



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNO DIAS BATISTA

PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS
PELA ATENÇÃO BÁSICA

CAJAZEIRAS - PB

2017

BRUNO DIAS BATISTA

PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA
ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

B333p Batista, Bruno Dias.
Percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela atenção básica / Bruno Dias Batista. - Cajazeiras, 2017.
81p.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Saúde do homem. 2. Atenção primária à saúde - homem. 3. Masculinidade. 4. Identidade de gênero. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

BRUNO DIAS BATISTA

PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA
ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem, do Centro de Formação de
Professores, da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito para obtenção
de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 19 / 04 / 2017

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
(Orientador)



Prof. Esp. Nívea Mabel de Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
(1º Membro)



Prof. Esp. Fernanda Formiga Flávio
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
(2º Membro)

Dedico este trabalho à minha mãe, por me
presentear com a vida.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria Neves (Nevinha), quais palavras devo dedicar a ti? Como posso transcrever perante a sentimentalidade que me envolve ao pensar em sua imagem? Apenas posso agradecer por sua amabilidade, cumplicidade, momentos vivenciados, segredos resignificados. És aquela para que me volto quando noites de tormenta me assolam, a essência de minha existência carnal, raiz de minha humildade e sensibilidade. A fonte do mais puro e profundo amor. Obrigado por me ensinar a enxergar com os olhos do coração.

Ao professor Dr. Marcelo Costa Fernandes, meu orientador, tive a maior das dádivas de minha vida por ser seu aluno. Saiba que fostes a razão pela qual me encantei pela análise do discurso. Sua paixão por compreender a saúde pública, sua abordagem rigorosa e significância quantos às pesquisas, seu amor pelas nuances que viabilizam o SUS, você representa uma inspiração para mim nas diversas interfaces do ser. Obrigado por toda sabedoria compartilhada, por ter elevado o padrão muito acima daquilo que supunha ser capaz de alcançar, e por ter me dado o espaço para explanar minha própria ideologia. Caso consigas na vida uma ínfima parte do que você realizou na sua, considerarei minha vida um sucesso.

À Talyta (Talytinha), meu verdadeiro miocárdio. Como imaginar minha caminhada sem sua amizade? O sentimento que tem nos mantidos unidos compreende o verdadeiro epicentro da humanidade. Tens sido um verdadeiro misto de encanto, doçura, filosofia e som. Obrigado pelo acalento, por ser minha coragem para não desistir, por ouvir o meu silêncio, por dedicar um curto espaço de seu tempo para escutar minhas funduras sorradeiras. Afago-me em sua paz e ternura de seus abraços. Você colore as inúmeras páginas em branco de minha alma.

Ao meu irmão Lucas, obrigado pelo companheirismo de uma vida e por me ensinar a não viver sozinho. Sua espontaneidade tens sido um refúgio e sua amizade vai além do laço sanguíneo que nos mantém unidos.

Aos meus gatos, Nega, Tufão, Max, Pretinha e Magrinha, pela alegria que entornam os meus dias e por fazerem minha vida mais adocicada com seus miados e carinhos.

Ao Evelto, meu amigo-irmão, companheiro de estudos, viagens, sonhos, receios e angustias. Obrigado por me fazer companhia desde os primeiros dias que embarquei nessa viagem e por velejar nessa imensidão azul. Um dos seres mais grandiosos que já conheci. Quero ser igual a você quando crescer.

À Jéssica, minha amiga detentora dos olhos de cigana oblíqua e dissimulada, como diria Machado de Assis. Obrigado pelo vigor de permitir desaguar meu mar em sua história. Nossa amizade absorveu o brilho da lua que costumávamos a admirar sorrateiramente.

À minha doce Thaise, o melhor de mim. Obrigado pela alegria, por sempre fazer minha rizada subir de tom, pela leveza, pelo amor e pelas aventuras. Por que de aventura a gente entende.... Quero poder ser o verão para seus dias nublados.

Ao Francisco (Beta), obrigado por dividir comigo sua estrada, sua generosidade, pelas gargalhadas, pelos instantes compartilhados e, acima de tudo, pela cumplicidade que foi marcante em nossa amizade. Você alegre o meu coração.

Ao professor Antônio (Toninho), obrigado por me ensinar a amar o real sentido e significado que as palavras representam em nossa sociedade, bem como, como estas podem dignificar o homem. Sua arte sempre foi poesia para meus ouvidos e estes, hoje em dia, sentem muito a ausência de tal sonoridade.

À professora Patrícia Marega, obrigado por sua amabilidade, companheirismo e conhecimentos de vida compartilhados. Sinto falta de poder embarcar em seu abraço matinal, afogar-me em sua paz sorrateira. Tu presença em minha vida representou/representa um infinito de alcances para o meu ser. Que todo amor do mundo reine em sua vida e de seus familiares. Obrigado por sua existência!

Aos homens que me deram o prazer e a oportunidade de ouvir seus “eus” externados e que ancoraram em meu estudo suas apreensões, percepções e ideações quanto à saúde que os envolvem.

À todas que convictamente contribuíram de forma direta e/ou indireta para a construção deste estudo e que, porventura, não foram aqui mencionados.

“Essa tal de ‘percepção’ que me deixa avessa,
inquieta, tranquila, certa... perto ou distante...
me encanta!”

(Rosicleide David)

BATISTA, Bruno Dias. **Percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela atenção básica**. 2017. 81p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

A prática de cuidados voltados à população masculina no contingente da Atenção Básica, é abstraída de prospectos que configuram desafios e que estão relacionados à hegemonia masculina vigente, à cultura, ao fator histórico e ao estigma social; repercutindo, assim, na edificação das ações profissionais voltadas aos homens, em sua presença no cenário de saúde e como estes compreendem o referido segmento de saúde. Imbuído desta subversão, o estudo procurou averiguar por intermédio da dialogicidade discursiva, a compreensão que os homens medeiam acerca das ações de saúde promovidas pela Atenção Básica e que tem como foco este expoente populacional. Trata-se de um estudo de natureza descritiva pautado na abordagem qualitativa, desenvolvido com usuários homens de uma Equipe de Saúde da Família da Atenção Básica da cidade de Cajazeiras, Paraíba. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados perante premissas da análise de discurso. A pesquisa teve início, a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 1.844.255. Mediante compreensão das condições de produção dos discursos elucidadas, vislumbra-se que este cenário de atenção incorre, no constructo masculino, como ambiente de procura por atendimento perante o acometimento de saúde, local para enfrentamento da doença e obtenção da cura por sobre ação profissional. Salienta-se o desconhecimento dos princípios estruturantes de prevenção de agravos e promoção da saúde que entornam o referido serviço. Apreende-se também, explanações de cunho emocional que permeiam a condição de sadio e a demarcação de uma escuta vazia de envolvimento profissional, consolidando o distanciamento desta parcela populacional do cenário de cuidados em saúde. Decorre nuances do modelo biomédico como elemento preponderante nos discursos, atuando como álibi na determinação da procura deste segmento pela Atenção Básica. Pontua-se a preponderância sócio e histórica da hegemonia masculina que interfere, diretamente, na percepção dos cuidados em saúde e na incorporação identitária do ser homem frente ao adoecimento. Neste intento, sugere-se o uso de estratégias na condução de ações que descortinem a invisibilidade masculinidade no serviço, valorização de sua singularidade, subjetividade e de sua emergência em saúde.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Masculinidade. Identidade de Gênero. Saúde do Homem.

BATISTA, Bruno Dias. **Perceptions of men regarding the health actions offered by primary care.** 2017. 81p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Teacher Center Training, Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2017.

ABSTRACT

The practice of care directed to the male population in the contingent of Basic Attention, is abstracted from prospects that confront challenges and that are related to the current masculine hegemony, the culture, the historical factor and the social stigma; Thus impacting on the construction of professional actions aimed at men, in their presence in the health scenario and how they comprise the said health segment. Imbued with this subversion, the study sought to investigate through discursive dialogues, the understanding that men measure about the health actions promoted by Basic Attention and that focuses on this population exponent. This is a descriptive study based on the qualitative approach, developed with male users of a Family Health Team of the Primary Care of the city of Cajazeiras, Paraíba. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed before the premises of the discourse analysis. The research began, after the approval of the project by the Research Ethics Committee under opinion nº 1.844.255. Through an understanding of the conditions of production of the elucidated discourses, it is possible to see that this scenario of attention incurs, in the male construct, as an environment of demand for health care, a place to confront the disease and obtain cure through professional action. The lack of knowledge of the structural principles of disease prevention and health promotion that interrupt this service is encouraged. It is also understood that emotional explanations that permeate the healthy condition and the demarcation of an empty list of professional involvement, consolidating the distance of this population from the health care setting. There are nuances of the biomedical model as a preponderant element in the discourses, acting as an alibi in determining the demand of this segment for Basic Attention. The socio-historical preponderance of male hegemony is analyzed, which directly interferes with the perception of health care and the incorporation of the identity of being a man in the face of illness. In this attempt, it is suggested the use of strategies in the conduct of actions that reveal the invisibility masculinity in the service, valorization of its singularity, subjectivity and its health emergency.

Keywords: Primary Health Care. Masculinity. Gender Identity. Men's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do estado da Paraíba com destaque da cidade de Cajazeiras – PB.....	26
Figura 2 – Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	27
Figura 3 – Representação dos processos de formações discursivas mediante análise.....	37

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CGR	Colegiados de Gestão Regional
ESF	Estratégia Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
DF	Distrito Federal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PAN	Plano de Ação Nacional
PB	Paraíba
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.....	18
3.2 ACESSIBILIDADE DOS HOMENS ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	21
4. MÉTODO	25
4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	25
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
4.4 COLETA DE DADOS	28
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
6 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO E FORMAÇÃO DOS DISCURSOS	35
6.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – PARADIGMA QUE SUSTENTA ESTIGMAS: O MASCULINO NOS BRAÇOS DO MODELO BIOMÉDICO.....	38
6.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – A CONDIÇÃO HUMANA DO NÃO SER: O HOMEM E A FACE DO ADOECIMENTO	52
6.3 FORMAÇÃO DISCURSIVA – VOZES QUE ECOAM NO VAZIO: A NECESSIDADE DE SE FAZER OUVIR.....	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69

APÊNDICES	72
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	73
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	74
ANEXOS	76
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UFCG).....	77
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA CIDADE DE CAJAZEIRAS	80
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	81

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde voltado ao público masculino vem, deliberadamente, apropriando-se de espaços no que concerne as ações de saúde promovidas pela Atenção Básica (AB) e isso tem culminado na ampliação de debates perante esta recente óptica da saúde. Contudo, por se tratar de uma interface que envolve o homem, que não apresenta uma assistência consistente no primeiro nível de atenção, ainda é possível identificar a falta de compreensão de cuidados por envolver aspectos culturais e históricos do simbolismo masculino.

Partindo desse pressuposto ao que condiz com a presença dos homens em atendimentos na AB, Moura et al. (2014) descrevem que os homens não possuem reconhecimento de suas necessidades nesses serviços de saúde, o que confere uma tradição de (não) procura por atendimento, consistindo em uma parcela da população que não é assistida rotineiramente.

Ainda de acordo com esses autores, há discrepâncias dos motivos de atendimento quando feito comparativo entre o público masculino e o feminino. Aos homens cabem a procura por assistência perante agravos e doenças previamente instalados, caracterizando níveis de emergência, de urgência e até certa linha de cuidados especializados. Sendo assim, evidencia-se uma dificuldade encontrada pela atenção primária em assistir de forma interina a demanda de saúde expressa por este segmento de usuários, assim como as ações de saúde que na grande maioria não possui aspectos de gênero masculino em seu pleno desenvolvimento.

Para compreender os reais motivos que levam o homem a não procurar assistência em saúde, vários fatores têm sido abordados e discutidos, buscando conhecer qual o epicentro desse perfil assimilado por este segmento populacional; os quais constituem dimensões que revigoram frequentes explicações e significações acerca da fundamentação do serviço de saúde e dos profissionais envolvidos nesse espaço de produção do cuidado.

Nesse sentido, inúmeras são as questões de gênero que dificultam ou mesmo impedem o acesso dos homens a esses serviços, entre elas cita-se a necessidade, culturalmente construída, de parecerem mais fortes que as mulheres e, conseqüentemente, não adoecerem e não necessitarem de cuidados (VIEIRA et al., 2013).

Além disso, a procura por cuidados representa um sinal de fragilidade perante a ideologia do masculino, construída ao longo da história e que permeia a identidade do homem em sociedade, comprometendo assim a busca por assistência. Destaca-se também que muitos

homens usufruem da automedicação, de chás e de idas a farmácias como meio curativistas; funcionando como método alternativo à procura do serviço.

Em alusão a este fator, Lopez e Moreira (2013) descrevem que a hegemonia masculina acaba por definir e orientar um agir sexual e social; algo que reflete nos índices de morbimortalidade e agravos dos homens em relação às mulheres.

Dentre as outras facetas que interferem na inserção do homem em ações de saúde, figura-se o desconhecimento pelas atividades que são promovidas, confirmando que os homens somente procuram os serviços de saúde perante doenças em quadro agudo ou crônico e não como meio preventivo.

Ainda, nessa explanação Moreira, Fontes e Barboza (2014) em consonância com Vieira et. al (2013), discorrem sobre outros motivos que reverberam na resistência masculina ao acesso do serviço, os quais compreendem: o medo de se descobrir como seres frágeis/doentes; a demora que configuram o atendimento; a exposição do corpo ao profissional de saúde; a ornamentação do serviço que confere certo grau feminino; a inflexibilidade de horário no atendimento; o receio quanto a perda do vínculo empregatício; a falta de ações de saúde voltada ao público masculino; a falta de capacitação profissional e a postura adotada pelos diversos profissionais nas consultas.

Mediante esta ação do cuidado ao homem é validado a importância da atenção primária como espaço propício para a reorientação de ações que envolvem o contingente de gênero, onde, por intermédio do acolhimento, o usuário se sinta importante e possa obter atendimento que fomente uma efetiva capacidade resolutiva, bem como a construção de vínculo, respeitando a singularidade do indivíduo, enquanto pessoa, e sua multiplicidade, enquanto ser que possui uma história, uma família e uma identidade.

Perante esse contexto situacional de saúde o Ministério da Saúde implantou, em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pela portaria Nº 1944. Por conseguinte, a política vem reconhecer a necessidade de integralidade do indivíduo mediante sua representação no cenário da AB (BRASIL, 2009b). Atribui-se a ela a busca por melhorias dos fatores de risco que configuram os elevados índices de mortalidade e morbidade da população masculina, atuando nos aspectos de concepção de gênero a fim de promover melhoria das condições de saúde dos homens.

No âmbito da AB as ações são predominantemente centradas no cuidar materno, infantil e do idoso. A PNAISH surge como viés para modificar esse paradigma e trazer a saúde do homem, e o próprio homem, para as ações de cuidado coletivo que visa o impacto na saúde do usuário em questão, gerando, com isso, um impacto cultural e social.

Pesquisas abordam a necessidade veemente de discutir sobre as questões de gênero que envolvam todos os setores, como caminho para o reconhecimento da vulnerabilidade do público masculino e a formulação de estratégias que atraiam os homens para a prática de prevenção de agravos e promoção da saúde (CORDEIRO et al., 2014; STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Ainda conforme Storino, Souza e Silva (2013), os serviços de saúde precisam incorporar outras ópticas de mudanças trazidas pela PNAISH, destacando-se princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), que alude a assistência já prestada, além de outros pressupostos de saúde que acometem o homem e que já puderam ser contempladas por outras políticas que estão em vigor.

Partindo do que já foi explanado anteriormente, surge a seguinte indagação: quais as percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela Atenção Básica?

O interesse pela respectiva temática teve início mediante observação da escassez do público masculino neste cenário de saúde, acrescido da proposta de discussão e formulação de ações de saúde trazidas ao longo de minha formação em várias disciplinas, donde se destaca a Saúde Coletiva I. Ainda neste contexto, destaca-se a participação do projeto de extensão “Circulando Espaços de Promoção da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, no qual tivemos a preocupação quanto à articulação de uma ação que buscasse a sensibilização dos homens quanto aos cuidados em saúde mental, que não pudera ser alcançada em virtude do não comparecimento destes no serviço.

O dimensionamento de discussões a respeito da saúde do homem, representa uma extrema necessidade de buscar por melhorias na validação concisa de preceitos revigorados pela PNAISH. A inserção deste público nas ações de cuidados pode interferir, diretamente e positivamente, na modificação dos índices de morbimortalidade, da significação de gênero e na transcendência histórico-cultural que revigora em nossa sociedade.

