

ATENÇÃO EM SAÚDE AOS HOMENS NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA:
DIÁLOGOS COM USUÁRIOS E PROFISSIONAIS

*HEALTH CARE TO MEN IN THE DAILY ON PRIMARY CARE: DIALOGUES WITH MEN AND
PROFESSIONALS*

Tulio Quirino; Benedito Medrado; Jorge Lyra

Universidade Federal de Pernambuco; gemaufpe@gmail.com

Resumo

Palavras-chave

Cotidiano
Saúde
Homens

Este artigo aborda aspectos relevantes no processo de produção de uma pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde da família, que desenvolve ações de cuidado voltadas à população masculina, no município de Recife, cidade da região Nordeste do Brasil. Nesta produção, interessa-nos tanto os resultados da pesquisa como seu processo de produção, tendo por base o rigor metodológico, compreendido como negociações no campo-tema. Para ilustrar, apresentamos breves narrativas reflexivas sobre os procedimentos que empregamos para sistematizar e analisar as informações produzidas ao longo da pesquisa, bem como os limites e desafios do processo de análise.

Abstract

Keywords

Everydayness
Health
Mens

In this paper, we analyze important aspects about a research carried out in a “Basic Health Unit” that develops care actions to male population in Recife, city of northeastern of Brazil. In this production, we are interested in both the search results as your production process, based on the “methodological rigor”, understood as negotiations in the field theme. To illustrate we present brief narratives about the procedures we use to systematize and analyze the information generated during the research, as well as the limits and challenges of the analysis process.

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

Breve introdução

Este texto parte do pressuposto que o fazer em pesquisa é uma prática social e, como tal, sua legitimação está amplamente relacionada aos modos como compartilhamos e argumentamos sobre princípios ético-políticos, escolhas teórico-metodológicas e processos de produção de resultados e análises (Spink & Lima, 1999).

Essa releitura, baseada numa perspectiva pós-construcionista (Iñiguez, 2005), sobre o que se configuraria como rigor metodológico, orienta a feitura deste artigo no qual abordaremos aspectos relevantes no processo de produção de uma pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde da família, que desenvolve ações de cuidado voltadas à população masculina, no município de Recife, cidade da região Nordeste do Brasil.

Trazer essa discussão para o plano da interlocução pública visa contribuir para esforços acadêmico-científicos de redefinição do que tradicionalmente se concebe como

rigor na pesquisa científica, originalmente associado às idéias de replicação, generalização e fidedignidade dos conhecimentos gerados.

Desta forma, neste artigo, interessa-nos menos os resultados da pesquisa (que podem ser amplamente acessados a partir da dissertação de Tulio Quirino, 2012) e mais o processo de sua produção. Reafirmamos, assim, a noção de rigor, que deixa de ser algo garantido por métodos ou procedimentos definidos e legitimados *a priori*, e passa a ser concebido como negociações no campo-tema, ou seja, narrativas que se configuram em:

Redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. (...) um tumultuado conflituoso de argumentos parciais, de artefatos e materialidades. (Spink, 2003, p. 36)

Ao mesmo tempo, como afirma Mary Jane Spink (2007), ao pesquisar “no” (e não “o”) cotidiano, posicionamo-nos como membros da comunidade discursiva. Ou seja, tornamo-nos capazes de co-interpretar práticas que se desenrolam nos espaços e lugares em que acontece a pesquisa. Essa compreensão compartilhada repousa na noção de indexicalidade. Estamos aptos a entender “os indícios de sentido”, frequentemente incompletos, que adquirem sua plena capacidade na comunicação - porque somos capazes de considerar a parte (a enunciação e a ação) em relação ao todo (o contexto em que se dá a ação/interação).

Esse processo abrange, portanto, escolhas negociadas (portanto, nem sempre arbitrárias ou conscientes) realizadas ao longo da pesquisa, os instrumentos selecionados (ou disponíveis), os modos de produção das informações (sempre apresentadas a partir de práticas discursivas de gênero narrativo) e, sobretudo, na exposição dialógica dos seus resultados.

Trata-se, assim, de uma relação ética, construída a partir da dialogia e não prescrição (Spink, 2000), que envolve pesquisador/a com seus/suas interlocutores/as e artefatos, diretos e indiretos, que se materializa no cuidado de apresentar as condições em que foram produzidas as informações, permitindo que o processo de análise e interpretação possa ser questionado (mais do que compreendido). Ou seja, que gere interesse em manter uma comunicação que se abre às controvérsias.

Assim, apresentamos a seguir uma breve narrativa reflexiva sobre os procedimentos que empregamos para situar as informações produzidas ao longo da pesquisa, bem como as análises empreendidas.

Escolhas inevitáveis

Na pesquisa de mestrado, citada anteriormente, buscamos analisar os modos como usuários e trabalhadores/as de saúde produzem cuidados voltados ao homem, no cotidiano de um serviço de atenção básica, um dispositivo central da política de atenção primária brasileira.

Nessa pesquisa, focalizamos menos os significados produzidos e compartilhados e mais os potenciais efeitos (ou sentidos) e as práticas que os sustentam, que muitas vezes escapam a leituras exclusivamente centradas na produção de significados. Para tanto, desenvolvemos algumas estratégias metodológicas, com vistas a organizar, sistematizar, analisar e visibilizar as informações de que dispúnhamos.

Dada a familiaridade da equipe de pesquisa com este campo-tema e o vasto material produzido pelo mestrando, nosso primeiro desafio foi lidar com o volume e diversidade de materiais produzidos, bem como sua riqueza. Assim, ao longo de toda a pesquisa, fomos levados a fazer escolhas, dada nossas limitações temporais, o que se estendeu também, inevitavelmente, ao momento de reunir e analisar estas informações.

De fato, cada recurso metodológico utilizado – entrevistas/conversas, diários de bordo (Medrado, Lyra, Dantas et al., 2011), relatos dos grupos e registros diversos – resultou em uma ampla gama de informações que, em seu conjunto, forneceria conteúdo capaz de subsidiar mais do que apenas um trabalho dissertativo. Este rico conjunto de informações nos forneceu certamente artefatos que favoreceram uma melhor abordagem do objeto que buscávamos investigar.

Diante dessa riqueza, como opção metodológica, elegemos as entrevistas/conversas como ponto central de nossas análises, porém o tratamento deste material e as análises empreendidas só foram possíveis graças às leituras desenvolvidas a partir das demais produções discursivas. Tal exercício, originalmente pensado como estratégia para “dar conta do objeto” revelou-se, progressivamente, como importante estratégia para desestabilizar conclusões antecipadas, abrindo canais de interpretação mais criativos, abertos ao questionamento. Sem esses empreendimentos a leitura das entrevistas certamente resultaria limitada, ainda que não houvesse pretensões de completude.

De modo a organizar melhor as informações e iniciar, progressivamente, o processo de sistematização e análise, as entrevistas foram inicialmente transcritas e organizadas em mapas, segundo estratégia metodológica inspirada em Mary Jane Spink e Helena Lima (1999), a partir da qual foi possível favorecer a construção dialógica e dar visibilidade ao contexto interativo em que as conversas foram produzidas.

Construímos e trabalhamos com os mapas analíticos a partir das orientações de Spink e Lima (1999), embora tenhamos realizado alguns ajustes à proposta original. Nosso intuito com essa adequação foi tornar o processo de análise mais fluido e possibilitar que tivéssemos uma visualização tanto dos fluxos, como das particularidades.

