

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADO NA PERSPECTIVA DE HOMENS: UM
OLHAR DA ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Silvana de Oliveira Silva

**Santa Maria, RS/Brasil
2010**

CUIDADO NA PERSPECTIVA DE HOMENS: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Por

Silvana de Oliveira Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração, Cuidado, Saúde e Cultura, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientador: Dr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Santa Maria, RS/Brasil
2010

S586c Silva, Silvana de Oliveira
Cuidado na perspectiva dos homens : um olhar da enfermagem / por
Silvana de Oliveira Silva. – 2010.
97 f. ; il. ; 30 cm

Orientador: Maria de Lourdes Denardin Budó
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2010

1. Enfermagem 2. Saúde do homem 3. Cuidado 4. Serviços de saúde
I. Budó, Maria de Lourdes Denardin II. Título.

CDU 616-083

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

CUIDADO NA PERSPECTIVA DE HOMES: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Elaborada por
Silvana de Oliveira Silva

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão examinadora:

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra
(Presidente/Orientador)

Michel Perreault, Ph.D. (UFRJ)

Margrid Beuter, Dra (UFSM)

Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)

Santa Maria, 19 de novembro de 2010.

*Dedico este trabalho
aos homens da minha vida,
ARISTÓTELES, JORGE, MATHEUS e DANIEL.
Incondicionalmente amados meus...*

AGRADECIMENTOS

A Deus que, com seu infinito amor, tem sido meu refúgio, a minha fortaleza e em quem confiei para chegar até aqui. Que, com toda sua graça, colocou pessoas muito especiais ao meu lado, cada uma com uma tarefa especial e um único objetivo: não deixar que eu jamais desanimasse.

Ao meu esposo Jorge, que, simplesmente, em todas suas ações e atitudes, demonstrou, diariamente, seu amor e seu cuidado para comigo, abdicando muitas vezes de si próprio em meu favor e de nossos filhos. Essa conquista é tua. Por tudo isso, amo-te ainda mais.

Aos meus filhos amados, Matheus e Daniel, que, com carinhos, sorrisos, terapia do abraço, uma ligação telefônica, um cheirinho, enfim, em cada gesto, revigoraram minhas forças. Sei que a ausência física desses dois anos não será preenchida, lacunas certamente ficarão. A única coisa que quero é que vocês tenham certeza de que são amados pela mamãe.

Aos meus pais, Aristóteles e Terezinha, exemplos de perseverança e amor, que, com suas orações, carinho e dedicação comigo e minha família, não mediram esforços para que todos nós superássemos as dificuldades dessa caminhada. Jamais as palavras conseguirão expressar meu agradecimento para vocês.

As minhas irmãs Bia, Sara e Laura, minhas amadas amigas de todas as horas que, de uma forma ou outra, estiveram presentes, auxiliando minha família, meu trabalho, minha vida. Amo vocês. Desculpem por não estar presente nos momentos significativos para vocês como o nascimento da Clarinha e da Ruth.

À minha orientadora, Maria de Lourdes, uma pessoa especial e admirável, que me conduziu, nesses dois anos, de maneira acolhedora, sempre com uma palavra de ânimo e, principalmente, respeitando meus limites. Certamente, foram essas características que me fizeram sentir prazer em realizar o Mestrado. Minha eterna gratidão por todos os momentos de aprendizado e convivência.

Às minhas colegas e amigas, Luisa Tamiosso, Marciele Moreira e Sandra Ebling, foram simplesmente demais! Constituíram-se como verdadeiras propulsoras do otimismo, com garra, da coragem, da ousadia... E a você, Marciele, que nunca mediu esforços para me fazer companhia nas viagens de sexta-feira para Santa Maria. Jamais vou esquecer esse gesto. todas vocês, meu reiterado reconhecimento.

À Manuela Sangoi, e Felipe Coelho meus maninhos de fé, que, com toda disposição em contribuir com essa conquista, colocaram seus apartamentos à minha disposição. Sem essa ajuda, certamente, tudo seria muito difícil. Serei sempre grata a vocês e a seus familiares.

Agradeço à URI-campus de Santiago nas pessoas do Prof^o Franciso Gosrski, da Prof^a Michele Beltrão e do Prof^o Padilha que, em apenas dois meses de gestão na universidade, deram-me todo o apoio para que eu concluísse este trabalho.

Aos meus alunos do Curso Técnico e de Graduação em Enfermagem da URI-Santiago, em especial às minhas orientadas e hoje colegas, Nuri, Laís e Aline, que, ao mesmo tempo em que me impulsionaram a buscar essa qualificação, presentearam-me com atitudes de solidariedade, incentivo e amizade. Obrigada por tudo.

Agradeço, de forma significativa, à equipe de saúde da ESF Monsenhor Assis, pela acolhida de sempre, pelo incentivo na construção dessa pesquisa. Em especial, à colega Githania e às Agentes Comunitárias de Saúde.

Ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM e aos seus professores, por acreditarem em mim e por oportunizar a concretização desse sonho.

À Zeli, secretária eficientíssima do programa, meus agradecimentos pela atenção e acolhimento durante todo esse percurso.

Às minhas colegas de Mestrado, com quem aprendi, entre outras coisas, que nunca é tarde para recomeçar. Foi muito bom compartilhar esses momentos com vocês.

Aos estimados professores Michel, Margrid e Tere (como carinhosamente a chamamos) que, com seus conhecimentos e experiências, contribuíram com a construção desse estudo desde o projeto até a etapa defesa.

Meu agradecimento sincero, simbolizado nos sujeitos desse estudo. Homens que me acolheram e que narraram suas vivências em relação ao cuidado para que este estudo se tornasse realidade.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

“CUIDADO NA PERSPECTIVA DE HOMENS: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

AUTOR: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

ORIENTADOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Santa Maria, 19 de novembro de 2010.

Nas últimas décadas, os homens têm sido o alvo de estudos nas mais diferentes áreas do conhecimento, em virtude do aumento da morbimortalidade e a aparente relutância deles com o cuidado de si e a preocupação incipiente com a saúde. Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou-se a conhecer os saberes e as práticas de cuidados desenvolvidos por homens de 20 a 30 anos de idade, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis do município de Santiago-RS. Essa proposta se justificou por perceber, no cotidiano da assistência e do ensino-aprendizagem, a necessidade em se dar ênfase às experiências ligadas em especial à saúde da mulher e da criança e, nessa conjuntura, o homem sendo considerado como alguém não capaz de cuidar-se ou cuidar de outro. Portanto, para alcançar o objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista narrativa e observação. Foram participantes dessa pesquisa treze homens entre 20 e 30 anos de idade, residentes na área de abrangência da ESF Monsenhor Assis, que não referiram morbidade e que aceitaram participar da pesquisa. O local da coleta dos dados, por solicitação dos sujeitos, deu-se basicamente, no domicílio dos mesmos. Buscando atingir os significados manifestos e latentes dos dados, seguiu-se a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2008), da qual emergiram cinco categorias analíticas. Os resultados deste estudo demonstram que os homens concebem cuidado de forma abrangente e singular; que se constituem seres de cuidado tanto de si como com o outro; e que o praticam por meio de ações e atitudes diversificadas. Apontam, ainda, para as fragilidades existentes nos serviços de saúde que dificultam o acesso desses sujeitos na rede do sistema de saúde. Acredita-se que essa pesquisa tem grande relevância não só para a enfermagem, mas para a sociedade como um todo, uma vez que deu visibilidade a esses sujeitos que, cultural e socialmente, até então, são concebidos a partir de um único modelo de masculinidade. Para tanto, sugere-se para os enfermeiros que, em suas ações assistenciais e gerenciais, estejam sensíveis à perspectiva dos homens em relação ao cuidado para que essas ações sejam condizentes com as necessidades dos sujeitos. Para isso, torna-se indispensável promover espaços de reflexão tanto na formação dos profissionais da saúde como nos municípios que têm a pretensão de implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Palavras Chaves: Saúde do Homem; Enfermagem; Cuidado; Serviços de Saúde

ABSTRACT

Masters Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

“CARING ON MEN’S PERSPECTIVE: A VIEWING OF NURSING

AUTOR: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

ADVISOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Santa Maria, 19 de novembro de 2010

In the last decades the men was studying target in different knowledge áreas by virtue of the morbimortality increasing and the apparent reluctance of the man about bewareing themselves and incipient worry with health. In this perspective the present study had as objective to figure out the knowledges and the caution practices developed by men age 20 and 30 years old, residents in the coverence área of the family’s strategic health Monsenhor Assis in municipal district of Santiago-Rs. The proposal justified itself by perceive, on assistance quotidian and of teaching learning, emphasis to experiences relationed to women’s health and of caring themselves or the other. However to anchieve the proposal objective took effect a descriptive exploratory qualitative research. The data collection was realized by means of narrative interview and observation. In this research participated, thirteen men among 20 and 30 years old residents in the coverence área of ESF Monsenhor Assis whon haven’t refered morbidity and accepted to participate of the research. The local of the data collection by solicitation of the subjects was basicaly at their domiciles, searching of to reach the manifested meanings and latents of the datas, to resulted a content analisis of type tematic proposal by Minayo (2008) from wich emerged Five analitical categories. The results of this study demonstrate that the man conceive caring of coverent and singular form, which constitute themselves creatures caring as themselves as the other and wich practice it by mean of diversified actions and attitude. Even point to the fragilities existents on health services that difficult the Access of those subjects on the Health Sisten’s Net. To make respect that this research há a big prominence not even for the nursing, but for all society at all, since that gave visibility to those subjects which culturaly and socialy till then are conceived from a unique model of masculinity. However, make suggested for the nurses that in their assistential and managerialial actions be sensitive to the perspective of the man with regard to the care of these actions be suitable with the needs of the subjects. Therefore, to become indispensable to promote spaces of reflection as in the formation of health professionals as in the municipal districts wich há the pretension to stablish the National Politic of Integral Attention to Men’s Health.

Keywords: Men’s Health; Nursing; Caring; Health Services

RESUMEN

Disertación de Maestría
Programa de Maestría en Enfermería
Universidad Federal de Santa Maria

"PRECAUCIÓN EN VISTA DE LOS HOMBRES: EL FIN DE ENFERMERÍA"

AUTOR: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

ORIENTADOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDO

Santa Maria, 19 de noviembre 2010.

En las últimas décadas, los hombres han sido investigados en diferentes áreas del conocimiento como resultado de aumento de la morbilidad y la mortalidad y la aparente renuncia de los hombres con los cuidados personales y la preocupación con la salud. Desde esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo identificar los conocimientos y prácticas de atención desarrollado por los hombres de 20 a 30 años de edad, que viven en el área de amplitud del Programa de Salud Familiar Monseñor Asís en la ciudad de Santiago-RS. Esta propuesta se justificó por percibir, en el cuidado diario y la enseñanza-aprendizaje, énfasis en las experiencias relacionadas en particular con la salud de las mujeres y los niños y, en este momento, el hombre considerado como alguien no capaz de cuidar de sí mismo o de otro. Por lo tanto, para lograr nuestro objetivo, llevamos a cabo una investigación exploratoria cualitativa y descriptiva. La recopilación de los datos fue por medio de entrevistas narrativas y la observación. Fueron participantes en este estudio trece hombres entre 20 y 30 años de edad que viven en el área de alcance por el Monseñor Asís ESF que no informaron la morbilidad, y que aceptasen a participar. La ubicación de la colecta de los datos y petición de los sujetos fue esencialmente en sus casas. Tratando de llegar a la visible y oculto significado de los datos, seguida de análisis de contenido propuesto por la temática Minayo (2008), del que surgieron cinco categorías de análisis. Los resultados de este estudio muestran que los hombres conciben atención de forma amplia y singular, también que constituyen el cuidado de sí mismos y de otros, y que lo hacen a través de acciones y actitudes variadas. Siguen apuntando a las debilidades en los servicios de salud existentes que impiden el acceso de estas personas en la red del sistema de salud. Se cree que esta investigación tiene gran relevancia no sólo para la enfermería, sino para la sociedad en su conjunto, ya que dio visibilidad a esos sujetos que cultural y socialmente hasta la fecha, se han diseñado a partir de un único modelo de masculinidad. Así, se sugiere que los enfermeros en su cuidado y las acciones de manejo sean sensibles a la perspectiva de los hombres, y que, en relación a la atención, esas acciones sean coherentes con las necesidades de las personas. Por lo tanto, es esencial promover oportunidades de reflexión, tanto en la formación de los profesionales de la salud, como en los municipios, ya que se tiene aspiración de poner en práctica la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres.

Palabras Claves: Salud del Hombre; Enfermería; Cuidado; Servicios de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA1-Mapa das Unidades Saúde e Distritos geossanitários de Santiago.....	44
---	----

LISTA DE APENDICES

APENDICE A.....	93
APENDICE B.....	94
APENDICE C.....	96
APENDICE D.....	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 Saúde dos Homens e política de saúde.....	18
2.2 Panorama da produção científica da enfermagem sobre Saúde dos Homens.....	23
2.3 Cuidado e Cultura.....	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1 Tipo de Pesquisa.....	32
3.2 Trabalho de Campo.....	32
3.2.1 A inserção no campo de estudo.....	32
3.2.2 A seleção dos sujeitos do estudo.....	33
3.2.3 Coleta e registro dos dados.....	34
3.3 Análise dos dados.....	39
3.4 Considerações Éticas.....	40
3.5 Caracterização Universo Empírico.....	41
3.5.1 Local da Pesquisa e Caracterização da Comunidade.....	41
3.5.2 Dados socioeconômicos.....	43
3.5.3 Características dos Sujeitos da Pesquisa.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	46
4.1 Significado do Cuidado.....	46
4.2 Cuidado com o Outro.....	48
4.3 Cuidado de Si.....	52
4.4 Ser Cuidado.....	63
4.5 Sistema de Saúde e a Atenção aos Homens	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

INTRODUÇÃO

Ao longo das duas últimas décadas, os homens têm sido pauta de debates no campo da saúde coletiva, tanto em âmbito nacional como internacional. Isso se deve ao crescente aumento dos índices de morbimortalidade, à aparente relutância dos homens em procurar ajuda e à suposta relação antagônica com o cuidado, o que exige das políticas públicas de saúde e, por conseguinte, dos profissionais de saúde, uma nova postura, um outro olhar, uma nova intervenção.

A década de 70 é considerada como um marco inicial de estudos norte-americanos sobre os homens. Os estudos foram influenciados pela teoria e pela política feminista, que traduziam um pensamento exploratório, nos quais os homens eram abordados de uma maneira instrumental, pressupondo que a masculinidade tradicional produzia mais agravos à saúde dos outros, principalmente da mulher, do que como foco central (SCHRAIBER, GOMES E COUTO 2005; CARRARA 2005).

Por outro lado, estudiosos como Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), voltados à comparação entre homens e mulheres, constatam que, em geral, os homens sofrem mais de doenças crônicas graves do que as mulheres e que, de acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Desse modo, percebe-se que eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (BRASIL, 2009).

Frente a essas constatações, Carrara (2005), Schariber, Gomes e Couto (2005) afirmam que os estudos têm avançado, passando de uma visão essencialmente biológica de diferenças entre sexos na morbimortalidade e, paulatinamente, para discussões a respeito de sexualidade, reprodução, violência, voltando-se, de certo modo, para uma aproximação de gênero. Nesse debate, são sugeridas as questões de masculinidade como seu eixo estruturador e, também, o pensar homens e mulheres como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005).

No que se refere à saúde dos homens, o Ministério da Saúde (MS) reconhece que os serviços de saúde, de um modo geral, enfrentam dificuldades em concretizar, no cotidiano desses serviços, uma prática fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, em março de 2007, foi anunciada pelo MS, como uma de suas prio-

ridades, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (DOMINGUEZ, 2008).

A PNAISH, instituída no âmbito do SUS, pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzir-lhe a morbidade e mortalidade, facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde. Ao todo serão investidos R\$ 613,2 milhões em nove eixos de ação, entre eles de comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública (BRASIL, 2009a).

De acordo com o MS, as ações da PNAISH buscam “romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os consultórios médicos.” (Brasil, 2009b s/p). Essa proposição do MS encontra subsídio nos estudos de Arilha (2005); Gomes, Nascimento e Araújo (2007); Nascimento e Gomes (2008), os quais evidenciam que as dificuldades de acesso aos serviços, a desvalorização com o autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde são decorrentes da masculinidade tradicional. Masculinidade essa construída historicamente, que concebe o homem como forte, invulnerável, destemido e provedor.

Diante de tais evidências, é possível refletir que a referida política aponta para uma concepção biologicista para caracterizar a desvalorização masculina com saúde. MacDonald (2006) assinala, como fatores que impedem o desenvolvimento de uma política de saúde eficaz para homens, a preocupação limitada com a perspectiva biomédica (ênfase na próstata e disfunção erétil) e o senso comum de que todos os problemas de saúde em homens são os resultados de masculinidade hegemônica e mau comportamento dos homens.

Nesse sentido, Knauth e Machado (2005) afirmam que a maioria dos trabalhos, na área da saúde coletiva, atua sob ponto de vista de uma masculinidade hegemônica, sem considerar a existência de diferentes tipos de masculinidades. As autoras fazem uma crítica a essa visão biomédica, dizendo que

não contempla outras formas de pensar o cuidado de si e do outro fora de formas tradicionais, com a qual as mulheres são fortemente identificadas. É assim que os homens são percebidos como não-socializados para o cuidado e a valorização da saúde. Será que ao contemplarmos as questões de gênero o cuidado não adquire também um outro significado? (KNAUTH e MACHADO, 2005, p.19).

Isso se deve ao fato de que, historicamente, esse cuidado tem sido associado à mulher. A elas, competem todos os cuidados que giram em torno de tudo que cresce e se desenvolve, e

sob essa visão, incluem-se as crianças, os doentes, os moribundos. (Collière, 1999). É nessa perspectiva que a sociedade constrói o feminino e o masculino no processo de cuidar. Gomes (2008a) teve como objetivo investigar como se dá essa construção em uma creche do Rio Grande do Sul e constatou que os informantes acreditam que o cuidado de crianças é uma atribuição instintivamente feminina e que os homens, ao quererem desempenhá-las, necessitariam de aprendizado. Tal achado nos remete à importância da família enquanto elemento socializador e formador do indivíduo em seus aspectos sociais, afetivos e educativos. Na socialização primária, incentivam-se as meninas a brincarem com bonecas e, aos meninos, isso não é permitido. Referindo-se a essa questão, Lyra et al (2005) dizem que é possível imaginar como o ato de cuidar e demonstrar carinho pode ser difícil para alguns homens.

Partindo do pressuposto que essas questões são social e culturalmente construídas, torna-se necessário relativizar essa cultura patriarcal, não olhar o cuidado e o cuidar na perspectiva feminina, mas compreender nas diferenças, como se processa o cuidado no universo masculino. Nesse sentido, o estudo de Flores (2008) sobre o cuidado intergeracional com o idoso constatou que a responsabilidade social do cuidado, historicamente atribuído ao gênero feminino, está aos poucos deixando de ser, tendo em vista que, na referida pesquisa, encontrou-se alguns cuidadores homens. Somando-se a essa nova tendência, Freitas, Coelho e Silva (2007); Sutter e Maluschke (2008) apontam uma nova concepção de homem, uma vez que esse se encontra mais envolvido afetivamente com o cuidado da família, dos filhos, dos doentes. Mesquita (2008), realizando um estudo sobre as necessidades de ajuda apontadas por homens em tratamento antineoplásico, identificou cuidados físicos e orientação para o autocuidado como necessidades mais referidas. Outro estudo, o de Paschoalick (2007), que objetivou conhecer as representações e as práticas sexuais e reprodutivas, revelou que os homens adolescentes apresentaram-se como prudentes, comprometidos e responsáveis.