Mediante ao que foi discorrido, acredita-se que o estudo proporcionará a obtenção de fatores que colaborarão com o planejamento de estratégias de saúde voltadas ao público masculino. Tendo como principais agentes assimiladores desses resultados os profissionais de saúde da AB, uma vez que os mesmos possuem como princípios de atuação a educação em saúde. O estudo pode, também, retratar o que pensam os homens frente as ações de saúde e ao próprio serviço; permitindo servir de guia para gestores na formulação de ações que contemplem o gênero masculino.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar as percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre ações de saúde percebidas pelos homens no contexto da Atenção Básica;
- Identificar os fatores intervenientes na participação dos homens nas ações de saúde no primeiro nível de atenção;
- Compreender como transcorre o acesso dos homens ao serviço de atenção primária.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Os aspectos de cuidado em saúde centrado na população masculina mantiveram por um longo percurso de tempo uma invisibilidade social, em sua essência as promulgações de saúde eram interpostas ao cuidado feminino, infantil e geriátrico.

Essas prerrogativas sofreram transformações ao longo dos últimos anos, principalmente, tomando por base, os acordos internacionais firmados através da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade de Cairo em 1994 e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher ocorrida em Pequim no ano posterior, 1995 (BRASIL, 2009c). Estes documentos tornaram evidente a vertente do cuidado em saúde tendo como enfoque os homens, fomentando assim o planejamento de políticas públicas e ações que envolvessem esse público.

Nos documentos ratificados no Cairo e em Pequim, discutiu-se a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de defesa na promoção da igualdade de gênero, reconhecendo explicitamente que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais na sociedade (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). Tem-se, pois, uma visão na qual os homens passam a ser compreendidos como sujeitos de cuidado, sendo envoltos de preceitos que incluem aspectos sexuais e reprodutivos.

No escopo dos respectivos movimentos, as reflexões sobre gênero apareceram com maior destaque e acabam remetendo ao arcabouço das práticas em saúde, uma vez que a interpretação de gênero imposta pela sociedade interfere diretamente nas relações de cuidado que condizem com a saúde, expressa significativamente pelo modo que o homem possui ao vivenciá-la em seu cotidiano (BRASIL, 2009c).

Este pareceres retratam a necessidade de se construir saúde por intermédio de uma perspectiva que transponha a relação de gênero, considerando os fatores determinantes e condicionantes que comprometem a saúde desse segmento populacional, aos quais essas ações de âmbito sanitário venham a ser desenvolvidas com destaque ao público masculino.

De acordo com Medeiros (2013) a década de 1990 demarca uma nova visão acerca das discussões perante à saúde do homem, onde fora dada maior relevância aos aspectos que envolvem o gênero e a hegemonia masculina. Ainda conforme a autora, há nessa mesma época

uma gama de reflexões acima daquilo que é saudável e doente, e que acabam comprometendo o expoente populacional em questão.

Partindo desse pressuposto, Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) afirmam que é justamente na primeira década do século XXI que os homens passam a serem pensados como uma categoria populacional com necessidades em saúde, sendo que estes apresentam relações de desigualdade quanto ao poder, vinculado a sua invulnerabilidade que antes se pensava possuírem.

É a partir, dessas vertentes discursivas, que a atenção voltada para uma assistência que passe a contemplar a saúde masculina se torna cada vez mais necessária, associada aos valores de morbimortalidade anunciados pelos estudos que revigoram no desenvolvimento de uma ação/postura, que possa ser vista como transformadora da realidade encontrada e que acabe por trazer esses homens cada vez mais para próximo dos serviços de saúde.

Imbuído dessa sensibilização da necessidade de saúde apresentada pelo público masculino o Ministério da Saúde (MS), cria inicialmente, no ano de 2007, a área técnica que contempla a saúde do homem para posteriormente, em 2008, lançar os princípios e as diretrizes que compreendem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Em seguida, o mesmo publica oficialmente a política em 29 de agosto de 2009 correlacionada a Portaria Ministerial nº 1944, tendo suas premissas de ações voltadas aos homens com idade de 25 a 59 anos de idade.

A PNAISH, foi formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – porta de entrada do Sistema Único de Saúde –, particularmente com suas estratégias de humanização, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população (BRASIL, 2009b).

A consonância entre a PNAISH e a Política Nacional de Atenção Básica emerge como meio de promover um maior fortalecimento e qualificação das ações já realizadas por esse nível de atenção à saúde. Além disso, tendo o homem como centro de suas ações, a política conjuntamente à Atenção Básica (AB) promove um atendimento à saúde do indivíduo mais próximo de sua residência aliado ao maior alcance de resolubilidade principalmente no que concerne sua abrangência intersetorial; garantindo um fazer saúde aquém do aspecto fisiológico, permeando todos os elementos que constitui o homem, sejam eles: aspectos culturais, sociais, religiosos e culturais (BRASIL, 2011a).

Segundo a PNAISH é na faixa etária, dos 25 aos 59 anos de idade, que os índices de mortalidade estão concentrados, principalmente em: Causas externas; Doenças do aparelho circulatório, Tumores; Doenças do aparelho digestivo e Doenças do aparelho respiratório. Destaca-se que as causas externas são as responsáveis pelos maiores valores de óbitos, os quais perfazem os Acidentes de transporte, as Lesões autoprovocadas voluntariamente e as Agressões (BRASIL, 2009b).

Em suma, a política objetiva a melhoria de saúde/vida da população masculina, principalmente ao que diz respeito aos agravos que resultam em morbimortalidade, sua edificação dar-se-ia por meio da solidificação das bases e promoção de vieses que busquem a captação e o estímulo dos homens quanto ao acesso dos serviços promovidos pela atenção primária.

Para tanto, a política vem para reestruturar o modelo assistencial vigente que está consolidado sob pilares estereotipados, colaborando com as respectivas desigualdades de gênero já mencionados; onde somente com sua consolidação plena, mediante perspectiva profissional e em local adequado, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), essas premissas poderão ser modificadas.

Buscando consolidar sua implantação foi criado o Plano de Ação Nacional (PAN) 2009-2011, edificado entre dezembro e junho de 2009. Conforme descrição, o PAN foi realizado por meio de reuniões com representantes de sociedades médicas, da sociedade civil, universidades, gestores estaduais e municipais, profissionais da saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

O plano constitui parte integrante da política que visa promover subsídio para que os gestores, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Conselhos de Saúde; desenvolvam estratégias e ações voltadas para a saúde do homem, mediante planos de saúde Estadual e Municipal, em consideração com as necessidades e características locais e regionais.

O PAN visa nortear também, a elaboração de Projetos-pilotos nos 26 Municípios sendo realizado apenas um no Distrito Federal (DF). O plano possui nove eixos os quais compreendem: I – implantação da PNAISH; II – promoção da saúde; III – informação e comunicação; IV – participação, relações institucionais e controle social; V – implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem; VI – qualificação de profissionais da saúde; VII – insumos, equipamentos e recursos humanos; VIII – sistemas de informação; e IX – avaliação do projeto piloto (BRASIL, 2009a).

Contudo, apesar da PNAISH ser vista como um importante avanço na conjuntura que diz respeito à saúde do homem, ainda há muito que se buscar no aprimoramento de um serviço que possa atender a todos os por menores que constituem os atores sociais envolvidos com a prática de cuidado, a fim de sensibilizar a população masculina sobre a própria percepção de saúde, bem como dos gestores e profissionais inseridos principalmente na AB.

Em um estudo que procurou compreender como a política chega aos serviços de atenção primária Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012), descreveram que a maioria dos gestores não acompanham a implementação da política no município, ressaltando a existência de desconhecimento da própria política pelos governantes, o que pode ecoar negativamente no cuidado prestado aos homens nos setores de saúde.

Diante disso precisa-se descobrir e debater mais sobre a inserção da política em determinados locais, assim como, investir na sensibilização de profissionais e gestores sob essa prática de cuidado que permeia a saúde masculina, de tal modo, que possam interferir positivamente neste seguimento da população, minimizando os índices de morbimortalidade e de demais agravos que assolam esse público em especial.

3.2 ACESSIBILIDADE DOS HOMENS ÀS AÇÕES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Os cuidados que envolvem a saúde protelados pela Atenção Básica (AB) têm se consolidado ao longo do tempo, resultando em elevado número de acessos da população a este setor de saúde. Além disso, esse espaço da atenção representa um local propício para que os profissionais se valham para otimizar as ações em saúde, cortejando a integralidade que compõe o usuário; sujeito merecedor de direitos em saúde.

Contudo é partir da década de 1990 que o olhar sob a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha novas proporções, o Ministério da Saúde (MS) no uso de suas atribuições cria, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) em consonância com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) logo mais, reestruturando o modo de se fazer saúde transcorreu o processo transitório de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesta nova vertente, a saúde passa a ser compreendida como uma comunhão de fatores do indivíduo/família e comunidade adstrita em uma locorregião, traçando metas de cuidado em saúde pautadas em práticas efetivas.

Conforme o MS, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e princípio no estabelecimento de comunicação da Rede de Atenção à Saúde

(RAS) (BRASIL, 2012b). Neste sentido, Medeiros (2013) discorre que a atenção primária deve proceder com ampla disponibilidade e facilidade de acesso ao usuário que procura atendimento pois, tal conjuntura, é significativamente importante e reflete diretamente no excesso de demanda dos demais serviços. A autora ainda cita determinados elementos que devem fazer parte da constituição do serviço primário: como a resolubilidade, o acolhimento, a capacidade de alocar recursos necessários para resolver os problemas e uma prática enraizada na humanização.

Tomando por base as referidas explanações, fica evidente que o serviço de atendimento primário vem se consolidando como ambiente adequado para efetivar a saúde, e onde o acesso a este setor é inteiramente regido por princípios e diretrizes que reiteram o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim, constitui um espaço físico preponderante para o desenvolvimento de ações articuladas com a PNAISH. No entanto, apesar de sua significativa importância, ainda é notória a ausência destes homens na constituição deste cenário.

Com relação à presença de homens no cotidiano desse nível de atenção, pode-se destacar a hegemonia do gênero masculino representando um grande aspecto que reverbera o viver em sociedade ao qual pressupõe que o homem é um ser invulnerável, com alta imunidade, um ser forte, de estado viril, dominador, ativo, provedor familiar e que os vieses que permeiam o adoecimento somente condizem com a mulher que na sociedade atual representa o lado frágil, onde os cuidados em saúde são vistos, equivocadamente, como fatores de enfraquecimento e dotados de certa feminilidade.

Frente a esta concretude é visível que a relação de gênero influencia, direta e indiretamente, no modo de se pensar e de vivenciar a saúde. Essa perspectiva relacional de gênero interfere na percepção que passa a ser adotada pelo homem, a este cabe o ônus de assumir posturas que colocam em risco a integridade de sua saúde, consistindo em um fator cultural condicionado ao estereótipo de gênero.

A compreensão de cuidados assimilada pela população masculina alude ao modelo tecnológico em saúde que ainda é predominante. Tal constatação é evidente no estudo realizado por Quirino (2012) em que o cuidado à saúde, apresenta íntima relação à produção técnica que engloba os profissionais dessa área. Neste interim, o homem interpõe o saber de sua própria saúde, assim como de seus cuidados na vertente de um saber biomédico que em sua concepção é a garantia e certeza de seu estado saudável.

Tal observância feita pelo autor, entra em consonância com a dificuldade que o homem tem em se perceber como sujeito capaz de apresentar um quadro de adoecimento, ou seja, não reconhece suas responsabilidades de cuidado preventivo quanto a sua saúde. Neste

sentido, esse público, quase sempre, adia a procura pelo serviço; somente adentrando neste quando a enfermidade muitas vezes já se encontra em estado crônico.

Contudo, há que se destacar que a grande porta de entrada do homem no ambiente de saúde, tem sido os serviços especializados, resultando em maiores custos financeiros em virtude de suas comorbidades já instaladas.

Vieira et al. (2013) em estudo que objetivou conhecer os motivos que aproximam e afastam os homens da procura por atendimento, identificaram que grande parte dos participantes da pesquisa alegaram se sentirem saudáveis e que por isso frequentavam pouco o serviço de saúde, permanecendo por até um total de dez anos sem buscar atendimento. Ao que tange os fatores que acabam por afastar esses homens da AB estão: a incompatibilidade de horário para atendimento, o medo de detectarem doenças graves, bem como, a falta de especialistas e o contingente de fichas a serem preenchidos no ato da consulta; tais características são vistas como impeditivos da presença desses homens no serviço.

Demais autores indicam que os aspectos ornamentais que interiorizam os serviços de saúde não são compreendidos pelos homens como acolhedores, já que são direcionados mais para as mulheres e crianças, acentuando a ausência deste público no respectivo cenário de atendimento (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014; SILVA et al., 2013; SIQUEIRA et al., 2014).

Pode-se perceber, perante essa ressalva dos autores, que a disposição estética dos serviços acabam por retratar maior visibilidade das atividades que são desenvolvidas para à saúde da população feminina e infantil, prerrogativa também levantada por Pereira e Barros (2015). Nesta instância, tal característica funciona como mola propulsora para o afastamento do homem do espaço de atuação da AB.

Ainda em suas abordagens Moreira, Fontes e Barboza (2014) em convergência com Moura et al. (2014), discorrem a respeito da grande migração dos homens para procura de atendimentos em outros seguimentos de saúde. É compreensível que nestes locais prevalece no homem o ideal imaginário de atendimento rápido e objetivo, sem envolvimento com uma gama de profissionais presentes no serviço, prevalecendo um gasto mínimo de tempo na espera pelo atendimento e uma eficiência precisa no que se refere a concretude resolutiva de suas necessidades de saúde.

Conforme pesquisa realizada por Siqueira et al. (2014), ao descreverem as representações sociais que os profissionais detêm sobre os homens e os cuidados em saúde prestados, estes mencionam a existência de aspectos negativos acerca da assistência realizada. Segundo as autoras, transcorre a presença de pensamento estigmatizado interposto pela cultura

e pela relação masculina hegemônica, refletindo em uma prática profissional que não valoriza o sujeito como portador de direitos, mas, sim, desponta um atendimento curativista pautados na medicalização do corpo.

Perante ao exposto fica evidenciado o despreparo profissional frente a essa “nova” demanda de saúde interposta, ressaltando que os aspectos culturais ainda repercutem no modo de fazer saúde, principalmente quando se tem o destaque direcionado para saúde do público masculino; fortalecendo sua invisibilidade neste campo de atuação.

Pensando em uma forma de melhoria de tal situação vigente, Cordeiro et al. (2014) e Pereira e Barros (2015), citam a necessidade de se pensar em uma prática destinada à capacitação desses profissionais quanto ao agir no âmbito da saúde do homem; já que estes trabalhadores não possuem, em sua maioria, conhecimento amplo da PNAISH.

Destaca-se, por um lado, que a política tem sua construção focada, entre outros aspectos, nos indicadores de morbimortalidade vinculada à população masculina que se traduzem como preocupações vinculadas à atenção de média e alta complexidades. Portanto, não são indicadores presentes no cotidiano dos profissionais do setor primário e, por outro ângulo, sua implementação nesse nível de atenção tem uma relação estreita com a instrução dos atores envolvidos neste cenário, pouco eficazes ao considerar o Plano de Ação da referida política (MEDEIROS, 2013).

A autora supracitada, ainda aponta a necessidade iminente de reorganização dos serviços com a finalidade de promover educação e assistência sobre a perspectiva dos homens frente aos cuidados em saúde, além de ofertar ações que reiterem a prevenção e a promoção da saúde, atuantes, em sua concepção, como método de diminuição da invisibilidade do segmento masculino.

Salienta-se a necessidade de reorientação de saberes e práticas que se construiu sobre a relação de gênero, buscando aprimorar ações educativas que favoreçam a compreensão de uma (re) significação da masculinidade a qual é merecedora de uma atenção específicas no âmbito da saúde.

4. MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DE ESTUDO

A respectiva investigação apresenta natureza descritiva pautada na abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa descritiva compete observar, registrar, analisar, correlacionar os fatos ou fenômenos de caráter sociais.

O referido autor ressalva ainda, que o estudo descritivo permite que ocorra a descrição detalhada dos acontecimentos, dos depoimentos e das situações que culminam com a qualificação da análise dos discursos, considerados de forma bem mais ampla. Compreende-se, pois, que a pesquisa descritiva transcorre em um estudo coerente acerca dos fenômenos físicos e humanos, aos quais não são manipulados pelo pesquisador.

No que condiz a abordagem qualitativa esta busca, conforme Flick (2009), estudar o texto perante a óptica empírica, voltando o interesse aos discursos dos sujeitos aos quais são participantes da pesquisa desenvolvida, partindo inicialmente do contexto social da realidade vigente, associado à vertente de conhecimento cotidiano que mantém estrita relação com o estudo.

Tendo a priorização da fala dos atores sociais envoltos no estudo, a abordagem qualitativa torna permissível conhecer qual a percepção de mundo que as pessoas possuem, perante a compreensão da realidade que permeia o homem. Fazendo uso de tal abordagem ao presente estudo, busca-se apreender de forma interpretativa tal realidade predominante estando em consonância com os objetivos expressos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Atenção Básica (AB) do município de Cajazeiras no estado da Paraíba (PB). A respectiva história do município retrata que este surgiu mediante o repasse de terras a herdeiros ao transcorrer dos anos, donde estas terras inicialmente vinham de doação ocorrida no final do séc. XVIII.