O primeiro mapa (ver tabela 1) foi construído a partir das questões que orientaram a pesquisa, e configurou-se numa espécie de painel temático, que contemplava diferentes aspectos do objeto de pesquisa, os quais foram acionados ao longo das conversas com os/as interlocutores/as, em função (ou apesar) do roteiro orientador.

Assim, a construção deste primeiro mapa acompanhou as linhas narrativas construídas com os/as interlocutores/as, à medida que a conversação fluía, nos encontros com os/as mesmos/as, mediados por elementos definidos ante às conversações.

Focos	Interlocutor 1	Interlocutor 2	Interlocutor 3	Síntese (temas que emergiram)
P. ex: sobre as “práticas de cuidado”				
P. ex: Sobre o “acesso ao serviço da AB”				

Tabela 1. Mapa de análise 1, elaborado para organizar as informações produzidas nas conversas com os/as interlocutores/as da pesquisa.

A disposição deste mapa possibilitou o estabelecimento de contrastes entre as falas e entre diferentes interlocutores. Não era nosso intuito, cabe ressaltar, destacar regularidades nos argumentos ou apontar incoerências nos relatos, mas, a partir destes, encontrar pontos de convergência e dissonância que nos possibilitassem uma leitura mais ampla dos modos como a produção de cuidados à saúde vai se construindo no cotidiano destas pessoas. Essas escolhas, inevitáveis e características no cotidiano de uma pesquisa, foram deixando bem claro que as análises são também co-produtoras dos resultados de uma pesquisa, na medida em que delimitam focos, privilegiando determinadas informações ou dinâmicas, em detrimento de outras.

Desta organização, partimos à produção de outro mapa de análise, a partir de questões-eixos orientadoras, em que os pontos em comum favoreceram a construção de sínteses analíticas, e em contrapartida os dissonantes marcaram as rupturas e ressignificações possíveis dos sentidos produzidos. As sínteses resultantes deste quadro (ver tabela 2) foram importantes elos de condução da análise e escrita do texto das análises.

Em linhas gerais, a partir destas análises, organizarmos as informações considerando três eixos ou linhas de análise: 1) práticas discursivas sobre saúde e cuidado; 2) produção de cuidados à saúde com homens/usuários; 3) produção de cuidados à saúde com trabalhadores/as de saúde. Estes eixos foram subdivididos e organizados a partir das questões-eixos de análise.

Interlocutores	Questão-Eixo/Respostas	Síntese (temas que emergiram)
Interlocutor 1	Ex: Qual a compreensão de “saúde” e “cuidado à saúde” dos profissionais?	
Interlocutor 2		
Interlocutor 3		

Tabela 2. Mapa de Análise 2, elaborado para organizar as informações produzidas com os/as interlocutores/as da pesquisa a partir das questões-eixo orientadoras.

As questões-eixos orientadoras foram orientadas pelas sínteses construídas. Para análises das práticas discursivas produzidas com os homens/usuários dos serviços de saúde, formulamos as seguintes questões orientadoras da análise:

- Como os homens operam o cuidado à própria saúde e a de outros homens?
- Como os homens acessam e percebem os serviços de saúde da atenção básica?

Para análises das práticas discursivas produzidas junto aos trabalhadores/as em saúde, as questões orientadoras definidas foram:

- Como os/as trabalhadores/as operam a partir do jogo presença/ausência de homens no interior da unidade básica de saúde?
- Como agenciam a produção de cuidados à saúde dos homens no cotidiano do serviço?

Nos tópicos a seguir, apresentamos e discutimos essas questões orientadoras da análise. Ao longo do texto, fazemos algumas tentativas de alinhar apostas teórico-analíticas, a partir de questionamentos no campo da promoção da equidade de gênero que exploramos em outras produções (Medrado, Lyra, 2008; Medrado, Lyra, Azevedo & Noca, 2010; Medrado, Lyra, Valente et al., 2011), bem como buscamos, em outros autores, elementos que também favorecem a produção reflexiva de outras abordagens e leituras (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Carrara, Russo & Faro, 2009). Neste exercício de costura (ou alinhavo, para manter certa metáfora artesanal) trazemos como ilustração alguns trechos de falas produzidas junto aos nossos interlocutores que, em certa medida, exemplificam aspectos sobre os quais pretendemos produzir visibilidades.

Aproximações à unidade básica de saúde: notas sobre o funcionamento do serviço e as práticas de saúde voltadas aos homens

Um dos motivos que nos levou a escolher a unidade de saúde em que desenvolvemos a pesquisa foi o conhecimento de que nela havia atividades em saúde que eram voltadas aos homens, em função de demanda da própria população. Ficamos instigados em conhecer esse equipamento da atenção básica, por reconhecê-lo, à época (entre 2010 e 2011), como um dos raros serviços no Nordeste brasileiro, dirigidos exclusivamente aos homens.

Mobilizados pelas questões que elaboramos para esta pesquisa, decidimos que estar no cotidiano deste serviço resultaria numa importante estratégia não só de produção de informações para a análise, mas da própria definição do objeto e questão de pesquisa. Ou seja, o método como estratégia de produção dos objetivos e não seu inverso.

Assim, antes de começar a fase da pesquisa em específico, em diálogo com o orientador e com o grupo de pesquisa, o mestrando resolveu fazer visitas à unidade de saúde, buscando levantar o maior número de informações possíveis.

Cabe ressaltar, de antemão, que o acesso à unidade, pela própria geografia da comunidade, foi bastante difícil. Por se localizar em uma região de relevo acidentado, sendo as casas construídas sobre morros, deslocar-se pelo território de referência da unidade compreendia um esforço físico considerável. São muitas escadarias, ladeiras, pequenas vielas, trechos apertados e escorregadios, que além de serem de difícil locomoção, constituíam um perigo à parte, até mesmo porque em muitos locais não existia corrimão ou algum tipo de apoio a este deslocamento.

Vencidas algumas dificuldades iniciais, as primeiras aproximações foram evidenciando que, no cotidiano da unidade de saúde, contrário ao que enfatiza a literatura (Figueiredo, 2005; Gomes et al., 2007) não era rara a presença de homens buscando atendimento médico. Ao contrário, mesmo não sendo em grande quantidade, os homens estavam claramente presentes no cotidiano daquele serviço, como usuários ou potenciais usuários.

As primeiras conversas informais também nos alertaram para as finalidades diversas relatadas por esses homens para justificar demandas ao serviço: consulta médica, vacinação, acompanhar suas companheiras em atendimentos, levar os filhos para vacinar, aferição de pressão, troca de curativos etc.

Havia, recorrentemente, relatos de reconhecimento de que esta unidade de saúde tinha, como diferencial das demais, iniciativas da equipe de trabalhadores/as que buscavam contemplar os homens em seu cotidiano. Dentre estas iniciativas as mais citadas eram: 1) o “grupo de homens”, que consistia na realização de reuniões semanais em espaço extra-serviço, nas quais homens da comunidade eram convidados a discutir temáticas diversas sob a mediação de algum trabalhador de saúde da unidade, e orientada nos princípios da educação popular em saúde; e 2) o “dia do homem”, atividade pontual realizada na própria unidade que tinha por objetivo o atendimento exclusivo à população masculina, com o oferecimento de ações habituais do serviço (exames, consultas médicas, vacinação, orientações etc.). Outras também costumavam ser citadas, tais como o “acolhimento” e o “grupo hiperdia”, embora com menor destaque.