Portanto, tais estudos incitam a refletir se os homens não cuidam e não são capazes de se cuidar? Ou as investigações não estão visibilizando o cuidado do homem? Se tais questões podem ser respondidas afirmativamente, em relação ao homem como um ser que cuida e se cuida, é imprescindível que as políticas públicas de saúde devem estar atentas para essas questões, reconhecendo que o cuidado não está ligado estritamente ao universo feminino e a demandas biológicas.

Tendo em vista tais considerações, aliadas à experiência profissional como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família e Docente de um Curso de Graduação e Técnico em Enfermagem, centraliza-se a proposição desta pesquisa. Justifica-se a escolha da temática Saúde dos Homens por perceber, no cotidiano da assistência e do ensino-aprendizagem, atitudes e comportamentos que conferem prioridade às experiências ligadas em especial à saúde da mulher e da criança. Empiricamente, observa-se, em muitas ocasiões da assistência, os sujeitos do sexo masculino não sendo considerados em suas especificidades; já os profissionais da saúde concebem-nos como alguém não capaz de cuidar de si ou cuidar de outro. Tais atitudes, certamente, impedem a eficácia e a aceitação das intervenções em virtude do contraste de visões de mundo do profissional e do sujeito em questão.

Portanto, a contribuição deste estudo será de grande relevância social e acadêmica para a atenção à saúde dos homens, pois contribuirá para uma maior aproximação deles com os profissionais e os serviços de saúde. E, especificamente, para a Enfermagem, porque o universo masculino, até o momento, tem sido pouco explorado por essa profissão. Portanto, a partir da compreensão da visão de mundo, de valores e crenças dos homens em relação ao cuidado, os/as enfermeiros/as poderão planejar ações de cuidado congruentes, colaborando, dessa forma, para a transformação do paradigma almejado.

Face ao exposto, se propôs a desenvolver a presente pesquisa, cuja questão norteadora se constituiu em identificar: quais são os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas por homens entre 20 e 30 anos, residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santiago-RS?

Para tanto, o **objetivo** desse estudo se constituiu em: **conhecer os saberes e as práticas de cuidados desenvolvidos por homens de 20 a 30 anos de idade, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis do município de Santiago-RS.**

A presente dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos, sendo que o primeiro apresenta a fundamentação teórica realizada a partir de uma revisão de literatura sobre a temática homens e suas relações com a saúde, cuidado cultura e enfermagem. O segundo expõe o percurso metodológico utilizado para alcançar o objetivo e descreve o universo empírico, procurando caracterizar a comunidade e os sujeitos da pesquisa, quanto aos seus aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais. O terceiro apresenta os resultados obtidos da análise temática dos dados com as inferências da pesquisadora e a

discussão com os referenciais eleitos para esse estudo. E no quinto e último capítulo, algumas considerações são elencadas com o intuito de contribuir com uma atenção especial à saúde integral dos homens.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de fundamentar o presente estudo, a revisão de literatura discorre sobre as concepções de saúde dos homens e política de saúde, a produção científica da enfermagem em relação à temática, tecendo-se uma explanação acerca de concepções de cuidado e de cultura.

2.1 Saúde dos homens e política de saúde

Para abordar a temática saúde do homem, faz-se necessário, inicialmente, explorar alguns conceitos sobre homem, masculinidade, masculinidades, gênero e saúde dos homens. Nesse sentido, ao perguntar o que é ser homem, Batista diz:

...é possível que a resposta de alguns se refira ao caráter biológico, ao papel masculino e à construção social do homem. Outros dirão que ser homem é ser forte, viril, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável (2003, p.11).

Essa concepção traduzida como masculinidade hegemônica ou tradicional se constitui na construção social prevalente do que é ser homem. Vários estudos apontam para essa compreensão, entre eles, realçam-se os estudos de Alves (2001); Arilha (2005); Dázio (2008); Gomes, Nascimento e Araújo (2007); Nascimento e Gomes (2008); Telles (2007); entre outros. Destaca-se que Medrado e Lyra (2004) descrevem a **masculinidade** hegemônica como: “branca, heterossexual e dominante - um modelo cultural ideal, não sendo, portanto, atingível por praticamente nenhum homem” (p.64). No entanto, é aceito como padrão, exercendo um efeito controlador acabando por excluir qualquer variação de comportamento masculino que não seja adequado às suas normas (OLIVEIRA, 1998).

Por outro lado, os estudos de Freitas, Coelho e Cavalcanti (2007); Gomes (2003b); Freitas et al (2009); Paschoalick (2007); Santos (2005); Sutter e Malusche (2008); Tarowski, Próspero e Elsen (2005), entre outros, indicam um momento de transição entre a masculinidade tradicional e uma nova concepção de homem. Essa transição, de acordo com Sutter e Maluschke (2008) e Batista (2003), decorre da perda da legitimidade do patriarcado em virtude do movimento feminista, da inserção da mulher no mercado de trabalho, do aumento de famílias monoparentais chefiadas por mulheres. Isso tem acarretado uma crise de

identidade e, por conseguinte, novas **masculinidades**, quais sejam de homens que brincam, que convivem com a mulher independente e com outros modelos de homens, como aqueles que erram, que cuidam dos filhos e dos filhos das companheiras, que choram, que não são os únicos provedores da família, que falam sobre seus sentimentos (BATISTA, 2003).

O conceito de **gênero** surgiu nas ciências sociais e humanas como uma tentativa de unir interesses comuns e expandir a compreensão das relações entre os sexos. Para isso, deve-se levar em conta, não a ideia de que existem machos e fêmeas na espécie humana, “mas que o sentido do masculino e feminino, em nossa sociedade, é definido em termos da relação entre ambos e do contexto sócio-histórico mais amplo, em que coexistem outras categorias, tais como raça/etnia, idade e classe social” (MEDRADO e LYRA 2004, p. 65).

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 565), “a categoria gênero está entendida como atributos de função socialmente construídos – que configuram diferenças e inter-relações entre os sexos, que vão além do biológico”. Dessa forma, ser homem ou mulher sugere incorporar as características e as funções como forma de se conceber, de valorizar-se e de atuar em uma determinada cultura.

Gomes e Nascimento (2006) dizem que, a partir dos anos 90, a temática saúde do homem passou a ser abordada sob uma perspectiva mais ampla, enfocando as questões de gênero, as quais passaram a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Nessa direção, destaca-se que a Organização Mundial de Saúde volta-se para as especificidades da saúde masculina, recomendando que o homem seja considerado em uma perspectiva relacional de gênero. Duas publicações se destacam nesse sentido. A primeira delas (WHO, 2000) aponta para a necessidade de focar os adolescentes, argumentando que o comportamento dos homens adolescentes em relação à saúde tem consequências diretas na idade adulta; que os comportamentos influenciam diretamente na saúde das mulheres adolescentes; que, do ponto de vista econômico, ignorar as necessidades específicas e as práticas relacionadas com a saúde dos homens adolescentes representa enormes custos para a sociedade; e que proteger a saúde e o desenvolvimento saudável dos rapazes é uma questão de direitos humanos. A segunda publicação (WHO, 2002) se propõe a estabelecer o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento.

Nessa perspectiva, encontram-se vários pesquisadores que estudam a relação de gênero com os indicadores de mortalidade e morbidade masculina. Entre eles, pode-se citar o estudo

sobre o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina realizado por Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) que, ao abordarem as diferenças entre a saúde do homem e da mulher, sugerem que as estratégias de prevenção e de promoção da saúde levem em conta a perspectiva comportamental em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de alimentação, ao ambiente de trabalho entre outros. O Ministério da Saúde reitera tal afirmação quando diz que “[...] os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino” (BRASI, 2009a, p.6).

MacDonald (2006) concorda sobre a importância de se visualizar a saúde dos homens em termos de gênero; por outro lado, diz que somente esse enfoque não fornece todos os subsídios necessários para satisfazer às necessidades de saúde do homem, sendo necessário abordar essas questões na perspectiva de determinantes sociais que, segundo ele, certamente contribuirão para desmistificar a visão negativa sobre os homens.

Assim sendo, é importante refletir a respeito das implicações do termo **saúde do homem**. A Constituição Brasileira de 1988 descreve que saúde é um direito fundamental do ser humano, que deve ser compreendida como o resultado do processo e das relações sociais que garantam maior ou menor qualidade de vida para uma população. Portanto, não pode ser encarada como mera ausência de doença. Partindo-se desse pressuposto e, para que haja uma maior aproximação com os princípios e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, torna-se necessário uma transformação da abordagem tradicional que se fundamenta, exclusivamente, em aspectos ligados a questões biologicistas. Nesse sentido, a definição de saúde do homem deve ir além de condições masculinas específicas dos órgãos reprodutores e ser entendida dentro de um determinado contexto social e econômico (SCHMITH, 2007).

Parafrazeando Schmith (2007), esse entendimento sobre saúde do homem deve estar focado na tendência atual das questões sobre saúde dele, assim, compreendendo-o de forma igual, reconhecendo os grupos vulneráveis e as diferenças entre os homens, onde possam ser compreendidos igualmente. Segundo esse autor, a compreensão dessa concepção ampliada de saúde do homem é necessária para desenvolver uma política nacional compreensiva.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, resulta, em grande parte, do consenso de uma série de cinco seminários, realizados entre o mês de abril e junho de 2008, com Sociedades Médicas,

profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS¹ e CONASEMS² e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens.

O Ministério da Saúde destaca um conjunto dos principais objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem:

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. (BRASIL, 2009, p.3).

No documento publicado pelo MS (2009), onde constam as diretrizes e os princípios da PNAISH, reafirma-se a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos que se considera fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações.

Sob esse aspecto, aponta para a importância da mudança do foco programático, ou seja, de não conceber a política como uma adesão ao programa de assistência à saúde, mas numa perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma fundamentado na atenção integral, que valorize, principalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e qualidade de vida, assim como a educação como estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas (BRASIL, 2009).

Embora esse objetivo exprima o anseio da parcela da população que busca o fortalecimento e o engajamento de diversos atores na consolidação do SUS, na análise das diretrizes e princípios norteadores para a implantação da PNAISH nos Estados e municípios, percebe-se alguns aspectos que merecem reflexão. O primeiro aponta para uma concepção limitada de saúde do homem quando descreve:

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2009, p.5).

¹ Conselho Nacional de Secretários da Saúde

² Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

O segundo reconhece a importância de se abordar as questões na perspectiva de gênero, reitera a necessidade de considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, dizendo que as “masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação”. Também, considera fundamental, para a promoção da equidade na atenção a essa população, o reconhecimento das diferenças por idade, condição sócio-econômica, condição étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou intelectual e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas (BRASIL, 2009, p.6).

Acredita-se que todas essas proposições da política são relevantes, no entanto, as primeiras ações de divulgação e implantação da política não expressam tal ponto de vista. Na mídia, as propagandas anunciam questões ligadas aos órgãos genitais como prevenção de câncer de próstata e de pênis. A Semana Nacional de Saúde do Homem, ocorrida em agosto de 2009, teve como foco estimular a procura dos homens por consulta médica, exames de próstata, colesterol, glicemia entre outros. Ainda, conforme o noticiário do MS de agosto de 2009, a política tem um plano dividido em nove eixos de ação a serem executados até 2011 e prevê o aumento de até 570% no valor repassado às unidades de saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata. O MS pretende distribuir 26,1 milhões de cartilhas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento de câncer e promoção de hábitos saudáveis e 6,52 milhões de cartilhas até 2011, sobre direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para homens.

É possível perceber que a política de saúde do homem, que está sendo implantada pelo MS, espelha-se no Programa³ de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no qual as ações estavam sempre direcionadas para a gravidez, câncer de mama, de útero e anticoncepção. Todavia, muito ainda tem de se discutir quanto às implicações dessa implantação nos serviços de saúde, tendo em vista que a formação dos profissionais que estão inseridos no sistema de saúde também sofreu influências do modelo biomédico, que concebe saúde como ausência de doença e que, por conseguinte, vem atuando ainda sob concepções biologicistas, sem levar em conta a totalidade do indivíduo em seu contexto.

³ Embora objetivasse focar a mulher em sua totalidade, incorporando as questões de gênero, suas premissas nunca foram totalmente implantadas no Brasil (COSTA, AQUINO, 2000).

Para tanto, Figueiredo (2005, p.106) argumenta: “... a ideia é compreender o problema no contexto de uma complexa teia de relações que envolvem três dimensões que interagem entre si”[...]. A primeira refere-se aos homens na qualidade de sujeitos frente a frente com as diferentes dimensões de vida. A segunda, quanto aos serviços de saúde, referindo-se à forma como eles se organizam para atender as particularidades dos homens. A terceira dimensão está relacionada aos vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa. Com base nisso, acredita-se que é necessário que se dê mais atenção à saúde dos homens, considerando-os em sua totalidade, a partir da compreensão de suas necessidades de saúde, tanto nas suas relações com o outro, como em sua especificidade. Portanto, é imperativo levar em conta as concepções e as relações entre cuidado, cultura, família, necessidades, demanda e oferta dos serviços que envolvem o cuidado integral à saúde dos homens.

2.2 Panorama da produção científica da enfermagem sobre saúde dos homens

No mês de dezembro de 2009, no portal de Teses e Dissertações da CAPES realizou-se uma pesquisa bibliográfica para investigar as tendências da produção do conhecimento em teses e dissertações acerca da temática saúde do homem, a fim de descrever possíveis lacunas na área.

Para tanto, a busca foi realizada com a palavra saúde do homem onde se encontrou um total de 1172 publicações. A seguir, fez-se um cruzamento desse termo com as palavras masculinidade, gênero, enfermagem, contemplando o período temporal de 1987 a 2008⁴ e, após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos os trabalhos que não pertenciam à disciplina da enfermagem ou que não se referiam especificamente ao tema.

Assim, restaram 18 estudos, os quais foram analisados quanti e qualitativamente. O panorama da produção científica da enfermagem apresenta o quantitativo de estudos acerca da classificação da produção científica quanto à forma de socialização/divulgação, a natureza ou abordagem dos estudos, o ano de publicação e a procedência dos estudos por região.

Observa-se, na tabela 1, que, por uma diferença mínima entre teses e dissertações, há um interesse tanto de mestrandos quanto de doutorandos pela temática. Que os estudos de cunho qualitativo são os mais utilizados pelos enfermeiros, o que demonstra um grande

⁴ Período disponível nesse banco de dados

interesse desses profissionais pelo desenvolvimento de pesquisas dessa natureza, uma vez que conforme Minayo (2008) é esse tipo de abordagem que tem o objetivo de explorar uma dada realidade que não pode ser capturada por dados quantitativos.

Os primeiros estudos datam do ano de 2000 e o ano com maior número de publicações corresponde a 2005 seguido de 2004 e 2007. Esse resultado relaciona-se à crescente expansão dos cursos de mestrado e doutorado no país, nas mais diversas áreas, inclusive na enfermagem a partir do ano de 2004. Observa-se, ainda, que a região Sudeste, representada pelos estados do São Paulo e Rio de Janeiro, contempla o maior número de produções, seguida do Sul e da região Nordeste.

Quanto à área temática da produção científica, os estudos classificam-se com destaque, na área sociocultural (15), essa compreendida como o estudo das relações, apoio social, preconceito, educação em saúde, promoção da saúde, conhecimentos, percepções, comportamentos.

Analisando a tendência quanto às contribuições e recomendações apontadas a partir dos resultados obtidos pelos estudos, a assistência de enfermagem merece destaque com (10 estudos), os demais apontam como finalidade a prevenção (5), e (3 estudos) não apontam no resumo a que intenção se dirige o estudo.

No que se refere aos sujeitos eleitos para os estudos, identificou-se homens pais (4), profissionais da saúde (2), homens que fazem sexo com homens (1), homens idosos (1), homens adolescentes (2), homens em geral (4), homens e mulheres (3) e, em (1 estudo), não consta os sujeitos da pesquisa.

Para dar subsídios à análise e interpretação dos dados, tais estudos elegeram o referencial teórico de Gênero (6) e Representações sociais (5), Sócioantropológico (3), os demais optaram por trabalhar com a Fenomenologia, Interacionismo simbólico, Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural da Leininger, Relações de poder com Foucault (1 estudo cada).

Partindo-se de uma análise qualitativa, buscando interpretar os aspectos subjetivos presentes nos estudos e seguindo-se os passos propostos por Minayo (2008), foi realizada a leitura flutuante e exaustiva dos resumos, a construção do *corpus*, tratamento dos dados e interpretação. Dessa forma, emergiram as categorias: paternidade e gênero; sexualidade, DST/AIDS; violência e gênero; patologias versus gênero.

Na categoria *Paternidade e Gênero*, evidenciou-se uma preocupação nos estudos em conhecer sentimentos e experiências vivenciadas pelos homens no exercício da paternidade (BRITO, 2001), (GREGÓRIO, 2002), (FREITAS, 2004), (CAVALCANTE, 2007). Tais pesquisas foram motivadas na maioria das vezes, por constatações na prática profissional das enfermeiras no campo da saúde da mulher. Essa categoria revelou uma pluralidade de formas de sentir e exercer a paternidade, apontando que o papel social do homem ainda está muito vinculado à provisão material da família. Ao mesmo tempo assinala para o processo de transição entre o pai tradicional e aquele que está mais envolvido afetivamente nos cuidados com a mulher e os filhos. Identificou-se ainda que, em casos de infertilidade, o casal vivencia uma crise existencial expressada por uma série de dificuldades emocionais como ansiedade, estresse, depressão, sentimento de culpa, problemas sexuais entre outros, no entanto, o suporte social é mais oferecido para as mulheres, revelando a diferença de tratamento entre os gêneros no que se refere à visão estereotipada do papel materno/paterno (MAMED, 2000).

Ainda nessa categoria, percebe-se a inquietação com a necessidade dos serviços de saúde de incluir os homens nas ações de promoção ao planejamento familiar e nos serviços de saúde reprodutiva. Contudo, os estudos mostram que os profissionais encontram-se influenciados pela construção social do que é ser feminino e masculino, por conseguinte, ratificando a mulher como cuidadora e excluindo os homens do processo de gestação e cuidado com os filhos (SAUTHIER, 2000 e 2004). Isso se deve, possivelmente, ao fato de que, historicamente, esse cuidado tem sido associado à mulher. A elas, competem todos os cuidados que giram em torno de tudo que cresce e se desenvolve, especialmente crianças, doentes, moribundos (COLLIÈRE, 1999).

Na categoria *Sexualidade, DST/AIDS e Gênero* os estudos revelaram que os estereótipos de gênero construídos historicamente como concepção de homem como forte, viril, destemido, dominador, potencializam práticas sexuais de risco, tornando-os, dessa forma, mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS (CARVALHO, 2004) (GONDIM, 2006) (TELLES, 2007).

Por outro lado, há um reconhecimento entre os adolescentes homens de que essas ideias são construídas socialmente e dificultam o alcance de resultados favoráveis na prevenção e promoção de saúde (TELLES, 2007). Em um dos estudos, os sujeitos consideram que é necessário ter consciência dos atos e não expor-se sexualmente apenas para comprovação da masculinidade (PASCHOALICK, 2007):

Do mesmo modo, os estereótipos de gênero são identificados na categoria violência e Gênero. Aqui, um único estudo descreve que os sujeitos se apoiam diretamente no processo de socialização do homem e da mulher para definirem o modo de ser marido e mulher na relação conjugal, e dessa forma, explicam a ocorrência da violência na relação como produto de uma união assimétrica e hierarquizada (ALVES, 2001).

Na categoria *patologia versus gênero*, os estudos tratam de interpretar os significados e a representação de uma determinada patologia para a vida dos homens (LUCIO, 2005), (SILVA, 2007). Nesses estudos, os sujeitos apontam, igualmente, dificuldades com as limitações físicas, medo da morte, incapacidade profissional, conflitos na vida sexual. Para os sujeitos dessa pesquisa, a masculinidade hegemônica influencia-os para que não se entreguem para a doença, contribuindo com a luta pela sobrevivência e pela manutenção dos seus papéis sociais (DAZIO, 2008).