Com relação aos herdeiros aquele que mais se destacou foi o Padre Inácio de Sousa Rolim, que depois de cerca de quatro anos ao ser ordenar sacerdote fundou uma das primeiras escolas da época a então “Escolinha de Serraria” a qual possui ligação direta com a fundação de Cajazeiras. Devido ao fato de muitos estudantes migrarem para a região em virtude da

expansão da escola, Cajazeiras passou a ser referenciada como “A terra que ensinou a Paraíba a ler”. As residências que foram construídas nas redondezas deram origem a uma cidade, com o nome de “Cajazeiras” (em referência à antiga fazenda onde haviam muitas plantações de cajá). Após passar muito tempo como distrito da cidade Sousa (PB), passou a categoria de município, perante lei provincial em 1863 (CAJAZEIRAS, 2012).

Figura 01- Mapa do estado da Paraíba com destaque da cidade de Cajazeiras-PB.



Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios> (Acesso: 28/09/2016)

Conforme determina a sua geografia, Cajazeiras está localizada no Alto Sertão do estado da Paraíba, Nordeste, Brasil. Encontra-se situada acerca de 468 quilômetros da capital (João Pessoa) e possui uma extensão territorial de 565,899 km². É delimitada pelos seguintes municípios: Cachoeira dos Índios e Bom Jesus localizados ao oeste, Nazarezinho ao sudoeste, Santa Helena ao noroeste, São José de Piranhas ao sul, e São João do Rio do Peixe em sua localização nordeste. Possui uma população que se encontra estimada conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2016) em 61.816 habitantes, possuindo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que está com o valor entorno de 0,679.

O município de Cajazeiras ainda integra a 4^a Macrorregião de Saúde e é sede da 9^a Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba, que reúne respectivamente, além do próprio município, mais catorze municípios circunvizinhos. Possuindo vinte e três equipes de saúde da família distribuídas nas dezenove Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PARAÍBA, 2008).

Figura 02 - Municípios integrantes da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.



Fonte: <http://cosemspb.org/cir> (Acesso: 28/09/2016)

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes de adentrar na referida discussão, é importante ressaltar que conforme Minayo (2007) a ideia de amostragem não é a mais indicada para determinadas pesquisas, em especial as de abordagem qualitativa. Uma vez que o “universo” em questão compreende as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

Deste modo, os participantes desta investigação foram constituídos pelos homens que buscam atendimento em uma Equipe de Saúde da Família da AB de Cajazeiras, vinculada à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sendo entrevistados 20 homens.

Cabe frisar que a análise escolhida para esta investigação, Análise de Discurso (AD), não almeja uma quantidade elevada de entrevistas, mas a profundidade das mesmas.

Adotou-se como critério de inclusão, a participação dos homens que estavam cadastrados a pelo menos um ano na referida Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi utilizado como critério de exclusão homens que buscavam o serviço como acompanhantes de outros usuários.

4.4 COLETA DE DADOS

Para realização do estudo foi empregada a entrevista semiestruturada como percurso de recolhimento das informações e dos dados para posterior análise, a fim de compreender/reconhecer os aspectos que corroboram com a percepção de mundo que possuem os atores sociais envolvidos na investigação.

A entrevista semiestruturada possibilita que o entrevistado responda não somente àquilo que lhe é imposto, mas também adequar demais dimensões em sua fala.

Esse tipo de entrevista ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, proporciona todas as perspectivas possíveis para que o informante atinja a espontaneidade necessária, enriquecendo, com isso, a investigação (GIL, 2008).

Nesse sentido Fernandes (2016), discorre que a entrevista semiestruturada constitui como ferramenta indispensável perante a coleta de dados; donde os questionamentos devem ser inerentes aos objetivos explícitos no estudo.

As entrevistas foram realizadas mediante abordagem individual, com gravação de áudio perante autorização prévia e em local reservado para que os entrevistados pudessem externalizar seus sentimentos perante as indagações referidas.

O instrumento possuía perguntas fechadas, que permitiram caracterizar o perfil dos participantes, e questionamentos abertos, respeitando as aceitações e representações dos participantes frente ao objeto de estudo (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Na confluência da construção de um estudo cabe ao pesquisador a interpretação dos dados e das informações, tal relevância compreende um grau máximo de importância ao ordenar e alocar os dados da investigação realizada, estando em pauta com o arsenal teórico. Mediante esta aproximação requerida pelo pesquisador, com a finalidade de realizar uma interpretação que realce o consistente sentido/significado deste material, defronta-se com a Análise de Discurso (AD) da vertente francesa de Eni Orlandi, baseada em Michel Pêcheux, a qual é capaz de colocar o pesquisador a se interessar pela linguagem de uma maneira particular.

Com isto, as informações coletadas por intermédio deste estudo devem ser analisadas perante AD, ao passo que esta vertente interpretativa é capaz de promover uma melhor compreensão do homem, enquanto indivíduo possuidor da capacidade de promover significado e de significar-se.

Esta concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade, quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive (ORLANDI, 2013).

A AD não deve ser compreendida como mera metodologia, esta constitui uma disciplina de interpretação originária da fusão da linguística, que trouxe a fala como discurso; do materialismo histórico que submergiu com a visão de ideologia; e da psicanálise que revelou ao mundo o valor inconsciente.

Provém das ciências sociais, e vêm contribuindo largamente com as pesquisas do campo da saúde pelo seu caráter multidisciplinar, agregando uma visualização de como a linguagem demonstra a produção de efeitos trazidos do aspecto social, e como este a influência, servindo de artifício de interpretação da fala dos indivíduos pertencentes à sociedade/comunidade, facilitando o entendimento de seus propósitos e do processo saúde-doença (MACÊDO, 2008).

A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que seu *corpus* é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Por conseguinte, é no próprio discurso que se pode enxergar a íntima relação entre a língua e a ideologia, donde essa mesma língua se apropria do sujeito para revelar todo seu sentido.

Considerando o homem em íntima relação com sua história, faz-se necessário considerar que a produção da linguagem mantém uma consonância direta com o dimensionamento do tempo e do espaço. Quanto toma-se o discurso como trabalho de análise, é preciso reconhecer que este é sócio-histórico e que, por tratar da língua no mundo, deve considerar a produção de sentidos frente ao momento de sua vida ou de determinada forma da sociedade.

Orlandi (2013) coloca que tendo como unidade o texto ao fazer uso da AD é preciso buscar um conhecimento a partir do próprio texto, há uma materialidade simbólica própria dotado de um significado; não se deve buscar uma ilustração/explicação de algo que já é de seu entendimento. Compreende-se uma totalidade de sentidos, conjuntamente a uma natureza especificada; não deve transcorrer separação nítida entre forma e conteúdo ao passo que a língua deve ser compreendida como estrutura e acontecimento.

Essas conotações, recaem sobre a vertente de ação do analista de discurso no qual deve estar disposto a compreender que o processo de comunicação não é seriada e mecânica, como transmissão de informações/códigos entre o emissor e o receptor. Decorre o processo de

significação entre os locutores perante a manifestação do discurso, não coincidindo com mera transmissão de informações.

Segundo Gomes (2007) o analista do discurso parte do pressuposto de que o discurso é caracterizado por sentidos construídos perante os agentes que interagem, o que inclui como condição para tal acontecimento; as vivências, as experiências, as representações do objeto, a visão de mundo e o pertencimento a determinada classe social, dentre outros que determinam o dizer e o não-dizer.

No que se refere aos dispositivos e procedimentos de análise, Orlandi (2013) expõe três etapas para análise da formação discursiva, as quais constituem: 1-Etapa: Passagem da Superfície Linguística para o Objeto de Discurso; 2-Etapa: Passagem do Objeto Discursivo para o Processo Discursivo e 3-Etapa: Passagem do Processo Discursivo para a Formação Ideológica.

A primeira etapa compreende o contato com o material posto à análise, faz-se preciso a transcrição literal do discurso respeitando e preservando as particularidades que compreendem a fala do sujeito. Outra questão importante é a manutenção e a posterior consideração de partículas linguísticas normalmente desconsideradas pela análise de conteúdo (GOMES, 2007).

Ainda conforme o autor supracitado, as particularidades das referidas falas a serem analisadas são representadas por símbolos, buscando-se entender a formação discursiva, conferindo a dessuperficialização. Para tal efeito propõe-se a seguinte simbologia:

- > interrupção da fala de um sujeito por outro;
- < interrupção da fala do sujeito pelo pesquisador;
- (-) interrupção da fala do pesquisador;
- [frase] explicação dos fatores exteriores, normalmente sociais ou culturais, que possuem relação com o dito dos sujeitos;
- (*itálico*) comentário de pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que levaram os participantes a falarem, entre outras coisas;
- **Negrito.** Ênfase na frase;
- ... incompletude do pensamento;
- _ Início de enunciação;
- * Inconclusão do dizer;
- (INAUDÍVEL) A fala não pode ser transcrita, pois é inaudível;

- Sublinhado. Quando ocorrem falas simultâneas;
- / Pausa breve da fala do sujeito;
- // Pausa longa da fala do sujeito.

Na segunda etapa, cabe ao analista reconhecer o significado do material simbólico através das formações discursivas que mantém, íntima relação com a formação ideológica. É nesta etapa que este deve fazer uso dos dispositivos analíticos, que possibilita compreender veementemente os sentidos das palavras proferidas pelo enunciador, capacitam-no a desvelar o não-dito de tais palavras que foram externalizadas.

Gomes (2006) e Orlandi (2013) atribuem na AD os seguintes dispositivos analíticos: metáfora; paráfrase; polissemia; interdiscurso e intradiscurso.

A metáfora, conforme os autores supracitados, compreende a tomada de uma palavra por outra, por meio da transferência em que a palavras pode significar, não representando o real sentido atribuído a esta pelo dicionário. O significado desta mantém relação direta com o contexto de sua alocação.

A paráfrase converge com as diferentes formulações de um dizer sedimentado, um retorno há algo do dizer. É aquilo que em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória (ORLANDI, 2013).

Na polissemia é evidenciado o desvio com “o mesmo”, pondera-se a ruptura com acontecimentos que são correlacionados ao discurso.

Ao interdiscurso, cabem as formulações feitas e já esquecidas e que culminam na determinação daquilo que dizemos. Contudo, o intradiscurso sustenta o que estamos dizendo em dado momento, em condições estabelecidas.

Na interface da análise do discurso, percebe-se ainda a presença do silêncio que está atrelado a respiração da significação, um recuo a fim de que o próprio sentido faça sentido. Orlandi (2013), ainda assevera a importância dos tipos de esquecimentos para a respectiva análise; o esquecimento ideológico (esquecimento número 1) e o esquecimento enunciativo (esquecimento número 2). O esquecimento ideológico, remota a ilusão de sermos a origem do que dizemos enquanto, na realidade, retomamos sentidos já concretizados. Ao passo que o esquecimento enunciativo insere que a significância daquilo que falamos só poderia ser dito de tal maneira e não de outra.

A última etapa, fomenta a compreensão das formações ideológicas, as quais mantém direcionamento com as relações discursivas, sendo neste percurso o momento em que o sujeito se insere e é perceptível como *locus* de interpretação do analista.

Perante tais explanações, a AD apresenta características consistentes como forma interpretativa dos dados, capaz de atender os objetivos do presente estudo e ao dispor sobre análises enunciativas, busca os sentidos produzidos e imersos no contexto sociohistórico.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve início perante aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras, sob o parecer nº 1.844.255 (ANEXO A). A participação do estudo foi iniciada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), constando a natureza, os objetivos, os métodos, os benefícios e os riscos. Este foi elaborado em duas vias, sendo assinado pelo participante da investigação, assim como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constaram o teor, já mencionado, além do contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP. Aos participantes foi garantido sigilo e o anonimato das informações coletadas.

Os princípios éticos que regem as fases do estudo, apresentam consonância com o que é preconiza pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a condição humana e cumprindo com os requisitos de autonomia, justiça e equidade, não-maleficência e demais exigências (BRASIL, 2012).

Inicialmente para reiterar a realização desse estudo, foi encaminhado à Secretaria de Saúde do município em que se realizou a pesquisa, um ofício solicitando a permissão para o desenvolvimento da investigação, especificando objetivos e os riscos que o estudo envolve, além de destacar os benefícios da pesquisa.

Neste intento foi emitido o termo de anuência do respectivo município, autorizando a procedência de tal investigação (ANEXO B). O recrutamento dos participantes transcorreu de forma individual, em local reservado na própria UBS, após seguir os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa, esclarecimentos e assinatura do TCLE.

Em virtude do respectivo serviço de saúde ser mantenedor de um vínculo com a própria instituição de ensino superior, também foi solicitado à coordenação do setor de saúde, por intermédio de um ofício, a permissão para a realização do estudo em evidência (ANEXO C).

O referido estudo apresentou riscos mínimos, tendo em vista que não compreendeu a realização de procedimentos invasivos, porém poderia transcorrer insatisfação do entrevistado devido a abordagem dos conhecimentos específicos que envolvem a sua percepção sobre a sua saúde, bem como sua relação com o serviço de AB. Mediante tal situação, o pesquisador estaria

preparado para suspender a entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Por outro lado, benefícios potenciais decorreram diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre como o homem percebe a sua própria saúde, bem como as ações e serviços oferecidos pela atenção primária, fomentando a corresponsabilização desse ator social em seu processo saúde, doença e cuidado.

Ao término da pesquisa, as entrevistas gravadas e demais materiais utilizados serão guardados em arquivos específicos, por um período mínimo de cinco anos após publicação deste trabalho de conclusão de curso.

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa, como explicitado anteriormente, foi realizada em uma Equipe de Saúde da Família da referida Atenção Básica (AB) da cidade de Cajazeiras, a qual mantém um íntimo vínculo com a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

No referido serviço de saúde foram entrevistados 20 homens, ao que compete o sigilo profissional que fundamentam os preceitos éticos e sociais que regem a profissão, foram de fundamental valia para consolidação deste estudo. Nesta perspectiva, os homens que foram os atores principais desta investigação, estão protegidos por meio da utilização da palavra “Homem” acompanhado de um numeral arábico de ordem crescente, de 1 a 20, ao passo que foram efetivadas as entrevistas.

A caracterização dos sujeitos demonstrou que quanto à faixa etária, a maioria dos participantes pertenciam a idade de 30 a 67 anos de idade. Ao que se refere a ocupação dos participantes, 13 estavam empregados, estando 03 desempregados e 04 em recebimento de benefícios governamentais.

Em relação ao estado civil, 11 homens se encontravam casados, 05 solteiros e 04 em união estável; quanto ao número de filhos 12 participantes possuem menos de dois filhos, 04 possuem mais de dois filhos e 04 afirmam não terem nenhum filho.

Ao que concerne as comorbidades que estes apresentam pode se evidenciar que dos 20 entrevistados a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a que teve maiores casos, com um total de 06 participantes, 05 homens com Diabetes Melitus (DM), 04 em tratamento de Hanseníase e 05 afirmaram desconhecerem qualquer comorbidade.

6 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO E FORMAÇÃO DOS DISCURSOS

Inicialmente, antes de dissertar a respeito das formações discursivas elucidadas, necessita-se a compreensão da densa neblina que compõem o ato discursivo, ao qual está permeado de traços de harmonia e ásperos contrastes, dada à riqueza de sentidos experienciados na fala de tais participantes do estudo.

Essa premissa da Análise de Discurso (AD) constitui o *lócus* de busca para a compreensão da produção de sentidos representados pelos protagonistas dessa pesquisa, os homens. Conforme Orlandi (2013) o que demarca as condições de produção é o próprio sujeito e a situação a qual este se insere, tendo a memória um importante significado neste interim.

Denota-se no estudo que a discursividade enunciada pelos homens confere um constructo na qual é perceptível a linguagem como trabalho simbólico, podendo ser apreendida em um entrelaçamento social, ideológico e inconsciente; mantenedor de uma relação estrita com o componente exterior, promovendo um contínuo dinamismo no discurso proferido, os dizeres são percebidos no entremeio do contexto vivenciado.

Em função disso, Orlandi (2013) considera as condições de produção em sentido estrito sendo a que condiz com as circunstâncias da enunciação proferida, ou seja, o contexto imediato. Já as condições de produção de sentido amplas, compreendem a contextualização histórica, social e ideológica ao qual promulgam um interveniente no dizer.

Tendo por base o que fora exposto, o estudo em questão apresenta em seu sentido estrito o homem (com suas fragilidades/vulnerabilidades) atuante como locutor, a unidade de saúde como cenário de desenvolvimento da pesquisa e, por vezes, determinante na discursividade do indivíduo; o pesquisador como interlocutor pautado de questões norteadoras como guia a fim de se defrontar com o objeto discursivo em questão.

Consolidam essas condições, o caractere imaginário que promove subterfúgios para o discurso. De um modo geral, o referido local da pesquisa representa um cenário ao qual os usuários masculinos não costumam estar presentes, sendo indagados acerca dos motivos e percepções que os fazem comparecer ao serviço de atenção primária; ademais se depararam com um pesquisador, homem, que ocupa a posição de futuro profissional de saúde.