Nessas primeiras observações, registramos uma expressiva maioria de homens idosos e/ou aposentados. No entanto, homens jovens foram também percebidos, ainda que em menor volume. Em geral, apresentavam certa urgência no atendimento, em algumas situações demandando consulta imediata. Alguns vinham acompanhados por mulheres (mães, esposas, irmãs, filhas) e boa parte demandava questões relacionadas ao trabalho (exames de aptidão às funções que desempenhariam) ou decorrentes dele (acidentes de trabalho). A grande maioria, no entanto, vinha para tratar de uma queixa já instalada. A ida à unidade com foco na prevenção da saúde quase nunca ocorria.

Essa primeira aproximação e as observações subsequentes foram fundamentais para contextualizar e analisar as várias informações produzidas ao longo das entrevistas, foco de nossas análises.

Assim, a seguir abordaremos as práticas discursivas produzidas junto aos homens/usuários e trabalhadores/as de saúde para referir-se às ações de saúde e cuidado que desenvolvem em seu cotidiano.

Vale ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas ao longo do segundo semestre de 2011 e, para garantir anonimato dos/as informantes, todos os nomes aqui referidos são fictícios.

Acreditamos que este exercício é necessário para compreender de que modo os referidos atores sociais produzem sentidos no cotidiano do serviço de atenção básica em que interatuam, e como, a partir disto, operam práticas de cuidado.

Conversando com homens sobre saúde e cuidado

A partir dos procedimentos analíticos apresentados no início deste texto, organizamos este subtópico mediante os temas que foram surgindo a partir da leitura das entrevistas/conversas que tivemos com os nossos interlocutores. Focalizamos, inicialmente, as conversas/entrevistas realizadas com quatro homens/usuários que encontramos na *sala de espera* do serviço, e oito homens/usuários com quem tivemos contato no *grupo de homens*.

Os homens da sala de espera, na ocasião das entrevistas haviam ido à unidade para atendimento médico (consulta) e foram convidados a participar da pesquisa após terem recebido tais atendimentos. Os homens do grupo, por sua vez, foram convidados à entrevista nas ocasiões após os encontros semanais do grupo. Todos os nomes apresentados nos trechos das entrevistas/conversas são fictícios.

No nosso exercício analítico, alguns temas foram se estruturando a partir dos questionamentos que iam sendo lançados nas ocasiões de encontro com estes homens e, por questões, até mesmo, didáticas, resolvemos desenvolver nossos argumentos em vista destas discussões. Assim, apresentaremos as práticas discursivas destes homens/usuários sobre “Saúde” e “Cuidado” a partir de algumas dimensões, que contemplam o modo como compreendem saúde e cuidado, como desenvolvem práticas de cuidado de si, além de suas compreensões acerca das práticas de cuidado adotadas por outros homens.

Para os homens do grupo, a saúde é vista a partir de três perspectivas. A primeira delas situa a saúde como *um estado*, relacionada a um sentido de bem estar. Nesta compreensão, aparece o bem estar tanto corporal (trazendo a idéia do funcionamento fisiológico), quanto em uma perspectiva subjetiva (“estar bem consigo e com o outro”, “bem estar espiritual”). Esta forma de compreender a saúde pode ser ilustrada pelos fragmentos a seguir:

Pesquisador: Eh, o que é saúde pra ti?

Cristiano: Assim, é estar bem! Ele estando bem, fisicamente, espiritualmente, ele estando bem, ele está com saúde, né?!

Pesquisador: Então, ele estar bem fisicamente, espiritualmente...

Cristiano: Exatamente!

Pesquisador: Pra finalizar, eu queria saber o que tu entende por saúde...!

Santiago: Rapaz... (...) saúde é aquilo, é aquilo... Saúde é a... o seu bem estar físico, manter o seu corpo bem, né, trabalhando cem por cento... pode ser que não seja cem por cento, mas trabalhar pelo menos noventa por cento, ou oitenta por cento sadio, e o restante vai melhorando aos pouquinhos!

(Entrevista Grupal 1, segundo semestre de 2011)

Nesta acepção, a saúde também aparece relacionada ao “ter cuidado”, que remete à idéia de evitar o desenvolvimento de algo que comprometa este bem estar, como uma doença ou algum sintoma. Logo, a saúde também se compreende a partir da manutenção de um estado tendo em vista a possibilidade de adoecimento.

Pesquisador: Eh, tu falou aí de que... que ele trouxe pra falar sobre saúde do homem, não sei, o que é tu entende por saúde?

Vinicius: Oh, eu acho que a saúde é quando você está de bem consigo e com os outros, levando-se em conta a própria, eh... você tá se cuidando pra não chegar a uma doença ou como é que eu posso dizer, chegar aos sintomas, né, porque a partir dos sintomas você vai ver o que é, aí é bom não chegar a... não chegar aos sintomas, porque aí você acha que só aquele cuidado... A prevenção, você já... já lhe dá saúde!

(Vinicius, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Assim, o segundo sentido para a saúde, apresentado pelos homens do grupo, aponta para uma perspectiva mais negativista, sendo esta vista como *a ausência de alguma coisa ruim*, uma doença por exemplo. No caso, enquanto na primeira, a saúde é vista por uma perspectiva positivada, definindo-se “afirmativamente”, neste outro sentido a noção de saúde se formula a partir do contraponto de algo que possa compromê-la.

Pesquisador: Hum... sim, sim... Eh, pra tu, o que é saúde? O que é que tu acha que é ter saúde?

Tarcísio: Se sentir bem, não sentir nada...

Roberto: Eu entendo que é bom pra gente mesmo, né, saúde é uma coisa boa, né, a saúde do homem...

Pesquisador: Ah... Como é que o senhor sabe que tá com saúde?

Roberto: Rapaz, agora mesmo eu me sinto com saúde, eu não tou sentindo nada, né! [Risos]

Pesquisador: [Risos] Quando não tá sentindo nada, você tá com saúde!?

Roberto: É... tranquilo, né? [risos]

(Entrevista Grupal 2, segundo semestre de 2011)

A última acepção de saúde é atravessada pelos dois sentidos anteriores, sendo vista talvez, como uma complementação dos mesmos, ou uma maneira de confirmá-los. Para os homens a saúde também é compreendida como algo que é *atestada por outro*, no caso, um médico (trabalhador de saúde). Assim, ter saúde ou sentir-se com saúde parece depender do olhar do médico sobre o seu corpo, tendo ele o poder de atestar se o mesmo está saudável ou não.

Péricles: Saúde... é a gente tá melhor, né?

Pesquisador: Saúde é tar melhor!?

Péricles: Tar melhor!

Pesquisador: Como é que a gente sabe que tá melhor?

Péricles: O médico vem, tira a pressão, bota a coisa no ouvido, vê se o coração tá normal, tá assim... bota atrás...

Pesquisador: Certo! O médico vem, vê a pressão, vê se tá bem, aí a gente sabe que tá bem!?

Péricles: É! Aí ele diz se a gente tá com diabetes, às vezes num tá...!

(Péricles, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Entre os homens da sala de espera também podemos destacar três maneiras de se encarar a saúde, as quais se aproximam bastante das formas apresentadas pelos homens do grupo. Tais maneiras de compreender a saúde podem ser ilustradas pelos fragmentos a seguir:

Pesquisador: O que é que tu entende por saúde? Assim, o que tu acha que é saúde?