Tais achados demonstram que as representações de uma doença não necessariamente irão ser determinadas por questões de gênero, que homens, assim como as mulheres, vivenciam momentos de dor, tristeza, solidão e que, por conseguinte, necessitam de uma assistência individualizada e livre de preconceitos. Para tanto, é mister dizer que a falta de equidade nos serviços oferecidos em relação à atenção à saúde dos homens influencia diretamente e tem impacto inclusive na adesão ao tratamento previsto (CHAPINA, 2005).

Diante de tais achados, pode-se inferir que os estudos sobre homens na área da enfermagem têm sido abordados de maneira instrumental, a fim de obter subsídios que promovam melhores relações conjugais e familiares. Percebe-se que o homem constitui-se sujeito das pesquisas como forma de compreender as representações masculinas sobre os problemas de estudos, a fim de contribuir com ações para a saúde da mulher, tendo em vista que, dos dezoito estudos, apenas quatro tinham, como sujeito central da pesquisa (CARVALHO, 2004) (PASCHOALICK, 2007) (DAZIO, 2008) (CHAPINA, 2005).

Destaca-se que a produção do conhecimento da enfermagem vai além do modelo biomédico, o que, de certa forma, está contribuindo para dar visibilidade aos homens como sujeitos com necessidades especiais, tendo em vista que, até o momento, a saúde da mulher e da criança tem sido privilegiada em detrimento desse segmento da população.

Por outro lado, percebe-se que é imprescindível ultrapassar as questões ligadas à mulher e à paternidade. Portanto, considera-se urgente a necessidade de estudos que procurem conhecer e compreender o universo masculino nas mais diversas circunstâncias e, a partir

disso, contribuir com a implementação da PNAISH com ações que favoreçam a equidade e integralidade do cuidado à saúde dos homens.

2.3 Cuidado e Cultura

Torralba (2005) diz que o termo cuidar é polissêmico e que são os distintos significados que revelam a riqueza conceitual da palavra. Para Boff (1999), tudo que se opõe ao descaso e ao descuido é o cuidado e o cuidar para esse autor diz respeito a uma atitude. Atitude essa de preocupação, de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Para Mayeroff (1971), cuidado é uma maneira de se relacionar com alguém e cuidar implica ajudar uma pessoa a crescer e a se realizar.

Quando Mayeroff (1971) diz que cuidar é ajudar outra pessoa a crescer, ele quer dizer que o cuidado significa um processo, uma maneira de se relacionar com alguém que implica o desenvolvimento de quem cuida e de quem é cuidado. Ajudar a crescer é ajudar a outra pessoa a cuidar de si mesma.

Segundo Waldow e Borges (2008), todo o ser humano nasce com potencial de cuidado, o que significa dizer que todas as pessoas são capazes de cuidar. Por outro lado, as mesmas autoras afirmam que a capacidade de cuidar está relacionada ao quanto e como essa pessoa recebeu o cuidado.

O cuidado tem sua origem com o surgimento da vida. Ele existe para garantir a continuidade da vida e a existência de todo e qualquer ser vivo (COLLIÈRE, 1999). Para Budó (2002), toda a espécie, inclusive a humana, sobrevive porque existe um cuidado mútuo e é, em função desse cuidado, que tudo vive, reproduz-se, mantém-se, relaciona-se e transforma-se.

Remetendo-se à origem das práticas de cuidado, Collière (1999, p.28) descreve que, para garantir a vida do grupo e da espécie, homens e mulheres organizaram-se em torno de algumas necessidades fundamentais, “como sustento, proteção das intempéries, defesa do território e salvaguarda dos seus recursos”. Aos homens coube a tarefa de realizar as atividades que exigiam força como a caça, a defesa do território e, às mulheres, as práticas de alimentação, de vestiário, do habitat, consideradas ações mais calmas, humildes e menos espetaculares. Essa divisão sexuada de tarefas, carregada de valor simbólico, demarcou o lugar de homens e mulheres na vida social e econômica, construindo uma diversidade de

modos de vida e costumes que geraram rituais e crenças próprios de cada grupo (COLLIÈRE, 1999).

Lyra et al (2005) apresentam alguns estudos que reconhecem que as práticas de cuidado devem ser compreendidas dentro de contextos específicos de cada grupo, considerando-se sobremaneira o momento histórico. Para tanto, relatam três fases na discussão histórica sobre a relação entre homens e o cuidado.

Na primeira fase, acreditou-se que os homens não necessitavam de atenção à saúde, porque, considerados símbolos de virilidade, força e racionalidade, não se constituíam alvo para as doenças. Numa segunda fase, passou-se a considerar a importância do homem se envolver mais na área de saúde e cuidado, porém enfatizava-se que trabalhar com esses sujeitos era algo muito difícil, pois os homens eram agressivos, pouco cooperativos e irresponsáveis, tanto com sua saúde como com a de terceiros. Atualmente, na terceira fase, não se negam as dificuldades de se trabalhar com homens no âmbito da saúde, no entanto “percebe-se que é preciso compreender como estes são socializados para que, então, seja possível desenvolver uma abordagem nos programas de atendimento à saúde que modifique o que ainda é observado” (LYRA et al, 2005, p. 84).

Berger e Luckman (1976) referindo-se a questão da socialização primária, dizem que é na família que ocorre a primeira socialização e, em virtude da qual, torna-se membro da sociedade. Por outro lado, sabe-se que no mundo atual, tanto a mídia como a convivência com amigos e colegas é capaz de influenciar e superar a socialização primária.

Nessa perspectiva, referindo-se à naturalização do cuidado como algo inato à mulher e o não cuidado ou a exclusão deste do universo masculino, Lyra et al (2005, p. 87) dizem que “felizmente, para uma perspectiva ética que valoriza a flexibilidade e uma abertura para o novo, as pessoas não internalizam os atributos de gênero e os modelos hegemônicos como uma produção em série”. Ao contrário, é possível perceber que as mulheres, observando seu lugar na sociedade, dão início aos movimentos que criticam relações de poder, reivindicando seu espaço no mercado de trabalho, transformando a vivência da sexualidade e da estrutura familiar. Da mesma forma, os homens também percebem a existência das masculinidades que estão se construindo ao redor do modelo hegemônico. De acordo com Lyra et al, (2005, p. 88):

O poder social dado aos homens possui então uma dupla face, pois ainda que seja fonte de privilégios e poderes individuais, é também fonte de sofrimento, dor, alienação – alienação de seus sentimentos, de seus afetos, de um potencial para

estabelecer relacionamentos humanos de cuidado para com os filhos {com os outros, com si mesmo}.

Para os autores supracitados, os homens poderão reverter esse papel que a sociedade tenta impor, tendo em vista que observam, em suas experiências no cotidiano, um crescente interesse de jovens, de instituições governamentais e não governamentais por uma mudança à qual os homens também sejam fontes de cuidado. Para isso, segundo eles, é necessário discutir e rever as formas de socialização. Nas relações sociais cotidianas, a cultura é elemento fundamental que permeia e integra as ações humanas.

Nessa conjuntura, Helman (2003, p. 12) define cultura como

um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma certa sociedade, os quais mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comporta-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural.

O referido autor destaca que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, contudo assegura que a cultura na qual o indivíduo nasce ou vive não é a única influência, é apenas uma das diversas influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados à saúde. Assim, deve-se levar em conta também os fatores individuais, educacionais, sócio-econômicos e ambientais (HELMAN, 2003).

Nessa perspectiva, concorda-se com o autor que as culturas não são homogêneas, sendo necessário evitar generalizações quando se vai explicar as crenças e os comportamentos das pessoas. “É preciso diferenciar as regras de uma cultura, que estabelecem como uma pessoa deveria pensar e comporta-se, e o modo como as pessoas de fato se comportam na vida real” (HELMAN, 2003, p. 14).

Portanto, pensar o cuidado como essencialmente feminino, ou fora do universo masculino, é fazer generalizações. E as generalizações tendem a se tornar perigosas porque podem levar ao desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e discriminações. Também, porque a cultura nunca é estática, ela é geralmente influenciada por outros grupos ao seu redor, portanto deve ser considerada dentro de um contexto particular. Nesse ínterim, é imprescindível retomar as afirmações, realizadas atualmente nos meios de comunicação, de

que os homens vivem menos do que as mulheres porque não cuidam da própria saúde⁵, e refletir em que concepções pauta-se a PNAISH se de autocuidado ou cuidado de si.

No âmbito da enfermagem, Bub et al (2007) e Silva et al (2009) trazem importantes reflexões acerca desses termos, julgando ser necessário compreender criticamente em que padrões essas concepções estão pautadas para, assim, fazer seu uso de forma coerente. Para tanto, a seguir, faz-se um paralelo entre esses dois conceitos.

Inicialmente, observa-se que o termo “autocuidado” é apresentado e discutido pelas supracitadas a partir da teoria de Dorothea Orem e o termo “cuidado de si” a partir dos referenciais de Michel Foucault.

Nas reflexões de Silva et al (2009), o **autocuidado** tem relação com o paradigma da totalidade. Este, assentado no positivismo, compreende saúde como um perfeito funcionamento do corpo, um bem-estar, a ausência de doença, algo que é possível observar e quantificar, nesse caso, os aspectos subjetivos não são considerados. Desse modo, a saúde, definida pelos padrões sociais e pelo modelo biomédico, é algo que o homem pode apreender de modo que, para obtê-la, deve se esforçar (NASCIMENTO E TRENTINI, 2004).

Nessa perspectiva, Nascimento e Trentini (2004) apontam como objetivo da enfermagem, auxiliar as pessoas a enfrentarem ou se adaptarem às patologias e as limitações delas advindas; manipular o ambiente para diminuir os estressores e ensinar as pessoas a cuidarem da sua saúde. Percebe-se, desse modo, que a enfermagem passa a compreender o indivíduo como um ser que não tem controle sobre seus padrões de saúde e, por isso, necessita de orientações para se manter saudável (SILVA et al, 2009). Nas palavras dessas autoras, “o autocuidado vinculado ao paradigma da totalidade entende o indivíduo como um ser fragmentado que necessita se adaptar ao ambiente no qual vive, e, para tanto, necessita se autocuidar” (p.701).

Já o termo **cuidado de si**, está ligado ao paradigma da simultaneidade, compreende o ser humano como a somatória dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, evidenciando que o todo é maior que a soma das partes, assim como cada parte representa o todo. Nesse paradigma, “o indivíduo não é um construto fechado ao meio que o cerca, mas, sim, um ser que vai além da adaptação com o meio ambiente; pois interage com este e se

⁵ Slogan da Propaganda da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem exibida nos meios de comunicação em massa.

transforma” (SILVA et al, 2009, p. 701). Nesse caso, a saúde é entendida pelo que a pessoa vivencia uma situação que tem significado apenas para quem viveu.

Nessa conjuntura, a enfermagem se pauta na qualidade de vida sob o ponto de vista do sujeito. A pessoa passa a ser valorizada, ela é a autoridade e não mais o profissional enfermeiro, o que faz esse profissional planejar suas ações não mais a partir dos problemas de saúde, mas, sim, a partir dos planos elaborados pelo próprio sujeito (SILVA et al, 2009). Em conformidade com essas autoras, o cuidado de si, pautado nesse paradigma, é empregado em pesquisas que preconizam o saber do universo da pessoa, para compreender como ela deseja cuidar de si. Para tanto, a enfermagem deve assumir o papel de mediadora, abrindo-se ao diálogo com o outro, reconhecendo esse como o único conhecedor da situação, pois é o único que a vive.

Diante dessas considerações sobre autocuidado e cuidado de si, é possível afirmar que o MS pauta-se no paradigma da totalidade, incentivando e estimulando ações que promovam o autocuidado entre os homens brasileiros. No entanto, acredita-se que essas ações poderão não alcançar os objetivos propostos, por entender que os aspectos subjetivos dos sujeitos não estão sendo levados em consideração no planejamento dessas ações.

Para tanto, neste estudo, tem-se a intenção de dar visibilidade ao cuidado de si, vivenciado pelos homens a fim de planejar e implementar cuidados de enfermagem que sejam adequados às necessidades específicas dos sujeitos ao seu modo de vida. O que se constitui em um dos grandes desafios da enfermagem na atualidade, a qual busca aliar a sua prática com a das pessoas cuidadas, buscando, na alteridade⁶, alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades.

⁶ A alteridade é entendida como “a capacidade de conviver com o outro, que é diferente, e reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, na busca da cidadania” (BUDÓ e SAUPE, 2005, p.178).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, consta o tipo de estudo, o cenário, os sujeitos participantes, o método utilizado para a produção e análise dos dados, bem como as considerações bioéticas para a realização desta pesquisa.

3.1 Tipo de Estudo

Para elucidar o objeto deste estudo, que consistiu em conhecer os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas pelos homens com idade entre 20 e 30 anos, realizou-se uma investigação qualitativa de caráter exploratório e descritivo.

Ressalta-se que a pesquisa qualitativa foi eleita por proporcionar melhor visão e compreensão do contexto do problema, pois, de acordo com Minayo (2008), aplica-se ao estudo da história, dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e das representações, correspondendo a um espaço mais profundo das relações. Também, porque permite desvelar processos ainda pouco conhecidos no que se refere a grupos particulares, e exploratório descritivo, porque tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT, 1995).

3.2 Trabalho de Campo

Neste item, serão apresentados os procedimentos metodológicos realizados desde a aprovação do projeto de pesquisa pelas instituições responsáveis, até a realização da coleta de dados, a qual está organizada em três subitens: inserção no campo de estudo; seleção dos sujeitos; coleta e registro dos dados. O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de fevereiro a junho de 2010.

3.2.1 A inserção no campo de estudo

Acredita-se que, para o sucesso de uma pesquisa qualitativa, a inserção no campo é fundamental. Nesse sentido, mesmo já havendo um conhecimento prévio em relação à área de abrangência da ESF Monsenhor Assis e à equipe de saúde, sentiu-se a necessidade de preparar o campo para a coleta de dados.

Isto posto, após a aprovação do projeto de pesquisa pelos órgãos responsáveis, Secretaria Municipal de Saúde de Santiago e Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, deu-se início ao trabalho de campo em uma reunião de equipe, com o intuito de obter o consentimento dos profissionais e, principalmente, de envolvê-los como mediadores para a entrada no campo de estudo. Para tanto, na oportunidade, foi exposto o objetivo do estudo, o perfil dos sujeitos a serem pesquisados, bem como os instrumentos propostos para a coleta de dados. Após a explanação, a equipe se mostrou interessada, colocando-se à disposição da pesquisadora para a concretização do estudo. Acredita-se que o fato de conhecer, previamente, a equipe de saúde, bem como a comunidade, representou um fator determinante na aceitação da proposta de pesquisa por parte da equipe.

3.2.2 A seleção dos sujeitos do estudo

Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se, como critérios de inclusão para participar da pesquisa, homens de 20 a 30 anos de idade, no período da coleta dos dados, pertencentes à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis, que aceitaram participar da pesquisa e que não referiram nenhuma morbidade na Ficha A⁷.

A faixa etária dos sujeitos, eleita para o presente estudo, justifica-se por representar a maior mortalidade por causas externa no país (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009c). E, empiricamente, pela invisibilidade dessa população na unidade de saúde e nos domicílios constatada através de observações na USF (Unidade de Saúde da Família), em visitas domiciliares durante os estágios curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (URI, Santiago), e em entrevista informal com os profissionais da ESF Monsenhor Assis. Portanto, uma população que não é conhecida da equipe.

Já o último critério, não referir morbidade na Ficha A, justifica-se porque, nesta pesquisa, buscou-se conhecer concepções e práticas de cuidado que ultrapassassem o cuidado centrado na doença, por consequência, tinha por objetivo dar voz aos sujeitos que não estavam em contato com a equipe de saúde por motivo de vivenciar alguma morbidade.

Levando-se em conta que, em estudos qualitativos, existe a preocupação em aprofundar o conhecimento sobre o objeto em questão, a definição do número de participantes

⁷ A Ficha A é um dos instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que corresponde ao cadastramento das famílias adscritas na área de atuação da equipe de saúde da família

se deu por saturação de dados. Essa, compreendida como o momento em que a busca de novos sujeitos não acrescenta nenhum dado novo à investigação (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN, 2000; PIRES, 2008).

No entanto, como esses autores advertem sobre a importância de o pesquisador buscar, dentro de seu universo, a maior diversidade possível, a fim de contemplar as diferentes perspectivas do problema e, assim, obter uma saturação dos dados adequada, atentou-se para a sugestão de Pires (2008). Esse autor aponta a diversificação como o principal critério de seleção em pesquisas qualitativas, tendo em vista que tais pesquisas são utilizadas para apresentar a visão mais completa possível do problema.

Pires (2008, p198) salienta que a diversidade é muito mais que uma representatividade estatística. Sob esse vértice, “o processo de saturação empírica exige que se tenha tentado, durante a coleta dos dados, maximizar a diversificação interna ou intragrupo”. Para tanto, utilizando-se do princípio da diversificação interna, o critério de seleção dos informantes se deu por saturação empírica⁸, buscando-se, na “Ficha A” das cinco microáreas, os homens que se enquadravam nos critérios de inclusão. A seguir, foi separado um a dois sujeitos de cada microárea e, em ordem numérica crescente (número obtido pelo cadastro da família no SIAB), foi realizada uma visita domiciliária para contato prévio, explanação dos objetivos, autorização do estudo e agendamento do local e horário para a entrevista. Assim, com um número de treze sujeitos, a saturação empírica e a diversificação interna foram contempladas, tendo em vista que os dados sociodemográficos como estado civil, renda, ocupação, escolaridade, paternidade, religião, tipo de moradia, são diferenciadas entre os informantes.

3.2.3 Coleta e registro dos dados

A Unidade de Saúde da Família (USF) Monsenhor Assis e o domicílio dos sujeitos foram os locais sugeridos para a coleta dos dados, sendo o domicílio a preferência de doze dos treze homens pesquisados. Um único sujeito optou por realizar a entrevista na unidade, mesmo assim o fez porque necessitava realizar curativo diário no ferimento da mão. No entanto, foi pertinente realizar esse estudo nos domicílios dos sujeitos, pois permitiu conhecer

⁸ Pires (2008) refere à saturação empírica a aplicação da saturação aos próprios dados da pesquisa, quando o pesquisador acredita que os dados não trazem mais informações novas ou diferentes que justifiquem a ampliação do material empírico.

a realidade sociocultural em que os mesmos estão inseridos e, por conseguinte, contribuindo no enriquecimento dos dados.

Ressalta-se que os dois primeiros contatos foram realizados sem a companhia das ACS pela indisponibilidade de horário dessas naquele momento e por acreditar que existisse certo vínculo estabelecido com a comunidade⁹, no entanto, isso gerou certa desconfiança por parte de quem recebeu a visita, sendo necessário solicitar, nas demais aproximações com os sujeitos, o acompanhamento das ACS. Nesse sentido, Victória, Knauth e Hassen (2000), referem que uma pesquisa sobre a realidade social, na qual o pesquisador precisa estar inserido no contexto dos sujeitos, implica o estabelecimento de uma relação social entre os envolvidos. Portanto, o pesquisador necessita ser aceito pelos sujeitos do estudo, o que sugere um planejamento cuidadoso para primeiro contato. Neste caso, o ACS se mostra como um importante elo entre o pesquisador e os sujeitos, tendo em vista que é conhecido na comunidade e faz parte do meio sociocultural dos sujeitos.

Dessa forma, na companhia das ACS, todas as demais aproximações, num total de dezesseis, foram realizadas nos turnos da manhã e tarde no horário de funcionamento da USF, fato esse que permitiu visualizar algo marcante nas visitas, qual seja, ser recebida pela esposa, companheira ou mãe dos possíveis sujeitos do estudo. Nessa oportunidade, ocorriam as apresentações e explanações do objetivo do estudo para as mulheres, tendo em vista que os sujeitos não se encontravam em casa por motivos de trabalho ou estudo.

