados pelos indivíduos por toda a sua trajetória social.

A existência de nomes direcionados a homens e a mulheres, as brincadeiras e brinquedos voltados para o menino ou para a menina marcam a separação entre os sexos. As mulheres são educadas a cuidar do lar, com brincadeiras de “casinha” e meninos a serem ousados, fortes e valentes, características virís do homem provedor.

Têm-se clareza do avanço das discussões a respeito da temática de gênero, não tornando tão simplista afirmar que homens agem deste modo e mulheres daquele. No

entanto, alguns padrões continuam em voga. Entre eles o comportamento masculinizado:

A concepção do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental. Na visão arraigada no patriarcalismo, o masculino é ritualizado como o lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material: é o "impensado" e o "naturalizado" dos valores tradicionais de gênero. Da mesma forma e em consequência, o masculino é investido significativamente com a posição social (naturalizada) de agente do poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre as concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio de pessoas, das guerras e das conquistas. O vocabulário militarista erudito e popular está recheado de expressões machistas, não havendo como separar um de outro. (MINAYO, 2005, p.23)

A internalização desta masculinidade exacerbada é fruto da construção de valores sociais, culturais, econômicos e politicamente impostos que produzem posturas opressivas e violentas. No entanto, existe uma fragilidade no que tange a sua saúde física e mental. Podemos considerar, nesta perspectiva, que homens são mais frágeis que mulheres em vários aspectos. Sobre isso, Braz nos diz:

Os estudos de gênero apontam que é mais difícil "construir" um homem do que uma mulher pelas vicissitudes por que passa o gênero masculino para a construção de sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta viril. Os perigos começam desde a constituição biológica, perpassando a existência física, psicológica e sociocultural masculina (Money & Ehrhardt, 1982). Há mais abortos naturais de embriões e fetos masculinos que femininos; eles morrem mais no primeiro ano de vida; e, também como já visto, a mortalidade masculina é maior entre os homens durante toda a sua existência. Badinter (1993) afirma que a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a uma maior vulnerabilidade psíquica. Segundo esta autora, a vulnerabilidade psíquica se deve a um esforço maior para um homem construir-se como tal. (BRAZ, 2005, p.100)

Homens são, portanto, criados para serem homens, criados a reproduzirem posturas viris, de força e auto-suficiência. Esta postura tem sido observada como um problema no que diz respeito à saúde.

Na temática da morbi-mortalidade dos indivíduos de sexo masculino, quando se considera o câncer de pulmão e o de próstata, ressaltam-se dois comportamentos culturalmente marcados pelas distinções de gênero: o hábito

de fumar, fator de risco bem estabelecido para o câncer de pulmão e o padrão de uso dos serviços de saúde no caso do câncer de próstata, denotando a forma de relacionar-se com ações preventivas para o cuidado de si. Este último comportamento contrasta com o adotado pelas mulheres na prevenção do câncer de colo de útero, lembrando-se que esses dois agravos sofrem alto impacto pela prevenção, quando bem executada. (SHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005, p.10)

O Ministério da Saúde têm apresentado indicadores que apontam para a maior incidência de homens em situações de internações prolongadas, maior número de mortes por causas violentas e estatisticamente procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres. (BRASIL, 2004) É “maior a mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas; também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores entre os homens.” (LAURENTI, JORGE e GOTILIEB, 2005, p.36)

Os comportamentos masculinos relacionados à saúde diferem entre si, claramente, mas ainda mais em relação aos femininos. Mulheres aderem mais as recomendações médicas e procuram os serviços de saúde com maior frequência. Os homens assumem comportamentos considerados pouco saudáveis e possuem valores masculinos como a idéia de invulnerabilidade, força e auto-suficiência. Estas posturas são provenientes da idéia do que é ser homem, do que é ser masculino. (FIGUEIREDO, 2005)

O entrevistado A retifica esta questão ao responder a questão se faz algo para cuidar da saúde.

“Não cuido da saúde não. Só cuido quanto “tô mal, aí corro pro Hospital, pro posto.” (A, 59 anos, pescador)

Este modelo de masculinidade impede que o homem assuma as vulnerabilidades do próprio corpo e verbalize suas fragilidades. A procura da Unidade Básica de Saúde, por exemplo, é mais freqüentada por mulheres do que por homens, estes procuram as farmácias e em casos de maior gravidade, os pronto-socorros. Os cuidados com a saúde remetem a idéia de feminilização e fraqueza (FIGUEIREDO, 2005)

Como já salientado, a experiência da doença é socialmente construída e no caso masculino é compreendida não apenas, como uma limitação física, mas também emocional, pois, se a idéia de disposição e força física está tão arraigada à masculinidade, o contrário provoca a sensação de ser menos homem.

O entrevistado D, ao referir como sente-se em relação à doença ilustra esta experiência:

“A doença me deixa depressivo, fiz uma retrospectiva da minha vida, preciso mudar meus hábitos alimentares. Se bem que em homens na minha idade, é normal aparecer algum problema deste tipo, não entendo o porquê, me exercito” (D, 46 anos)

No entanto, para grande parte dos homens, assumirem que está doente e verbalizar os sintomas é considerada uma dificuldade. O que foi percebido na realização das entrevistas com os pacientes internados. Nesse sentido a procura por um serviço e a forma como expõe o que sente para o profissional, fica comprometida.

Faz-se necessário considerar os papéis de gênero no que tange também à saúde do homem, visto que existem programas específicos voltados para a saúde da mulher, amplamente divulgados. A existência desses programas possibilita que as mulheres procurem mais as unidades de saúde, realizem acompanhamento médico e conseqüentemente previnam e superem situações de doença, evitando estágios avançados de diversas enfermidades. Desta forma, torna-se essencial repensar a forma como organizam-se os serviços de saúde para o atendimento do público masculino.

2-5 Acesso e Integralidade na Saúde

Para discussão da saúde masculina faz-se importante sintetizar qual a atual conjuntura de saúde no Brasil. Com o Sistema Único de Saúde, vários teóricos abordam a temática, entre eles Mattos (2001) um dos principais debatedores do assunto.

A saúde no Brasil nos dias de hoje, é discutida nos padrões do Sistema Único de Saúde - SUS, tal sistema teve suas origens com a Reforma Sanitária, onde uma nova idéia de saúde coletiva passou a ser pensada. Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), esta foi um marco de extrema importância para a saúde. Após articulação política para a efetivação de direitos o SUS foi considerado direito social com a Constituição Federal de 1988. Um projeto foi construído, com três características principais, de acordo com Westphal e Almeida (1995): o Conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. A partir desse momento a saúde passou a ser entendida não apenas como a recuperação de doenças, mas conforme definida na VIII CNS:

A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, esporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ESCOREL, 1989, P.182).

Diante disso, as ações em saúde devem ocorrer de forma interdisciplinar, a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação de seus interesses e na prestação de serviços.

O atendimento em saúde pelo SUS se baseia em alguns princípios presentes em seu regimento, sendo eles: Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação da comunidade, Descentralização político-administrativa, Hierarquização e regionalização. Consideremos a Integralidade:

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL,2001, não paginado)

A abordagem da integralidade precisa considerar como as subjetividades, e a cultura dos indivíduos, integram o processo de atendimento, nos mais diversos locais prestadores de serviços de saúde.

O quadro de saúde de um sujeito é composto por fenômenos biológicos, sociais, culturais, econômicos, entre outros. O indivíduo deve ser percebido em todas essas dimensões. Sobre isso Mattos, nos diz:

Quando um agente comunitário que segue rumo a suas visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige, ele pode aplicar não a medicina integral, mas a integralidade. Quando esse mesmo agente, no cumprimento de suas funções de pesar as crianças com menos de 24 meses, busca ativamente nas crianças maiores da casa (que não podem ser pesadas com a balança portátil que leva) os indícios de carência nutricional, também põe a integralidade em prática. Ou quando um funcionário de um pronto-socorro se preocupa em informar a um acompanhante que ficou fora da sala de atendimento a evolução de um paciente... A integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”. (MATTOS,2001, p.51)

A integralidade é um fator a ser pensado de forma ampla, neste conceito estão presentes os fatores responsáveis pela relação eficaz entre os usuários e os profissionais de saúde. A confiança é uma das conseqüências desta satisfatória relação. Entretanto, percebem-se alguns entraves a consolidação da confiança entre os serviços e os usuários homens. Assim, pode-se dizer que o fato da maioria das pessoas considerarem as Unidades Básicas de Saúde, como espaços essencialmente frequentados por mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO,2005), apresenta-se como um dos dificultadores de acesso para os homens.

A maior frequência de mulheres nas UBS é resultado da construção de seu papel social. Entre as principais características decorrentes da internalização de valores culturais, voltados a questão de gênero, estão as posturas assumidas pelas mulheres em nossa sociedade como, por exemplo, a função de cuidadora, que se coloca como fator de influência nesses casos. Ser responsável pelas crianças, pelo marido, pelos parentes mais velhos, determina fortemente a inserção dessas mulheres em programas de saúde.