Tomás: Um bom... um bom funcionamento, né, do corpo!

Pesquisador: Quando diz que tu tá com saúde, tu tá com um bom funcionamento do corpo!?

Tomás: É, um bom rendimento! Você ser saudável, como um todo!

Pesquisador: Como é que tu sabe que tu tá com saúde?

Vitor: Saúde? Eu não sei nem como explicar, o que isso quer dizer assim, fica difícil... Pra dizer que eu tou com saúde, é porque tou andando, tou traba-

lhando, me movimentando sempre, mas... eu não vou dizer que eu tou cem por cento com saúde, só o médico com o exame que pode dizer isso...

(Entrevista Grupal 3, segundo semestre de 2011)

Assim, para estes homens, a saúde também é vista como *um estado*, sendo compreendida por um “ser” ou “estar” saudável. Em uma segunda acepção, ela aparece sob uma *perspectiva dinâmica*, como sinônimo de bom funcionamento do corpo, ou mesmo de atividade. A saúde se situa então no rendimento fisiológico, ou na boa execução de ações pelo corpo, tais como: andar, se movimentar, trabalhar. E a terceira reflete o poder atribuído ao médico sobre as questões de sua saúde, uma vez que saber “cem por cento” da sua própria saúde depende da análise do médico.

No tocante ao *cuidado*, tanto entre os homens do grupo, quanto da sala de espera, compreendemos que a produção do cuidado segue uma lógica dualista, sendo este tido a partir de dois sentidos que, até certo ponto, se complementam. O cuidado dependeria, para estes homens, da própria pessoa e de algo externo. Ou seja, as práticas de cuidado dependem de um movimento de cada um sobre a sua saúde, de ir buscar atendimento, de buscar fazer exames, de buscar se medicar, e ao mesmo tempo de algo externo que o possibilita ter certeza sobre o estado da sua saúde.

Nesta forma de posicionamento dos homens no tocante ao cuidado à saúde, podemos nos remeter à compreensão do cuidado amplamente relacionada à produção técnica dos/as trabalhadores/as de saúde. Assim, estes homens condicionam o saber de sua própria saúde e suas ações de cuidado à busca pelo saber biomédico que supostamente lhes garantiria a certeza de seu “estado saudável”.

Nesta perspectiva, como Denise Gutierrez e Maria Cecília Minayo (2010, p. 1498) afirmam “os ‘cuidados à saúde’ têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos serviços de saúde e também pelos profissionais da rede de um modo extremamente limitado”, o que implica numa adesão de usuários e trabalhadores/as de saúde a uma dimensão do cuidado extremamente técnica, perdendo de vista seu caráter relacional. Como estas autoras nos lembram, uma observação mais atenta faz com que consideremos que o cuidado à saúde se produz a partir de, ao menos, dois contextos distintos, que estão de certa maneira inter-relacionados: a rede oficial de serviços, representada pelas unidades de saúde, e a rede informal, representada pelo saber popular e familiar.

Ponderamos, no entanto, que em vista do reconhecido saber biomédico-científico no qual a rede oficial se sustenta, na maioria das vezes a rede informal acaba ocupando um lugar de pouco prestígio no meio social. Desta forma, outros componentes relacionados ao ato de cuidar, tais como as interações afetivas, as relações sociais e a produ-

ção de conhecimentos na cultura (incluindo-se também as maneiras particulares de se lidar com o processo saúde-doença), acabam não sendo levados em conta quando usuários dos serviços de saúde relatam suas práticas de cuidado de si. Esse movimento vai na direção oposta à apreciações de Emerson Merhy e Laura Feuerwerker (2009), quando afirmam que essas práticas, nomeadas por eles de “tecnologias leves” são fundamentais na medida em que se configuram a partir de dinâmicas próprias ao território:

É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida [...]. No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos (Merhy & Feuerwerker, 2009, p. 32)

Dialogando no território com trabalhadores/as sobre saúde e cuidado

Adotando essa noção de território, como espaço de negociação, e alimentados pelas discussões de Merhy e Feuerwerker (2009), sobre saúde como espaço de produção de tecnologias “leves-duras” e “duras”, optamos por analisar as práticas discursivas dos trabalhadores/as de saúde (incluindo os profissionais e agentes comunitários/as) com os quais dialogamos durante a nossa pesquisa acerca da produção da saúde e do cuidado no cotidiano do serviço de atenção básica. Focalizamos aqui as conversas/entrevistas que realizamos com 11 profissionais: dois médicos (um homem e uma mulher), uma enfermeira, uma dentista, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), sendo um homem e quatro mulheres, que trabalham na unidade em que desenvolvemos a pesquisa.

Entre estes/as trabalhadores/as, encontramos certa polissemia nos modos de produzir sentidos sobre a saúde. Por exemplo, em resposta ao nosso questionamento “O que você compreende por cuidado à saúde?”, apareceram relatos como estes:

Pesquisador: Pra finalizar, eu queria que tu dissesse o que tu acha que é cuidado...

Ramona: Eu acho que cuidado com a saúde pra mim é você proporcionar qualidade de vida. Eu acho que a saúde começa desde a moradia, o lazer. Aqui na comunidade a gente sofre muito. Eles não tem área de lazer. A moradia você vê que ainda é de morro. Então, eu acho que a saúde é isso. Você ter uma moradia, você ter um saneamento básico, a água chegando todo dia, o lazer, oportunidades de empregos – porque a gente ainda vê muitos jovens sem perspectivas.

(Ramona, dentista, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Pesquisador: O que é cuidar?

Mateus: O cuidar eu acho que é você se sentir bem diariamente, mas sentir-se bem quando você tá assim... bem de saúde, bem com a família, bem com a comunidade. Em relação de se sentir bem com a saúde, que é o que nós, profissionais de saúde, lidamos mais... quando a gente não tem convivência com aquela pessoa, com aquele homem, saber das possibilidades, às vezes é muito difícil conquistar a pessoa no primeiro encontro, mas aos pouquinhos... a idéia da saúde da família é justamente isso: você conviver com aquela pessoa, com aquela comunidade por toda a vida e aí você não quer resolver tudo de imediato, porque senão cê vai quebrar a cara, mas conquistar aos pouquinhos e isso envolve o cuidado também. O cuidado do dia-a-dia, envolve o cuidado das relações familiares, de respeito, de saber até que ponto ele tá certo ou tá errado...

(Mateus, médico, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Pesquisador: Pra finalizar... Eu queria que tu me dissesse, enfim, o que é que você entende por cuidado em saúde?

Érica: Eu acho assim que o cuidado da saúde da comunidade é estar mais próximo, é criar vínculos com a comunidade, que muitas vezes a gente criando certos vínculos, pra um outro profissional, ele chegar pra contar coisas que passam na sua família, na sua casa (...) então a gente tem muito essa questão do cuidado à família, não do cuidado só daquele indivíduo... eu acho que isso é primordial na atenção primária, que a gente tá mais, assim, porque com a presença do PSF, a gente não conhece só aquela pessoa que vem na unidade, a gente conhece a família, a gente conhece a situação, vê com quem ele vive e termina que a gente tenta ajudar de uma forma mais ampla, a gente tenta ajudar no cuidado da esposa, no cuidado do filho, eu acho que é muito bom, a questão do vínculo, a questão da confiança que a comunidade tem...