Das dezesseis mulheres contatadas, treze, após ouvir as explicações sobre o estudo, agendaram o horário e o local para a entrevista, salientando-se que, na ocasião, os sujeitos já esperavam pela pesquisadora, concordando de imediato em participar do estudo.

Por outro lado, chamou a atenção, após a explanação, três mulheres assim se expressarem “*Muito legal isso, mas infelizmente eu já vou te dizer, não adianta tu vires aqui, ou marcar para ele ir lá ao posto, porque ele não é chegado nessas coisas, não é de muita conversa, ainda mais sobre esse assunto de saúde*”. Mesmo ouvindo tais argumentações, entendia ser necessário expor os objetivos do estudo diretamente aos sujeitos, para tanto, procurou-se fazer as visitas de aproximação em horário que eles se encontravam em casa. No entanto, os três sujeitos, os quais as mulheres já haviam exposto que não estariam dispostos a participar do estudo,

⁹ Pois exerço as atividades práticas como docente do Curso de Graduação em enfermagem na referida comunidade.

mesmo após as explicações, não consentiram em participar da pesquisa. Depois disso, foi procurado o seguinte na sequência de cadastramento.

Cabe salientar que, durante a coleta de dados propriamente dita, as ACS não acompanharam a pesquisadora, visando a evitar qualquer constrangimento e possíveis influências no momento da pesquisa.

A entrevista foi a técnica eleita para coleta de dados e, complementarmente, foram utilizadas, neste estudo, para uma maior aproximação com a realidade dos indivíduos, a observação com anotações em diário de campo.

De acordo com Minayo (2008), na pesquisa qualitativa, a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois possibilita que a fala, ao mesmo tempo seja reveladora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos e transmissora. É através de um porta voz, que se conhece as representações de determinados grupos conforme condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas.

Conforme Victória, Knauth e Hassen (2000), a entrevista pode ser realizada de vários tipos, desde uma conversa informal até um questionário padronizado. Neste estudo, optou-se pela entrevista aberta, tipo narrativa, a qual contém questões norteadoras que levam os sujeitos a contar como aconteceu determinado acontecimento, narrar sua vivência, narrar histórias que ouviu ou de que participou (SILVA; TRENTINI 2002).

Silva e Trentini (2002) partem do pressuposto de que, para se exercer o cuidado de enfermagem e desenvolver uma pesquisa de campo, é necessário fazer interações sociais e ouvir com atenção o que as pessoas têm e querem contar. Por isso, a narrativa se mostra como uma boa estratégia para obter informações, interpretar os dados da pesquisa e, por conseguinte, planejar e propor o cuidado de enfermagem congruente.

A contribuição dessa técnica se refere à possibilidade de ter acesso à experiência do outro, de modo indireto. De acordo com as autoras, o sujeito traz sua experiência ao pesquisador da maneira como ele interpretou, ou seja, "... se refere a um acontecimento que ocorreu no passado, mas, agora, à luz de novas vivências, de outros conhecimentos que adquiriu, de outros padrões de comportamento que socialmente são estabelecidos [...] (SILVA e TRENTINI, 2002 p. 426)." Para Boehs (2000), trata-se de uma metodologia apropriada para conhecer o mundo aparente e oculto do outro.

Dentre os vários tipos de narrativas, nesta pesquisa, utilizou-se as narrativas de vivência. Por serem mais amplas, incluem vários episódios que, em geral, são colocados numa

sequência de acontecimentos que vão trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados ao objetivo do estudo, o que, certamente, enriquece a história (SILVA; TRENTINI, 2002).

Para a obtenção das narrativas, seguiu-se as orientações de Lira, Catrib e Nations (2003) que descrevem as principais fases para sua aquisição: a fase de preparação; de iniciação; a narração central; fase de perguntas; fase conclusiva.

Na fase de preparação, buscou-se estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre os sujeitos e a pesquisadora. Para que isso se concretizasse, por meio de um diálogo informal, explicava aos sujeitos o contexto da investigação, o problema que motivou o estudo, bem como o objetivo e sua relevância. Nessa mesma oportunidade, solicitava o consentimento dos sujeitos para participar da pesquisa, garantia-lhes o anonimato, bem como explicava brevemente aos informantes o procedimento da narrativa.

A seguir, ainda nessa fase, obtinha-se dos sujeitos os dados socioeconômicos como a idade, a escolaridade, a ocupação, o estado civil, a religião, a etnia, a classe social, o número de filhos e a condição física, dados relevantes que permitiram traçar as características dos sujeitos. Destaca-se que, na maioria das vezes, os homens respondiam a essas questões, não de forma direta e objetiva, mas procurando dar explicações. As observações realizadas nesses primeiros momentos evidenciaram atitudes de interesse pelo estudo e, ao mesmo tempo, certo constrangimento frente à pesquisadora como relatado no diário de campo:

“Senti o entrevistado constrangido no início da entrevista, olhando sempre para baixo, com a carteira de identidade¹⁰ nas mãos, ao mesmo tempo em que se demonstrava disposto, pois dialogava com espontaneidade principalmente, quando comentei sobre as fotos que se encontravam expostas na sala, quando prontamente, começou a explicar de que pessoas se tratavam, a partir desse momento, percebi que ficou mais à vontade”.

Essa observação foi recorrente na maioria dos sujeitos, sendo o diálogo informal imprescindível, tanto para prover uma relação de vínculo e confiança entre a pesquisadora e os sujeitos, como para conhecer o contexto de vida em que esses homens estão inseridos.

A seguir, quando se observava que os sujeitos estavam mais à vontade com a pesquisadora, e essa para com os sujeitos, partia-se para a fase de iniciação solicitando a narrativa a partir de **eixos norteadores**: Cuidado de si; Cuidado do outro e O ser cuidado.

¹⁰ Antes da entrevista o documento de identidade foi solicitado para preencher o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Tais eixos foram conduzidos com as seguintes **questões**: fale sobre algum acontecimento em que o cuidado estava presente e do qual você participa ou participou; fale de uma situação em que você se sentiu cuidado por alguém; conte sua vivência em relação ao cuidado de si.

Na fase de narração propriamente dita, atentou-se para não interromper, procurando encorajá-los de forma não verbal, inclusive, respeitando o silêncio quando os mesmos buscavam organizar suas ideias, ou relembrar fatos e acontecimentos. Vale comentar que o “não interromper” para o pesquisador principiante, não é uma tarefa fácil, trata-se de um exercício de paciência, de escuta sensível, as quais necessitam de aprendizado e auto-avaliação constante.

A fase de perguntas pode ocorrer durante a narrativa, nesse caso, quando necessário, os sujeitos foram solicitados a dizer: “o que aconteceu então?” “Fale mais sobre isso...” Seguindo-se nessa fase as sugestões de Lira, Catrib e Nations(2003), os homens não foram questionados com perguntas do tipo “por quê?” para não correr o risco de inibir os sujeitos.

Já na fase conclusiva, as supracitadas descrevem que perguntas do tipo “por quê?” podem ser realizadas se for necessário. Desse modo, em alguns casos, após desligar o gravador, foi necessário esclarecer dúvidas acerca de questões que emergiram das observações ou das narrativas como, por exemplo: foi observado na chegada ao domicílio, que o sujeito estava limpando a casa e a esposa estava no trabalho. Portanto, a esse respeito, entendeu-se ser necessário perguntar “por quê?”, com a intenção de compreender se essa atividade que por ele estava sendo realizada estaria ligada à ausência da mulher ou por uma decisão em realizar, o que ele respondeu:

Porque no sábado geralmente chego e já vou arrumando, lavo louça, ponho roupa para lavar, para não precisar ela fazer porque ela vai chegar próximo das três horas, cansada, daí não me custa nada fazer! Claro que tem uns homens que não gostam de ajudar, mas se a pessoa sabe fazer, porque não vai fazer, não é mesmo? Aqui em casa não tem dessa de deixar só para um fazer (S5).

O diário de campo e a observação foram utilizados durante todo o processo de coleta de dados. O primeiro, com a finalidade de registrar fiel e detalhadamente cada visita ao campo, pois são, muitas vezes, as informações do diário de campo que darão subsídios para a análise dos dados que foram coletados de outra forma (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN, 2000). A observação tem como principal vantagem o fato de os acontecimentos serem percebidos diretamente, sem intermediação, colocando o pesquisador frente à situação

estudada tal como acontece (Buy, 2009). Para tanto, a observação foi realizada em todas as etapas do estudo, desde a chegada no domicílio dos sujeitos, como durante e após as entrevistas narrativas, com a finalidade de complementar os dados registrados das narrativas e os armazenados no gravador digital. Ressalta-se que os momentos destinados às observações serviram para melhor conhecer a realidade em que vive cada entrevistado, assim como as características individuais, conforme roteiro (Apêndice A).

3.3 Análise de dados

Buscando atingir os significados manifestos e latentes dos dados, seguiu-se a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2008). Justifica-se a escolha dessa técnica de análise por ser uma das mais adequadas para a investigação qualitativa dos dados sobre a saúde. Essa técnica organiza-se cronologicamente em três fases. A primeira, a pré-análise, a segunda, a exploração do material e a terceira, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise constituiu-se na operacionalização e sistematização das ideias iniciais, momento em que se realizou a transcrição das entrevistas, consequentemente representou o primeiro contato com os dados. Na sequência, fez-se a leitura flutuante, permitindo um contato mais direto com os depoimentos e, a seguir, a constituição do *corpus* o qual permitiu a organização do material empírico, de tal forma que foi possível obter uma visão geral dos dados coletados.

A fase de exploração do material caracteriza-se pela transformação dos dados brutos, os quais foram classificados por meio de recorte, enumeração e agregação. Assim, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto, foram elencadas as categorias que emergiram das falas dos sujeitos sobre o tema em questão.

Por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esse foi o momento em que, a partir do material empírico da revisão de literatura, se propôs inferências e se realizou interpretações previstas no quadro teórico, assim como abriu outras pistas em torno de dimensões teóricas recomendada pela leitura do material.

3.4 Considerações Éticas

Para assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, foram respeitados os direitos dos indivíduos, levando-se em consideração o que prescreve a Resolução nº196, de outubro de 96 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, como a pesquisa foi realizada na área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da família, primeiramente, foi apresentado o projeto de pesquisa ao gestor municipal e ao coordenador da atenção básica com o intuito de formalizar o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Santiago/RS (Apêndice C), respeitando-se, com tal procedimento, as normativas institucionais onde se propôs realizar o estudo. Após a aprovação do projeto nessa instância, o mesmo foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, respeitando e assegurando todos os direitos dos sujeitos, o projeto obteve parecer favorável a sua execução sob nº CAAE 0330.0.243.000-09 de 26 de janeiro de 2010. Dessa forma, após as devidas aprovações, deu-se início a coleta de dados (Apêndice D).

Previamente às entrevistas narrativas, foram apresentados aos sujeitos os objetivos da investigação; os benéficos que essa proporcionaria; a informação de que não haveria riscos nem obrigatoriedade de sua participação; o período em que seriam realizadas as observações e as narrativas; a ciência de que a exclusão da pesquisa poderia ser solicitada a qualquer momento do estudo; ainda, foi garantido o sigilo e o anonimato durante todas as etapas do processo de investigação, incluindo a etapa de divulgação dos resultados (Apêndice B). Os sujeitos ficaram cientes de que as informações desse estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem e que o diário de campo e as gravações no gravador digital ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora até início de dezembro de 2015, quando serão destruídos. Após todas essas informações, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) de forma clara em linguagem acessível.

Para a realização da pesquisa, agendou-se o horário e o local para as entrevistas e observações, garantindo o direito de privacidade e anonimato, não havendo exposição pública da pessoa ou de suas informações durante a etapa de coleta de dados e divulgação do estudo.

Destaca-se que para a confirmação dessa etapa, os sujeitos estão representados no trabalho pela letra S (sujeito) seguido do numeral 1, 2, 3 até 13 para que seu anonimato pudesse ser mantido. Ainda, a fim de expor os dados de forma fiel, mas com objetividade, as narrativas não são apresentadas na íntegra, para tanto, no presente estudo, utilizados símbolos

que identificam o recorte [...]; o silêncio dos sujeitos no momento da narrativa (...); e alguma explicação da autora quando necessário, representada entre colchetes [explicação da autora].

3.5. Caracterização do Universo Empírico

As características da comunidade e dos sujeitos da pesquisa, quanto aos seus aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais são fundamentais para a análise e interpretação dos dados. Para tanto, na sequencia, serão apresentadas tais características que foram obtidas por meio da observação de campo e pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

3.5.1 Local da pesquisa e caracterização da comunidade

Esta pesquisa foi realizada na região de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Monsenhor Assis, localizada no 9º distrito geossanitário do município de Santiago-RS, conforme a figura 1.



Figura 1 – Mapa das Unidades de Saúde e Distritos Geossanitários

Fonte: Prefeitura Municipal de Santiago/Plano Diretor de desenvolvimento Urbano Ambiental de 2006.

A escolha da referida área, para o desenvolvimento desse estudo, deve-se a três fatores em especial. O primeiro porque se reconhece a importância da família enquanto componente socializador fundamental e agência formadora do indivíduo em seus aspectos sociais, afetivos e educativos (GUTIERREZ e MINAYO, 2008). Segundo, por ser a USF, porta de entrada da atenção básica, o local pelo qual a PNAISH prevê fortalecer as ações e os serviços para os homens. E terceiro, por ser essa USF o local de aulas práticas e estágio supervisionado dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago, do qual, como docente, estou inserida nas atividades da unidade desde março de 2008 até o presente momento. Dentre essas atividades, destaca-se a inserção com os acadêmicos, nas visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem e nas atividades educativas em grupo, as quais se constituíram no ponto de partida para a reflexão da pesquisadora quanto à necessidade de incluir os homens no processo de trabalho da equipe de saúde da família.

A USF Monsenhor Assis, localizada no bairro Monsenhor Assis, foi implantada no município há seis anos, e seu território abrange 5 microáreas. Dessas, duas se encontram nas proximidades da Unidade e três, localizadas no Bairro Ana Bonato, estão geograficamente mais distante da USF.

Quanto à oferta dos serviços públicos de saúde, a população do 9º distrito geossanitário da 9ª região Administrativa tem, como principal oferta de serviços, a equipe da Estratégia de Saúde da Família Monsenhor Assis e outras instituições públicas de média e alta complexidade, presentes no município, como centro materno infantil, pronto-atendimento, pronto-socorro e o Hospital de Caridade de Santiago, todos esses, localizados na área central da cidade.

No período de coleta de dados, a ESF da referida região encontrava-se estruturada por uma equipe composta de uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico; uma cirurgiã dentista e cinco agentes comunitárias de saúde (ACS).

Quanto às atividades desenvolvidas, estavam assim organizados: nos turnos da manhã, de segundas a sextas feiras, são realizadas as consultas médicas e odontológicas previamente agendadas. As consultas de enfermagem, nas segundas, quintas e sextas, são agendadas para acompanhamento de puericultura e gestação e nas terças e quintas, para a coleta de exames citopatológicos. Essas consultas de enfermagem são agendadas para horário posterior às 10 horas da manhã, tendo em vista que, anteriormente a esse horário, a enfermeira realiza a

avaliação dos usuários que procuram a unidade sem horário agendado, reconduzindo-os, quando necessário, para consulta médica ou agendamento.

Nos turnos da tarde, a equipe realizava as seguintes atividades: segundas e terças, as visitas domiciliares agendadas pelos ACS, preferencialmente aos usuários acamados; nas quartas e quintas, os grupos educativos na comunidade, respectivamente, para os usuários portadores de doenças crônico-degenerativas e para gestantes; e nas sextas feiras à tarde, reunião de equipe onde eram discutidos os problemas que emergiram na semana e realizada a programação das atividades para a próxima. Em alguns momentos, essas reuniões oportunizaram aos acadêmicos de enfermagem da URI a possibilidade de compartilhar saberes de interesse da equipe para ser debatido e estudado.

3.5.2 Dados socioeconômicos

A equipe de saúde da família pode se beneficiar do SIAB para conhecer, avaliar e planejar as ações de saúde para a área adscrita. Para tanto, utilizou-se desse banco de dados para obter as informações sociodemográficas da população residente na área de abrangência da USF. Assim, a partir dos relatórios disponibilizados pelo SIAB, foi possível descrever o perfil socio-sanitário da comunidade pesquisada.

De acordo com o consolidado das famílias da área de abrangência da ESF Monsenhor Assis, relativo ao ano de 2009, a comunidade possui 765 famílias, totalizando 2.220 moradores, sendo 1.044 (48,8%) do sexo masculino e 1.174 do sexo feminino (51,2%).

Dentre a população masculina, a faixa etária compreendida entre menores de 5 anos é de 82 (7,85%), de 5 a 19 anos são 332 (31,8%), de 20 a 30 anos abrange 172 (16,47%), de 30 a 60, é de 325 homens (31,1) e, entre os maiores de 60 anos de idade, corresponde a 133 (12,73%).

No que se refere à situação de escolaridade da população, 91,6% dos moradores maiores de 15 anos são alfabetizados. Esse índice pode ser considerado adequado, se comparado ao contexto brasileiro, cujo percentual registrado no Censo de 2000 não ultrapassou 87% de alfabetização, nesse grupo etário (IBGE, 2009).

No relatório consolidado das famílias, foram acessadas as informações sobre as condições de moradia e saneamento da comunidade. Em relação ao tipo de moradia, 89,42% das famílias residem em casas de tijolos, 7,94% em casas de madeira e 2,25% em moradias

construídas de outros materiais, tais como taipa revestida e material aproveitado. Quanto ao abastecimento de água, a maioria das famílias, 97,22%, tem acesso à rede pública e apenas de 2,5% utilizam outros meios, como poços ou nascentes. Já no ambiente domiciliar, a maior parte da população, 97,3%, não utiliza nenhuma forma de tratamento; apenas 2,8% costumam filtrar a água e menos de 1% realizava fervura ou cloração. Para o destino do lixo doméstico, 99,87% da população utiliza o serviço público de coleta e menos de 1% costuma depositar em terrenos a céu aberto, queimar, ou enterravam o lixo. Ainda conforme dados do SIAB, 77,51% das famílias têm acesso ao sistema de esgoto, 22,09% utilizam a fossa séptica e 0,4% possuem esgoto a céu aberto. Já o acesso à energia elétrica está assegurado a 99,87% das famílias da comunidade.

3.5.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Fizeram parte dessa pesquisa treze homens com idade que variou entre 20 e trinta anos. No que se refere ao grau de escolaridade, (3) possuem o ensino fundamental incompleto, (4) o fundamental completo, (1) não completou o ensino médio, (3) completaram e o (2) estão cursando o ensino superior. Observa-se que, boa parte deles, possui a escolaridade de ensino fundamental, o que implica diretamente na ocupação e renda dos sujeitos.

Quanto à ocupação, declararam-se marceneiro, auxiliar de marcenaria, depositor de supermercado, motoboy, mecânico, serviços gerais, diarista, comerciante, um deles alegou ser desempregado e um estudante. Tais ocupações, na sua maioria na informalidade (nove sujeitos), geram rendas entre um e dois e meio salários mínimos nacionais¹¹, sendo que 6 sujeitos recebem um salário, (1) um salário e meio, (3) dois salários, (1) dois salários e meio e (2) não possuem renda própria. Foi observado que essa diferença salarial, aparentemente não significativa, se mostrou fundamentalmente importante na obtenção de melhores condições de moradia, alimentação, transporte e escolaridade.