Quando questionados sobre a opinião das mulheres de suas famílias no que se refere ao modo como estes cuidam da própria saúde, os entrevistados A, B e C referem:

“Tenho duas irmãs que me acompanham durante a internação. Acredito que hoje em dia achem que sou um descuidado. Pra pegar o vírus (HIV), Né? E cigarro e cocaína. Devem achar que não me cuida”. (C, 38 anos, solteiro)

“Reclama que não me cuida direito”. (B, 37 anos, casado)

“Ela reclama muito, reclama da bebida, do cigarro e agora reclama do filho que faz a mesma coisa”. (A, 59 anos, casado)

Pode-se perceber por tais falas, que as mulheres possuem concepção diferenciada dos homens no que se refere ao cuidado da saúde. As mulheres da família, nesse sentido são percebidas como mais responsáveis e cuidadasas com o corpo.

A proximidade das mulheres dos serviços de saúde, necessita ser analisada pelos programas de assistência à saúde de cunho preventivo que estão diretamente ligados ao principio de integralidade. Estes se colocam como importantes ferramentas de controle epidemiológico e mesmo de natalidade. No Brasil esses programas têm grande visibilidade no que tange a saúde da mulher.

O antigo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pesquisado por Canesqui e Osis (1984), esteve ligado a saúde materno-infantil e de acordo com alguns autores, possui um objetivo bem específico, o de adequar corpos e

comportamentos ao sistema de reprodução social. De acordo com os autores: “O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de forma que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social.”(CANESQUI e OSIS,1984, p.26)

Hoje, o programa foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e possui, em síntese, o mesmo perfil do PAISM. A idéia de incluir a saúde materna com a saúde infantil, juntamente com o planejamento familiar, possibilita que entendamos a intencionalidade clara e objetiva, a reprodução social necessita ser assegurada e a saúde é a porta de entrada para a efetivação de tal ideal. Com o PAISM:

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério.(OSIS, 1998, p.31)

Faz-se importante assimilar quais os objetivos políticos e econômicos por trás de tais programas, mas ao mesmo tempo, é inegável que a atenção exclusiva as mulheres em várias etapas da vida, possibilitam cuidados específicos, levando em conta as mais diversas características, agregadas pela mulher, como a representação de gênero. No entanto, não há como negar a importância de tais ações para a saúde feminina, pois voltam-se para a promoção e prevenção em saúde, dentro dos princípios de integralidade e universalidade.

Em pesquisa etnográfica com homens e mulheres usuários dos serviços de saúde pública, Oliveira(1998) nos apresenta como este público compreende a doença, as práticas sobre a mesma e como o serviço influencia a concepção deste público sobre o assunto. As crianças são as primeiras a acessarem os equipamentos de saúde, por meio de seus pais, são levadas aos centros de saúde e aos Hospitais logo no início dos sintomas.

A postura dos pais em relação à saúde dos filhos é sócio-historicamente construída e é mais do que a busca pelo bem estar das crianças. “Na verdade, é a resposta ante a exigência da comunidade e também do posto de saúde. Postergar a ida ao médico pode significar agravamento da doença, sendo isto de certa forma cobrado das mães”(OLIVEIRA,1998, p.83).

Os programas de saúde são direcionados normalmente a um público específico. A temática de gênero relacionada à saúde agrega uma série de determinantes, como por exemplo: as conseqüências da cultura machista na saúde masculina e a ausência de programas voltados aos homens. E por outro lado, um maior cuidado no que concerne a saúde da mulher, possibilitado pelo acesso mais frequente aos estabelecimentos de saúde em decorrência dos programas a elas voltados.

As estratégias em saúde precisam ser repensadas de maneira a incluir os homens em espaços propícios à ações como a promoção de saúde. “Também na perspectiva de gênero deve ser pensado o espaço das UBS. A idéia dos serviços de saúde como um espaço feminilizado precisa ser transformada de modo a incluir as necessidades de saúde dos homens” (FIGUEIREDO,2005, p.107).

Transformar práticas em saúde requer a transformação de posturas. De forma que: as demandas masculinas sejam encaradas com maior sensibilidade por parte dos trabalhadores da área e se considerem as diferenças entre os gêneros. Certamente é necessário o investimento em programas de saúde voltados para os homens, assim como sua divulgação (FIGUEIREDO,2005). Enfim pretende-se aqui abrir um espaço para a reflexão de novas ações e estratégias voltadas à temática e não objetiva oferecer respostas prontas.

Faz-se importante salientar que dada a realidade contemporânea, mulheres e homens possuem papéis parecidos em vários aspectos da vida, como a relação com o trabalho, por exemplo. O que leva a reflexão de que as ações em saúde necessitam ser amplamente modificadas. Destarte, a consideração dos papéis de gênero não visa segmentar as práticas de saúde, mas considerar as diferenças fundamentais entre homens e mulheres e, no presente trabalho, são consideradas as influências da masculinidade na saúde do homem.

Falar de equidade de gênero no presente tema é considerar que homens também demandam programas de assistência à saúde, específicos. Compartilha-se com Gomes (2003), quando aponta:

o nosso propósito não é caminhar na direção oposta de se pensar a relação, privilegiando um gênero em detrimento de outro. Acreditamos que são igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção de saúde voltada para as necessidades humanas em geral (GOMES, 2003, p.826)

Os aspectos emocionais e sócio-culturais são o construto dos sujeitos e ao serem apreendidos redimensionam a interação entre usuários e serviços de saúde. Por fim, aprimorar a relação entre as partes, deve levar em conta não apenas o gênero, mas todas as singularidades que caracterizam os seres humanos.

III Seção

Risco e Promoção Saúde, a apreensão do Serviço Social

3-1 O conceito de risco

O conceito de risco é abordado por diversas áreas do conhecimento como a sociologia, economia, filosofia, direito, epidemiologia, entre outros. Essencialmente o risco é compreendido como a probabilidade de ocorrência futura de algum fenômeno.

A noção de risco foi inicialmente associada às viagens marítimas nos séculos XVI e XVII, onde a possibilidade de que algum evento ocorresse era “compreendida como um ato de Deus, uma força maior ou uma tempestade que pudesse comprometer a viagem”(MENDES,2002, não paginado). Os eventos estritamente naturais, desta forma poderiam ser percebidos e estimados possibilitando a minimização de suas conseqüências(MENDES,2002).

Posteriormente, a noção passou a ser utilizada em outras situações e constantemente relacionada à incertezas. De acordo com Giddens, “o conceito de risco é inseparável das idéias de probabilidade e incerteza, já que não se pode dizer que alguém enfrenta um risco quando o resultado da ação está totalmente garantido.”(GIDDENS 2000 apud MENDES,2002, não paginado)

Na contemporaneidade, alguns autores têm problematizado o risco como reflexo da tardo modernidade, “onde as correspondentes conseqüências estão se tornando radicalizadas e globalizadas” (CASTIEL,1996, p.254). A radicalização da modernidade ocasiona a impossibilidade de resolução dos problemas sociais, oriundos da própria fase moderna, de modo que os recursos presentes são insuficientes para a solução da maioria dos problemas existentes em nossa época.

A necessidade de controle de fatos futuros se coloca como principal característica desta época e o “risco se torna um parâmetro existencial fundamental da vida na tardo-modernidade tardia, estruturando o modo pelo qual *experts* e leigos organizam seus mundos sociais ” (WILLIANS e CALNAN, 1996 apud CASTIEL 1996,

p.254). A atual fase é vivenciada de modo que a principal referência dos indivíduos é a orientação de suas vidas para futuro. “A noção se torna crucial "em uma sociedade que se descola do passado, dos modos tradicionais de fazer as coisas e que está se abrindo para um futuro problemático" ” (GIDDENS, 1991 apud CASTIEL 1996, p.253).

Atualmente temos conhecimento de que as ameaças existem, mas também sabemos que nada pode ser feito para lidar com elas. No entanto, embora não possamos controlá-las, dispomos de um leque de estratégias que, em termos emocionais, servem o mesmo fim. Clamando por legislação anti-poluição, vigiando a dieta, fazendo testes de diagnóstico (para determinadas doenças nos seus estádios iniciais), instalando alarmes em casa, lendo livros de auto-ajuda ou fazendo seguros de vida, tentamos conter a ansiedade e o medo que nos rodeiam e lidar com aquilo que percebemos como ameaçador ou perigoso. Muitas das estratégias, accionadas pelos sujeitos, são direccionadas no sentido de reganharem o controle sobre aquilo que é visto como uma expressão antecipada do «demónio» e de os ajudarem a lidar com o horror, com a angústia, com a frustração e com a perda de controle que sentem face a essas acções (MENDES,2002, não paginado)

A saúde pública, configurada pelo modelo biomédico configura suas ações com base na perspectiva de risco; “as medidas de risco remetem a probabilidades absolutas ou relativas de ocorrência de doença, morte ou outras situações deletérias para a saúde”(BARATA,2001, p.1303).

Os riscos são a principal medida de referência em uma perspectiva preventiva de saúde, baseada em critérios epidemiológicos. As doenças passíveis de ocorrência devem ser evitadas por estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, o controle do social é realizado em nome da saúde e por meio do medo que os sujeitos possuem em relação aos eventos negativos no futuro, como doenças e a morte. “Face aos riscos internos, a biomedicina e a epidemiologia, pelo saber objetivo que detêm sobre o corpo, determinam e enunciam quais os comportamentos que são considerados de risco e quais os indivíduos que se supõe estarem em risco.” (MENDES,2002, não paginado).