(Érica, Técnica de Enfermagem, entrevista individual, segundo semestre de 2011).

Ou seja, para alguns dos/as trabalhadores/as que entrevistamos, a saúde é considerada de uma maneira ampla, sendo relacionada a uma série de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais, tais como: moradia, bem estar familiar, lazer, trabalho e saneamento básico. Associado a isso, cuidar da saúde teria como foco a promoção da qualidade de vida e, para isto, envolve a construção de vínculos, a aproximação com o outro, a confiança e o respeito.

Considerando a noção de saúde compartilhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que a define como “o resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, Ministério da Saúde, 2009a, p. 337), podemos sugerir que o modo como estes/as trabalhadores/as vêem a saúde está de acordo com o que se postula pelo tipo de racionalidade a que eles precisam aderir.

Diante disto, alguns questionamentos podem ser formulados: como estes/as trabalhadores/as em suas ações cotidianas na unidade de saúde favorecem aos seus usuários que tais fatores sejam minimamente contemplados? Há esta possibilidade? Quando os/as trabalhadores/as adotam esta compreensão multidimensional da saúde, que ressonâncias têm sobre suas práticas? E com que efeitos?

Retomando os documentos oficiais do SUS, observamos que a saúde aparece como um “direito de todos e dever do Estado”, sendo garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, conforme artigo 196, Seção II. (Da Saúde) da constituição brasileira (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). O que por sua vez, nos faz pensar que embora a saúde seja definida por uma ampla gama de fatores de ordem diversa, as ações se estruturam em grande medida para a manutenção ou submissão do corpo biológico ao controle externo, uma vez que a garantia do que vem a ser a saúde se condiciona à redução do risco de doenças e agravos.

Quando consideramos as construções discursivas dos profissionais entrevistados, entendemos que estes acabam vinculando, com frequência, o cuidado à saúde à busca pelo atendimento médico, pela submissão aos procedimentos oferecidos pelo serviço e pela ida à unidade de saúde, os quais, por excelência, teriam essa função. A fala da técnica de enfermagem ilustra essa consideração:

Pesquisador: O que é cuidado pra ti? Cuidar do outro? Cuidar de si?

Sabrina: Fazer um acompanhamento médico, de rotina, vacinação, como tem aqui pra criança, idoso, adulto. É... procurar saber mais como... Ai meu Deus. É complicado mesmo. (Sabrina, Técnica de Enfermagem, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Essa abordagem também aparece quando alguns interlocutores relatam casos ou experiências práticas desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho, tal como afirma esta agente comunitária de saúde:

Pesquisador: Tem algum caso que você achou interessante desde que cê trabalha aqui de homem que “não se cuidava” e começou a “se cuidar”?

Jéssica: Eu conheço um que ele não vinha à unidade, só que devido ao problema de CA de próstata... foi aí que ele veio, passou no acolhimento, contou o caso dele, contou, as meninas passaram encaminhamento, foi ao médico, o médico passou todos os exames, fez a cirurgia, ficou bom e foi a partir daí que ele procurou cuidar mais da saúde dele e participar mais daqui do posto!... Todo ano ele vem, pede o PSA, pede todos os exames que tem de rotina, pede ultrassonografia!... O medo dele era uma única coisa: o exame do toque! Aquela coisa de antes que ele não sabia que pra fazer um exame de toque tinha que fazer um exame de sangue e agora todo ano ele tá aqui pra fazer todos os exames dele... Ele não perde mais nenhum exame! Então, isso é uma coisa muito boa. (Jéssica, Agente Comunitária de Saúde, entrevista individual, segundo semestre de 2011).

Com estes recortes, questionamo-nos, então, se tais profissionais não estão partindo de suas posições objetivadas ao cumprimento de um ideal maior, qual seja a racionalidade biomédica dominante como estruturante das práticas de cuidado, para definir modos de produzir a saúde da população que assistem, uma vez que destacamos nos argumentos utilizados pelos/as trabalhadores/as, uma compreensão da saúde marcada pela prevenção de doenças, medicalização do corpo e normatização das práticas de cuidado.

Assim, retomamos os questionamentos levantados outrora por Maria Juracy Toneli e Rita Müller (2011, p. 89): “cuidar da saúde significa cuidar da doença quando ela se instala? Ou cuidar da saúde exige uma relativização do que seja cuidado e do que seja saúde para cada um dos sujeitos?”. Podemos refletir estes questionamentos a partir da fala da enfermeira, sobre o cuidado à saúde do homem:

Regina: O que eu falei no começo: ele só procura a unidade quando ele adoecer, ele não tem cuidado da prevenção. Saúde não é só remédios, saúde é a boa alimentação, cuidado com a educação, exercício, né... E eu acho que não tem.

O homem tem pouco cuidado com ele mesmo. (Regina, Enfermeira, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Embora esta profissional mencione que o cuidado à saúde é maior do que a busca pelos medicamentos, citando a alimentação, os exercícios físicos e a educação, ainda o situa como prática condicionada à busca pela unidade de saúde, uma vez que, como o homem só busca a unidade quando está doente e não com finalidade preventiva, ele tem pouco cuidado consigo mesmo.

Compreendemos, a partir deste argumento, que mesmo havendo um movimento de rompimento com a lógica curativista, que a princípio orienta a busca do homem para cuidar de sua saúde, esta profissional continua a trabalhar a saúde a partir de uma maneira prescritiva, sem considerar outras formas de relacionamento do sujeito com sua própria saúde. Afinal, não seria esta busca do homem pelo atendimento, via tratamento de sua condição de adoecimento, também um modo de cuidar de si?

Além disso, pelo argumento utilizado, o cuidar seria necessariamente sinônimo de prevenção, o que também aparece nas palavras de outros/as trabalhadores/as, como neste trecho:

Pesquisador: Pra finalizar, essa era exatamente a questão: como é que tu vê como cuidado, como é que tu vê (sic) o cuidado, o que é cuidar?

Jéssica: Eu acho que o cuidar é não esperar a doença acontecer. Se prevenir bem antes. Se cuidar, se pré, prevenir, né. Não esperar acontecer. “agora vou me cuidar”, não. Aí você já passou o que tinha que passar, né? (Jéssica, Agente Comunitária de Saúde, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Desta forma, para estas interlocutoras, os homens buscam se cuidar depois que a doença já está instalada e não preventivamente. No entanto, este cuidar preventivo se processa a partir da submissão/obediência das orientações médicas sobre hábitos que se dizem saudáveis (alimentação, exercícios físicos) ou por procedimentos (tomar vacina, seguir o tratamento com a medicação corretamente, fazer exames). Logo, um cuidado que é prescrito e prescritivo, que define modos de ser para estes homens, indicando o que devem comer, que exercício devem fazer, que medicamentos tomar e que exames realizar. Luis David Castiel e Carlos Álvarez-Dardet (2007) trazem importantes reflexões sobre essa dinâmica, especialmente a partir das leituras sobre sociedade disciplinar, governamentalidade, e biopolítica.

Por fim, na falta de palavras melhor apropriadas, o cuidado parece se definir por si só, como sendo algo implícito ao que o próprio ato de cuidar significa. Outra fala da enfermeira nos traz essa reflexão:

Pesquisador: Pra fechar, aquela velha discussão: o que é cuidar?

Regina: No final das contas, é se cuidar!...