Quanto ao estado civil desses sujeitos, quatro referiram união estável, quatro são casados e cinco declararam-se solteiros. Quanto ao número de filhos, dois sujeitos possuem (3); três deles com (2) e outros três com (1) e os demais cinco pesquisados não declaram

¹¹ Valor de R\$510,00 reais.

possuir filhos. No que se refere ao credo religioso, (6 sujeitos) declararam-se católicos e (5) não pertencer a nenhum credo religioso, um afirmou ser evangélico e outro mórmon.

De acordo com os dados do SIAB, nenhum dos sujeitos possui plano de saúde privado, portanto, utilizam exclusivamente do sistema público de saúde. Por outro lado, as condições de moradia são distintas entre os sujeitos. No que se refere ao número de cômodos esse varia entre 11 cômodos (um sujeito), 6 cômodos (dois), com 5 (quatro sujeitos) e de três cômodos(seis). Quanto ao tipo de moradia 10 sujeitos residem em domicílios de alvenaria e 3 em casas de madeira. Todos os entrevistados têm acesso ao abastecimento de água e luz.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo apresenta os resultados e discussão obtidos da análise temática dos dados proposta por Minayo (2008). Dessa análise, emergiram cinco categorias: significado de cuidado; cuidado com o outro; cuidado de si; ser cuidado; serviços de saúde e a atenção aos homens.

4.1 Significado de cuidado

Quando indagados sobre situações vivenciadas acerca do cuidado do outro ou de si, houve, inicialmente, recorrência entre os sujeitos do não entendimento do que se tratava quando perguntado sobre o cuidado. Essas situações aconteciam com questionamentos como:

(...) tu diz com o meu corpo? (S1)

(...) cuidado (...) como assim?(...) quando uma pessoa está doente e eu tentei ajudar? Ou não? (S2)

Cuidar de alguém (...) ah (...) deixa eu ver uma situação (...) teria um exemplo para me dar? (S3)

(...) cuidar assim das crianças? (S7)

(...) que eu cuidei? São várias (...) que eu cuidei? Que ajudei? Assim qualquer coisa? (...). (S9)

O silêncio precedido do questionamento foi relevante entre os sujeitos, sendo possível inferir que isso ocorreu por ser o cuidado um termo que possui muitos significados, portanto difícil de conceituar, pois abarca uma gama de atitudes, ações e sentimentos distintos. Observa-se que essa constatação vai ao encontro de Torralba (2009) quando discorre sobre os significados do cuidar. Para esse autor, cuidar é um termo polissêmico, o que o torna rico em termos conceituais, porém obriga o intérprete a definir distintos sentidos.

No decorrer das narrativas, foi possível apreender que todos os sujeitos concebem cuidado de forma abrangente, de tal forma que o expressaram das seguintes maneiras: *estar com, dar suporte, acompanhar.*

[quando o pai esteve hospitalizado] a gente sempre que podia estava lá junto, em roda[...] eu cuidei dele assim, de tardinha e nos finais de semana que estamos juntos, a hora que estou em casa [...] no café da manhã, no chimarrão, sentamos juntos ali na frente [da casa] para tomar mate antes de [eu] ir para o serviço [...] sempre que eu posso saio para caminhar, eu estou sempre em roda, saio para caminhar de tarde com ele e com a mãe porque ele precisa caminhar. (S8)

(...) agora, o ano passado eu perdi o meu pai, daí eu ia ir embora, mas não fui(...), eu já estava até com serviço lá, um amigo meu que mora lá, tinha um serviço lá. [...] Agora, eu estou por aqui porque preciso ficar com a mãe, por enquanto, ela precisa de mim, depois que o pai morreu, ela tá assim, depressiva, precisa que fique por perto, então estou dando um suporte até ela melhorar disso. (S9)

Ah, eu estava sempre junto, eu falava com ele [o filho], ficava só falando, tentando incentivar ele falar, porque a gente se preocupa então, esse foi o tempo que eu mais cuidei dele, levei ele em tudo que é lugar, levava para consultar, fazer exames, em tudo, achava que ele fosse surdo, mas não, depois deu tudo certo e ele falou. (S10)

Esse “*estar com*” foi percebido na narrativa dos sujeitos de forma significativa quando relataram o cuidado prestado ao pai doente, à mãe e ao filho. Há, nesses relatos, subjetivamente, o indicativo de que os sujeitos se colocam no lugar do outro, procurando compreender a situação por eles enfrentada por meio do “*estar junto; ficar com*” e, dessa forma, promover, no ser cuidado, a oportunidade de crescimento, ou seja, implica encorajar o outro a ponto de ajudá-lo a cuidar de si mesmo. Observa-se, nesses recortes das narrativas, que o cuidado por eles desenvolvido exprime o que Mayeroff define como “*estar com*”.

Mayeroff (1971) diz que, para cuidar de outra pessoa, devemos ser capazes de entendê-la e ao seu mundo, de tal forma como se estivéssemos dentro dele. Para isso, precisamos *estar com ela* e entrar em seu mundo, “para sentir de dentro como é a vida para ela, o que se esforça para ser e do que precisa para crescer” (p.57). Para esse filósofo, o fato de *estar com* outra pessoa sugere, fundamentalmente, ser a favor dela; e isso implica incentivá-la a acreditar em si mesma.

Outras narrativas expressam o cuidado como uma atitude de zelo, preocupação ajuda e atenção:

[...] o que a gente zela muito é pelo filho, cuida tudo, onde ela anda, onde ela vai, o que ela tá fazendo, toda hora está atrás dela, para ver o que aconteceu, o que não aconteceu, ... porque a gente se preocupa, é sangue da gente e da esposa da gente [também], que a gente tem que cuidar, que é companheira, é tudo, [...] então a gente tem que zelar por ela[...]. (S13)

[...] eu ajudo a mulher em casa, lavo louça, limpo a casa, faço a comida porque ela está grávida e não pode pegar peso [...] [a vó] tinha bastante cuidado comigo, tinha uma preocupação assim comigo, né, porque eu era o único filho homem dela, foi ela que me criou até os 20 anos. (S2)

[...] o cuidado assim é prestar mais atenção nas coisas, quando... se eu estou fazendo um serviço lá, eu presto mais atenção, atenção máxima naquilo[...]. (S5)

Nesses depoimentos, cinco homens declaram o cuidado não como uma simples ação, mas uma atitude que suscita a responsabilidade e o envolvimento com o outro e consigo

mesmo, como no caso do S5. Esse achado encontra respaldo em Boff (1999, p. 33) quando diz que “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude”, cuidar envolve mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa, portanto, uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Nas narrações de dois sujeitos, o cuidado se expressa na reciprocidade.

[...] deles ali [o empregador] eu não tenho do que me queixar porque eles (...) quando o pai ficou doente, foram eles que me ajudaram, eles que bah! [disseram] “o que tu precisar, tu chega e me fala, pode me falar, não fica com vergonha” daí eu disse: -Bah! obrigado! Eu agradeço. Então [...] se eles me ligarem agora, eu salto correndo! Porque, mas tá louco!, para eles ali, eu corro e com esse meu tio [com quem tem uma afinidade muito grande] também, se ele precisar de mim, eu cuido deleeu me sinto bem fazendo isso, sabe?. (S8)

[...]eu penso assim, sempre que a gente puder dar auxílio para outras pessoas quando precisam da gente, dá, porque, um dia, pode precisar, assim como precisei. (S13)

Ressalta-se, no decorrer dessas narrativas, que os sujeitos se expressavam de forma enfática, demonstrando-se convictos da sua disposição em doar-se pelo outro, a fim de retribuir a atitude de ajuda recebida em algum momento de vulnerabilidade pela qual passaram. Esse dado, também encontrado no estudo de Flores (2008), respalda-se na Teoria da Dádiva de Marcel Mauss, a qual revela que a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição humana para viver em sociedade. Portanto, para permitir que as relações sociais ocorram, os seres humanos se dispõem a doar-se em forma de presentes ou atitudes, na intenção de ter em troca alguma sinalização de que foram percebidos e aceitos e, na sequência, retribuir a doação de diversas maneiras, simétricas ou não simétricas (ALMEIDA e GERMANO, 2009).

As narrativas até aqui apresentadas refletem a forma como o cuidado é compreendido pelos homens deste estudo. Para eles, o cuidado ocorre de forma diversa e abrange a integralidade do ser cuidado e do cuidador, destacando-se como algo intrínseco, permeado por atitudes singulares que valorizam a presença do outro.

4.2 Cuidado com o outro

Do eixo norteador que solicitava aos sujeitos a narração de um acontecimento em que o cuidado estava presente e do qual eles participam ou haviam participado, as histórias

narradas evidenciaram que dos treze pesquisados, dez prestam cuidados a familiares e amigos em casos de doenças, de manutenção da vida e em situações de risco e vulnerabilidade.

A narração do cuidado em *casos de doença* foi realizada de forma segura e com bastante propriedade pelos homens deste estudo. Isso pode ser observado quando a maioria dos homens relata cuidar de alguém da família como os pais, filhos, irmãos, avós, companheira ou sogros, como segue:

[...] o cuidado... eu morei um tempo com a minha vó, [ela] não podia vir embora para cá, daí eu tinha que ir para lá[outro município]. Lá, quando ela adoecia, eu que fazia a comida, que ficava com ela, depois eu voltei porque ela veio, senão, eu tinha ficado lá. [Também] quando a minha mãe se operou no hospital, eu ia levar roupa, alguma coisa que ela ligasse pedindo, e ficava lá no hospital, ficava com ela lá, e em casa, quando ela voltou, eu cuidava, dava o remédio, fazia um chá, esquentava uma água, assim eu cuidava dela. (S11)

Com a minha sogra... eu era mais para levar ela no médico, eu ficava com ela ali, sempre ajudando coisa e outra na comida ou coisa assim, e com a minha esposa[quando ganhava nenê] também sempre ajeitando, fazendo o curativo, dando remédio na hora, fazendo comida para outras crianças. (S4)

Eu cuidei bastante assim do meu irmão quando ele se acidentou. Eu cuidava assim dele bastante. Ele estava indo de bicicleta para a vó e um carro pegou ele e cortou a perna dele (...) E eu que prestei socorro para ele, cuidei dele, fazia o curativo, tudo, cuidava para não pegar poeira, né? (S2)

Olha, eu... prestar cuidado agora, foi com o meu sogro que faleceu aí(...) faleceu aqui em casa na semana passada, ele bebia demais e (...) depois que ele se aposentou decaiu, não queria mais ir no médico, nada, nem tomar remédio, daí deu cirrose, [...]eu falava com ele de como que era, para não beber mais e coisa, para ele ir no médico, tomar o remédio e ele nunca queria, Então, [...]foi, foi que... a minha mulher também começou a entrar em depressão por causa dele, de ver ele ali na cama... aí, foi que eu trouxe ele para cá, para ajudar ele, dava banho, fazia urinar, dava água para ele, comida, até que foi que ele não resistiu. (S1)

Do pai só, foi do meu pai que eu cuidei uns seis meses, quando ele esteve doente, eu que cuidava dele, quase só eu que cuidava, lá no hospital e coisa...[...] eu levava ele lá no hospital, trocava o curativo, andava por aí com ele[...] eu dava as coisas que ele precisava, da casa, como ele parava solito lá na casa dele, mas daí quando vinha para cá, a gente ficava acompanhando ele, levava no posto, para o que precisasse, quando ele [internava] no hospital, tirava uma semana, e a gente ficava direto lá com ele, e agora por último até comida tinha que dar, eu estava dando[comida] na boca. (S12)

Na análise dos relatos, constata-se que a prática de cuidado desenvolvida por eles nos casos de doença está ligada a diversas *ações* como: promover o transporte, a higiene, a alimentação, realizar curativos, administrar medicamentos; e *atitudes* como: acompanhar, aconselhar e estar com. Neste estudo, portanto, é possível afirmar que os sujeitos se

constituem seres de cuidado não apenas em substituição à mulher, mas por uma atitude em realizá-lo. Em outros, de forma diferente, os cuidados prestados pelos homens são evidenciados em caráter substitutivo, ou seja, na ausência da mulher, eles exercem o cuidado com os filhos, com a casa e com os vizinhos ELSEN (1984) e DENARDIN (1999).

Além do cuidado em casos de doença, nove homens relataram situações de *cuidado para a manutenção da vida*, como alimentação, higiene, proteção, companhia. Essas questões estavam vinculadas principalmente no cuidado com crianças, filhos ou irmãos.

O cara ajuda, faz mamadeira, fica com eles, para ela[a esposa] fazer alguma coisa,... aqui em casa é parelho, eu chego, e eu ou ela faz a janta, ela cuida do nenê ou eu cuido do nenê [...]. (S4)

O [filho] mais novo gosta muito de cavalo e o assunto dele comigo é cavalo, daí eu dou atenção para ele, converso com ele e tudo... [...]. (S12)

[...] tem a minha irmã também! Eu cuido dela, ela tem nove anos, eu ajudo a cuidar dela(...) não deixo mexer em coisa que não deve, tipo fogão, cuido para não sair na rua, porque aqui não é uma coisa muito(...) não é perigoso, mas é(...) em todo o lugar tem seu risco, carro, ônibus(...) esse tipo de coisa, bicicleta(...), passa vários gurizinhos correndo de bicicleta e as vezes isso pode causar um pequeno acidente e coisa assim, ajudo ela se vestir, dou banho nela, ajudo ela fazer a tarefa, esse tipo de coisa. (S6)

Esquento mama para o gurizinho, dou a mamadeira para ele, acordo a guria para ela ir se arrumando e arrumar a cama dela, e arrumo ele, visto ele, e levo ele para creche, deixo ele na creche e a guria vai comigo até uma altura para pegar o ônibus e ir para o projeto. (S5)

Os relatos apresentados elucidam que os homens cuidam das crianças sob sua responsabilidade, proporcionando atenção, ações para a manutenção da vida e protegendo-as dos possíveis riscos a que possam se expor. Portanto, respaldando-se nos estudos de Freitas et al (2009) e Cavalcante (2007), acredita-se que estamos diante de uma nova imagem de cuidadores homens, que pode ser atribuída às mudanças ocorridas nas bases do patriarcado, onde as mulheres deixam de ocupar essencialmente o espaço privado e, aos homens, é apresentada a possibilidade de vivenciar o cuidado do outro e a paternidade de forma ampla e significativa.

Assim sendo, acredita-se que, ao promover cuidados para a manutenção da vida, esses homens têm a possibilidade de se realizar pessoalmente. A esse respeito, Torralba (2009) diz que a tarefa de cuidar de outra pessoa é fundamentalmente uma condição humana, ou seja, um ser humano, para se realizar plenamente, necessita exercer a tarefa de cuidar de outro ser humano.

Outro dado encontrado nas narrativas, foram situações de cuidado com amigos, colegas de trabalho ou faculdade. O cuidado dispensado por três dos sujeitos a essas pessoas, ocorreu *em situações de risco e vulnerabilidade*:

(...) ah! eu tenho muitos amigos, e a gente esta sempre se cuidando, um cuidando um do outro (...) quando a gente sai. [...] tipo assim, quando a gente vai para água, quando uma vez a gente estava em [balneário de água doce] e uma amiga minha caiu na água e estava se afogando, eu salvei ela, foi horrível, nem sei como consegui tirar ela da água a correnteza estava forte e os guris estavam todos de costas para ela e quando eu vi ela estava se afogando, eu estava longe, não sei como consegui salvar ela porque foi contra correnteza (...) estava muito forte, até hoje não sei como consegui. (S9)

Cuidei também de um amigo meu que sofreu um acidente de moto[...] E com esse meu amigo, foi mais de companheiro mesmo quando ele se acidentou, acompanhei assim no hospital, até na noite do acidente, daí eu fui para lá [...] acompanhava porque ele estava meio revoltado, não queria usar o colar cervical e daí ajudei assim[...].(S6)

Ah ! lá na [faculdade] por exemplo eu tenho um colega que tem problemas nas pernas então geralmente eu tenho que ajudar ele a (...) pegar os livros, arrumar a cadeira dele, ajudar várias coisas ele tem problema físico. (...) outra situação que eu ajudei alguém foi quando um colega de trabalho que tinha bastante limitação, ele não tinha assim(...) ele não tinha socialização, qualquer coisinha ele se estourava então eu tinha que ajudar ele a(...) a continuar(...) até ele ter sucesso, tipo(...) paciência, tinha que ouvir o cara, sobre os problemas dele ah(...)é principalmente a paciência porque ele fazia bastante coisa errada, daí eu tinha que ajudar o cara[...]. (S3)

Percebe-se, nessas narrativas, que os sujeitos expressam por seus amigos um cuidado que vai desde a própria exposição ao risco de morte, até atitudes de acompanhamento, ajuda, paciência. Isso aponta para o período de transição entre a masculinidade hegemônica e a nova masculinidade, ou seja, na narrativa do S9, a atitude de exposição ao risco remete à construção social dos homens, a qual designa a esse a necessidade de constituir-se como um ser forte e destemido para desempenhar o papel de proteção e defesa do território e da família. Já nos demais depoimentos, os homens declaram que cuidam quando permanecem ao lado do outro, contribuindo para que essa pessoa alcance seus objetivos a seu tempo. Tal atitude ratifica que esses homens estão vivenciando outras formas de expressar a masculinidade.

Vale ressaltar que as expressões de cuidado “acompanhar” e “paciência” desses sujeitos estão aqui compreendidas como uma atitude de respeito ao ritmo do outro. Torralba (2009) e Mayeroff (1971) explicam que acompanhar alguém não significa indicar ou impor um caminho para essa pessoa seguir, mas caminhar ao seu lado, respeitando sua liberdade para decidir seu itinerário e o ritmo de seus passos, ou seja, tendo em vista que cada sujeito

tem seu ritmo tanto físico como mental e emocional, cuidar de alguém é adaptar-se ao seu ritmo.

Os achados dessa categoria deram visibilidade ao cuidado dos homens dispensado aos seus familiares e amigos, corroborando, dessa forma, com os estudos que apontam para a participação crescente dos homens nas ações de cuidado (GONÇALVES et al, 2006); (BEUTER, et al, 2009) ; (BRONDANI e BEUTER, 2009).

4.3 O cuidado de si

No eixo norteador em que se solicitava a narração sobre o cuidado de si, esse revelou-se nas atividades cotidianas *como no trabalho, no lazer, na apresentação pessoal, no convívio com família, na alimentação, na fé e religiosidade*, e ainda, em *situações de risco vulnerabilidade, e na prevenção de gripes e resfriados*.