O risco na epidemiologia é utilizado objetivando o conhecimento prévio de doenças, por meio de exames e procedimentos tecnologicamente avançados de forma à antecipar aos sujeitos a probabilidade de um evento futuro.

Dentro do quadro referido anteriormente, tem recebido destaque dos meios de comunicação de massa os avanços da genética molecular (mendeliana) na detecção de doenças, em especial moléstias cardiovasculares e neoplasias. Nesse sentido, em todas estas circunstâncias, destaca-se o conceito de risco. Assim, temos doenças cujas determinações, sejam genéticas, sejam

epigenéticas são bem demarcadas. Nestes casos, o modelo de risco desenvolvido pela epidemiologia moderna alcançaria alto grau de eficácia: o fato de determinados indivíduos portarem determinados genes ou recebermos do pai ou da mãe delimita com precisão satisfatória a probabilidade de desenvolverem tal ou qual enfermidade. Isto é, há condições de fechamento do sistema em jogo que permite a aplicação bem-sucedida do referido modelo. (CASTIEL,1996,p.247)

Porém, o conhecimento da possibilidade de ocorrência de fatos futuros no que diz respeito à saúde não garante o tratamento das doenças futuras, tampouco a não ocorrência das mesmas.

No caso do câncer de ovário ou de mama, estudos mostram que cerca de 80% das mulheres portadoras de genes específicos irão desenvolver a neoplasia. Porém, apenas 3 a 5% dos casos de câncer de mama ou ovário são de portadoras dos genes supostamente responsáveis pela doença (CASTIEL,1996, p.248).

Angústias e ansiedades se tornam sensações cada vez mais vivenciadas pelos indivíduos, neste contexto. Já que predisposições às doenças são compreendidas como constatações de uma vida não plena e saudável.

Discutir a forma como a saúde pública vem sendo gerida e vivenciada neste interim é de essencial importância. A apropriação dos estudos de risco pela epidemiologia e biomedicina e a decorrente percepção de riscos pela sociedade delimitam práticas em saúde pautadas na prevenção em detrimento da promoção. O que leva a crer que o binômio saúde-doença masculino - tema do presente trabalho - possui mais um agravante no que se refere à sua vivência.

3-1-1 Percepção de Riscos e sua Utilização nas Campanhas de Saúde

A percepção dos riscos em saúde pelos sujeitos é construída com base em imagens, valores sociais, culturais e pessoais. O conhecimento leigo difere do científico no que se refere aos riscos; a apreensão destes por parte do senso comum se dá com base no discurso da ciência; nas crenças; como também em vivências pessoais em relação às suas próprias doenças e de pessoas conhecidas. Assim o meio social, a experiência de vida e o nível educacional conformam a percepção dos sujeitos acerca dos riscos.

O ponto de partida de qualquer estudo de percepção de riscos é o quanto difere a interpretação de uma pessoa “leiga” – entendida aqui como aquela que não adquiriu conhecimentos específicos sobre o objeto em questão, ao longo de sua trajetória de vida – para um determinado perigo, da interpretação do mesmo por parte de um “especialista” (PERES, ROSEMBERG e LUCCA, 2005, p.1837).

A especificidade de trabalho realizado pelos indivíduos e o nível educacional são fatores importantes para compreender a percepção de riscos. Trabalhadores com atividades mais específicas e com menor nível educacional (agricultores, por exemplo) tendem a ter uma percepção menos acurada dos riscos do que aqueles com mais anos de estudo e que executam tarefas que exigem menos conhecimento da prática (agrônomos, engenheiros químicos, biólogos etc.) (SJOBORG & DROTTZ apud PERES, ROSEMBERG e LUCCA, 2005).

Em pesquisa realizada sobre a percepção de riscos no manejo de agrotóxicos com agricultores da região da Microbacia do Córrego do São Lourenço, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil, Peres, Rosemberg e Lucca (2005) identificaram que apesar da vivência de sintomas relacionados às doenças decorrentes da exposição aos agrotóxicos, poucos sujeitos perceberam a experiência como consequência dos produtos químicos. “Para os demais, o risco era tangível somente às outras pessoas, visto que, segundo os relatos, eles eram “fortes” e que o veneno não lhes causava nenhum “problema sério” (PERES, ROSEMBERG e LUCCA 2005, p.1841)

Os agricultores entrevistados na citada pesquisa relacionam a doença de outros, como consequência da imprudência e do despreparo para realizar a atividade. O "risco à saúde" tem a ver com culpa, irresponsabilidade, incompetência e ignorância (OLIVEIRA, 2001, p.1308)

O problema dos agrotóxicos passa a ser, então, o próprio trabalhador. A indústria e o comércio, por meio de suas práticas comunicativas, delegam o problema ao trabalhador que, por sua vez, é levado a crer nesta ilusão e, reforçado pelas falas dos profissionais que os visitam em campo, magnifica o problema, assumindo que ele mesmo é o problema. (PERES, ROSEMBERG e LUCCA 2005, p.1841)

No entanto a negação dos riscos presentes nas atividades de trabalho, não se relaciona apenas ao desconhecimento dos mesmos, mas a uma estratégia de enfrentamento dos perigos presentes, como maneira de “propiciar ao trabalhador a sobrevivência em um ambiente/processo de trabalho injurioso, por meio da constituição

de um valor simbólico onde o trabalhador domina o perigo, e não vice-versa.” (PERES, ROSEMBERG e LUCCA 2005, p.1842)

“O processo e as condições de trabalho são, para Dejours, determinantes da percepção de riscos dos trabalhadores” (DEJOURS apud PERES, ROSEMBERG e LUCCA 2005, p.1842). Por fim, os autores constataram que as percepções de risco por parte dos trabalhadores do meio rural diferem muito dos especialistas e que a dinâmica de trabalho promove a negação do risco pelos agricultores. Vale salientar que os sujeitos pesquisados são em sua grande maioria do sexo masculino e que valores como a força e invulnerabilidade explicam tais comportamentos expositivos aos agrotóxicos.

Neste caso, os riscos passam a ser negados ou minimizados para que o trabalho possa ser realizado sem “culpa”. “Se por um lado as estratégias defensivas aumentam a vulnerabilidade da população masculina (principalmente) no campo, elas tornam possível que este grupo suporte um processo de trabalho altamente injurioso e arriscado”. (PERES, ROSEMBERG e LUCCA, 2005,p.1843). Assim, pode-se compreender como os sujeitos percebem os riscos relacionados à atividade laboral.

Deslandes et al (2008) em estudo sobre a concepção de riscos de usuários de drogas injetáveis, oportuniza a compreensão que a percepção de riscos deste público é também conformada com base nos mesmos fatores dos trabalhadores rurais citados. Ou seja, por meio de crenças e experiências passadas. Os autores afirmam que “ Discutir a percepção de risco dos usuários de drogas injetáveis é trazer à tona um campo complexo de interpretações que articula e mistura tanto suas vivências cotidianas como os discursos dirigidos a este grupo.”

É possível assimilar que as representações dos riscos possuem a mesma lógica, mesmo em grupos tão distintos. Estes são percebidos e ao mesmo tempo negados com a utilização de estratégias.

As campanhas de prevenção ao HIV pelo uso de injetáveis conformam um discurso que é reinterpretado e assimilado pelos UDI na sua representação de riscos. Muitas vezes, tais informações e orientações são reproduzidas com lacunas de compreensão. Entretanto, uma vez perguntados se esses riscos poderiam ser reduzidos pelo próprio usuário, a absoluta maioria enunciou alguma estratégia de enfrentá-los. Naturalmente, não significa que essas estratégias de redução de risco sejam efetivamente praticadas ou mesmo eficazes. (DESLANDES et al, 2002, p.144)

Tais dados trazem um relevante ponto para análise, a percepção de riscos configura dois tipos de comportamentos: de negação dos riscos e de prevenção dos

mesmos. Como o caso dos trabalhadores rurais que abandonam as atividades com agrotóxicos por compreenderem que estes são nocivos à sua saúde. Tanto a negação como a prevenção de riscos nos remetem à idéia de que os sujeitos possuem algum conhecimento que os levam a adotar determinadas posturas.

Além das campanhas de saúde, os meios de comunicação de massa, possuem importante papel na conformação de posturas relacionadas à saúde, sejam as de negação dos riscos ou de combate aos mesmos. Ocasionalmente um fator comum, a sensação dos sujeitos de serem os únicos responsáveis pela própria saúde ou doença e a conseqüente idéia de impotência, quando a doença se manifesta. As atitudes são as mais diversas “Neste caso, a ação resulta do imperativo de «fazer qualquer coisa» para remover toda a espécie de riscos para a saúde (SAPOLSKY, 1994 apud MENDES, 2002, não paginado).