Ao que confere à relação de sentido amplo, as condições que enaltecem a produção dos discursos condizem com aspectos que estão enraizados nas influências do modelo biomédico, homem que adoece, mas que não se permite, ora não se reconhece como susceptível as enfermidades; o modelo de atenção à saúde no qual a escuta profissional, por vezes, apresenta

limitações quanto a tradução da necessidade externada pelo usuário e a concepção do adoecimento como nulidade do existencialismo masculino.

Sendo assim, percebe-se que essas condições de produção discursivas mantém uma consistente e sólida teia imaginária que revigora o dito dos participantes da análise em evidência. A formação imaginária apresenta base constitutiva das condições de produção de discurso em decorrência da formação mental que interpõe a enunciação do dito (GOMES, 2006).

Quanto à formação imaginária os elementos envoltos em sua constituição compreendem: a relação de sentidos, a relação de força e o mecanismo de antecipação. Perante a noção oriunda da relação de sentido este confirma que os discursos se relacionam entre si em um verdadeiro processo, ao qual não envolve um início absoluto ou final definitivo. Na relação de forças indica que o lugar de onde se fala é constitutivo de seu dizer. Já o mecanismo de antecipação interpõe a possibilidade de experimentar, colocar-se no lugar do outro, pondo-se a imaginar o sentido de suas palavras para outrem (ORLANDI, 2013).

No presente estudo, os participantes falam a partir de uma posição específica, a de homem que busca atendimento em situações extremadas e que, por vezes, é invulnerável e visto como provedor perante o âmbito social; aquele que acaba por realizar o cuidado com seus familiares sendo, portanto, possuidor de uma responsabilidade para com os outros devendo assegurar seu existencialismo e afastando vieses de um mero adoecimento.

Este posicionamento adotado é perceptível pelo significado linguístico apresentado em suas discursividades, nas quais as regularidades promovem a caracterização desse homem em seu *locus* social.

Ao assumir tal posição social, este homem, que discursa, interpõe sua relação de sentido no qual prepondera o dito pautado no senso comum ou com nuances de discursos científicos oriundos do serviço de saúde que lhe traz suporte; sua relação de força está em consonância com os profissionais encontrados, com os próprios familiares e seu mecanismo de antecipação acaba por dirigir sua argumentação, idealizando o seu efeito perante o interlocutor, adequando o seu dito ao que convém.

A partir dessas precípuas a produção do discurso encontra seu alicerce na origem das enunciações, tendo o homem inserido em sua história pessoal e social, promovendo a relação de seu interior e exterior. À medida que o dito compreende a própria personificação da ideologia que cerca o participante, esta apresenta nuances imprecisas para interpretação concisa dos discursos ora proferidos.

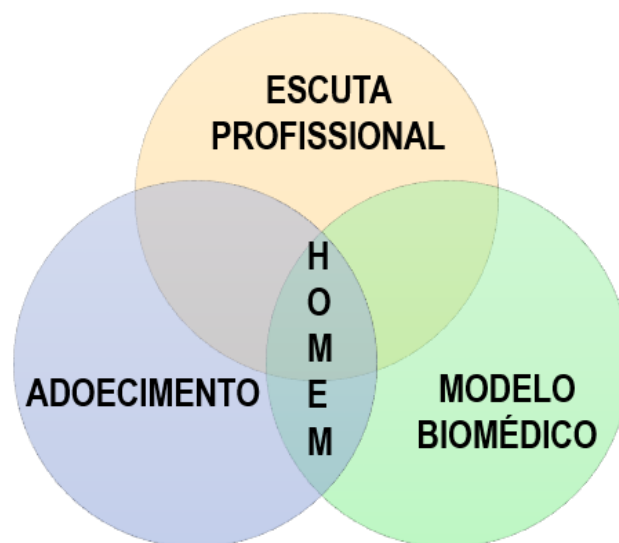
Na abordagem realizada perante as discursividades elencadas no estudo, considera-se as formações discursivas entremeadas de elementos que constituem uma intersecção opressora no modo como a saúde é pensada, formulada e executada para o segmento masculino.

Esta perspectiva acaba por valorizar a constante teia que envolve o ser homem em sociedade no qual o modo de compreensão da saúde e do próprio adoecimento, por vezes, representa uma ameaça, um ataque não apenas a seu corpo, mas também ao seu psiquismo. Decorre a compreensão e validação dos circuitos nas diferentes interfaces que compõem o homem a partir de sua unidade na diversidade, fundamentados em caracteres comuns ao passo que são próprios de uma singularidade.

Esses aspectos, culminaram com a elaboração das formações discursivas que permitiram a alocação dos participantes arraigados no ideal imaginário de masculinidade. As formações discursivas emergem perante três interfaces: o adoecimento, o modelo biomédico e a escuta profissional; compreendendo uma interrelação onde o homem se encontra na intersecção, como agente resultante do conjunto desses caracteres, conforme é ilustrado na figura 03.

Nesta subversão é vista sua percepção dialógica com o serviço de saúde, com os profissionais e com o seu modo de pensar e vivenciar a saúde; resultando em um frenético movimento que tange a inércia.

Figura 03 - Representação dos processos de formações discursivas mediante análise.



Fonte: Próprio autor/2017.

6.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – PARADIGMA QUE SUSTENTA ESTIGMAS: O MASCULINO NOS BRAÇOS DO MODELO BIOMÉDICO

A elucidação de tal denominação para esta formação discursiva, deu-se por intermédio da hegemonia biomédica nos cuidados prestados ao público masculino, evidente no espaço destinado ao serviço de saúde.

A conotação com o substantivo braços visa a explanação de como a prática higienista ainda vive a preponderar no cenário da saúde com tal avidez; os braços constituem uma relevância abrangente quanto ao contingente de força e poder autoritário capaz de abarcar toda uma unidade, assim como, a significância de membros que se põem como raízes em extensão de um eixo central.

Forjada de tais representatividades, está o paradigma biomédico ocupando diferentes posições no campo da saúde, revogando um princípio gerador e estruturador de práticas direcionadas a um alvo distinto, o corpo em processo de adoecimento e a cristalização do sujeito enquanto objeto. Também há alusão dos braços que envolvem e domesticam o homem, onde o modelo biomédico condiciona uma determinada postura do homem/profissionais/gestão frente as ações e serviços a serem ofertadas a esse público específico.

Partindo desse pressuposto ao que condiz com o modelo higienista, Junges et al. (2012) descrevem que o próprio paradigma confere uma representatividade perante aspectos sociais das necessidades dos usuários e da organização do processo de trabalho. Ainda conforme esses autores o acolhimento, a oferta e a demanda de atendimento, mantém uma íntima relação com o modelo biomédico e como a interpretação das necessidades em saúde dos usuários.

Dando início a essa discussão, procurou-se o sentido de como esses homens compreendem a Atenção Básica (AB), como decorre sua relação com esta e quais ações permitem o envolvimento deste segmento populacional no ambiente de saúde. A explanação permitiu o surgimento de resultados possuidores de um epicentro comum: a subversão do modelo higienista nos discursos.

Aliado a essa conjuntura é perceptível nos discursos a compreensão que os usuários possuem a respeito da função da atenção primária para o público masculino, conforme segue:

Homem (01): _ É...ajudar principalmente os que precisa, né?! (*Ajudar em quê? Ou para quê?*) E / só. Só isso eu tenho a dizer.

Homem (03): _ Rapaz, eu acho muito bom o posto aqui, é bem atendido (*Quem são bem atendidos? Os homens? As mulheres?*). A pessoa chega faz a ficha é bem atendido, não tenho o que falar do posto não. É... eu acho o posto muito bom e nota dez pra eles.

Homem (05): _ A gente vem aqui no posto. Eu não tenho do que reclamar coisíssima nenhuma. Não tenho do que reclamar não. Olha, já fui atendido.

Homem (08): _ É pro caba vir pra se cuidar, pra se tratar, né?! Ouvir o médico (*E o que se espera/deseja ouvir do médico?*).

Homem (09): _ Pra saúde, né?! Pra gente vir e descobrir se a saúde tá em dia, em ordem. É isso.

Homem (18): _ Pra que eles (*Os homens*) possa vir, né?! Pra melhorar a saúde deles.

Os participantes do estudo, proporcionam um espaço de diálogo em que é exposto uma visão restrita, acerca dos princípios que corroboram com a função da atenção primária no setor saúde. No qual o serviço acaba não sendo compreendido pela população como recurso de primeira instância a ser procurado em decorrência da facilidade do acesso, do atendimento oportuno ou das demandas apresentadas. De um modo geral, apresenta-se um enfoque que culmina com a ênfase no diagnóstico, colocando a doença como epicentro dos cuidados em saúde.

É possível observar, nos discursos referidos, a prevalência do modelo biomédico tradicional que povoa a construção social de saúde, assim como, do viés de procura por atendimento, caracterizando dissonâncias frente os alicerces do seu real sentido.

Apreende-se nos trechos enunciativos acima, uma discursividade que apresenta acordos que indicam um processo de silenciamento. Neste intento ocorre um seletivo, por parte do participante do estudo, daquilo que pode ser mencionado, dito, e o que deve ser silenciado, remontando à censura perante ao que pode/deverá ser proferido. Este pode representar a respiração da significação, recuo necessário para significar, para que se possa fazer sentido (ORLANDI, 2013). Essa nuance apresenta alicerces dialógicos perante a presença da recorrente parafrásticas “**bem atendido**” e da locução adverbial “**muito bom**”.

Ainda no que tange às discursividades, vê-se regularidades que indicam a constituição do sentido, dando-se por intermédio do silêncio como censura; como uma

interdição do dito. Observa-se na fala do Homem (05) o uso de orações com pronome indefinido e advérbios de negação que acabam por reforça essa modalidade linguística. A polissemia presente, emerge como essa quebra na linearidade do discurso, tomada pela inserção de outra vertente discursiva que gera uma ruptura no processo significativo inicial. Neste instante é preponderante a presença da paráfrase ocasionando uma região de tensão/coerção entre o discurso parafrástico e polissêmico, atuante como arcabouço do processo discursivo.

Alguns atores sociais, no entanto, apresentam uma discursividade característica que corrompe essa linearidade, sendo possível notar a contradição acerca do entendimento sobre o cenário que constitui a AB para o público masculino em questão, como no exposto a seguir:

Homem (10): _ É pra prevenir alguma doença, né?! Na verdade, eu visito muito o posto de saúde nos últimos seis anos. Nesse aqui mesmo, eu já vim umas dez vezes.

Homem (13): _ É... Saúde, vem buscar saúde. E melhora de qualidade de vida.

Homem (14): _ Pros homens? Eu acho que não só pros homens mas, para todos é auxiliar, né?! **Uma instituição que dá suporte para as demais** no caso, por exemplo: a UPA. Aí vai um atendimento mais de urgência, aqui vai um atendimento mais pra aferir pressão, esse tipo de procedimento mais simples. É isso que eu entendo, né?!

Logo, evidencia-se um contraste em relação com as discussões retratadas anteriormente, identifica-se nesses discursos um viés de deslocamento dos sentidos, culminando em uma ruptura no processo de significação dada, resultando em uma polissemia. Neste núcleo, o fragmento dialógico que utiliza a expressão “**prevenir**” demonstra a visão que possui o usuário que evoca este cenário de saúde, fomentando as outras práticas que permeiam a Atenção Primária em Saúde (APS).

Há de se trazer as reflexões do Homem (14) que emperra a discursividade polissêmica e acaba por romper o que fora dito, bem como, ao retorno de reiteraões já ditas anteriormente. Cabe destacar, a enunciação do participante que ao alocar a ênfase no dizer “**uma instituição que dá suporte para as demais**”, expressa conhecimento quanto a filosofia de constituição da AB, reafirmando sua especificidade como primeiro local destinado ao atendimento e apoio da população, além de sua capacidade resolutiva da grande demanda de saúde inerente aos usuários que a abordam.

Percebe-se, ainda, que o discurso proferido prepondera bases da instância do fluxo de atendimento em rede, assim como, reitera a complexidade de atividades que comporta cada um dos níveis de atenção à saúde; divergindo dos demais participantes que mantiveram um senso restrito no que confere a magnificência que o setor primário representa na vida do sujeito.

Desta forma, apreende-se nos discursos a ressonância do paradigma médico biológico na percepção social da saúde e da atenção primária. As falas mencionadas anteriormente, remontam essa cadeia assistencial que ainda reverbera nos serviços, isso interfere na visão e formulação de conceito que se obtém a respeito das práticas de cuidados primários em saúde.

Conforme reflexões elencadas por Fertoni et al. (2015) o modelo biomédico tradicional tem demarcações centrais na unicausalidade do processo saúde e adoecimento, no qual perante grande desenvolvimento científico advindo do século XIX, tendo como base principal a descoberta dos agentes microbiológicos e etiológicos das doenças, promulgaram um serviço de saúde enraizados na fragmentação, prescrição, reducionismo e enfoque curativista do aspecto da saúde.

Nesta corrente tradicional em que prevalece uma óptica mecanicista, o corpo é tratado com objetividade prática e de estudo, sendo avaliado em meio a fragmentação, onde o eixo central de atuação médica está alicerçado no comprometimento patológico que afeta a instância biológica do indivíduo.

O foco do modelo biomédico está direcionado à prevalência de uma eficiência técnica anteposta à uma prática terapêutica que responda às demandas apresentadas pelo usuário, levando em consideração os seus projetos de felicidade (JUNGES et al., 2012).

Alocados à essa concepção higienista é perceptível os divergentes sentidos existentes à medida que os motivos que fazem o público masculino compor o cenário de atendimento são descrito, revelando estarem calcados na ideia mecanicista.

Homem (01): _ A gente só procura quando realmente precisa, né?! Quando tá com alguma doença sempre, geralmente quando a gente tá **bem**, aparentemente **bem**, não procura.

Homem (08): _ Conseguir a saúde, né?! Se medicar, né?! Conversar com o médico.

Homem (09): _ Só quando acontece a doença, né?! Que o caba procura. Aí é isso, quando ele descobre uma doença.

Homem (12): _ É eu venho atrás da minha saúde, né?! A minha saúde que eu trabalho e dependo da minha saúde pra continuar meu serviço,

arrumar meu pão de cada dia para poder me sustentar, né?! E por aí vai, então a gente precisa muito do posto de saúde, né?!

Logo nesses discursos, revigoram-se as sobreposições de informações quanto aos fatores motivadores que levam o homem até o serviço de saúde, predominando a busca por atendimento de suas necessidades como a força motriz para sua presença no cenário da AB. No trecho enunciativo discutido acima, é visto que um dos participantes valoriza o fator saúde como condição de subsistência, em que sua presença decorre da busca por melhorias desta que pode estar danificada em demasia, devido as atrocidades encontradas cotidianamente.

Aliada a esse sentimento mecanicista, percebe-se certo comportamento em que a hegemonia profissional é atuante como ímpeto de incentivo para a procura da APS pelos usuários.

Homem (11): _ Os motivos é as agentes de saúde que sempre passa na casa da gente. A gente, às vezes, não tá nem se lembrando, tá desligado, tá, como se diz a história, com a cabeça só no trabalho, nas preocupação de casa. Aí elas passam e ativam a gente e a gente, como diz a história, faz a vontade delas por que a gente tá vendo que a vontade delas é o bem da gente.

Quanto à discursividade é notório o emprego do termo “**ativam**” sustentado pela dimensão de despertar, nos usuários do serviço, a importância ou a necessidade de se estabelecerem cuidados em saúde, função executada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares.

Assim, apesar da grande magnitude que este profissional desempenha nesse cenário, torna-se evidente que a relação profissional é solidificada perante o autoritarismo sendo, pois, compreendido nas nuances discursivas elencadas.

Afora, emerge a reverberação da culpa, fazendo com que o indivíduo siga minuciosamente tais instruções para o alcance de tal finalidade proferida pelo profissional e caso este patamar não possa ser almejado, cristaliza-se em seu interior o sentimento de culpa por pressupor o julgamento de outrem e a reprovação por que sua falha pode ser resultante de tal enfermidade.

Tradicionalmente as discussões apresentadas convergem com o que é retratado por Moura et al. (2014), ao afirmar que o acesso dos homens aos serviços de saúde está configurado

à falta de reconhecimento de suas especificidades, sendo, pois, abstraídos do contingente populacional que é usualmente assistida nos serviços e na própria AB.

Ainda conforme estes autores, a doença pudera ser identificada como a causa inicial de procura dos homens pelos atendimentos de saúde. Estando, em segunda causa, a realização de exames de rotina, algo que é reforçado como ideal de saúde como princípio de passagem de um cuidar curativo para preventivo.

Nesta conformação, percebe-se as dificuldades dos homens, usuários da AB, de buscarem cuidados preventivos em saúde, onde a construção do modelo hegemônico de masculinidade interfere na procura pelos serviços e o ideal curativo prepondera no processo saúde-doença, destituindo ações de prevenção e promoção da saúde (MOREIRA et al., 2014).