Dos treze os sujeitos, dez, narraram o *trabalho* como um dos fatores que influencia no cuidar de si

Lá [no trabalho] tem bastante risco, mas eu me cuido bastante, sabe como é, a gente trabalha por conta [autônomo], e se Deus me livre me machuco! Então, eu me cuido bastante, porque se eu me machucar tenho que vir embora, daí não ganho...[...] a única coisa é que esse tipo de serviço não tem carteira assinada, mas eu quero começar a pagar, porque é uma segurança para mim, não sei se pelo sindicato [rural] ou pelo INSS, eu tenho que ver, né? Porque é importante ter um plano de saúde, que a gente já fica garantido porque eu penso muito! Se eu chegar adoecer ou se me machucar no serviço, e vir para cá, e ter que tirar dois meses doente, daí vou tirar dois meses sem ganhar, porque não tenho segurança nenhuma nesse serviço. (S12)

O cuidado que tenho comigo é em relação à alimentação em virtude do meu trabalho, como sou jóquei, não posso passar dos 50 Kg, e também, utilizando os equipamentos de proteção quando vou montar esses, sempre utilizo até porque, se não usar, recebo advertência, pois é proibido entrar sem capacete, caso contrário, recebo suspensão de por 30 dias, e daí, são 30 dias sem montar e isso é prejuízo no bolso. (S10)

Nota-se, nos depoimentos, que a informalidade do trabalho gera uma preocupação em manter-se apto para o mesmo. sendo a *atenção* durante a realização das tarefas laborais a prática exercida no cuidado de si. Os depoimentos que seguem expressam essa afirmativa:

[...] como é com motosserra, procuro ter muita atenção, então me cuido para evitar algum acidente [...]. (S12)

[...]quando eu estou lidando nas máquinas lá, na serra[elétrica] é um serviço que requer(...) atenção, que qualquer descuido, qualquer coisa, eu posso perder uma

mão, os dedos, porque ali, se errar, não tem volta, então o cuidado assim, é prestar mais atenção nas coisas, quando(...) se(...) eu estou fazendo um serviço lá, eu presto mais atenção, atenção máxima naquilo, se eu estou pensando em alguma coisa... assim, fora do serviço, eu já nem(...) eu quando vou trabalhar eu só[tenho] trabalho na cabeça, porque preocupação do dia a dia, já é uma coisa que tem que colocar para um lado. (S5)

Observa-se, nesses depoimentos, que a *atenção* é exercida como uma estratégia de defesa, quando procuram ignorar as preocupações do dia a dia no local de trabalho. Sabe-se que esse tipo de escape não confere proteção à saúde do trabalhador, pois banalizar um sofrimento como forma de manter o equilíbrio não é uma atitude que traga benefícios duradouros, mas apenas momentâneos, minimizando as possibilidades de relações dialógicas que possam contribuir para a resolução dos problemas (BECK et al, 2006). No entanto, esse sofrimento é um cuidado de si necessário para evitar o pior, tendo em vista que o local de trabalho desses sujeitos é insalubre e não garante condições de segurança, pois, quando questionados acerca das condições de trabalho oferecidas pelo empregador para garantir a segurança, o sujeito relatou em informar que eram disponibilizados, por exemplo, os equipamentos de proteção individual, mas não incentivado o uso.

Lá o serviço não é muito bom(...) é pesado(...) tem os equipamentos de segurança, que dependendo do serviço que o cara vai fazer tem que usar, mas nem sempre o cara usa(...) porque tem certos serviços que o cara vai fazer que os equipamentos atrapalham o certo seria usar mas o cara, podendo não usar não usa, e os riscos sempre têm de se machucar coisa assim, é(...) de corte, de batida, de solda que o cara pode se queimar(...) eu, acidente assim, nunca tive, não![enfático], a gente se machuca um pouco, só um cortezinho, coisa pouca. (S4)

Teve um cara ali que ele trabalhava ali, que perdeu todos esses dedos aqui, ele perdeu na topia, estava cortando uma peça e se descuidou, tinha uma porta no canto de lá, uma porta grande, se descuidou e olhou para porta e daí a peça pegou num nó da madeira e puxou a mão dele... daí só juntaram os dedos dele do chão, não teve nem como por de novo no lugar(...) e equipamento assim, para nos proteger, isso não tem, geralmente naquela parte ali, tu lida assim, sem luva sem nada, é só com atenção mesmo, e só óculos para soldar, mas para as mãos não, se errar! (...). (S5)

Essas falas remetem ao fato de que a segurança no trabalho é concebida como uma responsabilidade individual, na qual o empregador não tem parte na questão o que, provavelmente, pode refletir em atitudes de culpabilização pelos possíveis agravos que venham ocorrer em virtude da atividade laboral.

Essa análise assinala para a importância de pautar as ações em saúde a partir do fortalecimento da consciência crítica das pessoas, da participação destas na busca de melhores

condições de vida e trabalho (Acioli, 2008), levando-se em conta, ainda, as questões de gênero e as concepções de saúde e doença dos sujeitos.

O *lazer* para sete participantes é representado por momentos de descontração ao ouvir música, ao fazer uma leitura, ao descansar e ao visitar um amigo ou parente, como observado nas seguintes situações:

Saio assim para tomar chimarrão, escuto música em casa [...].(S11)

Um tio que eu gosto de ir lá, assim, (...) somos bem amigos, nós somos bem parceirão mesmo, sabe? A gente se sente bem. Eu me sinto bem, fico por lá, a gente toma um mate, às vezes tomamos uma cerveja e coisa, sempre eu vou lá, porque me sinto bem, eu tenho ele assim como meu amigo. (S8)

[quando está de folga em casa] eu levanto tarde; tomo um chimarrão e a manhã passa que passa ligeiro, depois almoço e vou sestar de novo [risos] e como tiro dois, três dias em casa, eu descanso, não gosto de sair muito, se eu estou em casa[...] chega de noitezinha, no acampamento e o meu primeiro serviço é chegar e fazer um mate, fazer fogo e tomar mate para depois, fazer(...), ver alguma coisa para fazer. (S12)

o único cuidado que eu tenho comigo é a questão de (...), eu gosto de ler muito os livros de autoajuda e isso me ajuda bastante, tipo aqui a gente tem bastante do Augusto Cury, quando eu estou meio mal assim, eu fico na minha e gosto de ler e parece que aquilo ajuda, eu acho que isso é uma forma de ver que eu me ajudo, eu ler uma coisa que eu estou precisando. (S3)

Observa-se, nesses depoimentos, que o *lazer*, para esses sujeitos, é uma forma de prazer, decorrente de opções simples, realizadas no tempo livre que não geram custos e estão ligadas às atividades recreativas, como ouvir música; social, como conversar com amigos; e intelectual, como a leitura. Esses achados também foram predominantes no estudo de Beuter, Alvim e Mostardeiro (2005), Januzzi e Cintra (2006), inclusive, demonstrando que atividades ligadas à área física (esportes, caminhadas) não são, na maioria das vezes, as principais opções de *lazer*.

Observa-se ainda a recorrência entre os sujeitos em relacionar tais atividades com o mate ou chimarrão¹², o que retrata o hábito comum nesta região do país. Portanto, é possível deduzir, a partir dessa constatação, que essa bebida aproxima as pessoas, além de proporcionar uma sensação de bem estar, conforto e prazer. Nesse sentido, Nique et al (2002), confirmam que o chimarrão é um hábito de cunho familiar, que está presente em todas as faixas etárias, sem distinção de sexo, consumido diariamente ou nos fins-de-semana, em casa, enquanto a família se reúne e conversa. Para o supracitado, o chimarrão representa a família, a

¹² É uma bebida característica da cultura do sul da América do Sul, um hábito legado pelas culturas indígenas, fortemente arraigado no Brasil, especialmente no Rio Grande do Sul) (WIKIPÉDIA, 2003 p.1)

hospitalidade, a herança dos antepassados e a integração. Dessa forma, o chimarrão constitui-se em importante elemento cultural da região sulina, devendo ser considerado pelos profissionais de saúde nos momentos da assistência e no planejamento das ações de saúde para esses usuários.

Análises e estudos sobre a erva-mate¹³ têm revelado propriedades que podem ser tanto benéficas como prejudiciais à saúde. Quanto aos benefícios de seu uso, divulgam-se as diversas propriedades nutritivas e terapêuticas. Em relação aos malefícios, existem estudos, como o de Kamangar et al (2008), que faz uma ressalva nesse sentido, apontando que a erva-mate pode contribuir para o surgimento do câncer de esôfago. Essa hipótese, ainda não confirmada, é atribuída aos indicadores epidemiológicos que apresentam o câncer de esôfago como a sexta causa de morte no mundo e a quarta em países em desenvolvimento. As regiões do mundo com maior incidência desse tipo de câncer (9% das mortes totais por câncer), o Uruguai, a Argentina e o estado do RS, regiões essas, onde, tradicionalmente, se consome essa bebida.

Portanto, visto que o chimarrão faz parte do cotidiano desses indivíduos, desempenhando um papel social importante em suas vidas, mesmo que os estudos venham a comprovar ação prejudicial à saúde, dificilmente será um hábito modificado, pois se trata de uma bebida que identifica o grupo, o que significa dizer que “o alimento que é produzido localmente é profundamente identificado por um senso de continuidade e de coesão da comunidade (HELMANN, 2003, p. 57). Assim, concorda-se com Ratti, Pereira e Centa (2005) sobre a importância de se conhecer os valores, as crenças, os costumes e as tradições dos indivíduos, bem como o seu contexto sociofamiliar para desenvolver práticas de saúde eficientes e de qualidade.

Vale destacar quando o S3 relata que, em alguns momentos, não se encontra muito bem, procura ficar só e busca, na literatura de autoajuda, a superação para uma crise. Esse dado permite identificar que o sujeito reconhece uma possível vulnerabilidade psicológica ou emocional e utiliza uma prática para superar a crise que Torralba (2009) considera como fundamental para o ser humano, pois, através dela, é possível estabelecer autodiálogos que permitem o conhecimento de si próprio.

¹³ A erva-mate é o produto utilizado para preparar o chimarrão.

Buscando promover uma *apresentação pessoal* como um cuidado de si, cinco sujeitos assim se expressaram:

(...)me cuido assim no caso, me cuido mais assim dos dentes, da higiene, coisa assim, eu sempre tento estar limpinho e coisa, né, fazer a barba [...]. (S1)

[...]cabelo e barba gosto sempre de fazer, andar mais ajeitado, até por causa do serviço da gente (...), a gente está sempre lidando com o povo, com o pessoal, então tem que procurar andar sempre bem ajeitado, procurando andar sempre na linha[bem alinhado][...]. (S8)

Eu levanto, me lavo, me escovo, tomo meu café, passo um creme, principalmente no rosto [...]. (S6)

Entende-se que o cuidado de si, acima exposto, demonstra que os sujeitos estão preocupados com sua aparência, levando-se a crer que esperam ser aceitos pelas pessoas com quem convivem, uma vez que, na sociedade ocidental, essa é uma atitude esperada para atender os padrões culturalmente prescritos, ou seja, as pessoas que se apresentam sujas, mal vestidas, com odor pessoal do corpo, podem ser interpretadas como desfavorecidas ou desleixadas. Essa análise encontra respaldo em Helman (2003) quando fala que cada ser humano possui, simbolicamente, dois corpos: *o individual* que se refere ao corpo físico e psicológico que é adquirido ao nascer; e *o social* esse, indispensável para se viver em uma determinada sociedade e grupo cultural, pois fornece a cada indivíduo um ajuste para perceber e interpretar experiências físicas e psicológicas. Segundo ele, “em grande parte, os indivíduos incorporam a cultura em que vivem. Suas sensações, suas percepções, seus sentimentos e outras experiências corporais são culturalmente padronizados” (HELMAN, 2003, p.27).

Quanto ao *convívio com a família* como um cuidado de si, dois sujeitos assim se expressam:

[quando está de folga do trabalho diz:] se eu puder, não deixo as crianças nem irem para o colégio para ficarem comigo, daí aí gente fica junto, brinca, conversa [...]. (S12)

[...]no final de semana, a gente assa uma carne e coisa, descansa um pouco e fica por casa, mas geralmente a gente sai, né, eu acho que é bom, me faz bem o cara se distrai um pouco, principalmente com a família. (S4)

Nesse relatos, é possível apreender que o convívio com a família é entendido como um cuidado de si, esse, representado pela necessidade de promover momentos de comunhão, seja brincando, passeando ou conversando. Esse dado também foi encontrado em outros estudos como o de Ramos, Queiroz e Jorge (2008) e Schossler e Crossetti (2008), onde a família contribui para a superação das dificuldades, permitindo aos sujeitos conviver com situações difíceis, amenizar os conflitos internos e externos. Nesse último estudo, a presença da família

estabelece uma relação de confiança, união e solidariedade entre seus membros, favorecendo, dessa forma, tanto o cuidado com o outro como o de si.

Outra situação acerca do cuidado de si que emergiu dos depoimentos de apenas dois sujeitos refere-se à *alimentação*, como se pode verificar nas falas que seguem:

E eu acho que a gente cuida da gente primeiramente também é pela alimentação né? (...) quando a gente consegue que pode a alimentação mais saudável possível. [...]mas não é fácil, porque a gente é pobre, mas eu acho que o certo seria sempre que [possível], ter fruta na refeição, salada, é que(...) sempre que dá a gente faz, mas não é, (...) sempre que a gente pode, né, a situação financeira da gente não permite[...]. (S13)

(...)o que eu brigo(...) é por causa do sal e gordura na comida, não sei se é por opção, ou de tanto falarem que faz mal, faz mal, faz mal, e daí a gente não come. E eu sou assim, se eu comer uma comida salgada, parece que já vai me dar... me fazer mal, daí eu já não como(...) E lá[no trabalho], a nossa comida é a gente que faz[...] é feijão, arroz, carne, mais é carne de chibo[ovelha], geralmente meu trabalho é em granja e fazenda, é só o que a gente come, assa um pedaço de carne com pão, porque a carne é doada, a gente faz o serviço e o fazendeiro diz que a carne ele dá, aí, é sempre o que tem mais e frutas, legumes essas coisas, é difícil! só se achar no mato, mas para isso a gente não liga muito. (S12)

Acredita-se, pelas observações de campo, que esse relato de S13 retrata a realidade da maioria dos homens pesquisados, mas apenas este expressa que o cuidado de si seria mais adequado, caso tivesse acesso a melhores condições econômicas. Como se vive em um país capitalista, onde o acesso aos bens de consumo é privilégio de uma minoria, concorda-se que o acesso a uma alimentação variada, que contempla os nutrientes necessários para uma nutrição adequada, está diretamente ligada à renda. No entanto, essa análise merece levar em conta também os aspectos culturais, que não são independentes, mas se complementam.

Essa análise encontra subsídios em um estudo reflexivo sobre cultura alimentar, onde se afirma, por exemplo, que comer não é apenas uma mera atividade biológica, nem tampouco suas razões são estritamente econômicas. “*A comida e o comer são, acima de tudo, fenômenos sociais e culturais e a nutrição, um assunto fisiológico e de saúde*” (BRAGA, 2004, p.40). Assim sendo, é pertinente relacionar essa alimentação aos hábitos culturais dos sujeitos como expresso no depoimento de S12, tendo em vista que, nesta região de fronteira, do RS, a carne ovina e bovina é base da alimentação.

De acordo com Braga (2004), esse achado trata-se de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, dos quais os hábitos alimentares fazem parte, ou seja, a cultura alimentar se refere àquilo que dá sentido às escolhas e aos hábitos alimentares: *as*

identidades sociais. Portanto, a carne vermelha, o churrasco, revela a cultura onde esses sujeitos estão inseridos, funcionando como demarcador identitário regional.

Quanto ao cuidado de si ligado à fé e à religiosidade, dois entrevistados narram o exposto a seguir:

[...] eu sempre, de noite antes de dormir, faço minhas orações e, quando estou viajando e vou viajar. (S8)

Eu sou evangélico, me batizei faz(...)uns seis meses[...] a minha mulher já era batizada já fazia tempo, e conforme foi passando o tempo, a gente crendo, né, em Deus...tudo leva a gente a acreditar, a ter fé, foi daí que eu me batizei, e... eu bebia bastante, fumava bastante, daí parei, parei, fumei... vamos ver... eu tinha 14 anos quando comecei a fumar... eu fumei até os 26[anos] (...)12 anos fumando, prejudica bastante a saúde, o pior coisa que tem é ...bom, para ti ter uma ideia, quando eu tinha 15 anos, até com droga eu tive envolvido, me envolvi, mas graças a Deus eu(...) foram só 6 meses, graças a Deus, e consegui parar, mas é uma coisa que eu não desejo para ninguém [...]e agora, graças a Deus, como eu te disse, estou na igreja, não tomo mais nada, nem fumo nada. A saúde da gente eu noto, porque quando eu jogava, eu corria 10, 15 minutos quando muito e já não aguentava mais, e agora, não, eu joga uma hora, uma hora e pouco jogando e não me dá nada, isso dá uma diferença na saúde da gente que vou te contar! (S13)

Nesses depoimentos, há o indicativo de que o cuidado de si está apoiado em um ser superior. Tanto que, ao expressarem sua fé, faziam-na com espontaneidade e convicção, o que leva a inferir que, para esses homens, a fé em Deus e a prática da religiosidade, especialmente para esse último, geram efeitos benéficos à saúde física. Esse achado encontra respaldo em estudos que demonstram uma associação positiva entre a espiritualidade e a religiosidade com o cuidado de si e a melhora clínica de paciente (PERES, et al., 2007) (DEZORZI e CROSSETTI, 2008) (ISERHARD et al, 2009).

Com ênfase nisso, acredita-se que o S13, ao decidir frequentar a “igreja”, tenha encontrado, naquele lugar, apoio para enfrentar o alcoolismo e o tabagismo. Valla e Lacerda (2004) reiteram essa análise quando se reportam para a questão religiosa como forma de apoio social, onde os sujeitos experenciam o cuidado integral, que aponta para a possibilidade de enfrentamento de problemas, de fortalecimento da autoestima, de (re) significação das situações de vida e o desenvolvimento da paz de espírito.

Outro fator relacionado com o cuidado de si foi expressado no depoimento de um dos sujeitos como *a não exposição a situações de risco e vulnerabilidade*. Nesse sentido, o sujeito refere cuidar de si na seguinte situação:

(...) eu sou um pouco diferente assim da minha faixa etária eu penso de maneira diferente, porque o pessoal gosta mais de arriscar, gosta mais de curtição, bebedeira e eu já não sou muito chegado (...) e eu acho que esse é um cuidado que eu tenho comigo, entendeu? É um cuidado que eu tenho comigo assim de não me envolver muito com coisas assim desse tipo, que eu sei que não vai me fazer bem, entendeu? Não sou muito de bebida, não gosto nada de(...) beber, eu bebo assim alguma coisa, pouca, entendeu? Mas não nunca para me embriagar, é um cuidado que eu tenho comigo. (S6)

Esse tipo de cuidado, *não se arriscar* ou *não se envolver* em situações de perigo, tão comum a essa faixa etária, como a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, evidenciado na narrativa de S6, leva a crer que essa condição de não exposição a riscos seja alvo de reflexão desse sujeito, levando-o a posicionar-se de forma divergente entre os demais homens de sua faixa etária. Esse achado trata-se, possivelmente, de um movimento contra as concepções de masculinidade hegemônica. Entende-se que essa argumentação vem ao encontro das proposições de Machado, Pinheiro e Guizardi (2004) e Nascimento, Gomes e Rebello (2009) ao dizerem que, quando as pessoas refletem sobre sua realidade, produzem novas ideias e conceitos, diferenciando-se do todo e criando resistência às concepções ideologicamente hegemônicas, com possibilidades de formulação de movimentos contra hegemônicos. Assim, a construção da masculinidade cria e recria, transforma e ressignifica, provocando rupturas ou permitindo a continuidade e a legitimação das ideias predominantes.

Por outro lado, em outro depoimento, foi verificada, uma situação de vulnerabilidade sociocultural que expõe um dos sujeito a possíveis riscos. Isso pode ser observado na narrativa do S11:

Agora eu não tenho namorada. Eu tinha uma que estudava aqui no colégio, mas daí ela não me quis mais, está com outro cara aí[...] [quando eu saía com ela] eu não usava preservativo assim, porque era uma guria de casa, eu sei que depois ela saiu com outro, mas eu creio que não deu nada. [...] a mãe da guria tem raiva da minha cara, não gosta de mim, ela tem dois irmãos, um passa e me cumprimenta, mas [o outro] tem raiva de mim, ele me disse que se eu namorasse com ela, ele me matava e matava ela também (...) mas eu me dou com a guria, a gente conversa, se encontra, estou nem aí para ele. (S11)

Nessa narrativa, o sujeito está vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hiv/Aids e à violência urbana por uma condição sociocultural. Primeiramente, porque

justifica o não uso do preservativo com a namorada, por ser essa uma “guria de casa¹⁴”. Nesse caso é possível inferir que a exposição à situação de risco decorre do meio o qual o sujeito está inserido tanto, que, mesmo tendo o conhecimento que a namorada mantém outro relacionamento, aquela condição se mostra fundamentalmente protetora. Ou seja, a confiança que existe entre eles gera a ameaça para a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Esse achado também foi encontrado no estudo de Guimarães, Martin e Quirino(2007) onde os participantes consideravam que as mulheres com as quais mantinham relações sexuais não ofereciam ou representavam risco de infecção por doenças sexuais, pois eram “direitas”, “de família” e “não gostavam de farra”. Nessa lógica, para esses autores, o uso da camisinha passa a ser considerado desnecessário em função da confiança depositada nas parceiras. Além do mais a atitude de um dos parceiros em solicitar o uso do preservativo pode ser considerado, no meio sociocultural onde ambos se encontram, como um indicativo de desconfiança no parceiro(a), o que acarreta na maioria das vezes o fim de um relacionamento.