As pesquisas científicas são amplamente divulgadas através da mídia e as formas de apropriação do grande público de seus resultados são bastante complexas. Os resultados são reinterpretados e causam como já dito, a angústia dos leitores. “Independentemente das motivações, não se pode negar o interesse das populações em temas relativos à saúde. Basta ver o espaço ocupado pelo jornalismo ligado às questões de saúde e medicina.”(CASTIEL, 1996, p.253)

A própria sociedade científica tem seu trabalho prejudicado pela forma como suas pesquisas são exploradas pela mídia. As informações são variadas e as notícias são contraditórias. Devido ao progresso das tecnologias biomédicas é possível ver na Televisão, na *internet* e em outros meios de comunicação, uma série de recomendações no que tange aos comportamentos. Ainda cabe salientar a contraditoriedade de alguns dados que geram confusões irremediáveis.

A crônica de Luis Fernando Veríssimo de forma bem humorada ilustra as conseqüências da apreensão das pesquisas pelo público. Neste caso o autor nos fala dos ovos, comê-los ou não? Saudáveis ou nocivos?

Agora essa. Descobriram que ovo, afinal, não faz mal. Durante anos, nos aterrorizaram. Ovos eram bombas de colesterol. Não eram apenas desaconselháveis, eram mortais. Você podia calcular em dias o tempo de vida perdido cada vez que comia uma gema. Cardíacos deviam desviar o olhar se um ovo fosse servido num prato vizinho: ver ovo fazia mal. E agora estão dizendo que foi tudo um engano, o ovo é inofensivo. O ovo é incapaz de matar uma mosca. (...) Quem os trará de volta? E pensar que cheguei a experimentar ovo artificial, uma pálida paródia de ovo que, esta sim, deve ter me roubado algumas horas de vida a cada garfada infeliz. Ovo frito na manteiga! O rendado marrom das bordas tostadas da clara, o amarelo provençal da gema... Eu sei, eu sei. Manteiga ainda não foi liberada. Mas é só uma questão de tempo. (VERÍSSIMO, 2001, p.21)

Dentro desse contexto de “informação – desinformada” necessita-se pensar na forma em que jornalistas e profissionais da saúde têm apreendido tais pesquisas, de forma a construir categorias e difundir informações “em suas áreas de especialização, de modo a, eventualmente, colaborar, de forma involuntária, com desinformações, estímulo a posições preconceituosas e, conforme o caso, a possibilidade de provocar desproporcionais reações alarmistas.” (CASTIEL, 1996, p.253)

Os discursos da saúde pública sobre os comportamentos de risco são informativos e tendem a oferecer respostas prontas no que se refere a prevenção de determinadas doenças, corriqueiramente delegando aos indivíduos o seu próprio cuidado. Assim, os riscos são apresentados e cabe aos sujeitos assumi-los, bem como suas devidas conseqüências.

A sociedade contemporânea é definida como sociedade do risco, considerado elemento central para tomada de decisão racional em face ao crescimento da incerteza na cultura moderna tardia. O indivíduo moderno é concebido como senhor de seu próprio destino, dono de sua biografia e identidade. Através da racionalidade, ele amplia o poder de controlar as situações da vida. Exerce sua autonomia mediante a capacidade de realizar, ativa e livremente, escolhas informadas que minimizam riscos (CZERESNIA, 2004, p.447)

Barata (2001) nos traz o exemplo das campanhas de combate à malária no Brasil, onde as medidas tomadas pela saúde pública nos remetem ao enfoque de risco, construindo a visão de que os indivíduos devem prevenir-se em detrimento a idéia de que alguma resolução deve ser tomada para e pela sociedade e o bem estar da população.

A tendência apresentada pela última conferência ministerial promovida pela OMS em Amsterdan, 1992, aponta para o abandono das estratégias coletivas no combate à malária e para o privilegiamento do enfoque de risco, valorizando mais as intervenções sobre os indivíduos e menos as intervenções sobre o meio ambiente. (BARATA, 2001, p.133)

O autocontrole das pessoas e a mudança de comportamentos, passam a ser a principal estratégia de saúde, dentro da concepção de risco. A prevenção de riscos de doenças é privilegiada nas campanhas de combate às mesmas. “Geralmente orientadas segundo a ótica da responsabilidade individual, as ações de promoção da saúde centradas na prevenção do risco partem do pressuposto de que este é resultado de ‘más’ escolhas de estilo de vida.”(OLIVEIRA,2005, p.1)

CORRA COM A DENGUE!



A Prefeitura Municipal de Juatuba trabalha para fazer o melhor por você. Começamos a limpeza de lotes e canteiros pela cidade.

Mas é necessária a contribuição e a ajuda de todos!

EVITE A DENGUE! Saiba como:

- Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira fechada. Não jogue lixo nos terrenos baldios.
- Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água, como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias etc.
- Encha de areia até a borda os pratinhos dos vasos de planta.
- Se você não colocou areia e acumulou água no pratinho da planta, lave-o com escova, água e sabão. Faça isso uma vez por semana.
- Não deixe a água de chuva acumulada sobre a laje.
- Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.
- Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada, bem como tonéis e barris d'água.
- Lave semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.
- Lave principalmente por dentro com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, como jarras, garrafas, potes, baldes etc.

Mais informações:
3535-8404
Secretaria Municipal
de Saúde.



Figura 1- Campanha da Prefeitura Municipal de Juatuba - MG

fonte: <http://www.juatuba.mg.gov.br/dengue.php>

Água e sabão.

Esta é a estratégia vencedora no jogo contra o câncer de pênis.

Não lavar o pênis diariamente pode causar muitas doenças. A mais importante é o câncer de pênis. É verdade, não lavar o pênis pode causar um tumor maligno muito agressivo. No Brasil, anualmente 1.000 homens perdem seu órgão sexual por causa disso.

Lavar o pênis é muito simples e deve ser feito todos os dias. Lave com água e sabão e não esqueça de passar a pele para trás para lavar a cabeça do pênis.

Sempre que você notar qualquer coisa diferente no seu pênis, procure logo um médico e não faça sexo. Não use pomadas.

Os remédios caros, há mesmo que a ferida desapareça sozinha. Não tenha medo, pois se for diagnosticado no começo o câncer de pênis pode ser facilmente curado e o paciente pode ficar curado.

Doenças venéreas ou sexualmente transmissíveis, que são pegas com o sexo, aumentam o chance de ter um tumor, por isso sempre use camisinha, pois ela previne estas doenças. Também se lavar o pênis todos os dias e usar camisinha.

Prevenir é fácil. Jogue limpo com seu amigo.

campanha nacional de combate ao
CÂNCER DE PÊNIS
SECRETARIA DE SAÚDE
2010

Prevenir é fácil. Jogue limpo com seu amigo

Figura 2- Campanha da Sociedade Brasileira de Urologia de combate ao câncer de penis.

Fonte: http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias&sub=2&dado_id=1719



Figura 3- Campanha contra a obesidade do Departamento de Saúde da Cidade de Nova York – EUA
 Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/foto/0,,26178236-FMM,00.jpg>

HOMEM QUE SE CUIDA NÃO PERDE O MELHOR DA VIDA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Dê atenção à sua saúde

- Adote uma alimentação saudável
- Não fume e evite bebidas alcoólicas
- Pratique exercícios físicos
- Procure a unidade básica de saúde mais próxima

www.saude.gov.br
 DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS
 Ministério da Saúde
 BRASIL
 UM PAÍS DE TODOS
 GOVERNO FEDERAL

Figura 4: Campanha do Ministério da Saúde da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Fonte: http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/folders/homem_270809.pdf

Ilustram-se quatro exemplos em que a responsabilidade do combate às doenças é atribuída ao indivíduo. No primeiro exemplo, a ação da população do município de Juatuba - MG é considerada a principal estratégia de combate à dengue, faz-se necessário realizar a manutenção da residência. De forma que, em casos de manifestação da doença os envolvidos não agiram de maneira correta ao cuidar e limpar suas casas deixando-as “livre da dengue”. No entanto, é preciso atentar que a dengue é caso de saúde pública e exige medidas que extrapolem a noção de cuidado individual.

Na segunda campanha a falta de higiene com o órgão genital masculino é considerada a causa do câncer de pênis. Levando a crer que a melhor maneira de combater essa doença é que os homens mantenham a área púbica devidamente asseada. Como pode-se perceber, o enfoque desta campanha também é uma ação individual.

O terceiro exemplo refere-se a uma campanha do combate à obesidade de Nova York – EUA, ilustrando uma garrafa de refrigerante que despeja “gordura” no copo. Com a seguinte frase: “Você está derramando os quilos a mais?” Cabe refletir que não são apenas hábitos alimentares os causadores da obesidade.

O quarto exemplo é diretamente relacionado ao foco do presente trabalho, a campanha do Ministério da Saúde para o público masculino possui clara apelação à responsabilização dos indivíduos pela saúde individual.

Sobre as campanhas de saúde baseadas estritamente na perspectiva da prevenção:

Cerqueira (1997), além de apontar o alcance limitado de tal enfoque, destaca a responsabilização individual e a culpabilização conseqüentes a essa abordagem. Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-políticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas; os governos e os formuladores de políticas são desresponsabilizados e a “culpa” pela situação de saúde recai no indivíduo. (CERQUEIRA apud SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003, p.103)

O risco nesse caso é utilizado para o controle da ordem social, de maneira sutil, utilizando-se da “autonomia” dos sujeitos para a construção de uma lógica de que todos cuidam de si próprios.