Tal apreensão, retrata que a demanda de saúde dos homens tem grande concentração assistencial no que confere aos agravos e doenças que os assolam, preponderando o atendimento em situações de emergência/urgência e em nível especializado, onde em dados instantes a procura por outros métodos que possam minimizar a situação do agravamento em questão é utilizada com seguridade pelo público masculino.

Em estudo que objetivou conhecer os motivos que levam homens a procurar atendimento de saúde e compreender os motivos que os afastam da Unidade Básica de Saúde (UBS), Vieira et al. (2013) constataram que os participantes da pesquisa afirmaram utilizarem chás e a automedicação como recurso alternativo para não buscarem atendimento de saúde. O fragmento dialógico da presente investigação demonstra tal situação:

Homem (17): _ [...] Aí é isso que a gente faz, eu tiro por mim, eu tando com as minhas filhas, eu me preocupei muito, mas agora estão bem passei por umas crise muito pesada, e tenho minhas promessas. Deus me ajuda. E mais eu me preocupo mais com os outros, aí é esse caso que às vezes eu não gosto muito de ir no postinho de saúde, tomo logo um comprimido pra dor de cabeça, tomo. Uma vez uma simpatia pra dor de cabeça passou na televisão, pra enxaqueca, né?! Pra tomar o caldo de feijão insosso três sexta-feira. Ah! Eu queria, eu fiz.

A temática codificada no discurso revela uma dialogicidade constituída de métodos divergentes quanto a não procura por atendimento (preocupação com os filhos e outros fatores), vê-se a intervenção do divino como preponderante quanto a determinação do adoecimento, decorrendo relatos de outros meios para a busca de saúde evitando, assim, sua presença no posto de saúde.

No trecho discursivo impera o ideal de cura, o qual está cada vez mais envolto na área da saúde, estando codificada na busca de outros meios (medicamentos e instruções exotéricas) que possam configurar uma melhoria, onde a eliminação do sintoma é o resultante de cura absoluta.

Essa situação constitui-se como um marcador nos diálogos dos demais participantes, neste meio a medicalização do corpo, a realização de exames de rotina e o uso de tecnologias duras no atendimento à saúde são compreendidos como vieses de bom atendimento, tendo grande validação no cotidiano existencial dos homens, como única forma de se obter uma saúde de qualidade, através da obtenção da curabilidade e do uso de máquinas capazes de trazerem à luz dos profissionais o fator que acomete seu bem estar.

Tais manifestações demarcam os trechos enunciativos dos participantes como pode ser percebido na transcrição a seguir:

Homem (05): _É a gente busca... Tem médico, né?! O médico passa o remédio, a gente busca esse remédio. De primeiro os postos davam, mas agora não dá não. Por que foi? Eu lhe pergunto. Porque a gente... o remédio para diabetes e o hipertenso tinha no posto. Mas, hoje não. *(o entrevistado faz menção quanto a distribuição de medicamentos antes existente na ESF)*

Homem (13): _Ter mais equipamentos, hoje é tudo moderno e a tecnologia aí e a gente vê tão pouco assim nos postos, até nos hospitais e nas cidades você vê falta de equipamento, tem que fazer exames caríssimos e que não tem condição fica sem fazer como, a ressonância que é um exame aí que custa mais de mil reais.

Defronta-se nesta construção de ditos a exaltação quanto ao uso de medicamentos e de tecnologias duras como sinônimo de qualidade da assistência prestado ao usuário, haja vista como reflexo do paradigma higienista que repercute na concepção de saúde da população.

A valorização dada ao diagnóstico acaba por ser de grande valia para o usuário do sistema de saúde, quando este é revelado e associado a um tratamento adequado que é compreensível como resultante de uma boa efetividade do serviço e da equipe profissional.

Em discurso metafórico essa explanação é vista continuamente na formação imaginária dos atores sociais do estudo, como ressaltado no diálogo:

Homem (16): _ Rapaz, aí quando tem um caso maior, né?! (*Quais seriam esses casos?*) Um problema maior de saúde. Quando é uma coisa pequena a gente se rebola. Quando é maior, por causa de negócio de pressão, que o médico tem que olhar, né?! A gente olha a pressão, toma um medicamento, acompanha tudo direitinho como ele explica, diminui as comidas que não é pra comer, pra diminuir os problema de pressão alta, colesterol, diabete, essas coisa. Sempre quando eu faço exame minhas taxas é tudo ótima, o médico diz: _ Você faz regime? Não, sempre evito essas comidas que não é muito, né? Checar a comida pra não dá problema. Sempre quando faço o exame da diabetes, colesterol dá baixo, graças à Deus. Faço muita caminhada que é bom.

Neste sentido, o participante utiliza o recurso da metáfora para manter o mesmo valor que a palavra doença. Compreende-se que a demanda por atendimento se faz na instância do agravamento de saúde. Nesse recorte, “**caso**” e “**problema**”, implicam-se e se substituem mutuamente, deslizando ao transcorrer da discursividades. Na discursividades, ainda, é possível desvelar o modelo biomédico enraizado em aspectos imperativos provenientes do profissional médico, um olhar autoritário como de um monarca ao determinar as ordens que devem ser seguidas para o equilíbrio do reino, em alusão ao corpo e os sistemas orgânicos.

A expressão “**se rebola**” remonta o uso de outros recursos como busca por melhorias diante a sua condição de saúde, aos quais materializam o seu distanciamento da unidade de saúde através de recursos que possam, em seu imaginário, ressoar com o mesmo efeito que poderia encontrar perante uma opinião profissional.

Em detrimento a essa fala, é possível perceber que a terapia medicamentosa emerge como um imediatismo preditor em benefício de uma boa qualidade de vida social e familiar; não estando limitada à um discurso específico, mas encontrando continuidade na formação imaginária deste participante quando procurar alicerces para explicar o sentido da expressão “se rebola”, como pode ser ressaltado na continuidade do diálogo:

Homem (16): _ Se rebola é, a pessoa evitar de tá no pé do médico, vai tomando um remédio, uma outra coisa, né?! Pra não tá sempre no pé do médico. Sempre no pé do médico é bom mas, diz que é bom mais quando não procura o médico, às vezes aparece um problema de saúde maior, né?! Aí o caba vai cuidar e já é tarde. Que o meu jeito toda vida é esse, né?! Nunca gostei de tá em pé de médico [...].

De acordo com o fragmento em análise é possível observar o uso da expressão “**pé do médico**” a qual retrata uma visão concebida pela característica tecnicista em que ao profissional segue o discurso do campo biológico, capaz de ofertar um conjunto de afirmativas sobre o que a ciência reitera e que deve ser cultuado para que a ausência de enfermidades seja estabelecida e a homeostasia do corpo possa estar presente.

A partir destes conhecimentos os caminhos a serem seguidos, retomam a expressão ora citada pelo entrevistado, no qual a população representariam os discípulos (usuários do serviço) que vivem a praticar e edificar de maneira legitimada tudo que foi proferido pelo mestre (profissional) estando sempre em proximidade deste (aos pés do médico) para ouvir suas palavras, afim de garantir a preservação de seu bom estado de saúde; procurando não se afastar desta representatividade para que outros ensinamentos possam ser adquiridos. A medicalização é citada como viés de efeito curativo; além disso, compreende um método de evitar a procura rotineira por atendimento.

Em seu transcorrer dialógico o afastamento do setor de saúde apresenta fundamentação nas palavras do entrevistado como aspecto de ocorrência rotineira, o qual considera que não cabe essa necessidade assídua de ser componente primordial no cenário de cuidados, encontrando concretude de seu dizer em sua subjetividade, seu modo de ser.

Nesta conformação Moreira, Fontes e Barbosa (2014) em consonância com Moura (2014), alertam que os homens preferem outros serviços de saúde, dentre os quais estão compreendidos: o pronto-atendimento, as farmácias e prontos-socorros. Dentre os quais são capazes de corresponder de maneira objetiva as suas demandas, sendo atendidos com rapidez e como viés de exposição de problemas de fácil resolubilidade.

Tal apreensão salienta a perspectiva, perante análise das relações vigente entre masculinidade e cuidados de saúde, onde a estes vigoram a dificuldade de buscar os serviços ocorrendo apenas quando os sinais e sintomas tendam a se tornarem agravantes e acabem por comprometerem suas atividades de vida diária.

Contudo, apesar desta necessidade de atendimento promulgarem como uma urgência imediatista em determinados momentos, denota-se nos discursos dos participantes a ressonância de fatores que interferem diretamente em sua procura pelo serviço.

Homem (04): _ O que me incomoda é a demora. Aquela espera: _ Não, tá vindo! Bote tempo, o caba toma um chá de gelo. Se o caba não esperar, dá vontade de ir embora.

Homem (09): _ É o tempo, também o trabalho, o trabalho também e o caba que num liga não tem... Deixa pra lá as coisa (*a saúde*), né?! Só

vem quando acontece a doença, quando tá passando mal, aí procura o posto de saúde. É isso aí.

Observa-se a relação do tempo como agente que induz ao afastamento do público masculino do serviço de saúde, dificultando o acesso deste segmento as explicações ofertadas pelo campo da APS. A conjuntura do trabalho também é citada como fator causador de interferência direta na presença do público masculino no cenário de saúde.

No contraponto de diferentes estudos são elencados vários elementos que interpõem essa penumbra quanto ao acesso aos setores de saúde, dentre os quais os próprios horários de funcionamento, por vezes, são compreendidos como incompatíveis com a jornada de trabalho promulgada pelo mercado, interferindo negativamente como álibi na presença desses homens no cotidiano dos serviços; advém um forte carácter de prejuízo que faz com estes não busquem se ausentarem do ambiente de trabalho por medo de represálias posteriores, como a própria demissão. Pontua-se a justificativa do tempo que o trabalho exerce sobre sua vida, culminando na indisponibilidade de buscar o atendimento frente a iminência de suas necessidades de cuidados (NASCIMENTO et al., 2011; SILVA et al, 2013).

Isso imprime a relevância dos quadros de morbimortalidade que assolam o gênero masculino na sociedade, repercutindo no índice de maior número de envelhecimento de mulheres do que homens.

Entremeado a essa problemática, destaca-se no presente estudo a preponderância da falta de ações voltadas para o público masculino interferindo, diretamente, na acessibilidade e presença desta parcela populacional neste campo de assistência.

Homem (02): _Eu acho que é pouca. É... acho que se for de cem por cento, noventa é mulher. É que é as mais necessitadas (*Porque as mulheres são mais necessitadas? E os homens, não disfrutam das mesmas necessidades?*), é quem procura mais as unidades de saúde é as mulheres. Nós homens dificilmente a gente procura e quando procura não tem o que a gente quer às vezes, um remédio, um negócio. Aí tem que tirar do bolso, às vezes sem nem poder. Tirar da goela, da boca do filho, dum negócio, duma feira, do gás, bujão, pra poder se manter. Porque o governo não oferece uma boa saúde.

Homem (04): _Rapaz é mais essa daí, o da próstata, né?! (*faz referência a campanha de prevenção e diagnóstico do câncer de próstata*) Aquela velha catarata que tem nessas ações (*ações de promoção da saúde oferecidas por divergentes entidades de saúde*). O vírus da AIDS, a tuberculose, só.

Homem (14): _Não sei, acho que preservativo, que entrega de preservativos. Não sei, acho que são poucas as ações voltadas só pro público masculino, acho que são poucas.

Homem (15): _Tudo, né?! Tudo que tem no posto de saúde pros homens e pras mulher. É igual, é...

O enunciado ao fazer uso do substantivo indefinido “**um negócio**” é prenunciado como um ocultamento, ao passo que o seu dizer remete a situação existencial vivenciada, perante tal análise o entrevistado ao não explicitar o que corresponde o negócio acaba por gerar representações frente à sua condição de saúde/adoecimento. Uma regularidade marcante é a exaltação da mulher como ser dotado de um cuidado maior, ressaltando o simbolismo da fragilidade de gênero.

Tem-se como pano de fundo de sua discursividade a referência ao antigo modelo patriarcal em que cabia a mulher o cuidado domiciliar, familiar e a reverência ao homem, visto como provedor de seu lar e dono de uma saúde incontestável. É perceptível na discursividade a alocação do homem na contextualização histórica-dialética na qual, percebe-se de maneira concisa, a relevância da visão higienista em que o homem está submetido e que por ventura influenciam no modo de compreensão do conceito de saúde, do cuidado e da formação profissional.

Ainda, nos trechos dialógicos, faz-se notável o desconhecimento da existência de ações que assegurem intervenções no campo da saúde do homem. Isso é percebido ao longo dos discursos, quando outros programas e ações ministeriais acabam sendo descritos, onde a singularidade masculina não é evidenciada em nenhuma destas.

O fato dos participantes não conseguirem mencionar as ações ofertadas ao público específico reflete sua escassez nesse serviço, afinal, o atendimento voltado aos homens muitas vezes não faz parte do cronograma de atividades diárias, tendo como norteamento de atendimento os ciclos de vida do indivíduo.

Sendo assim, perde-se espaço de atuação para com esse público, produzindo lacunas na promulgação do cuidado como instante de produção e relação social; a saúde como rompimento de estigmas e de ideias culturalmente construídas.

Buscando corroborar com essa discussão, a investigação realizada por Carvalho et al. (2013) aponta uma forte conotação quanto a importância oriunda com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) a qual esta é compreendida como um

desafio para os serviços de AB. Cabe ainda destacar a falta de conhecimento amplo dos profissionais frente as vertentes trabalhadas pela política, assim como, sua implementação.

Em alusão a este fato, Pereira e Nery (2014) mediante estudo que objetivou analisar o planejamento e a gestão de ações perante implantação da PNAISH; constataram que não há um plano de ação buscando estruturar a atenção integral à saúde do homem nos espaços de assistência à saúde, algo que reflete em sua consolidação ineficiente nos setores de atendimento.

Neste intento, apesar da política representar um modo de inserção do público masculino na atenção primária, tendo em vista a dificuldade que este segmento possui em compor o cenário de saúde, há de se considerar a necessidade que os profissionais estejam inteirados deste viés que pode interferir na alocação de empoderamento desses usuários. Tal conotação, encontra estrutura nas discursividades apresentadas pelos participantes da pesquisa, os quais, não demonstram conhecimento específico de ações, direitos e aportes ministeriais para com sua saúde nos cenários do cuidar.

O fato da política ser institucionalizada recentemente, expressa algo para além de uma negligência a este extrato populacional, mas uma série de valores que reforçam quase a não necessidade do homem cuidar de sua saúde ou ser olhado a partir dessa perspectiva (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Logo, quando não se fecunda a AB como espaço em que ao homem é garantido as mesmas práticas, cuidados e respeito as suas singularidades, assim como, aos demais públicos atendidos; este setor acaba subsidiando acordos negativos em sua filosofia de funcionamento, não atuando como local para atendimento inicial, algo preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reforçando a busca de setores secundários e terciários para atendimento e, até certo ponto, interferindo nos índices de morbimortalidade do segmento masculino.

Seguindo nesta conformação discursiva, à de se considerar a forte divergência entre masculinidade e feminilidade, ao qual ganha destaque no segmento de saúde e nas relações e conotações de gênero que são interpostas. Mediante esta precípua, a relação de gênero, interpõe uma visão de saúde e do próprio serviço para o público masculino; configurando sua ausência na unidade de saúde. Nos discursos, a representatividade da divergência de gênero emerge com evidência:

Homem (02): *_A mulher é mais bem atendida (Por que é melhor atendida?). Sempre, em todo canto mulher tem privilégio (Quais seriam esses privilégios disponíveis para as mulheres?). E nos postos de saúde principalmente.*

Homem (08): _Rapaz a mulher sempre procura mais, é mais...* Vem mais ao posto que os homens, os homem é mais... Recusa mais, né?!

Homem (18): _A diferença é por que a mulher, ela vem com mais frequência do que os homens, essa é a diferença. Elas vêm quando tem pouquinho problema, os homens não, eles têm pouco de receio, vergonha (*Vergonha de quê?*). Essa aí é a diferença.

Destaca-se a relação histórico-dialética reiterada pelo Homem (02) o qual apresenta um aprofundamento de seu discurso mediante ao estigma social enraizado na concepção masculina, incorporando um cunho metafórico em sua formação imaginária.

Homem (02): _ Assim, vamos supor.../ O tratamento fosse igual da mulher, mais para o homem (*O que deveria ser igual no atendimento?*). Porque sempre tem aquele probleminha (*Qual problema?*), porque*... Mudasse, né?! Esse clima (*Qual clima?*), né?! Homem, mulher. Que todo mundo trate, todo mundo igual, da mesma forma. O tratamento ótimo. É que nem diz: remédio, na hora que você chegar, fazer a sua fichinha, for atendido, tomar aquela medicação na hora certa. Mas, é muito difícil a gente encontrar isso.