Segundo, porque, aparentemente, demonstra-se disposto a correr riscos, quando, mesmo sendo ameaçado de morte pelo irmão da namorada, mantém o relacionamento com a companheira, o que poderia ser atribuído a um “não se cuida”, como descrito na PNAISH (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, Souza (2005) e Nascimento, Gomes e Rebello (2009) apontam, sobre a condição masculina referente à violência, que o homem está mais vulnerável a esta, seja como autor, ou como vítima, sendo os homens adolescentes e jovens os mais envolvidos que sofrem agressões mais graves, que demandam, inclusive, maior tempo de internação hospitalar.

Esse dado é muito oportuno, uma vez que esse sujeito reside em uma área onde, de acordo com dados da Brigada Militar de Santiago, primeiro semestre do ano de 2010, os números de ocorrências por roubo, furto, desordem, lesões corporais, drogas, perturbação e prisões chegaram a 120 casos. As ocorrências mais frequentes foram desordens¹⁵ e lesões corporais, e as prisões, atingindo o número de 38 e 34 respectivamente. Essa realidade, vivenciada por eles parece ser naturalizada, sendo possível inferir que esse seja o motivo pelo qual nenhum dos sujeitos fez referência às questões de violência.

¹⁴ Expressão muito comum nessa região e está relacionada a uma jovem de “boa família”, “boa índole”, na maioria das vezes casta e de pouco namoro.

¹⁵ Desordem na linguagem policial, diz respeito a algazarras e gritos, que, segundo informações colhidas no comando da Brigada Militar, ocorre frequentemente com o uso abusivo de álcool.

No estudo de Nascimento, Gomes e Rebello (2009), essa naturalização é atribuída aos cenários socioestruturais nos quais os jovens estão inseridos. Desse modo, como aponta Minayo e Souza (1997), analisar esse problema, implica reconhecer a complexidade e as várias interpretações possíveis. Portanto, acredita-se que essa questão mereça uma análise mais aprofundada, como por exemplo, não atribuir esse achado apenas como um não cuidado de si, mas relacioná-la com a violência estrutural, a qual esse sujeito, assim como pelas observações realizadas, os demais estão expostos.

Em conformidade com Budó et al (2007), a violência estrutural se constitui como sinônimo de injustiça social, porque sinaliza para a diminuição das necessidades reais que se constituem em direitos humanos. Dentre esses direitos, pode-se citar que a grande maioria dos homens deste estudo, sustentam-se na informalidade e o acesso aos bancos escolares não ultrapassou o ensino fundamental. Tal contexto aponta, inevitavelmente, para estrutura social que os manterá em condições menos favoráveis em relação a outros indivíduos da sociedade, ou seja, a ameaça de morte sofrida por S11, certamente não está posta apenas por incompatibilidade pessoal, mas por uma condição social em que todos vivem. Assim sendo, concorda-se com Minayo e Souza (1999) que a violência estrutural tem atingido diretamente a juventude brasileira, de modo que o principal grupo de risco para a mortalidade por homicídio tem sido homens jovens e adultos, moradores de bairros pobres de metrópoles, negros, com baixa escolaridade e qualificação profissional.

Por fim, oito sujeitos relatam disposição em prevenir, principalmente, casos de gripes e resfriados.

(...) Olha, eu me cuido para não pegar nenhuma doença, me previno bastante das gripes para não pegar, [...] eu tomo bastante chapoeirada, né [risos] quando estou começando a gripar [...] tomo assim (...) chá de guaco (...) e também vou na farmácia e pego um remédio para tosse, um comprimido para garganta, é assim que eu me cuido e me previno bastante. (S2)

[para a gripe] a gente toma um chá em casa e resolve, eu tomo, faço uma chapoeirada, ponho tudo que é coisa ali e tomo e não tem! Para fora[no meio rural] também a gente, às vezes, tá longe do recurso, não vai, às vezes tá longe do recurso e vim lá de fora para consultar por causa de uma gripe, então, toma um chá, falta um dia de trabalho e no outro dia já tá bom. Isso é coisa de gente antiga, eu desde criança que tomo, eu fervei leite com marcela do campo é uma remédio, é um absurdo a quantia que é bom, A gemada com essa marcela também, foi o que eu tomei hoje de manhã, isso aprendi com meu pai, essas eu tomo, chá de folha de laranjeira, de poejo, para gripe não tem coisa melhor. (S12)

[...] quando, por exemplo, tenho uma gripezinha, daí vou na farmácia direto e compro um remédio, um troço[...]. (S4)

[...] geralmente quando estou com uma dor de barriga ou de cabeça ou não me sinto bem, coisa e tal, vou ali e tomo um remédio, geralmente um diclofenaco, um paracetamol, ou falo aqui com a assistente social [Agente Comunitária de Saúde] que mora aqui do lado [...]. (S1)

A prática de cuidado relatada como prevenção está ligada predominantemente aos cuidados informais, expressa no uso de chás caseiros e na prática de automedicação. Trata-se de uma constatação, que sustenta a ideia de saúde como ausência de doença e a cura do agravo com a utilização de medicamentos. Nesse aspecto, várias demandas suscitam à reflexão. Uma delas aponta para a utilização do uso de chás caseiros. Essa é uma prática comum, sendo as indicações terapêuticas populares encontradas na literatura científica, como o caso do guaco, referido pelo S2. Com o nome científico de, *Mikania glomerata* Spreng, essa planta é indicada para gripe, atuando como broncodilatador, expectorante, e antiasmático (BADKE, 2008). Portanto, essa prática se apresenta como um elemento favorável, uma vez que suas propriedades curativas são conhecidas pela comunidade científica atual.

Por outro lado, os informantes se referem à utilização de vários tipos de plantas cujo uso inapropriado pode ser considerado como nocivo à saúde. Badke (2009) confirma o emprego dessa prática e adverte sobre essa questão, uma vez que nem sempre o preparo indicado é o mesmo para plantas diferentes, assim como a combinação pode resultar em efeitos imprevisíveis, devendo-se, portanto, ter cautela com as combinações de plantas.

A outra se refere à automedicação, uma forma comum de cuidado à saúde, consistindo-se no consumo de um produto com a finalidade de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidos e até mesmo de promover a saúde. Estudos apontam para essa preferência dos homens pela procura de farmácias, que é atribuída à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, principalmente, à construção social de gênero. No entanto, essa é uma prática corriqueira em nosso país. O Brasil assume a quinta posição no mundo em consumo de medicamentos, estando em primeiro lugar na América Latina e em nono lugar no mercado mundial em volume financeiro (SOUZA, SILVA e NETO, 2008). Para tais estudiosos, essa realidade pode ser a responsável por 24 mil mortes anuais por intoxicação medicamentosa. Para tanto, julga-se necessário uma reflexão atenta acerca dessa prática, não a naturalizando apenas como uma construção social de gênero, mas refletindo criticamente quanto ao contexto capitalista em que estes sujeitos se inserem, e no qual a indústria farmacêutica tem se beneficiado das fragilidades do sistema de saúde em garantir a integralidade da assistência.

Acredita-se que a outra demanda emerge da possibilidade de superar uma dessas fragilidades. Ou seja, no estabelecimento concreto de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário. No relato acima, o ACS se mostra como alguém em quem ele confia e procura se aconselhar para promover o cuidado de si. Essa atitude confirma que o ACS representa a integração entre a comunidade e os profissionais de saúde. Nesse sentido, Silva, et al (2004) fazem uma discussão importante a esse respeito, dizendo que o fato do ACS residir na comunidade onde trabalha, supostamente compreende de “dentro” as vivências cotidianas da comunidade, facilitando, dessa forma, a construção de vínculos interpessoais, estabelecendo formas de comunicação, inclusive, traduzindo para a equipe a realidade, as crenças e os valores de sua comunidade. Assim sendo, esse profissional certamente contribui para estabelecer discussões com esses sujeitos acerca do cuidado de si.

4.4 Ser cuidado

Aos homens deste estudo, solicitou-se a narração de situações e ou acontecimentos em que se sentiram cuidados por alguém. Quanto às situações que demandaram cuidados, narraram as seguintes:

Foi quando fiz uma cirurgia, sofri um acidente de cavalo e precisei fazer uma cirurgia, foi muito grave, precisei ficar muito tempo na cama, durante 24 horas por dia, alguém tinha que ficar cuidando de mim. (S10)

Quando eu tive um acidente, um carro me pegou ali no asfalto[...]. (S5)

Nesse dia que eu estava te falando em que eu apertei os dedos na grade daquela loja lá do calçadão, eu fui ajudar as gurias lá a levantar a grade e me aconteceu isso [ferimento no dedo] que me levou para o hospital. (S11)

Observa-se, nos depoimentos, que as situações citadas se referem basicamente a internações hospitalares, em virtude, principalmente, de procedimento cirúrgico decorrente de algum tipo de acidente. Essas situações estão de acordo com os dados do MS que 80% dos internamentos no SUS são motivados por causas externas como queda, acidente de transporte e intoxicações, com preponderância na faixa etária dos 20 aos 29 anos (Brasil, 2009c).

O fato de narrarem, com maior frequência, esse tipo de situação de cuidado para consigo, aponta, possivelmente, que, para esses sujeitos, esses momentos significaram a consciência de sua vulnerabilidade. A partir dessa análise, pode-se inferir que os homens

deste estudo compreendem que não são invulneráveis. Essa interpretação encontra respaldo nas palavras de Torralba (2009) quando diz que todo ser humano é vulnerável, mas que além de ser, pode ter consciência disso, pode refletir acerca dela, e buscar soluções para combatê-la.

Nas situações relatadas pelos sujeitos, doze deles sentiram-se cuidados pela mulher (esposa, mãe, companheira, irmã) e, apenas um referiu ter se sentido cuidado por Deus. Nos relatos que seguem, observa-se que a mulher é a principal cuidadora desses homens, proporcionando a esses sujeitos companhia, ajuda, alimentação, higiene, incentivo à procura por atendimento.

[...] a esposa, a mãe, a minha irmã também, elas ficavam o tempo todo comigo, me dando alimento na boca, trocando curativo, nunca fiquei sozinho, sempre uma delas estava por perto, para ajudar, para ficar com o cara. (S10)

[...] minha irmã me deu banho, me levou no banheiro e tudo assim e a minha mãe também, me deixou dinheiro para eu comprar alguma coisa de comer e me cuidou, me levou roupa, dormiu lá comigo, passou a noite toda lá no hospital comigo, depois, domingo de tarde, dei alta [...]. (S11)

[...]a mulher me cuida, me dá um chá, me põe para dormir[...]. (S12)

[...]a minha mulher me ajudava, porque eu não conseguia levantar. (S13)

[...] a dor não passava, tomava remédio e não fazia efeito, até que a minha mulher disse:- “tem que ir ver isso daí”, desde o primeiro dia ela dizia que tinha que ver, mas a gente vai aguentando, achando que vai melhorar (...) até que não deu mais. (S7)

Esse dado corrobora com os estudos onde a mulher ainda ocupa o primeiro lugar como responsável pelo cuidado, principalmente em casos de doenças (DENARDIN, 1999) (BRONDANI E BEUTER, 2009), (BEUTER et al, 2009). Tradicionalmente, o papel de cuidadora, seja de mãe, filha ou esposa, recai sobre a mulher, justificado pelo fato de, por muito tempo, ela não ter exercido atividades laborais fora do lar. No entanto, visto os dados até aqui apresentados, acerca do cuidado exercido pelos homens desse estudo, acredita-se que esse achado refere-se a uma atitude de cuidado entre os membros da família, como uma atitude de reciprocidade. Nesse caso, concorda-se com Elsen (2002), Resta e Budó, (2004) em que a família é percebida como um sistema de saúde e, como tal, uma unidade dinâmica que possui um processo de cuidar que é próprio e singular, onde supervisiona e interatua com o estado de saúde de seus membros, toma decisões, acompanha e avalia a saúde e a doença de seus componentes.

É oportuno referir à importância da mulher acerca da atitude de incentivar a procura por serviços de saúde quando necessário. Para Couto et al (2010) é a mulher que, em muitos casos, medeia a relação dos homens usuários com os serviços ou com a saúde de forma geral. Portanto, é mister considerar esse achado no que tange à possibilidade de ter a mulher (companheira, mãe, irmã, filha ou amiga) como aliada dos serviços de saúde para estabelecer vínculos com esses sujeitos.

Por outro lado, é necessário considerar e superar a imagem que os profissionais de saúde constroem, nesse caso, da mulher cuidadora e do homem como não cuidador, tendo em vista que essa visão pode, facilmente, levar os profissionais a se dirigirem às mulheres quando essas estão acompanhando os homens, desconsiderando-os como sujeitos de fato.

Quanto ao único sujeito que afirma ter sido cuidado por Deus, assim se expressa:

(...) ãnh! (...), teve uma vez que nós estávamos [viajando] e teve um acidente lá [...] e eu fui olhar, no outro lado do asfalto, eu fui até o meio assim, e parei sabe, e voltei para trás, parece que uma coisa me puxou para trás e quando dei um passo para trás (...) um carro cruzou ligeiro (...) aí eu (...) o meu colega disse: - tu estás louco? Vai te matar louco?[risos] então eu creio assim sabe, que foi Deus que me livrou dessa, [...] eu acredito muito em Deus, eu acho que ele (...) como diz o outro, só ele e ninguém mais. (S8)

Essa fala, expressada de forma enfática e com demonstrações de gratidão, revela que o sujeito se sentiu cuidado quando experienciou o livramento de um acidente com possibilidade de morte. Esse cuidado atribuído a Deus revela a fé incondicional que esse sujeito deposita nesse Ser, o que leva a inferir que a religiosidade permite à pessoa compreender os significados dos eventos como parte de um propósito ou projeto mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre por acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior (BOUSSO, SERAFIM e MISKO, 2010). Vale salientar que a maioria dos estudos que abordam o tema fé, religiosidade e espiritualidade, fazem as discussões a partir de situações de vulnerabilidade em relação a doenças graves e morte (BATISTA, 2007) (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2007) (BOUSSO, SERAFIM e MISKO, 2010). Na situação referida, o sujeito sentiu-se em situação de morte iminente.

Quanto à ocorrência de apenas esse sujeito apontar Deus como seu cuidador, pode estar ligado ao fato de que, dos treze homens desse estudo, cinco declararam não pertencer a um credo religioso, o que pode ser reflexo da idade dos sujeitos, pois, de acordo com Teixeira e Lefèvre (2007), em geral, os jovens são menos adeptos à espiritualidade e à religiosidade se comparados às pessoas idosas. Segundo esses autores, quando as pessoas ficam mais velhas é

que aumenta a leitura da bíblia e a participação em reuniões religiosas, conseguintemente, a fé em Deus também tende a ser mais expressada.

Por outro lado, acredita-se que, se a prática da espiritualidade por parte dos demais sujeitos fosse estimulada, poderia trazer-lhes benefícios, pois, conforme aponta Sá (2009), as pessoas que desenvolvem maior contato com a espiritualidade, provavelmente enfrentam e se adaptam com maior facilidade a situações desgastantes e conflituosas, quando comparadas a pessoas não religiosas/espiritualizadas.

4.5 Sistema de saúde e a atenção aos homens

Do eixo norteador sobre o *ser cuidado*, foi possível extrair das narrativas as fragilidades do sistema de saúde acerca da atenção dispensada a esses sujeitos. Dentre essas, encontra-se de forma muito presente a *acessibilidade organizacional*¹⁶; o *acolhimento*¹⁷ e a *resolutividade*¹⁸.

Quanto à acessibilidade organizacional, nove sujeitos expressaram essa fragilidade. As falas que seguem exemplificam a afirmativa:

[...]quando eu estou doente, eu vou lá ao médico, lá em cima [Pronto Socorro] porque aqui tem que marcar[...].(S11)

[...]aqui no postinho da vila nunca fui, quando me sinto ruim, vou no pronto socorro, consulto lá que é mais fácil. (S2)

Eu vou lá [USF], tipo, mais quando preciso (...) no dentista; ou para levar as crianças para fazer uma vacina, porque, se estão doentes, já se torna um pouco ruim assim (...) é que se tu queres atendimento, tem que ser só pela manhã, se tu estiveres doente à tarde, tu já não podes consultar, (...) daí tem que deixar para outro dia no caso, no turno da tarde, eles não atendem ali, e daí então, no caso, só tem o hospital, ou então tu tens que esperar para outro dia, porque consulta é só marcada. (S7)

¹⁶ Refere-se aos obstáculos que podem estar na entrada ou no interior das US como por exemplo: a demora para obter uma consulta; horários e turnos de atendimento; o tempo de espera para o sujeito ser atendido, realizar exames complementares, diagnósticos e encaminhamentos aos serviços de referência e contra-referência (FECKETE,1997).

¹⁷ Significa em sua essência, significa: ouvir pedidos, escutar, analisar, suprir de forma eficiente a demanda, dar as respostas mais adequadas aos usuários e à sua rede social, além de perceber o usuário como sujeito e participante ativo na produção de saúde (BRASIL, 2006).

¹⁸ Envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (TURRINI, LEBRÃO E CÉSAR, 2008).

Observa-se nesses depoimentos que os sujeitos procuram a unidade hospitalar e o pronto socorro em detrimento da USF. Esse dado é encontrado em diversos estudos que comprovam a preferência dos homens por esse tipo de serviço, tais como em Gomes (2003b); Gomes e Nascimento (2006); Schraiber et al. (2005). Esses estudos, também apresentados na PNAISH, explicam a oposição masculina à atenção primária, apontando diversas razões agrupadas, basicamente, em dois determinantes: barreiras institucionais e socioculturais. As primeiras dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais e são tratadas, no documento, de forma bastante breve. As segundas, tratadas com mais ênfase, se referem à masculinidade hegemônica como eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde.

Porém, ressalta-se, nessas falas, que a demora para obter uma consulta, o tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento e tempo de espera para ser atendido se constituem em princípios organizacionais que, possivelmente, impedem os homens desse estudo a priorizarem a USF como referência para atenção à saúde. Portanto, é possível inferir que, nesse caso, as dificuldades de acesso dos homens ao serviço de atenção primária decorrem da acessibilidade organizacional, apontada por Fekete (1997) e não sociocultural como enfatizada pela PNAISH.

Esse achado coincide com os descritos por Lima et al (2007) onde identificaram que, apesar de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário, sua escolha foi influenciada pela forma como foi recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolutividade desses serviços.

Ainda, na questão organizacional, a narrativa a seguir, expressa, detalhadamente, em que condições se dá essa fragilidade:

[na Unidade Saúde da Família] claro que eles atendem se a gente estiver doente, eles atendem, mas daí a gente tem que ir bem cedo tipo 7 e 30 no máximo até às 8 horas da manhã, hora que abre o posto para tirar ficha e esperar eles atenderem todo o pessoal que estava agendado para depois, perto do meio dia, o doutor atender, porque, primeiro, ele tem que atender todo aquele pessoal que tinha ficha marcada, mas imagina se uma pessoa está doente, porque uma pessoa doente, eu acho que não pode esperar, mas daí tem que esperar até às 11h e 45 minutos mais ou menos, que é a hora que já estão fechando o posto, daí o doutor já está apurado para ir embora, e já atende mal, né?[...]. (S12)

Nesse depoimento, o usuário afirma que, em caso de doenças, ocorre o atendimento por parte da equipe, no entanto afirma que a atenção é priorizada aos usuários agendados previamente, o que, na concepção desse sujeito, implica um atendimento menos qualificado. Esse achado também foi encontrado no estudo de Souza et al (2008), onde acesso à consulta

ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização dos atendimentos por critérios de risco sócio-epidemiológico. E também no estudo de Schimith e Lima (2004), no qual o processo de trabalho da USF estava centrado no profissional médico; o potencial do profissional enfermeiro não estava sendo totalmente utilizado; a ESF sustentava a forma excludente de atendimento, na qual a prioridade é de quem chegar primeiro, não se observando uma responsabilização pelos problemas de saúde da população e o estímulo à autonomia do usuário.