O controle do corpo surge aqui já não apenas como uma questão técnica, mas como uma questão política e moral (Sfez, 1997). Segundo o mesmo autor, o controle do corpo só é possível por meio de uma nova disciplina, de uma nova moral, que é a moral do controle do *self* pelo *self* ao serviço de uma ordem socialmente harmoniosa. Face aos riscos internos, a biomedicina e a epidemiologia, pelo saber objectivo que detêm sobre o corpo, determinam e

enunciam quais os comportamentos que são considerados de risco e quais os indivíduos que se supõe estarem em risco. (MENDES,2005,não paginado).

Considerando a sintética reflexão sobre o conceito de risco e suas implicações na tardo modernidade, cabe pensarmos como se dá a prática da saúde pública, já que seus elementos constitutivos nos demonstram tamanha contraditoriedade. Em nome da saúde os sujeitos colocam-se em situações desconfortáveis, muito distantes do ideal de bem estar. Por meio da narrativa da saúde, uma forma específica de poder se manifesta e como os profissionais da área têm agido, inseridos neta questão?

Oliveira refere:

Um dos efeitos desta lógica é a interferência dos profissionais da saúde na autogestão da vida, facilitada, na maioria das vezes, por ações de educação em saúde. Aos educadores em saúde cabe a responsabilidade de promover a prevenção do risco, considerando o que a medicina define como práticas seguras e comportamentos saudáveis. Em ambos os casos, as concepções de risco e as orientações para o seu manejo são estabelecidas com base no conhecimento científico acumulado sobre o(s) agravo(s) à saúde em questão. (Oliveira,2005, p.1)

A noção de que os indivíduos são autônomos, dono de suas vidas, remetem a idéia de que todos são obrigados a responder sozinhos pelas ações. “A configuração do discurso da 'nova saúde pública' ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neo-liberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais” (CZRESNIA, 1999, p.1).

Cabe salientar que a prevenção de determinadas doenças não é, por si só, negativa ou incorreta. A forma como este ideal de prevenção tem sido utilizado é que tornam as ações empobrecidas e residuais. Restringir a saúde pública às práticas preventivas é minimamente uma contradição ao pensarmos na perspectiva ampliada de saúde presente no discurso referente ao SUS.

3-2 Prevenção e Promoção de Saúde

A reforma sanitária configura-se como o principal movimento responsável pela mudança na saúde pública no Brasil. A promoção da saúde é apregoada como a

resultante da unificação de fatores como o saneamento básico, boas condições de habitação, educação, lazer, entre outros em detrimento à noção de ausência de doença.

A concepção da saúde como direito é garantida na Constituição Federal de 1988, a política de saúde é por sua vez gerida no Sistema Único de Saúde. Segundo Faleiros et al:

um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde². A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.(FALEIROS, et al, 2006, p18)

Sabe-se que a prática da saúde pública no Brasil afasta-se muito deste ideal. Os programas e projetos de saúde são setoriais, fragmentados e, na maioria dos casos, ineficazes. Apesar da participação de vários setores da sociedade em prol da perspectiva ampliada de saúde: “A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos” (LUPTON, 1995; PETERSEN, 1997 apud CZERESNIA, 1999, p.1).

A saúde pública/saúde coletiva possui sua base, como já salientado, no modelo biomédico; a medicina “considerou científica a apreensão de seu objeto (MENDES, GONÇALVES, 1994). “O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença.”(CZERESNIA, 1999, p.1)

A doença considerada como fenômeno dissociado do indivíduo, de sua trajetória de vida e seus significados conforma a prática médica sobre as enfermidades, sobre órgãos enfermos e não para os sujeitos. “A doença é concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes” (CZERESNIA, 1999, p.2). Neste aspecto, faz-se necessário pensar nas diferenças conceituais entre prevenção e promoção de saúde, tendo como pano de fundo a centralidade na doença.

Prevenção:

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da

história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 1999, p.4)

O risco orienta as relações sociais da tardo modernidade e é fator fundamental das práticas preventivas. A mudança de comportamentos, hábitos e atitudes são consideradas nesse aspecto o objetivo da prevenção, como forma de amenizar ou evitar o surgimento de doenças.

Promoção:

'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990). (CZERESNIA, 1999, p.4)

Ao observar-se o conceito de promoção de saúde, pode-se visualizar um horizonte ético no que concerne às práticas coerentes. A 8ª Conferencia Nacional de Saúde em 1986 ilustra a intencionalidade de proporcionar aos usuários dos serviços de saúde pública, ações de promoção. No entanto, Czeresnia, (1999) chama a atenção para a amplitude deste ideal e as conseqüentes confusões geradas a partir daí. "Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida." (CZERESNIA, 1999, p.4)

A vinculação do modelo epidemiológico com o conceito de promoção de saúde nos traz a necessidade do cuidado na utilização de determinados conceitos. Estando promoção e prevenção tão facilmente associadas, precisamos atentar para a diferença entre os mesmos, como forjar práticas que as considerem.

A promoção da vida supõe ações que extrapolem o campo da saúde, demandando do Estado sua responsabilidade na formulação de políticas capazes de dar conta de tamanha tarefa; além do fato de se considerar os indivíduos em sua singularidade. (CZERESNIA, 1999). Para tanto, faz-se necessário construir práticas

intersetoriais para que todas as disciplinas e instituições capazes de contribuir para esta perspectiva ampliada de saúde/vida sejam consideradas e devidamente exploradas.

Intelectuais da área da saúde pública têm demonstrado esforços em articular técnicas e atividades de promoção de saúde. Os Grupos de Promoção de Saúde (GPS) são considerados por Santos et al:

O GPS é uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracteriza-se como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde. Fundamentado no amplo conceito de saúde, o GPS contempla as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e ao envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, a saúde é compreendida conforme um conceito positivo e vivenciada como de ordem natural, rompendo com a representação social da doença enquanto fatalidade. (2006, p. 347)

Como diz Czeresnia (1999, p.4) “qualquer teoria é redutora e incapaz de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer.” Neste sentido, tem-se em vista um grande desafio: o de promover a saúde através de ações intersetoriais e interdisciplinares. Cada área do conhecimento com sua função específica corrobora para práticas orientadas para a interdisciplinaridade.

Com conceitos tão imbricados e correntemente relacionados como sinônimos, cabe aqui salientar alguns aspectos. A modificação de hábitos e modos de vida são considerados os grandes objetivos da prática preventista. No entanto, a promoção de saúde também possui em seu discurso tais características; é preciso abordar a efetiva autonomia dos sujeitos. À exemplo de tais coincidências:

O GPS é organizado por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macrodeterminantes. Seus objetivos são construídos de forma contínua a fim da potencialização das capacidades dos sujeitos, e mudanças de comportamentos e atitudes direcionados ao desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários. Entende-se que os GPS poderão ser oportunamente aplicados à população em geral e, estrategicamente, aos indivíduos expostos à situação de exclusão social, e sem autonomia. Por exemplo, o caso dos idosos que sofrem com a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, o decréscimo das capacidades funcionais,²² profundas transformações culturais, sociais e perdas econômicas no curso das últimas décadas.(SANTOS et al, 2006, p.347)

Como pode-se perceber apesar da similaridade na abordagem de algumas ações, a promoção da saúde considera a trajetória social do indivíduo, levando em conta as condições que o fizeram vivenciar as experiências de doença, em detrimento da atribuição residual de mudanças de hábitos direcionadas exclusivamente aos indivíduos.

Assim, a ação profissional deve extrapolar: o ideal de educação direcionada para a prevenção; a consideração do modelo biomédico como único horizonte subsidiador da prática; apreender o fenômeno da doença e desconsiderar ao fenômeno social por ela refletido; a prevenção como principal estratégia de combate às doenças, entre outros.

3-3 A Política de Saúde e o Serviço Social

Com base na percepção dos sujeitos no que se refere ao risco e a centralidade deste conceito nas ações em saúde, faz-se importante a reflexão sobre a produção de conhecimento em saúde masculina, partindo do pressuposto que profissionais da área moldam suas práticas com base no saber biomédico. A respeito da construção do conhecimento no que concerne à saúde do homem:

Na literatura internacional, quando se busca refletir acerca da temática “homem e saúde”, algumas considerações fundamentais se destacam. Essas considerações – que não se excluem mutuamente – podem ser resumidas da seguinte forma: (a) os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte 1,2,6; (b) há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens 1,2,3,7,8; (c) tanto a construção da masculinidade quanto as suas implicações no campo da saúde devem ser vistas a partir da perspectiva relacional de gênero 1,3,7,8; (d) o desenvolvimento de habilidades agressivas por parte dos homens 7 pode fazer deles um “fator de risco” quando cometem violência contra a mulher e as crianças (principalmente por meio de abusos e a paternidade ausente), contra os outros homens (através de acidentes, homicídios e lesões) e contra eles mesmos (mediante o suicídio, alcoolismo, assim como as enfermidades psicossomáticas) 8; (e) devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino 6,8 e contribuir para o aumento de suicídios de jovens (GOMES e NASCIMENTO, 2006, p.902)

As tendências da produção de conhecimento orientam a “formulação de políticas de saúde voltadas para as relações de gênero e o desenvolvimento de ações de saúde em geral.”(GOMES E NASCIMENTO, 2006, p.902). Com base na pesquisa de Gomes e Nascimento sobre a produção de saberes relacionados à saúde do homem é

perceptível que vêm se produzindo conteúdos que considerem a perspectiva relacional de gênero.