A modalidade discursiva apresentada nesta enunciação converge com o silêncio e pelo ocultamento, atuante como caractere de ocorrência regular no discurso. Perante o exposto, as metáforas empregadas (“**probleminha**” e “**clima**”), debelam esse deslocamento linguístico para retratar a divergência e a tensão envolta do acolhimento prestado aos homens quando se fazem presentes na busca por atendimento. Percebe-se a língua como sistema sintático, passível de equívoco e que mantém uma ínfima relação com a história a qual se insere (ORLANDI, 2013).

Denota-se um dizer que não apresenta necessidade que seja explicitado, revigorando a formação de sentido ao que é por ora silenciado, ocultado nessa teia linguística e interpretativa, ganhando maior representatividade a partir da elucidação da incompletude do pensamento, ora revelada.

No que tange às discursividades, fica claramente representado a construção social da masculinidade, estando em associação com um complexo de determinantes de gênero, sendo a masculinidade resultante da relação estabelecida entre o meio ao qual se está inserido e os fatores socioculturais, algo que acaba por estruturar um modo de agir no setor saúde.

Compreender os modelos de masculinidade e feminilidade, prevalentes na sociedade e nas relações de gênero, potencializa as instâncias de governo em sua capacidade de produzir e implementar ações e programas no campo da saúde pública mais coadunados às formas do agir social mediante as relações de gênero (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

O masculino ocupa um lugar na sociedade visto como hierárquico, ao passo que é excluído do reconhecimento de suas diferenças, sendo construído a partir de marcas indetentárias. Tal premissa, induz a conjuntura de desigualdade preponderante no ambiente de saúde onde a discordância de gênero é constituinte como um fator gerador de desmotivação para o atendimento, associado ao fato de que o segmento masculino possui uma falta de reconhecimento de suas condições de vulnerabilidade e responsabilização mediante sua saúde.

Conforme Storino, Souza e Silva (2013), os homens se colocam em uma situação vista como alienada quando relacionada aos cuidados com a saúde, a adoção de tal atitude cria uma barreira quanto a manifestação de necessidades qualitativas no que diz respeito à saúde.

Esta conotação adquire alicerces mais significativos quando este extrato populacional não é compreendido por inteiro nos serviços, onde a invisibilidade dos homens é ressoante e imbuída de raízes históricas com a manutenção de ações que mantêm um quadro de atividades englobando: as mulheres, as crianças e os idosos. Os homens não encontram espaço para se pensar em uma assistência voltada para suas necessidades.

Neste núcleo, a ausência dos homens no cenário da AB pode ser explicada em virtude de a mesma não disponibilizar atividades ou programas específicos para este público, algo que configura a preferência por utilizarem o trabalho de outros serviços capazes de lhe trazerem respostas imediatistas (MOURA et al., 2014).

Não obstante, os usuários dos serviços de saúde, precisamente os da Atenção Primária à Saúde (APS), permanecem engendrados pelo “abraço” do modelo biomédico, algo que interfere na sua concepção a respeito dos princípios que regem a saúde, assim como os caracteres de promoção, prevenção e de qualidade de vida.

Ressalta-se que apesar da consistente permanência do modelo curativista entre os setores de saúde, a principal conjuntura que pode ajudar a promover e/ou atrair o contingente masculino ao cenário de saúde, compreende pensar o serviço como um espaço de produção de cuidado, que possam agregar ao modelo biomédico novas possibilidades de ações e serviços, atuante como arcabouço de eixos estruturantes das tecnologias leves.

Vale pontuar que as necessidades qualitativas de saúde dos sujeitos, podem não ser restritas as atividades e ações ofertados pelos serviços, mas sim pode estar envolto de um dinamismo do indivíduo ao qual a equipe pode ajudar, despertando características próprias do

sujeito em uma relação produtiva, pautada no empoderamento e autonomia a partir do reconhecimento do próximo como protagonista em sua produção e manutenção dos cuidados em saúde.

6.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – A CONDIÇÃO HUMANA DO NÃO SER: O HOMEM E A FACE DO ADOECIMENTO

À luz da interface dessa formação discursiva é prenunciado a conotação emocional que permeia o ideal de perda da condição de sadio, evidencia-se pelos discursos a preponderância das divergentes faces que o adoecimento traz ao outro. Mantém-se um forte enraizamento existencial com a condição de ser no mundo, onde a ideia de se ver frente a algum comprometimento fisiológico o remeteria a iminência do deixar de ser.

O serviço de saúde é visto no imaginário como espaço destinados àqueles que são possuidores de enfermidades, pessoas que “procuram saúde”, mas se depararam com um agravamento desta por que a limitação até então interna, torna-se externa.

A iminência do adoecimento na vertente dialógica é compreendida como um tabu, a penumbra de saber que é possuidor de uma doença é geradora de um sofrimento psíquico. Tentar ocultar essa destinação é perceptível nas enunciações que demarcam o distanciamento da instância de saúde.

Percebe-se nos discursos a procura por assistência como último recurso perante o quadro de adoecimento.

Homem (04): _Como é que diz? Eles (*Os homens*) não procuram porque pensa que não vai acontecer com eles (*que nunca serão acometidos por nenhuma doença*), só com os outros, né?! Aí quando vê, a doença já tá afetando ele, que ele vê que não tem jeito, vamo pra saber o que, que é. Fica em casa só tomando um remedinho, dipirona, não sei que, não sei que, pá, pá, pá. Aí a doença vai tomando de conta do corpo.

Homem (07): _Eu, sério mesmo, não gosto não de entrar em hospital, nem posto de saúde, de nada. Não gosto não. Foi por causa que a mulher me trouxe quase à força, mas, eu não gosto não. Insistiu hoje pra fazer todos os exames.

Pela apreensão do discurso é perceptível a presença do adoecimento como de difícil assimilação, partindo do pressuposto de que não haveriam requisitos consistentes que pudessem

correlacioná-los ao comprometimento patológico. Ademais, atrelam-se uma veemente necessidade de confirmação pois, prepondera uma ideologia de deslocamento para a não admissão de tal acometimento, como negação que isso possa estar acometendo-o.

Ressalta-se a presença do silenciamento como desvio de pensamento, tendência à repressão; forma encontrada para melhor elaboração do luto perante a atual condição de sadio. Observa-se a expressão da palavra “**dipirona**” (analgésico e antitérmico) que pode ser interpretado como uma fuga, uma rota de salvação perante a iminência do adoecer ao qual é carregado de medo, dependência e rejeição pela possibilidade de não ser, uma vez que o humano é enraizado a condição existencial.

A discursividade do Homem (07), apresenta-se mediante uma alegação angustiante ao cenário da atenção em saúde. Denota-se a partir da materialização do silêncio, perpetuado na construção ideológica, que adentrar em tal ambiente culminaria na admissão da possibilidade limitada do existencialismo, uma penumbra perante o ego da masculinidade, um pavor do “não ser”. O setor saúde é compreendido como espaço de sentença, frequentado por pessoas enfermas que estão em constante sofrimento e prestes a sua finitude.

As falas dos participantes do estudo detêm uma relação com a constatação de Vieira et al. (2013) ao qual pode ser verificado que os homens buscam atendimento mediante situações de extrema necessidade, algo que vem a contribuir com o ideal de resistência da população masculina quanto ao reconhecimento da existência de algum problema de saúde.

Para Storino, Souza e Silva (2013), tais questões resultam em barreiras que acabam por dificultar a identificação dos homens como portadores de necessidades por parte dos profissionais, assim como o reconhecimento das práticas como produtos das requisições interpostas pelos usuários.

Uma ampla explanação é realizada por outro participante do estudo que continua apresentando a mesma estrutura discursiva:

Homem (02): _ [...] Que é dificilmente um **cabra-macho** procurar uma unidade de saúde, só quando a gente tá no **final**, quando tá **pra morrer** que nem diz o popular. Aí a gente vai e procura mas, tem que ter um bom atendimento porque homem é **bicho sensível**. (*Porque é sensível? É sensível a quem ou a quê?*) É uma coisa que... tem hora que tá com a cabeça boa, tem hora que tá com a cabeça ruim, não aguenta muito abuso de ninguém. E essas coisas*... Posto de saúde tem muito dessas coisas: mal atendimento, não tem remédio, não tem isso, não tem aquilo. Aí, junta tudo mas, eu mesmo só procuro quando eu tô sentindo **problema** mesmo (*Quando apresenta algum sinal e/ou sintoma de*

comprometimento da saúde). Eu só venho num posto desse quando eu tô precisando mesmo.

Na construção desse discurso, evidencia-se a utilização da metáfora “**final**”, que remete a maneira que o participante da pesquisa compreende o significado da nulidade. O uso de tal dispositivo analítico se faz necessário para não enunciar a palavra morte, a qual teria uma conotação forte da falta de materialismo existencial, incrustada no valor de deixar de existir. O ocultamento da palavra demonstra a ideologia preponderante e a interdição do dito através de seu reforço metafórico.

A ideologia de finitude na conjuntura contemporânea, tornou-se um verdadeiro tabu. Não se fala, pensa ou profere sua entonação, como se o homem não fosse um ser mortal e pautado ao aniquilamento. Entretanto, a busca da unidade de saúde como última instância, retrata o imaginário social ao qual este espaço representa, consideram-no como condicionamento do nada e é por não suportar tal premissa que este ambiente é visto com rejeição; podendo até reconhecer a fundamentação da morte e do morrer, porém não se vê como capaz de significá-lo no espaço real.

Tal consideração toma maior vigor ao se considerar a palavra “**problema**” como metáfora de doença, demonstrando que este homem só vai à AB em casos de comprometimento fisiológico, desvelando o desconhecimento mediante aos princípios que velam este espaço de produção de cuidado. A enunciação condizente ao homem como “**bicho sensível**”, representa uma ruptura no modelo semântico existente anteriormente em seu dizer. Pode-se percebê-la por intermédio do estabelecimento de uma relação concisa entre sua formação imaginária e discursiva, destacando-se a persistência de uma fragilidade, de uma vulnerabilidade biológica que o torna passível ao adoecer.

O homem mesmo enquanto ser animal, possuidor de elevada característica evolutiva e magnificência, como unidade complexa, comparado com as demais espécies; vivencia um intrincado viés de adoecimento ao qual seu *corpus* celular não fomenta completa imunidade. Ao homem reverbera a possibilidade da doença aliada à um grau de sofrimento, por que o mesmo indivíduo da racionalidade concisa, da força motriz descomunal é, também, o homem da fragilidade, da vulnerabilidade, da transcendência carnal.

Ainda se vê uma condição de produção ampla em que os conceitos influem, de forma consciente e inconsciente, no modo como este homem compreende e formula sua saúde, contendo nuances históricas, ideológicas e psíquicas na produção do discurso proferido.

Em outros discursos protela-se a naturalidade do descuido do homem quanto aos cuidados em saúde, utilizados como justificativa para a não procura por atendimento.

Homem (06): _ É por que os homens são relaxados (*o participante sorri e faz a minha pessoa sorrir também*), né?! Os homens são relaxados. Agora a mulher que se cuida, viu?! Direto. E a gente é esse durão, né?! (*O que faz com que os homens sejam durões?*) Mas, estamos fazendo mal a gente, a gente tem que deixar isso de lado (*O que se deve deixar de lado?*). Sabemos só do humano também, né?! Assim como as mulheres. E que todos nós, devido o pecado, somos propensos a enfermidade, né?! Desde que Adão pecou a doença entrou no mundo, né?! E aqui está o nosso baldoardes, esse posto médico que aqui é uma benção pro bairro. Olha esse exame da próstata se fosse pagar, quanto não era? Caro. [...] Mas o importante é assim como essas pessoas recebem a gente, conversa, sorri, né?! Compartilha com a gente, né assim?! Cê veja, teve uma palestra lá, outra aqui, duas, né?! Então isso aí já é tudo, né assim?! E depois esse exame, né?! (*Exame de toque retal que fora realizado após as palestras*). Por que faz parte do... São programas do Ministério da Saúde, né?! É o mutirão, né?! O novembro azul. Como não é muitos que vieram aqui, perderam, né?!

Homem (11): _ Rapaz, o homem é muito descuidado (*Por que é descuidado?*). Eu digo por que sou homem e o homem é muito descuidado, ele se envolve muito com o trabalho dele com a vida lá fora e vai deixando a saúde pra depois. Só que eu já fui assim, só de certo tempo pra cá, eu sempre procuro de uma vez por ano fazer os meus diagnósticos tudinho, né?!

A discursividades do sujeito faz recodificação, no seu dizer, a partir da utilização de preceitos religiosos como constituintes explicativos para o surgimento das doenças no mundo. Nesta epopeia religiosa, cabe ao homem (reiterado na representatividade de Adão) a reponsabilidade pela transgressão causal dos preceitos religiosos, trazendo para a Terra a ira do ser supremo sob a imprudência humana, personificadas nas comorbidades que entornam a vida.

Nesta conformação, revigora o ideal imaginário, transcritos na interdiscursividade social, que os acontecimentos que permeiam a sociedade decorrem em virtude da vontade de ordem divina; as enfermidades ou qualquer outro agravante de saúde não são vislumbrados como oriundos da ação dos homens, mas como revolta do divino frente as discordâncias da humanidade pelas leis ditas como sagradas. Destaca-se a consideração do homem como unidade da diáspora divina, uma saliência na existência terrena.

No recorte, ainda é feito menção ao desmazelo do homem frente aos preceitos em saúde, valendo-se da introdução do adjetivo “**durão**” é dado ênfase a resistência do homem,

não maleabilidade culturalmente edificada, frente a iminente importância que a atenção para com saúde se faz necessário para a obtenção de caracteres de boa qualidade de vida. A ideologia construída, converge em uma repressão cultural em que o homem é visto aos olhos da sociedade como ser forte, viril e, conseqüentemente, não pautados pela capacidade de agravamento em saúde; proporcionado um índice elevado de morbimortalidade desta parcela da população.

A análise discursiva permite a apreensão da repetição retrógrada da partícula “né”, a qual no diálogo, em especial, configura uma procura de apoio, concretude para a instância de seu dizer em conformidade com o ocultamento representado por essa partícula.

As discursividades explanadas conversam com que é retratado em estudo realizado por Siqueira et al. (2014), onde perante os entrevistados emergem a associação direta entre a imagem do ser homem a uma estrita representatividade de desleixo, objetividade, praticidade, valorizando de ações curativas e medicalização do corpo. Neste intento, a desvalorização da prevenção e promoção à saúde ainda se faz presente.

Deste modo, percebe-se a alusão que se tem quando se busca relacionar o ser homem e a saúde, onde os termos desinteresse, descuidado e falta de cuidados constituem o cerne dialógico; por ora o homem é compreendido como um ser incapaz de estabelecer cuidados quer sejam individuais ou coletivos.

Ainda correlacionando esta prerrogativa, nos diálogos representados, o dimensionamento da subjetividade acaba por sendo explicitado no movimento discursivo trazido pelos participantes do estudo, dessa maneira o temor de descobrir a existência de alguma doença é vivenciado no cotidiano da busca por atendimento sendo, pois, demonstrado ao transcorrer de sua comunicabilidade.

Homem (16): _ É por que às vezes, sei lá... É por que às vezes o caba pensa que tem um problema*... Já hoje que a gente vive numa luta, que a gente vive de doença, todo problema de doença. O caba já tem medo pensa que tem um problemazinho e já tem medo ir e descobri um maior. Aí já pega aquele problema, aquele nervoso de tá, né?! E quer ir se cuidar, mas sabendo que é errado. É como a mulher lá em casa, a mulher lá em casa diz: _ Você não se encosta de jeito nenhum. Você é danado. É por que se a gente fosse se acomodar com tudo no mundo, mas é bom o caba tá no médico, não é ruim não. Sempre procurar um médico por que o médico estudou pra isso, e médico é pra isso mesmo, né?! Ninguém deve ter vergonha do médico mesmo, por que a gente às vezes, hoje é frígido por fora e frágil por dentro tem todo tipo de doença e hoje a gente vê a doença como é que é, né?! Às vezes tá um problema de saúde em você que a gente nem espera, mas é bom, é bom procurar o médico. Por que veja bem, o caba trabalhar dezoito anos na saúde (*O entrevistado fora condutor de ambulância*), que nem eu trabalhei, e eu

nunca vivia nos pés do médico [...] Mas, não deve fazer isso não. Aí eu passo tempo, às vezes eu vou aí no médico quando eu quero fazer um exame de sangue pra saber como é que tá as taxas, eu vou e peço e... Sou muito assim (*entrevistado ri*).

Entremeado de traços parafrásticos é visto um comportamento discursivo constituído de processo envolto de um simbolismo social, considerando um dizer elaborado e permeado de variâncias memoriais, tomadas de decisões e observações; rememorando uma mudança brusca de coerência e coesão.

A conjuntura do “não” comparecimento ao serviço está atrelado ao medo de se encontrar com algo de intensidade mais elaborada, percebe-se a relutância em obter respostas mediante a possibilidade de ser com uma doença que poderia modificar o seu ideal de viver, requisitando mudanças em sua postura de maestria como indivíduo forte.