(Regina, Enfermeira, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

A partir dessas leituras, reconhecemos que ao situarmos questões como “o que é saúde?” e/ou “o que é cuidado?”, provavelmente estaríamos induzindo a que nossos interlocutores acabassem proferindo respostas prontas, de acordo com aquilo que os mesmos acreditassem que gostaríamos de ouvir, ou mesmo condizentes a certo padrão normativo mais amplo. No entanto, julgamos ser importante realizar tais questionamentos ao final das entrevistas, visto que, tendo investido anteriormente em relatos sobre suas práticas cotidianas, pudemos considerar de que modo suas compreensões sobre saúde e cuidado se atualizavam ou se mantinham a partir dos diálogos que íamos estabelecendo, o que nos auxiliou à compreensão das maneiras como o cuidado à saúde acaba sendo operado por estas pessoas. Discutiremos isto no tópico seguinte.

Outras questões relacionadas às práticas de cuidado

Nas conversas/entrevistas que realizamos com os/as trabalhadores/as de saúde observamos emergirem alguns temas, provocados ou não por nós, que se relacionam à produção do cuidado à saúde do homem, e que acabam, ao nosso ver, qualificando e/ou justificando a presença/ausência de práticas de saúde voltadas à população masculina, os quais, acreditamos, precisam ser visibilizados.

Um primeiro aspecto que gostaríamos de destacar, diz respeito às relações de poder presentes no desenvolvimento das práticas de saúde no cotidiano da unidade básica. Para tentar estruturar melhor nossos questionamentos, recorremos a Michel Foucault (1979/2004), em suas discussões sobre o Poder. Situando as questões que lançamos nesta pesquisa a partir das palavras de Foucault, cremos que é importante considerar os jogos discursivos e materiais (jogos de verdade e, portanto, jogos de poder) utilizados pelos/as trabalhadores/as de saúde no cotidiano dos serviços, que orientam e inscrevem as práticas de cuidado, práticas estas que engendram modos de fazer e de viver, e que se materializam nos jogos de verdade e de poder que permeiam o agir em saúde.

Quando se põe em discussão a produção de cuidados, parecem-nos bastante claras as tensões que povoam este campo, o qual é marcado por certa assimetria conceitual. Como vimos, para além das prescrições burocráticas, o cuidado em saúde é operacionalizado no dia-a-dia, e é fundador e fundado por práticas cotidianas que perpassam por relações de poder. Como salienta Foucault:

Onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui. (Foucault, 1979/2004, p. 75)

Dito de outro modo, o poder circula no cotidiano, e se exerce de alguma maneira, sempre orientado de um lugar para outro, mesmo não sabendo “nas mãos de quem está”.

Transpondo isto para os serviços de saúde, este poder se presentifica, por exemplo, nas relações estabelecidas entre os/as próprios/as trabalhadores/as de saúde, quando estes têm questionados seus lugares de saber-poder diante daquilo que compreendem ser *o melhor para a população que atendem*; entre trabalhadores/as e usuários, quando estes primeiros orientam estes últimos sobre que práticas de saúde devem desenvolver para *ser* ou *continuar saudáveis*; nas prescrições burocráticas sobre os funcionamentos dos programas de saúde, quando estas orientam as práticas dos/as trabalhadores/as a partir de princípios bem delimitados e mecanismos de ação que tem por foco populações específicas; nas disposições políticas gerenciais que incidem sobre a organização dos sistemas locais de saúde etc.

Desse modo, os serviços assistenciais dispõem/são dispostos por estratégias que visam controlar, organizar e instrumentalizar a produção da saúde (o que remete ao conceito de Governamentalidade foucaultiano). E ao mesmo tempo, em se tratando de pessoas e das tecnologias de controle da vida, estamos nos referindo a práticas de Biopoder. Assim, não se pode ignorar que tais relações perpassam estes serviços, e na atenção básica isto se apresenta cotidianamente. Podemos destacar isto na fala da dentista, a seguir:

Ramona: Aí é uma maneira da gente realmente trabalhar isso porque quando o ACS fala às vezes não consegue sensibilizar. Muitas conseguem, mas outras não. E aí quando ela vê a dentista justamente falar sobre aquilo... eu acho que muita gente ainda tá atrelado a aquela coisa que o doutor é que sabe, a gente tenta desconstruir isso, mas é difícil... então, quando a ACS fala a mesma coisa que eu falo e às vezes não consegue convencer... E aí quando eu falo com as meninas, elas falam “ó, Ramona, eu falei a mesma coisa, mas ela não acreditou em mim. Quando você falou, ela acreditou e veio pra consulta” (Ramona, dentista, entrevista individual, segundo semestre de 2011).

Assim, percebemos que há aí uma assimetria nas relações (de poder) que se estabelecem no cotidiano desta unidade, que se relacionam aos lugares ocupados pelos/as trabalhadores/as de acordo com os saberes que se supõem ter, os quais são legitimados ou não pela população a que assistem – como é o caso da ACS que tem questionado o

seu saber pela usuária, em detrimento do suposto maior saber da dentista, e ao mesmo tempo da dentista em exercer seu saber-poder para *convencer* a usuária do que ela precisa fazer para se cuidar. Tal exemplo nos aparece de maneira determinante para subverter a idéia de como as práticas parecem ser definidas mediante um saber prévio, quando na verdade é, talvez, no *campo das práticas* que se fundam (ou se materializam) e se legitimam os saberes, entendendo, deste modo, também a produção deste saber como uma prática, como bem o argumenta Foucault (1979/2004).

Outro destaque que fazemos neste tópico refere-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Os/as trabalhadores/as de nível técnico e superior, de modo geral, afirmaram ter conhecimento da publicação da PNAISH, exceto uma das técnicas de enfermagem.

Pesquisador: Tu já teve contato com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, publicada recentemente?

Priscila: Tive contato, pouco, mas tive contato... passei o... passei o olho, fiz uma leitura, discuti com algumas pessoas...

Pesquisador: Qual o teu olhar dela?

Priscila: Não eu acho que ela é uma vitória...! É o que eu coloquei anteriormente, eu acho que a gente precisa dessas demandas que... oriundas dos movimentos sociais organizados, a sociedade civil organizada de forma geral, para que esses elementos e essas especificidades elas venham à tona e elas se transformem em políticas! Então, eu acho que a política é um avanço, do jeito que... foi um avanço histórico, o que se conquistou hoje em relação à saúde da mulher, né, com todos os desafios que ainda nos restam, mas assim, acho que é uma coisa importante sim, mas eu acho que é limitada ainda e eu acho que demanda mais discussão, demanda mais amadurecimento, tanto por parte de quem propõe, de quem discute essa política, como por parte de quem executa a política que somos nós da ponta, né...?!

(Priscila, médica, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Pesquisador: Você já teve algum contato com a política de saúde do homem?

Mateus: Eu tive contato com a política no ministério da (?), eu fui lá em alguns setores de departamento de atenção básica de saúde do homem. Aí ela entregou alguns (?), alguns papéis, mas ela disse, teve uma coisa que foi bem importante, ela disse que quem tá construindo a saúde do homem pras ruas é a gente que tá na unidade de saúde e ela deu contato que é justamente pra isso, que é pra gente construir essa política de saúde do homem. Mas às vezes

fica complicado, não só (?), essa questão mais política por conta da demanda que a gente tem. A gente tem essa... assim... mas não é o que eu gostaria que... sabe... assim... não é o máximo que eu tô me dando pra isso por conta de questões do dia-a-dia mesmo. Mas o máximo que a gente consegue fazer, a gente faz, eu acho que é o mínimo.