Cabe observar que essa abordagem não vem focalizando o ser masculino exclusivamente como uma variável de sexo em perfis de morbimortalidade. Já traz, ainda que pouco desenvolvida, uma discussão acerca das especificidades do adoecer masculino e do adoecer feminino por conta de questões das identidades masculinas. Essa constatação reforça o movimento que vem sendo feito, na literatura internacional, no sentido de focalizar a masculinidade dentro dos estudos de gênero e saúde. (GOMES E NASCIMENTO, 2006, p.909)

Como exemplo da apropriação deste conhecimento pelos gestores de saúde pública pode-se situar a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”. Tal política incorpora em seu texto a perspectiva de gênero no que se refere às masculinidades como determinantes no pouco acesso deste público aos serviços de saúde e as diferenças fundamentais entre homens e mulheres no cuidado da saúde.

Pode-se compreender tal política como um avanço, ao considerar-se a realidade do acesso dos homens aos serviços de saúde. No entanto, é importante atentar para os objetivos políticos e econômicos motivadores de tais ações, como problematizado na segunda seção do presente trabalho sobre os programas de saúde feminina.

Do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a "populações específicas", podemos considerar a recente criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de um Programa de Saúde do Homem como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino. Não se pode dizer que, ao longo do último século, médicos e sanitaristas não tenham percebido que algumas prerrogativas de gênero faziam dos homens seres especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas "doenças venéreas" não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. Também não se pode considerar mera coincidência o fato de ter sido justamente no âmbito da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis que, nos anos 1930 e 1940, foi proposta pioneiramente no Brasil a criação de uma andrologia, definida como a "ciência dos problemas sexuais masculinos" (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009, p.660)

As políticas têm sido formuladas de forma a minimizar gastos aos governos, as práticas vinculadas à idéia de prevenção de saúde - exemplo da citada política – vem sendo retomadas:

Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos. Tornou-se uma proposta governamental, nestes países, ampliar, para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento dos problemas de saúde principalmente das doenças crônicas em populações que tendem a se tornar proporcionalmente cada vez mais idosas (BUSS, 2000 apud CZERESNIA, 1999, p.1)

Os estudos relacionados à temática da saúde masculina e os gastos gerados pela forma de vivência da doença pelos homens orientam a construção de políticas desta especificidade. O Serviço Social como profissão capaz de apreender os dados da realidade levando em consideração as contradições presentes na mesma, necessita fazer uma reflexão aprofundada dos fatores que motivam a formulação de práticas e políticas de saúde e, com esta base, repensar a ação profissional junto ao público masculino.

Para tanto, cabe ao Serviço Social neste contexto, analisar como se dão os processos de saúde e doença, sem necessariamente responsabilizar o indivíduo por procurar ou não os serviços de saúde e prevenir-se dos riscos. Em trabalho realizado pela equipe de Serviço Social da Clínica Médica I, constatou-se que

As incertezas produzidas pela sociedade recaem sobre as diferentes situações da vida e os profissionais acabam por reproduzir estratégias de responsabilização dos indivíduos por questões que devem ser compreendidas e modificadas a partir de estratégias coletivas. Neste contexto, revelou-se a importância da leitura realizada pelo Serviço Social no trato com a saúde, orientada por aspectos socioculturais. (ALVES et al 2009.)

Identificar o perfil de usuário, refletir sobre as possibilidades de intervenção e realizar uma reflexão ampla e cuidadosa a respeito da saúde e da doença proporcionam uma prática crítica e orientada pelas necessidades dos sujeitos.

A análise dos espaços institucionais torna-se, também, uma premissa no que concerne às atuações profissionais críticas e articuladas à abordagem com homens em situação de doença. O Hospital – espaço delimitado para a observação – possui características que necessitam ser levadas em conta, de maneira que se possa compreender como situam-se neste espaço de trabalho os Assistentes Sociais e como ocorre a lógica de absorção dos discursos institucionais subsidiadores de práticas desvinculadas com o projeto ético político da profissão.

O modelo biomédico apreendido nos espaços institucionais pelos profissionais de saúde conforma ações voltadas à considerar os indivíduos como responsáveis por seus corpos e por suas enfermidades. “Essa ênfase no individual implica numa representação de falta de saúde como falha moral, o que acaba por produzir um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio”(OLIVEIRA,2005, p.425).

A hegemonia deste modelo (biomédico) nas instituições de saúde é abordada por Foucault (1982) e possibilita a compreensão de como outros profissionais são, de certa forma, absorvidos por esta lógica. Dentre eles o Assistente Social.

O hospital terapêutico é uma instituição considerada nova, suas origens remontam o final do século XVIII. Anteriormente, a função primeira de um hospital era possibilitar a higienização das grandes cidades, enclausurando assim os pobres que adoecessem e pudessem contagiar a população saudável, um local onde os pobres eram levados para a morte. Observa-se desta forma, que o hospital neste estágio não funcionava sob a perspectiva de cura, não possuía também a característica de ser uma instituição médica, ou seja, não era a medicina o conhecimento preponderante e nem era o tratamento da doença a função principal do local, como nos diz Foucault 1982, p.101: “Esta era a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”.

Transformações econômicas e avanços científicos proporcionaram que o hospital, como o conhecemos hoje, pudesse existir. A construção de Hospitais Militares modificou as funções das instituições hospitalares. Isto se deu pelo fato de que os soldados “comprados” e “utilizados” nas guerras passaram a agregar um valor econômico, já que o treinamento e a “manutenção” dos mesmos possuíam um custo. Para que não houvesse prejuízos, tornou-se necessário outro tipo de cuidado na doença, um cuidado que não permitisse a morte do soldado e conseqüentemente a não perda do valor investido. Como nos diz o autor:

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. (FOUCAULT, 1982, p.104)

A medicina mudou sua forma de atuar frente a doença e os doentes e transformou radicalmente suas práticas, modificando a instituição hospitalar. Tais

mudanças foram possíveis porque uma nova forma de poder passou a vigorar, o poder disciplinar.

Neste caso, não apenas a característica econômica agregada a saúde, nem a intenção da não propagação das epidemias explicam o caráter disciplinar dos hospitais, Foucault (1982) nos ilustra que o saber médico tem um papel primordial neste quadro. A nova forma de atuação da medicina e a disciplinarização do espaço hospitalar, em síntese determinam o local como hospital médico.

A prática médica é então voltada para a cura, o hospital passa a ser um instrumento terapêutico e o médico seu personagem principal. O médico assume o topo da pirâmide hierárquica, domina o saber e dita as práticas hospitalares de acordo com este saber. Como nos diz Foucault 1982, p. 110: “A tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital.”

Some-se a isso, a disciplina como característica da ação médica nos fornece a compreensão da prática individualizante em saúde.

com a aplicação da disciplina no espaço médico e pelo fato de que se pode isolar cada indivíduo, instalá-lo em uma cama, prescrever-lhe uma dieta, etc... pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Com efeito, é o indivíduo que será observado, vigiado, conhecido, curado. O indivíduo surge como objeto de saber da prática médica (FOUCAULT 1982, p. 111).

Pode-se observar que três fatores principais dão a Instituição um contorno específico, em primeiro lugar a disciplinarização dos corpos, que tem como razão de existência a função político-econômica, em segundo lugar, o médico como personagem principal do cenário observado e em terceiro a individualização dos sujeitos no que concerne à doença. Assim, o poder médico se instaura e se mantém dentro destes espaços institucionais e a ação de outros profissionais é também orientada de acordo com esse poder.

Assim, ao se pensar o hospital de maneira mais ampla e realizar-se uma contextualização histórica de seu significado na sociedade ocidental é possível perceber que muitas das características observadas prevalecem, mesmo depois da Reforma Sanitária e implementação do SUS que busca trazer novos valores e práticas na saúde.

O Assistente Social da área da saúde encara nesse sentido um duplo desafio: o de proporcionar ao usuário um acesso pleno aos serviços e o de se posicionar dentro de um ambiente institucional, o que pode ser considerado em certo ponto contraditório.

As instituições de saúde - a considerar os espaços que extrapolam o ambiente hospitalar - possuem práticas orientadas pelo modelo medicocêntrico e neste sentido a reflexão sobre os espaços institucionais, suas correlações de forças e o *ethos* dominante são primordiais para a reformulação de práticas em saúde.

Busca-se ao longo deste trabalho, estabelecer a relação entre os agentes sociais e os usuários dos serviços de saúde, esta relação se objetiva no acesso. Mas constrói-se em um complexo processo histórico que envolve fatores como a percepção da doença, a forma de experiência da mesma, a busca pela cura, as noções do corpo, a instrumentalidade do mesmo, a apreensão das idéias médicas, enfim uma série de elementos que necessitam ser considerados para que possamos extrapolar as ações normativas.