Nas construções referentes ao diálogo estabelecido com sua esposa, há certa intencionalidade de silenciamento em torno do acometimento de saúde, ao qual deveria levá-lo à busca de mecanismos para melhorar sua atual conjuntura.

Ocorre uma ruptura em seu dizer quando retrata um contraste entre a excelência na busca por atendimento médico e, ao mesmo instante, estabelece que não toma tal medida, por não acreditar que seja condizente com sua singularidade. Demonstrando demarcações de lacunas de um mesmo dizer, uma movimentação em que o dizer nunca é o mesmo, sempre traz novidades em uma simbologia contendo significados (ORLANDI, 2013).

Apreende-se que tal análise discursivas remontam a situação existencial vivenciada pelo público masculino, o qual representa um fator iminente quanto ao distanciamento deste extrato populacional, quanto a procura por assistência.

Neste intento ao qual a natureza do adoecimento está firmada, percebe-se a preponderância de um espaço subjetivo em que o acometimento patológico pode representar. De modo geral, não é a ideia de estar doente em si que incomoda ao homem, mas, a condição de se ver a perder sua saúde, a representatividade de sadio para si e para os outros.

Esta premissa tem uma íntima relação com os caracteres de gênero presentes na sociedade, ao qual o homem é visto como viril, dotado de força descomunal e invulnerabilidade (STORINO; SOUZA; SILVA, 2014; VIEIRA, 2013).

Homem (07): _ E hoje em dia você pensa que não tem nada, que tá com saúde e tem hora que a pessoa cai de uma hora pra outra, que nem eu vejo muitos, morre. Quem nem uma pessoa lá perto de nós. Pessoa

bacana, bacana, já duas, aí vivia com nós na maior alegria, **caiu**. Quando foi dentro de dois dias. // Teve aquele negócio que deixa uma sequela no corpo, né?! E convivia com nós e dentro de dois dias ele **morreu**. Outra pessoa que trabalhava com nós, metida a rica, e: _ Homem, homem vamo fazer exame. _ Não, não, não é nada não. E eu trabalhava com ele, trabalhava com ele. Não deu três dias, ele... Pessoas que podem (*tem melhores condições financeiras*), tem medo. _ Não, não vou não. Só vou tomar um comprimido, isso vai passar. Num sei o que dá luta. Com três dias ele também morreu.

À medida em que o participante avança em seu discurso, percebe-se um aprofundamento quanto a compreensão do adoecimento:

Homem (07): _ Tem tanta coisa que aparece no caba, e o caba morre mais ligeiro quando sabe. Você, sabe (*O que eu sei?*). Você tá bom, bom, bom, bom e tem tanta coisa que aparece em cima de você de uma hora pra outra (*Que coisas são essas? Algum tipo de doença?*). Aí você fica com aquele nervoso e morre mais ligeiro ainda.

Vislumbra-se no discurso apresentado a fluidez da vertente do silenciamento que perpassa o sentido, fazendo o uso das atribuições do recurso metafórico galgado na conjugação do verbo “**cair**”. Emerge no centro discursivo o ocultamento da palavra “doença”, mantendo um silêncio que se firma, categoricamente, na estrutura semântica da comorbidade que se instalou no indivíduo retratado no diálogo, o qual sofre a ação expressa pelo verbo.

Merece também destaque a ênfase no dizer mantida em repetições parafrásticas da palavra “**morreu**”, demonstrando a constante de significação emocional existente na sonoridade de tal palavra, desvelando uma visão trágica de alguém que mesmo possuindo certo privilégios aquisitivos não manteve acesso ao setor de saúde, culminando no desfalecimento de possibilidades futuras.

Pondera-se um caráter explicativo quanto ao fato que leva o homem a se afastar do ambiente de saúde, reforçando o horror que atravessa o imaginário de perda da própria vida diante o fato de saber que se tem uma doença fatal. Essa descoberta vem acompanhada pela piora progressiva do estado de vulnerabilidade.

Esta audácia corrobora com um viver constantemente ameaçado por um ataque a sua condição orgânica (o corpo), mas também a sua psique (“Aí você fica com aquele nervoso

e morre mais ligeiro ainda”), ocasionando um impacto no cotidiano familiar, ao criar novas demandas de cuidados até então inexistentes.

O adoecimento emerge como zona de contraste, estando objetivada na falta de compreensão com a doença, assim como, com o fato de que ao homem está edificada a capacidade de ser perecível de adoecer. Torna-se importante proporcionar espaços para debates reflexivos, quanto a morte/adoecimento como viés comum ao indivíduo.

Diante desse contexto, a menção religiosa acaba por sendo proferida nos discursos como uma conotação explicativa para as situações de acometimento patológico que pode assolar a masculinidade. Tal conjuntura configura uma situação-limite vivenciada por esta parcela populacional.

Homem (06): _ Porque às vezes eu posso ter **enfermidade** que eu não sei ainda e aí eles (*Os profissionais*) descobrem, né?! Então eu já vou tratar, né?! E também significa o quê? Prolongar a vida. Por que é o seguinte, se eu não tiver pena de mim mesmo eu não vou ter pena mais de ninguém. Então eu tenho que ter mesmo pena, tenho que me dar, tenho que ter pena de mim mesmo pra poder ter capacidade também de cuidar dos outros. Porque se eu não cuidar de mim mesmo, eu não vou cuidar bem de ninguém. É que nem manda aquele mandamento: _Amar à Deus sobre todas as coisas, e o próximo como a si mesmo. Então se a gente não amar a si mesmo, a gente não ama ninguém. E a saúde lá em terceiro João dois, terceiro João versículo dois diz: _Amar acima de tudo, faço voto por tua prosperidade e saúde, assim como o próximo da tua alma [...]. E no salmo quarenta e dois diz: _ O Senhor o assiste além da enfermidade, na doença flui a forma das damas. Então o **médico maior** é o Senhor Jesus Cristo mas, Jesus deixou o médico humano a gente tem que... se a gente precisa deles, né?! Por que eles são importantes. E a gente pede a Jesus pra dá mais sabedoria, que o médico humano tem e o enfermeiro humano tem, né?!

Enaltece-se no discurso proferido pelo participante, a relação que este possui com a morte como sentido amplo de finitude, tomando por base a enunciação expressiva “**prolongar a vida**”, atrelado, a busca pelo atendimento em saúde como uma fuga de um destino que é incontestável em sua história, um meio de evitar a plenitude de um fato circunscrito.

Estrutura-se tal condição imaginária, na crença de que a intervenção médica ao descobrir e sanar qualquer comorbidade que o assola, seria capaz de ajudá-lo a afastar caracteres da fragilidade da matéria; promovendo a celebração cotidiana da vida, sem pensar na condição concreta da não existência. Tal apreensão promulga o contraste de sentido em que prolongar a

vida pondera o ato de postergar a morte, valorizar à luz e não as trevas, à infinitude e não a finitude orgânica.

A referência dada a religiosidade/espiritualidade ora denota uma consistência pragmática místico-religiosa ao interdiscurso em que Deus/Jesus é retratado como o “**médico maior**”. Salienta-se desse interdiscurso o ideal de que a este é capaz de proceder a cura para as tais enfermidades que assolam o homem; divergindo dos profissionais de saúde (“médico humano”, “enfermeiro humano”) que estão, por vezes, fadados somente ao conhecimento restrito/finito à impotência conjugada da ciência.

A figura divina é dada o poder, bem como, o conhecimento pleno e a resposta para situações que perpassam o saber dos mortais. No discurso é notória características comuns há membros de grupos religiosos, inseridos no fragmento dialógico por intermédio da menção de trechos de textos com cunho bíblico, no qual delineiam a exaltação e significância maior da onipotência divina. Incorre ações circunstanciais à cura perante condição de enfermidade e de saudação ao amor como condição de equilíbrio entre os homens.

Ainda no que tange a discursividade em questão, a consistente parafrástica da palavra “**pena**”, configurada à óptica religiosa, promulga um instinto de compaixão, de motivação quanto à necessidade de se considerar a assistência ao próximo como demanda da ordem divina. Nesta perspectiva, percebe-se que ao homem está a conotação divina como fonte de proteção, de busca explicativa para as condições que por ventura afetam o ser homem.

Em sua totalidade, ideal masculino de saúde, retratados na presente formação discursiva, é permeado por uma ampla polissemia ao qual corrobora com divergentes lógicas para se chegar a conceitos provisoriamente estabelecidos, presentes nos diálogos ora proferidos pelos homens.

Nos discursos é visto a alocação do adoecimento como uma frequente repetição em seu transcorrer, configurando um fator motivacional para sua presença no setor de saúde e até mesmo como isso acaba por afastar esse mesmo homem. Esta conformação acaba por interromper a construção de vínculo com os profissionais da AB, bem como, a adesão do público masculino ao serviço de saúde.

Dessa forma, é fundamental a discussão sobre a masculinidade para os serviços/profissionais de saúde e para a população, no sentido de romper com a noção de invulnerabilidade dos homens e de fazer ressoar as necessidades desse grupo (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

Infere-se, mediante de toda essa problemática, que é primordial reorganizar e fortalecer as estratégias do serviço de saúde no intuito de captar as reais necessidades da

população masculina e promover todas essas articulações com os atores envolvidos na busca de uma atenção integral à saúde do homem, associadas à divulgação, sensibilização e educação dessa expoente masculina acerca dos benefícios e da importância da prevenção em saúde.

6.3 FORMAÇÃO DISCURSIVA – VOZES QUE ECOAM NO VAZIO: A NECESSIDADE DE SE FAZER OUVIR

Em detrimento da filosofia que reitera a Atenção Básica (AB) a escuta ativa é vista como uma tecnologia leve de construção ética e harmoniosa ao tratamento para com o usuário, meio que transcende as instâncias tecnicistas trabalhadas no processo saúde-doença.

Praticar a escuta ativa requer a compreensão do indivíduo em suas menores unidades, apreciando a sua história em quanto ser vivo, sua simbologia social, sua conotação de saúde e cuidado e a apreensão do diálogo como representatividade de seu conhecimento de mundo. Permitir-se ouvir o outro é respeitar o cosmos que revigora em seu esplendor interior, os vários “eus” que habitam cada ser.

A formação discursiva, enviesada dos discursos dialógicos dos participantes, reitera a ausência da escuta terapêutica no atendimento, pontuando a valorização da escuta do corpo adoecido, dos sons emitidos pelos sistemas afetados como de grande relevância prática. Prepondera as vozes que falam com pessoas ocas onde, o que se obtém como resposta é apenas sua própria voz que ressoa no espaço vazio.

Vozes que ficam retidas no sistema límbico e onde se escuta o que se quer e se deseja, a dimensão subjetiva, social e cultural perde a nitidez ficando inaudível como o som no vácuo, ao passo que as demandas biológicas, tornam-se amplificadas pela zona de conforto, bem como pelo imediatismo da resolubilidade “aparente” da demanda apresentada, sendo facilmente escutada.

Esse contexto foi recorrente nas pequenas variações discursivas, em que o aspecto da escuta e da comunicabilidade foi enfatizada pelos participantes do estudo em questão. Percebeu-se o diálogo como requisito de um ótimo atendimento, constituindo uma forte conotação para os participantes perante sua presença no setor de saúde:

Homem (08): _ É pro caba vir pra se cuidar, pra se tratar, né?! Ouvir o médico (*O que se espera/deseja ouvir do médico?*).

Homem (09): _ Conseguir a saúde, né?! Se medicar, né?! Conversar com o médico.

Homem (12): _ É que tem deles que fica sendo assim machista, né?! Não quer vir contar os problemas (*Que problemas são esses?*), mas aí tem que deixar esse tabu de lado para poder contar o que tá precisando ser ajustado no lado da saúde da pessoa, né?! Tem que lutar por ela (*a saúde*), né?! Por que sem ela, ninguém é ninguém. E a gente tamos aí, a gente quer que seja tudo bem ampliadozinho que é pra gente ficar mais **liberto** (*Liberto de que? Ele se sente aprisionado?*), pra gente poder vir com mais **vontade** (*Ele não tem vontade de procurar atendimento?*), né?! Deixar a vergonha de lado. E participar que é bom, participar.

O uso da expressão “**ouvir o médico**” reitera no ideal cultuado em nossa sociedade de que o profissional médico é detentor de um saber absoluto, sendo visto como uma “fonte dos desejos”. Aquele que seria capaz de fornecer informações sobre o comportamento adequado, hábitos alimentares e ressalvas sobre a medicação prescrita (como tomar, quantidade e tempo de uso). Promulga-se a responsabilidade pessoal pela saúde e não a responsabilidade relacional na construção da saúde, como é promulgada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Na discursividade assinala-se a permanência do paradigma atrelado ao cuidar da saúde, expresso na locução “**Porque sem ela, ninguém é ninguém**”. Retrata-se o ideal que a procura do setor deve estar circunscrita com a necessidade de “**ajear**” algo que no corpo não apresenta boa funcionalidade no momento, sendo a saúde relacionada ao aspecto maquinário que precisa de um concerto para exercer suas atividades de produção.

Compreende-se um neologismo que vem a instituir um valor amplo de significado à palavra “**liberto**”, representando uma deflagração das amarras interpostas e estigmatizada da sociedade. Neste mesmo prospecto, a escuta profissional é proferida pelos participantes como importante demarcação para sua busca por atendimento.

Sendo assim, conforme Franco et al. (2012), vê-se a necessidade de ampliar o olhar da equipe de profissionais, os quais possam estar para além dos limites do próprio serviço de saúde, compenetrados à uma escuta apurada em relação às necessidades apresentadas pelo usuário que busca atendimento.

Apreende-se uma modificação quanto à postura a ser tomada mediante o contato com o ator social que se faz presente na unidade de saúde. Isso pode ser obtido ao proporcionar a compreensão de todos os segmentos que envolvem o indivíduo, entender o que pode estar ocasionando para que tais usuários não se sintam bem acolhidos no cenário de cuidados.

Abstraído pelo sistema cartesiano que permeia a saúde, o ato de escutar o outro tem se tornado cada vez mais escasso, neste intento o corpo é segmentado e não é

visto/compreendido como um todo, estando os atos prescritivos e curativista em destaque quando se pensa na fragmentação. Nesta concepção, o usuário é descaracterizado, os aspectos sociais, culturais, crenças e relevâncias emocionais não possuem indução científica, ficando sem valor significativo.

Esta proximidade com o sujeito e essa produção de confiança detém raízes na filosofia que origina o próprio sistema de saúde, ao passo que quando esta vertente é ignorada ocorre a perda do ideal de assistência e cuidados.

Contudo apesar dessa percepção, dissonâncias quanto a escuta profissional na prática é evidenciada no cotidiano de atendimento dos serviços. Tal característica foi constatada no relato de um dos entrevistados, quando o mesmo buscou um setor de saúde para atendimento:

Homem (13): _ [...] Um dia eu fui no hospital e o médico olhou pra mim e me perguntou quantos dias de atestado eu queria, nem me perguntou se eu tava sentindo dor, se eu tava doente. Eu fiquei pior, porque eu fiquei nervoso. Eu num fui nem buscar atestado. Aí é uma forma de preparação do profissional na minha abordagem. Deveria ter sido melhor.

A postura profissional é colocada em questionamento, principalmente a atitude que este assume frente a presença do ator social no atendimento, daquilo que configura o seu “imediatismo”, executando uma ação tomando por base os usuários anteriores que o procuraram. Nota-se que a atuação do profissional é alicerçada no cansaço motivacional, no modo restrito de se pensar saúde e no conceito de saúde associado ao valor moral e social.

Desta forma, é visto um aniquilamento da teia de relação que envolvem as características individuais de cada usuário, promovendo uma insatisfação daqueles que se propõem a procurar os profissionais. Ressalta-se ainda, a importância da formação desses profissionais que são destinados para tratarem da saúde, sugerindo a preparação que cultuem a interdisciplinaridade, alocando sua atuação em todas as dimensões que constroem e formulam o indivíduo.

Tal apreensão, apresenta convergência com achado proveniente de investigação realizada por Junges et al. (2012), na qual foi visto que os profissionais tendem a desenvolver uma sensação de desespero e impotência perante a dificuldade de não resolverem as necessidades dos usuários que são trazidos até eles, partindo do pressuposto que tais necessidades estariam além do seu alcance profissional.

Essa explanação, feita pelos autores, corrobora com a postura adotada pelo profissional no referido discurso, donde não é compreensível a concepção do homem como ser dotado de linguagem; não permitindo que o ato de falar e de ouvir ressoem como espaço de conduta terapêutica para intervenção mediante a amplitude do outro.

A escuta encontra como centro o modelo médico biológico que acaba por direcionar a fala do ator social para o que se espera ouvir, facilitando a posterior intervenção profissional (LIMA, 2012).