(Mateus, médico, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Pesquisador: Tem a política agora, né, que é recente. Tu conhece (sic) a política, tu já entrou em contato com ela?

Sabrina: Não!

(Sabrina, Técnica de Enfermagem, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Essas leituras alertam que, embora estes/as trabalhadores/as estejam de certa maneira informados/as sobre a publicação deste importante documento e dispositivo político, ainda carecem de maiores aprofundamentos sobre suas proposições, tendo em vista as dificuldades apresentadas para o trabalho com os homens numa perspectiva integral. Entre os/as ACS, poucos afirmaram ter conhecimento da referida Política.

Chama-nos a atenção o fato de apenas os dois ACS (um homem e uma mulher) que são mais próximos do grupo de homens referirem conhecer e ter tido algum contato com este documento, embora não refiram ter aprofundamento em suas proposições. Dessa forma, acreditamos que é necessário um maior trabalho com a PNAISH, de modo que esta seja mais bem divulgada e discutida entre os/as trabalhadores/as da atenção básica, para que os mesmos possam incorporar ou incrementar em seu cotidiano de trabalho iniciativas para incluir os homens nas suas ações de saúde.

Outro aspecto que é bastante comentado por quase todos os/as trabalhadores/as de saúde diz respeito à *falta de incentivos da gestão local no estabelecimento de protocolos para ações voltadas à saúde do homem*. Acreditamos que este aspecto está bastante relacionado ao que citamos anteriormente, visto que alguns dos nossos interlocutores, apesar de reconhecerem a publicação da PNAISH, salientam que inexistem recomendações formais da administração pública local (prefeitura, secretaria municipal de saúde) em definir atividades que possam contemplar o cuidado à saúde dos homens na unidade básica de saúde.

Regina (Enfermeira): A gente eu acho que foi pioneira assim... Ela nunca foi tema anteriormente da gestão. A gestão ainda não tem dentro do (?) a pessoa que representa, pelo menos eu não conheço, pode ser que tenha uma

peçoazinha que seja responsável pela do homem. A da mulher tem, tem sempre uma pessoa que aparece. Mas a do homem até agora... (...)

Pesquisador: Mas pelo menos hoje não existe um projeto da prefeitura que tenha chegado na unidade formalmente?

Regina (Enfermeira): Não, não, não tem não. Pelo menos que eu saiba não tem não.

(Regina, Enfermeira, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Pesquisador: Tu sabe se a prefeitura, se a Secretaria de Saúde tem alguma coisa, eh, alguma ação, pra que as unidades de saúde possam aderir a essa política?

Sérgio: Eu acredito que não... mas seria muito bom se pudesse ter essa ação!

(Sérgio, Agente Comunitário de Saúde, entrevista individual, segundo semestre de 2011).

Ramona: O que a gente tá percebendo é que o distrito ainda não definiu o protocolo. (...) Aqui a gente não tem nada que venha da gestão. A gente sempre tem trabalhos que cada comunidade faz por experiência que outros PSF traz pra Recife, mas não tem uma política, um protocolo da gestão e eu acho que Recife tá muito atrasada em algumas coisas em relação a outros municípios. (...) A gente não viu da gestão a cobrança de um protocolo, porque quando tem o protocolo, aí que aqueles profissionais que antes nem tinham se alertado a fazer nada, aí eles começam a fazer.

(Ramona, dentista, entrevista individual, segundo semestre de 2011)

Diante destes fragmentos, vemos que os/as trabalhadores/as ressaltam a falta de um estímulo da gestão à inclusão de ações específicas, e de diretrizes ou protocolos para o trabalho da saúde do homem na atenção básica, o que para nós chama bastante a atenção, tendo em vista a ênfase que a PNAISH concede à incorporação de ações destinadas à população masculina nos serviços da rede básica, de modo a organizar o seu fluxo de acesso no SUS, bastante concentrado nos serviços de média e alta complexidade (Brasil, Ministério da Saúde, 2009b). Desta forma, as ações desenvolvidas para os homens, na unidade, acabam sendo fruto de iniciativas particulares das equipes.

Por outro lado, também nos cabe questionar até que ponto a ausência de uma disposição formal (como um protocolo da gestão) é, por si só, impeditivo para o desenvolvimento de ações com foco em determinado grupo populacional, uma vez que, consideramos que as ações da atenção básica, a partir da ESF, têm como núcleo estruturante

a família, que numa concepção tradicional, envolve tanto homens, quanto mulheres, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos.

De qualquer modo, neste serviço, a falta de articulação da gestão quanto à temática da saúde do homem faz/fez com que eles busquem/buscassem outros meios para contemplar a população masculina em seu cotidiano, como a articulação com os movimentos sociais (especificamente, uma ONG), como diz o médico

Pesquisador: Existe alguma coisa formalizada, sei lá, incentivo da prefeitura...

Mateus: (...) Pela prefeitura o maior incentivo é a saúde da criança e saúde da mulher. Saúde do homem é pouco, embora existam outros órgãos que façam este trabalho. Desde que eu cheguei na comunidade, eu não sei se eles ainda estão por aqui, que é a ONG do [nome da ONG]. Mas eu não sei se eles ainda estão aqui, acho que eles já devem ter migrado pra outra comunidade. E daí a maioria do material que a gente tem aqui na unidade de saúde do homem é dessa ONG, não é da prefeitura.

(Mateus, médico, entrevista individual, segundo semestre de 2011).

Ao mesmo tempo, é importante citar as iniciativas, que acabam sendo executadas via vontade própria dos/as trabalhadores/as de saúde, que se dão a partir do compartilhar de experiências tidas como exitosas e do desejo de se trabalhar tal temática dentre alguns/mas trabalhadores/as interessados/as. Destacamos também a importância do estabelecimento de parcerias com outros profissionais, estudantes, estagiários e pesquisadores que vão à unidade e que contribuem para o *despertar* desta vontade de fazer.

Tomando o caso específico do grupo de homens, por exemplo, a história de sua gestação se monta a partir de diferentes eventos: o contato com a referida ONG, inicialmente em outro grupo realizado na comunidade; a experiência de dois agentes comunitários de saúde e seu desejo particular em trabalhar com os homens, além do seu contato e vínculo com os homens moradores da comunidade que possibilitaram a presença e adesão de alguns destes ao grupo; o apoio de trabalhadores/as, estudantes estagiários, pesquisadores e residentes presentes na unidade que auxiliaram no amadurecimento das discussões no grupo; a participação de diferentes trabalhadores/as no dia-a-dia dos encontros, e por fim; a própria dedicação dos homens/usuários em frequentar o grupo.

Assim, é importante reconhecer que com a experiência e iniciativas observadas no cotidiano desta unidade, bem como a partir dos relatos de trabalhadores/as e usuários, podemos considerar que, como mencionam Márcia Couto e colaboradores:

Uma visibilidade dos homens como potenciais cuidadores e usuários dos serviços parece estar em desenvolvimento, embora ainda de modo tímido. Não podem passar despercebidos alguns discursos e ações de profissionais que dão visibilidade aos homens usuários e os estimulam à prática do cuidado de si e dos outros. Assim, podem ser citadas tanto fissuras nas tendências apontadas, quanto ações inovadoras como estratégias para atender aos homens e inseri-los no contexto dos serviços (Couto et al., 2010, p. 266).