Ações normativas, podem ser aqui compreendidas como àquelas que restringem-se ao que é compreendido como correto. Normalmente estabelecidas pelo saber médico institucionalizado. São concretizadas no discurso, nas “orientações”, no que chamamos de “educação em saúde”, onde a:

prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. (GAZZINELLI et al, 2005,p.200)

Esta forma de trabalho na área da saúde conforma atitudes acríticas dentro e fora das instituições, onde a educação praticada dentro dos equipamentos de saúde é refletida na vida dos sujeitos e afeta a forma como estes buscam estabelecer-se nos espaços sociais. Tais ações não levam em consideração a trajetória de vida dos sujeitos, não compreende sua inserção e modo de vida social. A ampliação e transformação da saúde pública, por exemplo, substitui-se por valores individuais como o direito aos medicamentos.

Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente. As soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos "sujeitos" que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo uma nova subordinação (GAZZINELLI et al, 2005,p.201)

Pode-se perceber a forma como os sujeitos apreendem as orientações médicas. De forma “obediente”, o que nos leva a crer que a subordinação constituída nestes espaços não promove resultados positivos para os pacientes, pelo contrario, promove posturas acriticas. O entrevistado B, ao ser questionado se precisa fazer algo para melhorar sua saúde, refere:

“Acho que sim, se o médico orientar, tem que fazer. Parar de beber, por enquanto” (B, anos, carpinteiro)

O saber sobre a saúde situado nas instituições parte da idéia de que os usuários da saúde pública são desprovidos da compreensão adequada. “O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas "corretivas" e/ou educativas.” (GAZZINELLI et al, 2005, p.201)

O Serviço Social insere-se neste contexto como um importante eixo de mediação, entre o público usuário e o poder médico instituído, justamente por compreender como se dá esta relação. As ações em saúde, considerado o principio de promoção em saúde, devem compreender, necessariamente, o aspecto social nos fenômenos de doença e saúde.

Este profissional por possuir privilegiado arcabouço teórico, é capaz de estabelecer novas interações entre os agentes sociais e o público usuário. Interações que se reconfiguradas podem proporcionar a modificação das práticas em suas diversas dimensões.

A análise sobre a saúde em uma perspectiva relacional de gênero, têm se mostrado tímida no que se refere à proposição de ações conectadas às necessidades dos usuários do sexo masculino. A saúde do homem coloca-se nesse sentido como um pano de fundo para uma reflexão sobre a organização dos serviços de saúde orientados para as reais demandas sociais.

A chamada à responsabilização dos indivíduos na relação com a saúde e a doença, coloca-se também como ponto a ser pensado pela profissão, pois, esta é uma

tendência perceptível não apenas no que se refere às campanhas e ações em saúde, mas um fenômeno social, que repercute nas formas de vida pessoais e coletivas dos sujeitos.

(...) Os indivíduos são convocados a serem responsáveis pelo seu destino, pela sua sobrevivência e pela sua segurança, gestores individuais das suas trajetórias sociais sem dependências nem planos predeterminados. No entanto, esta responsabilização ocorre de par com a eliminação das condições que a poderiam transformar em energia de realização pessoal. O indivíduo é chamado a ser o senhor do seu destino quando tudo parece estar fora do seu controle. A sua responsabilização é a sua alienação; alienação que, ao contrário da alienação marxista, não resulta da exploração do trabalho assalariado mas da ausência dela. Esta responsabilidade individual pela trajetória social é uma culpa por um passado que verdadeiramente só existe à luz de um presente sobre o qual o indivíduo não tem qualquer controle. A solidão que daqui resulta faz com que o interesse individual, qualquer que ele seja, não pareça susceptível de se poder congrega e organizar na sociedade capitalista e de poder reivindicar segundo as vias políticas e organizacionais próprias deste tipo de sociedade (SANTOS, 1995, p. 27-28).

O silêncio de sujeitos coletivos ocasionado por esse processo de individualização social esvazia as potencialidades reivindicatórias e as possíveis e conseqüentes transformações sociais. “Esta complexidade dos processos de individualização pode ser atribuída, em grande parte, à origem e estrutura dos próprios mecanismos e dispositivos que lhe outorgam sustentação política e cultural” (MITJAVILA e JESUS, 2004 p.74). Neste sentido, a profissão de Serviço Social necessita apreender como se dão as formulações de políticas públicas e seus determinante histórico-políticos.

O Assistente Social possui arcabouço teórico-analítico que promove a apreensão da realidade social e proporciona a identificação das limitações e possibilidades de intervenção profissional em prol dos usuários. Limitações e possibilidades identificáveis nos atendimentos aos sujeitos coletivos, através da ação cotidiana que extrapola o imediatismo e volta-se à:

prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, o chamamento à responsabilidade do Estado e a afirmação de políticas sociais de caráter universal, voltadas aos interesses das grandes maiorias, condensando um processo histórico de lutas pela democratização da economia, da política, da cultura na construção de uma esfera pública. (IAMAMOTO, 2001 p.10,11)

O projeto ético político da profissão nos fornece subsídios para nortear a prática profissional, objetivando uma atuação propositiva, crítica e transformadora. Como nos aponta José Paulo Netto:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais (NETTO, 1996, p.4).

Efetivar projetos profissionais requer categorias organizadas (NETTO, 1996), com isso, aos Assistentes Sociais cabe o compromisso com os usuários de seu trabalho e com seus iguais profissionais. O SUS foi construído com o ideal de universalidade, gratuidade e qualidade nos serviços, voltado para toda a sociedade e portanto, condizente com o próprio projeto da profissão, nos proporcionando o entendimento de que outras categorias profissionais em determinado contexto reconheceram a necessidade de novas formas de trabalhar com a saúde.

A Promoção de saúde, como proposta de trabalho pressupõe a quebra de barreiras culturais, demanda novas posturas, comportamentos e formas de perceber e trabalhar com a saúde e a doença. Apesar do discurso recorrente na área da saúde, pautado na promoção em detrimento da perspectiva estritamente curativa, a realidade nos serviços ainda nos remete a idéia de que a maioria dos profissionais não se apropriou desta narrativa de forma a reformular práticas. Com isso, faz-se necessário promover relações de trabalho construtivas de mudanças positivas para a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou ilustrar a importância da consideração das diferenças entre os gêneros e as distintas compreensões que os grupos sociais apresentam sobre o processo saúde-doença para a reflexão acerca das práticas profissionais de saúde. Tais práticas necessitam estar conectadas às reais necessidades apresentadas pelos usuários.

Buscou-se assim trazer a tona a problemática da saúde masculina no âmbito das relações sociais, procurando recuperar a perspectiva relacional de gênero em um sentido de apresentar quais os principais desafios colocados para os profissionais de saúde, pela ótica dos próprios homens. De modo que através de pesquisa bibliográfica e entrevistas foi possível perceber quais os tipos de resposta que as instituições de saúde têm apresentado para os usuários.

Compreender como são configurados os universos simbólicos masculinos é de suma importância para os profissionais. As relações estabelecidas entre os homens e os serviços de saúde são diferentes das configuradas entre as mulheres e os mesmos. As mulheres por estarem mais próximas das instituições de saúde, seja por posturas culturais, seja por interesse dos gestores de saúde, apropriam-se desses locais de forma a vivenciarem experiências de saúde mais positivas do que os homens. (FIGUEIREDO, 2005)

A relação dos homens com o trabalho, e a relevância que este assume na vida masculina, a noção de invulnerabilidade do público masculino, a condição de provedor assumida pelo homem, as posturas machistas, entre outros fatores necessitam ser devidamente analisados e refletidos para a reorganização das ações em saúde.

O trabalho realizado em saúde, pautado no modelo biomédico - epidemiológico não permite a percepção dos usuários em sua integralidade, apesar do discurso recorrente no âmbito do Sistema Único de Saúde. A atenção voltada estritamente ao aspecto físico da doença e suas manifestações corporais, desconsidera seu aspecto social, tanto no que tange a determinação do processo saúde-doença, como a trajetória social apresentada por cada sujeito.

Faz-se necessária a mudança das formas de abordagem do binômio saúde-doença, onde a norma é a tônica.

Em geral, tem-se a visão de que o atendimento à saúde é organizado pelos técnicos para ser simplesmente "usufruído" pelos pacientes, que assumiriam uma posição um tanto quanto passiva diante do que lhes é ofertado _ talvez devêssemos dizer que os serviços de saúde são "equipecêtricos", um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros, estabelecendo unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado à saúde. Convém lembrar, porém, que é esse "leigo" quem faz a escolha final se realiza ou não a consulta, quando vai fazê-lo e onde. Mesmo depois da consulta ter-se consumado, é ainda ele quem detém o poder de cumprir ou não as determinações médicas ou mesmo procurar outras alternativas (OLIVEIRA, 2005, p. 70)

Não bastam orientações do que é certo ou errado em saúde, não são suficientes as recomendações do que faz bem ou mal para o corpo. É preciso que a promoção de saúde seja concretizada, de modo a primeiramente compreender os indivíduos como um todo, afastando-se de práticas educativas vazias e não orientadas para os mesmos.

A mudança da maneira como os sujeitos compreendem e lidam com o próprio corpo, não ocorrerá através do mero repasse informacional normativo, mas pela troca de saberes.

As práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. Estudos de Uchoa et al.¹⁰, desenvolvidos em zona rural, em Minas Gerais, mostram que, com base em um programa de Educação em Saúde, a informação sobre esquistossomose recebida não foi efetiva para a transformação de saber instituído em comportamento preventivo. Tal tendência parece resultar, em parte, da forte influência das *Diretrizes da Educação para a Saúde* (Ministério da Saúde; 1980), segundo as quais a Educação em Saúde deve se processar por meio da transferência de saber instituído e redefinição de valores numa direção pré-definida (GAZZINELLI et al, 2005, p.202)

O Assistente Social, neste sentido é um profissional de suma importância para a reconstrução das relações estabelecidas entre os usuários e os serviços. Seu arcabouço teórico proporciona a leitura apurada sobre a realidade dos sujeitos, considerando suas necessidades sociais. Bem como é potencialmente capaz de aproximar os usuários dos serviços, promovendo interdisciplinarmente, um atendimento, de fato, integral.

Conclui-se desta forma que as instituições de saúde, não estão devidamente estruturadas para atendimento do público masculino e por esse motivo necessitam reformular suas práticas, de modo a compreender e considerar os sujeitos como inseridos em diferentes realidades e contextos.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E M L. **Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp. 121-13

BARATA, R de C B.. Malária no Brasil: panorama epidemiológico na última década. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995, vol.11, n.1, pp. 128-136

BIZZO, M. L. G.. **Difusão científica, comunicação e saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002 vol.18, n.1, pp. 307-314

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989

BOURDIEU, P. **La Distinction. Critique sociale du jugement.** Les Editions de Minuit, Paris, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes).** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>> Acesso em: março 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes,** 1 ed, Brasília, 2004

BRAZ, M. **A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem.** In: *Ciência e Saúde Coletiva.* v. 10. nº 1. Rio de Janeiro: jan./mar. 2005

CAMARGO, M. **Os Processos de Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde Coletiva.** III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2008

CAPRARA, A and FRANCO, A L S. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.3, pp. 647-654. ISSN 0102-311X.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A. and FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** *Physis* [online]. 2009

CASTIEL, L. D. 1996 '**Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco**'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. III(2): 237-264.

CHIORO, A.; ALMEIDA, E. S. de e ZIONE, F. **Políticas públicas e organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS.** In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (Orgs.) **Gestão de serviços de saúde.** São Paulo: Ed da Universidade/USP, 2001. (Série Acadêmica n. 37).

CZERESNIA, D. **Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 447-455.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.4, pp. 701-709.

DESLANDES, S F; MENDONCA, E A; CAIAFFA, W T and DONEDA, D. **As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 141-151

ESCOREL, S. **Saúde: uma questão nacional.** In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO,

FALEIROS, V P; SILVA, J F S; VASCONCELLOS, L C F; SILVEIRA R M G, **A construção do SUS.** Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

FERNANDES, J C L. **A quem interessa a relação médico paciente ?**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.1, pp. 21-27.

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

FITZPATRICK, R. et. al. **La Enfermedad como Experiencia**. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1990

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

FOUCAULT, M. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento. Ditos e Escritos II**. (Org. MOTTA, M.B). 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M, **Vigiar e Punir: nascimento das prisões**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIDSON, E. **La Profesión Médica**. Barcelona, Ediciones Península, 1978

GAZZINELLI, M F; GAZZINELLI, A; REIS, D C dos and PENNA, C M de M. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.1, pp. 200-206.

GOMES R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):825-829.2003

GOMES, R., NASCIMENTO, E. F., & ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 556-574.2007

LANGDON, E. J. **A Doença como Experiência**: A construção da doença e seu desafio para a prática médica, 1995.

LAPLANTINE, F., 1991. **Antropologia da Doença**.São Paulo: Martins Fontes

LAURENTI, R 1998. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas**. Uma contribuição para o enfoque de gênero. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo.

LAURENTI, R; JORGE, M. H.P. M. e GOTLIEB, S. L. D. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. *Ciênc. saúde coletiva* [online].vol.10, n.1, pp. 35-46. 2005

LE BRETON D. **A Sociologia do Corpo**. .Petrópolis: Editora Vozes;. 104 pp.2006

LIMA,S.A **Corpo e Poder no discurso de Foucault**. Disponível em:

<<http://www.frb.br/ciente/Imprensa/iniciant/2004.2/simone.pdf>>.Acesso em: 16/04/2010

MAAR, W L. **A dialética da centralidade do trabalho**. *Cienc. Cult.* [online]. 2006, v. 58, n. 4, pp. 26-28.

MACHIN, R; COUTO, M. T. e ROSSI, C. C. S.. **Representações de trabalhadores portuários de Santos-SP sobre a relação trabalho-saúde.** *Saude soc.* [online], vol.18, n.4, pp. 639-651. 2009

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: _____. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001.

MEAD, M. **Sexo e temperamento.** São Paulo: Perspectiva, 1988

MENDES,C.L. **O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo** Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, n. 39, p. 167-181, Abril de 2006

MENDES. F. **Risco: um conceito do passado que colonizou o presente.** *Promoção da saúde VOL. 20, N.º 2 — JULHO/DEZEMBRO 2002.* Não paginado. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos913/risco-passado-presente/risco-passado-presente2.shtml>
Acesso em 15/05/2010

MINAYO, M.C.S, Laços perigosos entre machismo e violência, Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005.

Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes, 1 ed, Brasília, 2004

MITJAVILA, M; FERNÁNDEZ, J. E. Factores sociales, salud y enfermedad. In: Hugo Dibarboure, Juan C. Macedo (Org.). **Introducción a la Medicina Familiar,** Montevideo: Departamento de Publicaciones de la Universidad de la Republica, 1998, p. 506-521.

MITJAVILA, M.; Jesus, C.. Globalização, modernidade e individualização social. **Revista Katálisis,** América do Sul, 7 24 09 2008.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1978.

NORONHA, K. V. & VIEGAS, M., **Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Revista Econômica do Nordeste, 2002

OLIVEIRA, F.J.A. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação** A, Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, F J. A. **Concepções de Doença: o que sistema de Saúde tem haver com isto?** In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. “Doença, Sofrimento e Perturbação: perspectivas etnográficas” Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

OLIVEIRA, D L de. **Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.17, n.6, pp. 1308-1308.

OSIS, M. J. D.; HARDY, E.; FAÚNDES A. & ALVES, G., 1993. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil**. *Revista de Saúde Pública*, 27:49-53.

PALERMO, P.U.; PORTUGAL, M.S.; Souza, F.H. **Um estudo sobre a desigualdade no acesso à saúde na região sul**. In: FÓRUM BNB DE DESENVOLVIMENTO ; X ENCONTRO REGIONAL DE ECONOMIA DO NORDESTE, 2005, Fortaleza. Anais..., 2005

PERES, F; ROZEMBERG, B and LUCCA, S R . Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.6, pp. 1836-1844.

PINTO, M H and ZAGO, M M F. **A compreensão do significado cultural do aneurisma cerebral e do tratamento atribuídos pelo paciente e familiares: um estudo etnográfico**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2000, vol.8, n.1, pp. 51-56.

SANTOS, B. S. *A construção multicultural da igualdade e da diferença*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, n. 7, 1995, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ, 1995. p. 1-56.

SCHRAIBER, L B; GOMES, R and COUTO, M T. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.1, pp. 7-17.

SEVALHO, G. Uma **abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 349-363, 1993.

SICOLI, J L and NASCIMENTO, P R do. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 101-122.

SOUSA, D.A. **Significado da saúde e da doença para moradores da área de abrangência do centro de saúde da Lagoa da Conceição – Florianópolis/SC** [Trabalho de Conclusão de Curso] Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C. & ALMEIDA, C. M., **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000

VERÍSSIMO. L F. **A mesa voadora**. Objetiva. Rio de Janeiro, 2001

VINTÉM, J.M, GUERREIRO, M.D, CARVALHO, H. **Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal – Uma análise do Módulo “Saúde” do**

ZAGO, M M F; BARICHELLO, E; HANNICKEL, S and SAWADA, N O. **O adoecimento pelo câncer de laringe**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2001, vol.35, n.2, pp. 108-114

APÊNDICE I:
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS HOMENS
INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA I – HU

Qual o motivo de sua internação?

Qual o elemento de sua história relacionado ao fato de ter contraído a doença, por que ficou doente?

Já consultou médicos, antes? Em que ocasiões, por qual motivo?

Faz algo para cuidar de sua saúde? O que?

O que prejudica sua saúde? Que fatores?

Seu trabalho exige boa condição de saúde? Que tipo de trabalho?

Sempre que procurou médico conseguiu atendimento?

Sabe o nome dos médicos que o atendem nesta unidade de internação? Sabe a especialidade dos mesmos?

Algum exame ou procedimento lhe causou medo?

O médico foi claro, conseguiu entender o que foi explicado? Se não, perguntou?

Tem mudado algo em sua vida após a internação-doença?

Quais as implicações no trabalho?

O que sente em relação à doença? Como tem se sentido durante a internação?

Há mulheres na família? O que acham da forma como cuida de sua saúde?

Há alguma coisa que faz no dia-dia que precisa mudar para melhorar a saúde?