Contudo, essa formação discursiva parece tensionar o dito de outro participante que mantém em seu repertório linguístico o homem como epicentro da escuta no processo terapêutico:

Homem (12): _[...] que a gente que somos homem tem que melhorar mais pra gente, pra gente poder contar os problemas da gente (*Contar quais problemas?*), se abrir mais, né?! Se abrir mais por que é que nem a gente tava falando aí à pouco tempo, que é mais pras mulher, pras criança, pros idosos. ***E a gente fica sendo esquecido um pouco, né?!*** (*Por que os homens se sentem esquecidos no âmbito da saúde?*) Então a gente tem que ver mais o lado da gente, entendeu?! É isso que eu digo a você.

A apreensão da discursividade revela um conteúdo emocional de palavras e expressões, no qual norteia a necessidade/falta de escuta como construção relacional, uma escuta que vá além do dito proferido pelo usuário, permeie a história em que seu dizer se insere. A escuta como tecnologia leve que promove aproximação de margens em um cuidado contínuo.

Ao profissional, na maioria das vezes, cabe a postura disciplinadora e controladora, logo é perceptível o necessário desenvolvimento de um relacionamento terapêutico centrado na pessoa, onde perdure a criação de um vínculo como estratégia de cuidado.

Nesse recorte, também é possível constatar a invisibilidade do público masculino no ambiente de saúde, onde as práticas são em sua maioria direcionadas à assistência de grupos específicos.

No repertório discursivo a masculinidade e o vínculo são alocados na construção de um espaço de condutas terapêuticas. Como pontuado, o acolhimento emerge no relato do participante em destaque como uma tecnologia leve no trabalho em saúde, ao qual é capaz de promover a potencialidade do indivíduo estando em íntima relação com a construção do vínculo

entre usuário e profissional; e em adequação com o ato da escuta ativa praticada diante todo o contato inicial com o sujeito.

De acordo com Penna, Faria e Rezende (2014) o que pode interferir na qualidade da assistência prestada, compreendem a forma mecânica e técnica que o acolhimento é realizado, que por muitos profissionais é compreendido como triagem para a classificação de risco mediante consultas e procedimentos executados.

Perante o enunciado é perceptível que decorre uma desorganização da unidade de saúde em que a postura acolhedora não é experienciada, resultando em uma ausência de escuta qualificada; conjuntura esta que configura uma barreira quanto ao acesso do público masculino ao serviço. Assim, faz-se necessário a criação de espaços para a construção do vínculo, com o intuito de sensibilizar e tornar a assistência consistente, além de clarificar a percepção que o público detém da atenção primária, da saúde e de suas ações de cuidado.

Nesse contexto, a formação discursiva torna evidente a importância que o serviço de saúde e os profissionais possuem para com estes homens que procuram atendimento. Para que se torne firme tais caracteres, é preciso que a escuta seja edificada e os ouvidos possam estar despido de vestes que impeçam que o discurso do outro tenha significado puramente profissional e científico, é preciso que seja afastada a condição/visão de mundo individual, antecipações sociais, estigmas culturais.

De acordo com Storino, Souza e Silva (2013), para que a prática do acolhimento e vínculo se tornem um elemento constitucional da atenção básica é necessário que a própria saúde esteja alicerçada na busca de amplitudes e melhorias para a população, não estando em dependência específica do corpo profissional em elucidar a escuta ativa.

Relatar a história de vida oferece para aquele que conta a oportunidade de experimentá-la, e dar um novo significado à sua própria vida (REIS et al., 2012). Ressalta-se a necessidade de permitir ouvir as profundidades do outro, suas amplitudes, suas dimensões aos quais viabilize caminhos pertinentes para alocação de práticas que respeitem a individualidade. Colocar o usuário como autor de sua própria história, tornando o discurso do outro como parte do que é seu.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a elaboração do presente estudo, fora mencionado, em sua trajetória dialógica, que este transcorreu sob precípuas que objetivaram averiguar as percepções que o público masculino possui frente as ações de saúde que são ofertadas pela Atenção Básica (AB). Neste interim, buscou-se desvendar as divergentes nuances e conformações que culminam com a constituição do homem enquanto agente de sua saúde.

No intento de subsidiar essa discussão foi preciso ingressar nessa viagem e, nessa direção, remar em meio a correnteza que assola esse mar discursivo na procura de representações da objetificação do masculino social, ao qual é dotado de uma ilustração, uma história, um espectro psíquico.

Ao tecer de sua construção foi preciso remar por várias marés que retratassem o incomunicável, acompanhado de traços de um existencialismo envolto de ásperos contrários, funduras e abismos; na tentativa de transparecer e desvelar a opacidade dos aspectos subjetivos e objetivos que erguem o *corpus* discursivo, retratando a íntima relação entre essas dimensões, assim como, seu entrecruzamento com a análise de discurso.

Observou-se nessa pesquisa, o vigente sentido que está configurado nos discursos do contingente masculino quando a AB se torna o epicentro principal da dialogicidade, onde esta emerge de forma linear, sendo compreendida e vista como local para procura de atendimento perante algum acometimento de saúde, como local de obtenção da cura por sobre ação profissional.

Apesar da nova abordagem que promove a reorientação do modelo assistencial em saúde, os discursos pautados em metáforas e polissemias, descrevem o que transcorre continuamente neste ambiente de práticas da saúde, no qual ainda é predominante características do modelo assistencial medico biológico, sob amparo de práticas com carácter curativista e prescritiva, tendo como centro de atuação profissional a doença que assola o indivíduo.

A AB, conforme reiterações discursivas por parte dos atores sociais, não é compreendida como porta de entrada principal à rede de saúde, aos participantes em questão emerge o desconhecimento de suas ações estruturantes pautadas nas atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Conforme abordado neste estudo, evidencia-se a preponderância da hegemonia masculina que constitui um elemento significativo ao interferir, diretamente, no delineamento

dos cuidados em saúde para com este público, influenciando em sua adesão para um olhar apurada de sua condição de saudável, mantendo base em aspectos culturais, históricos e sociais que induz a um movimento de construção quanto ao depoente de saúde vivenciado pelo homem, assim como, interiorizado na configuração identitária do ser masculino mediante o cenário de adoecimento.

Tal implicação, enaltece o distanciamento desse segmento do cenário de saúde e, nesta congruência perceptiva, a invisibilidade masculina e a desigualdade de gênero, culminam em consistentes lacunas que cercam o direcionamento do atendimento para com os mesmos, o que pode demonstrar a incidência dessas variáveis sobre a importância que este campo de atenção representa para os usuários homens que procuram este serviço; implicando na necessidade de que os profissionais venham a descortinar e desmitificar esses limites impostos pela sociedade.

Os discursos construídos sob nuances parafrásticas, retrataram a caracterização do quadro de adoecimento como espaço de manifestação da ausência de existencialismo do homem, nessa formação discursiva é observado variantes emocionais que entornam a condição de sadio, evidenciando a legitimidade que o papel social da masculinidade ainda prepondera. Neste interim, observa-se forte explanação quanto a condição de ser no mundo e sua interface da falta de materialidade algo que, por vezes, é compreensível quando seus ditos buscam alicerces para justificarem sua ausência no ambiente de saúde.

Para finalizar, foi perceptível os relatos dialógicos fortemente demarcados pelo vazio constitucional, consolidado pela abstração da escuta perante o contato entre o usuário e a equipe de saúde. Destaca-se as declarações imperativas do discurso profissional que é pautado de teor curativo e técnico que entornam o contato com os homens que procuram atendimento, rejeitando-se os elementos enunciativos do outro, suas expressões, sua ideologia o seu dito e não-dito, seu silêncio.

A escuta como espaço de prática humanizada e reconhecimento do indivíduo em sua menor unidade individual, fora tomada por um espaço de repasse de conhecimento, introdução de atitudes e hábitos comuns como estratégias de uma relação de biopoder.

Ao desenvolver dessa investigação barreiras se fizeram presentes durante sua construção, fora encontrada resistência do público masculino quanto à participação ativa do estudo, bem como, a ausência deste segmento no serviço de saúde. Caracterizando a falta de estudos no qual o homem seja o ator principal e o epicentro de sua elaboração, assim como, a construção sociocultural e a subjetividade que culminam com a importância que AB possui no imaginário masculino.

Simultaneamente, a própria relação profissional com o gênero masculino é passível de estereótipos ao qual enxergam-nos como usuários que demandam muita dedicação, limitando aos homens uma cúpula assistencial que separa o masculino dos demais atores sociais, sendo estes compreendidos como mais passíveis quanto a adesão dos cuidados em saúde e que requisitam menor envolvimento profissional no alcance de determinada finalidade.

Por fim, acredita-se que esse estudo em seu escopo carrega contribuições precisas a respeito das divergentes nuances que permeia o cuidar da população masculina. Fundamentado nessa questão, essa análise investigativa permeia a contextualização do ensino, da pesquisa e da assistência e que servirão de bússola para busca de melhorias que minimizem essa problemática vivenciada no que diz respeito à invisibilidade da masculinidade, sua emergência em saúde e as percepções que estes possuem do cenário da atenção primária.

Propõe-se, ainda, que demais investigações sejam desenvolvidos, tendo a análise de discurso como essência ou outra escola interpretativa, seja com os mesmos atores sociais envolvidos neste estudo ou com profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e até mesmo com os referidos gestores, a fim de contrastar e enriquecer as divergentes relevâncias que entornam a temática analisada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**/ABEP; UNFPA. – Campinas, 2009c.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

CAJAZEIRAS. **História do município**. 2012. Disponível em: <http://cajazeiras.pb.gov.br/historia_do_municipio/>. Acessado em 25 set. 2016.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, F. P. B et al. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**. v.16, n.4, p. 386-392, out./dez., 2013.

CORDEIRO, S. V. L et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.4, p. 644-649, out./dez. 2014.

FERNANDES, M. C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e *habitus***. 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafio para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FRANCO, A. F. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v. 16, n. 1, p. 157- 162, 2012.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-62, 2007.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise de discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 620-626, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada para 2016**. Disponível em < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370> >. Acesso em 29 de mar. 2017.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.10, p. 2607-2616, 2012.

LIMA, D. W. C. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

LOPEZ, S. B; MOREIRA, M. C. N. Políticas nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e à saúde do homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.3, p.743-752, 2013.

MACÊDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisa em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 649-57, 2008.

MEDEIROS, R. L. S. F. M. **Dificuldades e estratégias de inserção dos homens na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros**. 2013.73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007.

MOREIRA, R. L. S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.4, p. 615-621, out/dez 2014.

MOURA, et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 2, p. 429-438, 2014.

NASCIMENTO, A. R. A et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.182-194, 2011.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 11 ed. Campinas: Pontes Editores, 2013.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** 2008.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Reme - Rev. Min. Enferm.** v. 18, n. 4, p. 815-822, 2014.

PEREIRA, L. P; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.18, n.4, out./dez., 2014.

PEREIRA; M. C. A, BARROS, J. P. P. Públicos masculinos na estratégia de saúde da família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade.** v. 27, n.3, p. 587-598, 2015.

QUIRINO, T. R. L. **A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife 2012.

REIS, A. T. et al. A escuta atenta reflexões para enfermagem no uso do método história de vida. **Reme – Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 4, p. 617-622, out./dez., 2012.

SILVA, D. M et al. Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção. **Cogitare Enferm.** v.18, n.3, p.573-578, jul./set., 2013.

SIQUEIRA, B. P. J et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.18, n.4, p. 690-696, out./dez., 2014.

STORINO, L. P; SOUZA, K. V; SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery.** v.17, n. 4, p.638-645, out/dez, 2013.

VIEIRA, K. L. D et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery.** v.17, n.1, p. 120–127, jan. /mar., 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista n°. _____.

Dados de Identificação:

1. Idade: _____
3. Ocupação: () Empregado () Desempregado () Aposentado
4. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros: _____
6. Filho: () Sim () Não. Se sim qual a quantidade: _____
7. Doença de base: () Sim () Não. Se sim qual: _____

Questões norteadas:

1. Em seu entendimento, qual a função da Unidade Básica de Saúde para os homens?
2. Quais os motivos lhe fazem buscar esse serviço de saúde?
3. Que ações você percebe que são ofertadas de forma específicas para os homens?
4. De que maneira ocorre o seu acesso a Unidade Básica de Saúde e a Equipe de Saúde da Família?
5. O que facilita e o que dificulta você comparecer aos serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Participante,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “**Percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela Atenção Básica**”, que tem como objetivo averiguar as percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, tendo em vista que não compreende a realização de procedimentos invasivos, porém poderá transcorrer insatisfação do entrevistado devido a abordagem dos conhecimentos específicos que envolvem a percepção sobre a sua saúde, bem como sua relação com os serviços de Atenção Básica. Mediante tal situação, o pesquisador estará preparado para suspender a entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: maior compreensão sobre como o homem percebe a sua própria saúde, bem como as ações e serviços oferecidos pela Atenção Básica, fomentando a corresponsabilização desse ator social em seu processo saúde, doença e cuidado.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmico **Bruno Dias Batista (83) 99138-1338**; e Orientador da pesquisa **Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes: (85) 99922- 1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

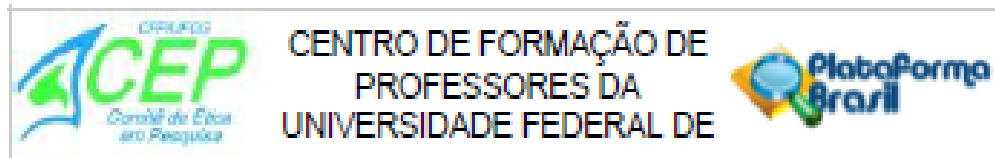
Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UFCG)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61055916.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.844.255

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um pesquisa de campo que será realizada com na Atenção Básica (AB) do município de Cajazeiras no estado da Paraíba, tendo como os participantes desta investigação homens que buscam atendimento em uma Equipe de Saúde da Família da Atenção Básica de Cajazeiras, vinculada à Universidade Federal de Campina Grande.

Objetivo da Pesquisa:

Averiguar as percepções dos homens frente as ações de saúde ofertadas pela Atenção Básica.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

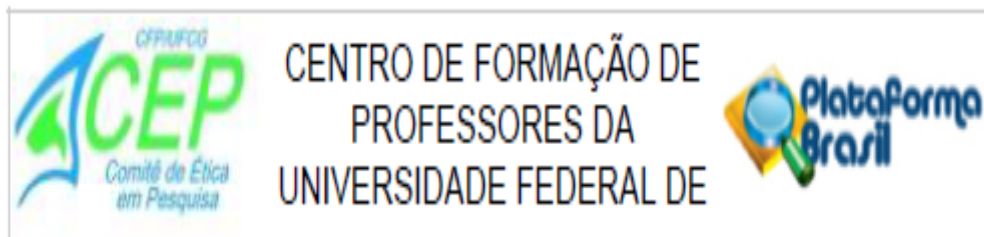
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA é importante por contribuir para ... e os métodos especificados estão adequados a proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Marcelo Costa Fernandes redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (81)3633-2075 E-mail: cep@ccp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.844.255

documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a **APROVAÇÃO** do projeto **PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA**, número 81055918.0.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

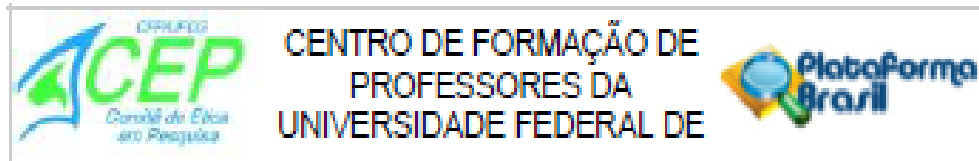
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_804368.pdf	18/11/2016 15:44:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/11/2016 15:43:15	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/11/2016 15:42:48	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	05/10/2016 19:54:04	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.docx	05/10/2016 19:53:39	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/10/2016 19:52:33	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronogramadocx.docx	05/10/2016 10:34:49	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	05/10/2016 10:34:02	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



Continuação do Protocolo: 1.844.252

CAJAZEIRAS, 28 de Novembro de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cef.ufcg.edu.br

APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA DA CIDADE DE CAJAZEIRAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÕES DOS HOMENS FRENTE AS AÇÕES DE SAÚDE OFERTADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA" a ser desenvolvido pelo pesquisador *Bruno Dias Batista*, sob orientação do Professor Dr. *MARCELO COSTA FERNANDES*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 26 de Setembro de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola - Cajazeiras - Paraíba
Renata Emanuela de Q. Rêgo
Educação em Saúde
COREN-PB 360.144

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO FORMADOR DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

Para: Prof. Marcelo Costa Fernandes

TERMO DE ANUÊNCIA

Venho por meio deste, conceder a anuência para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "Percepções dos homens frente às ações de saúde ofertadas pela atenção básica", a ser desenvolvido pelo discente Bruno Dias Batista na Unidade Básica de Saúde São José/Casas Populares, que funcionam na estrutura do Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS).

30 de setembro de 2016.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, reading 'Gerlane Cristinne Bertino Vêras'.

Profª Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Coordenadora do PAPS

Matrícula 2475888