De fato, os/as gestores/as e profissionais de saúde precisam rever práticas, conceitos e valores para o trabalho com a população masculina. Parece ser necessário lançar mão de ações educativas que possam favorecer a compreensão da importância e necessidade de ações dirigidas aos homens, além de que possam auxiliar na definição coletiva de prioridades e estratégias de ação a serem implementadas nos serviços (Medrado, Lyra, Azevedo, Granja & Vieira, 2009). É desta maneira que tais trabalhadores/as e gestores/as poderão perceber que a população masculina também possui necessidades particulares em saúde.

À guisa de (in)conclusões

Como dito anteriormente, interessa-nos nas leituras apresentadas aqui tanto os resultados das pesquisas – a partir dos quais podemos dialogar mais sobre atenção integral à saúde dos homens, a partir de uma perspectiva de gênero –, como também o exercício que conduziu a produção das leituras e análise.

Esse duplo interesse tem parte do reconhecimento de que o objetivo de nossas atividades científicas é produzir deslocamentos sobre os conhecimentos que dispomos, dos saberes, por vezes, consagrados e considerados quase inquestionáveis sobre nosso objeto/questão de pesquisa.

Assim, situamos nossas interpretações como um elemento intrínseco ao processo de pesquisa, mas que não se esgota no processo que se define como “análise”, uma vez que durante todo o percurso da pesquisa estamos tecendo associações, redes ou tramas interpretativas para lidar com o nosso objeto.

Dessa premissa, podemos depreender duas coisas: primeiramente, considerar que o fazer ciência é um exercício iminentemente interpretativo e de produção/explicação de controvérsias; e em segundo lugar, que não se pode separar a atividade interpretati-

va dos contextos de produção – não existem momentos distintos entre o levantamento e a interpretação das informações.

Mary Jane Spink e Helena Lima (1999) situam esse movimento a partir da necessidade de se conceber a noção de objetividade em ciência sob o prisma da intersubjetividade. Segundo estas autoras, “cria-se um elo entre objetividade e intersubjetividade, sendo a objetividade ao mesmo tempo o fundamento e a consequência da intersubjetividade” (p. 104). Vista desta maneira, a busca pela objetividade constitui-se como um empreendimento dinâmico que não se pode constituir de maneira apriorística, mas no cotidiano da pesquisa.

Não à toa, Peter Spink (2008), no início do texto “O pesquisador conversador cotidiano”, lança o seguinte questionamento: O que é o cotidiano? Em resposta a esta pergunta, o autor argumenta que todos vivem no seu cotidiano: independente de quem seja ou onde esteja, toda e qualquer pessoa vivencia uma série específica de situações e eventos corriqueiros que marcam e são marcados por micro-lugares.

Essa perspectiva de micro-lugares, que orientou nosso olhar na pesquisa ora relatada, diz respeito a uma tentativa de situar ao mesmo tempo a fluidez e transitoriedade que marcam o cotidiano, bem como a materialidade contextual que referencia a experiência.

Dito de outro modo, os micro-lugares compõem elementos constitutivos de um cotidiano que se estrutura a partir de sua própria imaterialidade. Significa dizer que cada acontecimento produz e é produzido a partir de processos sociais singulares e específicos que se sobrepõem em complexa rede. Como afirma Spink (2008) “os micro lugares, tal como os lugares, somos nós; somos nós que os construímos e continuamos fazendo numa tarefa coletiva permanente e sem fim” (p. 71).

Assim, compreendemos o cotidiano como os lugares em que as coisas acontecem. O lugar privilegiado para a vida se desenrolar, para as trocas sociais se desenvolverem. Além disso, como diz Ecléa Bosi (1979, p. 10) “é do cotidiano que brota a magia, a brincadeira que vai transformando uma coisa em outra... Abra os olhos e apure os ouvidos. É só prestar atenção”.

Referências

- Bosi, Ecléa (1979). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009a). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (3. Ed.). Brasília: Autor.

- Brasil. Ministério da Saúde (2009b). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Autor.
- Carrara, Sérgio; Russo, Jane A. & Faro, Livi (2009) A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 659-678. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312009000300006>
- Castiel, Luis David & Álvarez-Dardet Carlos (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília.
- Couto, Márcia T.; Pinheiro, Thiago F.; Valença, Otávio; Machin, Rosana; Silva, Geórgia S. N.; Gomes, Romeu & Figueiredo, Wagner S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*. 14(33), 257-270. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832010000200003>
- Figueiredo, Wagner S. (2005) Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109
- Foucault, Michel (1979/2004). *Microfísica do poder (Microphysique du pouvoir)*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Gomes, Romeu; Nascimento, Elaine F. & Araújo, Fábio C. de (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(3), 565-574. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000300015>
- Gutierrez, Denise M. D. & Minayo, Maria Cecília S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência e saúde coletiva*, 15(1), 1497-1508. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700062>
- Iñiguez, Lupicínio (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era post-construccionista. *Athenea Digital*, 8, 1-7. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n8.235>
- Medrado, Benedito & Lyra, Jorge (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 809-840. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2008000300005>
- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana; Granja, Edna & Vieira, Sirley (2009). *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto PAPAÍ.
- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Azevedo, Mariana & Noca, Jéssica (2010). Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: Benedito Medrado; Jorge eLyra; Mariana Azevedo & Jullyane Brasilino (Orgs.), *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas* (pp. 53-78). Recife: Instituto PAPAÍ.
- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Dantas, Luiza; Valente, Márcio; Quirino, Tulio; Machado, Michael & Gondim, Simone (2011) Paternidades no Cotidiano de uma Unidade de Saúde em Recife: Traços, Curvas e Sombras em Redes Heterogêneas. In: Maria Juracye F. Toneli, Benedito Medradoe; Zeidi eA.

- Trindade & Jorge Lyra (Org.), *O Pai está Esperando? Políticas públicas de saúde para a gravidez na adolescência* (pp. 189-211). Florianópolis: Ed. Mulheres.
- Medrado, Benedito; Lyra, Jorge; Valente, Márcio; Azevedo, Mariana & Noca, Jéssica (2011) A Construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In: Zeidi A. Trindade, Maria Cristina S. Menandro & Célia Regina Rangel Nascimento (Orgs.), *Masculinidade e Práticas de Saúde* (pp. 27-36). Vitória-ES: GM Editora.
- Merhy, Emerson & Feuerwerker, Laura C.M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Ana Cristina de Souza Mandarino & Estélio Gomberg (Orgs.), *Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp. 29-74). São Cristóvão: Editora UFS.
- Quirino, Tulio R. L. (2012). *A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem*. Dissertação de mestrado inédita. Universidade Federal de Pernambuco.
- Spink, Mary Jane P. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.
- Spink, Mary Jane P. (2007). Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 7-14. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822007000100002>
- Spink, Mary J. & Lima, Helena (1999). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Mary Jane Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 71-99). São Paulo: Cortez.
- Spink, Peter K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-contrucionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822003000200003>
- Spink, Peter K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20(spe), 70-77. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822008000400010>
- Toneli, Maria Juracy F. & Müller, Rita C. F. (2011). A Divisão Sexual do Cuidado com a Saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: Zeidi A. Trindade, Maria Cristina S. Menandro & Célia Regina R. Nascimento (Org.), *Masculinidade e Práticas de Saúde* (pp. 79-97). Vitória-ES: GM Editora.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)