Franco, Bueno e Merhy (1999) descrevem esse achado como uma das questões limitantes à consolidação do acolhimento, tendo em vista que o sucesso deste pressupõe agenda aberta e o desafio de conciliar o trabalho de assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo. Para esses autores, o que contribuiria para o sucesso desse processo seriam os protocolos, que orientam sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe, em especial pelos enfermeiros que, além de acolher, garantiriam a resolutividade das ações. Essa discussão remete à reflexão acerca do papel que a ESF vem desempenhando nos últimos anos.

No estudo de Stralen et al (2008), encontra-se uma discussão importante acerca da percepção do desempenho de unidades básicas de saúde com e sem Saúde da Família, onde, entre outras dimensões, o acesso é menos favorável à unidade com saúde da família do que para unidades sem a estratégia. De acordo com as autoras, a ESF foi concebida para expandir o acesso à atenção primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde. No entanto, na prática, a dimensão acesso continua baixa em virtude do excesso de demanda por serviços de saúde que é ainda maior nas áreas cobertas pela ESF, uma vez que, quase sempre, as equipes são implantadas em bairros com baixas condições socioeconômicas.

Por outro lado, os depoimentos abaixo apontam para uma das potencialidades presentes nessa USF como a atenção dispensada pelos profissionais por meio da escuta e do diálogo:

[...]claro, que o doutor daqui eu não posso falar, ele é um cara, uma cara certo, ele conversa, ele escuta a gente, então, eu me acertei para conversar com ele, ele é um doutor bem bom, não tenho queixa dele, nem das enfermeiras que trabalham ali, claro que fui pouco, só umas duas ou três vezes ali. (S12)

ali no posto, ali geralmente quando me dá uma dor de cabeça e coisa eu vou ali e pego o remédio ali que eles dão, tipo quando tem que consultar, eu vou ali e consulto, e ali é fácil, até remédio, se tu precisar, assim de paracetamol em gotas e comprimido eles dão ali e(...) dentista tem ali, até eu tinha um dente para obturar e fui ali até esses dia eu fui e nem ficha tinha marcado e elas me atenderam igual, como eu trabalho, daí eu expliquei e me atenderam, e da vacina também quando deu que liberaram na minha faixa de idade eu fui lá [...]. (S5)

Mesmo que essa escuta tenha ocorrido, prioritariamente, após ultrapassar as barreiras da recepção (como no caso do S12), é possível afirmar que, nesse espaço, é que ocorre o real encontro entre trabalhador e usuário, conformando um ambiente no qual se buscam respostas para as necessidades de saúde (KANTORSKI et al, 2009).

Já no depoimento que segue, observa-se que o *acolhimento* em outro serviço de saúde, utilizado pelo usuário, também se encontra fragilizado:

[...] os postinhos [USF] estão fechados nos finais de semana, então tem que ir lá [Pronto socorro¹⁹], e lá, só tem duas enfermeiras, elas têm que fazer o curativo, têm que ajudar o doutor que estiver atendendo no plantão, nós cansamos de esperar ali, o pai mal, mal do jeito que estava, imagina um câncer no rosto! e ali nos tirávamos uma hora, uma hora e meia, esperando no banco, naquela salinha, quando resolviam de nos chamar para sala onde faziam os curativo, mandavam esperar mais um pouco pela enfermeira que estava atendendo os pacientes internados no hospital, e só depois de esperar e esperar é que éramos atendidos. Não sei aonde que vão tantos impostos que arrecadam, tanto dinheiro que arrecada esse hospital, o que já arrecadou! Claro, está bonito, bonito o hospital, está lindo, mas eu acho que o atendimento não, eu não acho[...] Um dia chegou um homem da funerária, um moreno, e ele chegou ali com um velhinho muito mal!! Mal mesmo! E disse assim para recepcionista: - eu acho que ele vai ter que internar. E ela disse: - quem sabe é o doutor, tu não sabe nada. Ba! Né, tche! para que falar assim, né? Para que falar daquele jeito, né? [...]e eu nunca mais me esqueci daquilo²⁰, já faz tempo. Mas porque ela dizer aquilo? não precisava, né! Ela que concordasse com ele, se fosse o caso[...] Mas foi uma coisa que ele não falou por mal, ele só disse que achava que tinha que internar como de fato internou. O doutor só olhou para o velhinho e mandou internar, então eu acho que, se a pessoa se forma num profissional enfermeiro, tem que entender isso daí, né? Então, eu te digo para eu procurar esse serviço só se estiver muito mal, muito mal mesmo¹⁸. (S12)

A experiência relatada por esse sujeito aponta no mínimo para três análises importantes. A primeira está sinalizada pelo número reduzido, principalmente, de profissionais de enfermagem para o atendimento no serviço de pronto socorro. Esse serviço, nos finais de semana e feriados, tem a incumbência de atender, além de atendimentos de urgência e emergência, a demanda de procedimentos ambulatoriais como, por exemplo, curativos de grande porte que necessitam ser realizados diariamente. Para tanto, é notório que comporta um número mais expressivo de profissionais para que a atenção seja qualificada e humanizada, uma vez que determinados procedimentos são privativos do profissional

¹⁹ O pronto socorro é gerenciado pelo hospital da cidade e mantido com recursos financeiros da Prefeitura Municipal

²⁰ Grifos da autora

enfermeiro, que, nessa instituição, nos finais de semana, responsabiliza-se pela supervisão geral do hospital e do pronto socorro.

Almeida et al (2007) trazem uma contribuição nesse sentido quando relatam que, há algumas décadas, o parâmetro para estimar a força de trabalho de enfermagem era baseado em número de leitos hospitalares, mas que, a partir da década de 1970, um novo olhar se volta para as atividades hospitalares quando um grande número dessas atividades passou a ser realizada fora do leito, ou seja, na esfera ambulatorial. Para as supracitadas, a enfermagem é uma das áreas em que o dimensionamento de pessoal é estratégico para se obter resultados de produtividade e de qualidade.

Vale salientar que o dimensionamento adequado de profissionais em um serviço de saúde implica melhores condições de trabalho para esses profissionais, que, certamente, vivenciam momentos de desgastes físico, mental e social e que, na maioria das vezes, como forma de proteção, desencadeia atitudes de não comprometimento para com os usuários.

A segunda retrata a percepção do usuário quanto aos seus direitos de cidadania, pois o mesmo revela que tem consciência de que os tributos arrecadados devem ser utilizados de maneira adequada, visando a prover um atendimento digno. Essa constatação remete a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS²¹, no que se refere ao 2º princípio básico de cidadania: “*todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema*” (BRASIL, 2007, p. 3). O que não foi observado na situação relatada.

A terceira análise possível diz respeito à qualificação profissional, a qual foi questionada pelo sujeito de forma enfática. Isso leva a inferir que a situação vivenciada pelo usuário fere o terceiro princípio da carta: “*todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação*” (BRASIL, 2007, p. 4). Esse achado coincide com o estudo de Koerich et al (2009), onde a (des) qualificação profissional foi um queixa constante entre os entrevistados.

Observa-se com essas análises que a experiência desse usuário, no serviço de saúde, constitui-se em barreiras para o acesso²² desse sujeito no sistema de saúde, visto que, de

²¹ Dispositivo elaborado pelo MS para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente. Tem a pretensão de estimular discussões nos diferentes níveis de atenção e ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público (KOERICH et al, 2009).

²² Acesso está relacionado com a experiência do usuário na rede de atenção, logo, tem relação com o percurso dentro das instituições da saúde, sendo este a garantia da integralidade da atenção (WEILLER 2009). Sob esse enfoque, acesso está ligado aos fatores de acolhimento, vínculo e resolutividade.

acordo com o depoimento, o serviço ficou desacreditado. Além disso, observa-se, nesse processo, que a integralidade da atenção ficou prejudicada, porque o usuário não foi considerado como sujeito portador de direitos.

Isso posto, é importante remeter-se às Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, as quais descrevem que o cidadão tem o direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2006). Portanto, a grande demanda aqui colocada é que cabe à equipe de saúde, por meio de seus profissionais, reconhecer essa questão e promover espaços de discussão, dando voz aos usuários, para, assim, superar os limites de sua atuação e propiciar aos usuários uma atenção adequada às suas necessidades.

Na narrativa seguinte, percebe-se a fragilidade existente na rede de atenção à saúde quanto ao *resolutividade*:

Eu até já procurei o serviço de nutricionista pelo SUS [localizado no centro da cidade] por causa da bulimia, entendeu? Só que eu fui até... tipo até... meio que ignorado, entendeu? Porque falavam que eu tinha que fazer uma avaliação com não sei quem (...) um psiquiatra e daí, depois, é que iam me encaminhar para a nutricionista (...) daí, depois disso, era um processo mais demorado, porque tinha que entrar numa lista de espera porque era só mais para pessoas assim que tivessem com doenças tipo hipertensão, coisa assim, sabe? Daí para bulimia (...), mas isso já faz um ano mais ou menos, então, eu tenho que procurar uma nutricionista só que, às vezes, é desleixo meu mesmo não procurar. (S6)

O primeiro ponto a destacar na narrativa de S6 é que ele refere sofrer de Bulimia²³ Nervosa, sendo que um dos critérios para participar da pesquisa se constituiu em não ter referido doença ou condição na Ficha A. Isso demonstra que, possivelmente, não se estabeleceu vínculo entre o ACS e o informante e ou seus familiares, uma vez que essa disfunção alimentar está cercada de preconceitos, sendo difícil para o próprio sujeito expor seu problema. No entanto, frente à pesquisadora, sua condição foi posta. Tal situação leva à seguinte indagação: seria a escuta sensível, a demonstração de interesse pelo problema do usuário e a esperança de que a pesquisadora pudesse resolvê-lo que fez com que o sujeito abordasse o assunto?

Esse questionamento induz ao segundo ponto que se revela na forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde, observado na postura dos profissionais que o atenderam. Pelo depoimento, percebe-se que o sujeito não foi assistido em

²³ é uma disfunção alimentar que tem incidência maior a partir da adolescência em 3 a 7% da população.

sua singularidade, nem tampouco conduzido na rede, tanto que se observa na fala, “*é desleixo meu mesmo não procurar*”, uma atitude de culpabilização, enquanto que a responsabilidade, nesse caso, não é do usuário, mas sim do sistema de saúde de prover uma atenção integral aos cidadãos.

Ainda, o fato de priorizarem o atendimento nutricional aos portadores de doenças crônico-degenerativas, revela que esses profissionais estão aprisionados nos programas do MS, não produzindo, por esse motivo, uma energia transformadora capaz de produzir relações satisfatórias entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários. Segundo Franco e Merhy (2003), esse aprisionamento do processo de trabalho anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes certa “cegueira institucional”, impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitados, ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho.

Observa-se, ainda nessa narrativa, que o informante não usufruiu, naquela situação, do acolhimento preconizado pela Política Nacional de Humanização da Assistência e Gestão do SUS. Para Merhy (2003), o serviço de saúde necessita desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse ínterim, o trabalho em saúde precisa incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, ao acolhimento e vínculo. Dessa forma, concorda-se com Koerich et al (2009) que o direito dos cidadãos de terem atendimento resolutivo e com qualidade depende dos trabalhadores, evidenciado através de atitudes responsáveis, ousadas, criativas, inovadoras, mas também de gestão responsável, de vontade política e de políticas de saúde que garantam a justa destinação dos recursos para o SUS.

Vale destacar que as fragilidades evidenciadas no acolhimento e na resolutividade do sistema de saúde foram expressadas por apenas dois sujeitos, no entanto, pelas observações cotidianas realizadas como docente do Curso de Graduação em Enfermagem, sabe-se que essa é a realidade vivenciada atualmente pelos usuários do sistema de saúde.

Tendo em vista que as questões acima descritas emergiram durante a entrevista, considerou-se necessário, para finalizar o momento da pesquisa, solicitar aos sujeitos que falassem sobre como o serviço de saúde poderia contribuir para uma atenção integral à saúde dos homens. Naquela oportunidade, quatro sujeitos expressaram suas sugestões como: horário de atendimento e campanhas; visitas domiciliares; capacitação profissional.

Quanto ao horário e à realização de campanhas, o S4 assim se expressa:

[referindo-se a Unidade Saúde da Família] Acho que o horário tem que ser esse mesmo, porque se o cara precisar, dá um jeito, tira um tempo e vai ali, seria de repente, de vez em quando uma campanha, alguma coisa para o cara ir ali na saúde, num fim de semana [...]. (S4)

Na opinião desse sujeito, o horário de atendimento da USF, para casos de doenças, pode permanecer inalterado. Essa fala não coincide com as narrativas anteriores, onde se observou que o turno e o horário de atendimento dificultavam a procura por atendimento, nem com o estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), onde foi detectado que o horário de atendimento restringia o acesso e o uso dos serviços pelos homens, principalmente, para aqueles que trabalham. Por isso, Couto et al (2010) identificaram uma concentração maior de homens em unidades de saúde que criaram horários alternativos para o atendimento, sobretudo para os trabalhadores. Portanto, concorda-se com Perreault (2010) que a ESF parece encerrar as mulheres dentro o papel “natural” de cuidadoras e, para superar essa questão, uma opção seria para favorecer uma maior inserção tanto pelos homens quanto pelas mulheres trabalhadoras fora do lar, instituindo horários alternativos para atendimento ao público. No entanto, para que essa prática seja uma realidade nos serviços, uma articulação entre usuários, gestores e trabalhadores torna-se fundamental.

Vale destacar a sugestão de que campanhas sejam realizadas nos finais de semana. Possivelmente, referindo-se às atividades de prevenção, essa é uma sugestão que pode estar ligada à atuação do Ministério da Saúde, predominantemente, por meio de campanhas. Esse tipo de ação, fruto do modelo de atenção à saúde adotado no país, no início do século XX até meados de 1945, é chamado de sanitarista-campanhista²⁴, e está, atualmente, dentre as ações propostas pelo MS para a saúde dos homens, com expressivo destaque.

A campanha nacional em prol da saúde dos homens foi implantada no mês de agosto de 2009, visando a sensibilizá-los para a autocuidado. Para tanto, o MS instituiu a segunda semana do mês de agosto para realizar atividades com o público alvo como: verificação de

²⁴ Enfrenta os problemas da população mediante *campanhas* (vacinação, combate a endemias, reidratação oral entre outros) e *programas* (tuberculose, saúde da mulher e da criança). Não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços; As campanhas são geralmente de caráter temporário e requerem uma grande quantidade de recursos e de administração centralizada; não contemplam a totalidade da situação de saúde; concentram sua atenção no controle de alguns agravos ou em determinados grupos de risco de adoecer ou morrer; deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Possuem um caráter predominantemente curativo, não se preocupando com o impacto nos níveis de saúde da população (PAIM, 2003).

pressão arterial, glicemia, colesterol, índice de massa corporal; orientações acerca das principais morbidades que acometem os homens entre outros.

Sob esse enfoque, é importante destacar duas análises. Uma, é que essas ações são pertinentes, uma vez que podem ser consideradas como uma possibilidade para detectar precocemente fatores de risco desencadeadores de agravos. No entanto, sabe-se que são executadas de forma pontual, sem o compromisso de introduzir e conduzir os usuários na rede caso necessitem de apoio. A outra se refere ao período eleito para a realização das campanhas, tendo em vista que coincide com a data comemorativa ao dia dos pais. Isso chama a atenção, uma vez que essa particularidade certamente exclui do chamamento às diversas masculinidades.

Em contrapartida, as duas sugestões que seguem, possivelmente, contribuem de forma mais eficaz para uma atenção à saúde integral dos homens:

(...) acho que tinha que ter mais visita assim em casa para saber como que o cara está, se está bem ou não, falar sobre o que a saúde está oferecendo para a população [...]. (S2)

[...] o que teria que melhorar é no atendimento mesmo, capacitar melhor esse pessoal da saúde. (S12)

Nessas falas, os sujeitos sugerem que os serviços de saúde se utilizem da *visita domiciliária (VD)* e da *capacitação profissional* para qualificar a atenção aos homens. Essas sugestões são de grande valia, uma vez que a VD se constitui em uma das metodologias assistenciais utilizadas pelas equipes das ESFs, e a capacitação profissional está contemplada no Pacto pela Saúde²⁵ e na Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS²⁶.

Com o objetivo de analisar os significados atribuídos a VD pelas famílias assistidas na ESF, Mandú et al (2008) detectaram que a VD é concebida como um meio importante de aproximação entre o Programa de Saúde da Família e as famílias, o que favorece o acesso aos serviços, a construção de novas relações entre os usuários e a equipe e a formação de vínculo entre estes. Ainda, segundo as autoras, ela é valorizada como alternativa ao acesso a cuidados clínicos e à vigilância à saúde. No entanto, nesse mesmo estudo, observou-se os limites dessa prática quando centrada em grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco. Sob

²⁵ instituído pela Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006, é revisado anualmente.

²⁶ estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.996 em agosto de 2007.

esse viés, deve-se reconhecer que a VD precisa responder mais ampla e efetivamente as necessidades vividas pela família.

Vale ressaltar que Gutierrez e Minayo (2008) trazem uma importante reflexão nesse sentido, quando dizem que o Programa Saúde da Família (ou ESF) colocou os profissionais de saúde num espaço relacional de grande complexidade, o da família. E isso é muito interessante, porque os profissionais se deslocam para dentro dos lares, rompendo o antigo modelo hospitalocêntrico de assistência, porém uma de suas grandes dificuldades é romper com a atenção que privilegia certos segmentos da família em função de vieses ligados às relações de gênero.

Para tanto, as diretrizes da educação permanente em saúde preconizam que

[EPS] é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2006, p. 20).

Frente a essas considerações, no que se refere à atenção dispensada aos homens, é urgente que a educação permanente em saúde, sob esses moldes, seja uma prática implantada e implementada pelos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar neste capítulo significa dizer que a pergunta “homens não cuidam e não são capazes de se cuidar?”, contida na introdução deste trabalho dissertativo, poderá ser respondida, tendo em vista que o objetivo proposto para o mesmo foi conhecer os saberes e as práticas de cuidados desenvolvidos por homens de 20 a 30 anos de idade, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis, do município de Santiago-RS.

O cuidado para esses homens se revelou, neste estudo, de forma muito significativa. Para eles, o cuidado está na presença, no acompanhar, na preocupação, no zelo, na reciprocidade, no diálogo, no lazer, no convívio com a família e nas atitudes de fé e religiosidade. O que significa dizer que o cuidado, na perspectiva desses seres, vai além de conceitos pré-estabelecidos, rompendo, através dessas atitudes e manifestações, valores e conceitos secularmente instituídos.

Os dados desta pesquisa dão formas diferenciadas aos homens, desvelando-os como seres cuidadores e cômicos da importância do papel a ser desempenhado tanto nas relações familiares como no interagir com amigos e colegas. Com arrojo e afetividade, eles cuidam dos filhos, dos pais, sogros, irmãos e amigos. Esse cuidado, prestado em situações de doença, manutenção da vida, com possibilidades de risco e vulnerabilidade, ocorre seja em ações como a responsabilidade pelo transporte, higiene, alimentação e cuidados específicos para tratar as doenças, como em atitudes reveladas no acompanhar, aconselhar e estar com o ser cuidado. Portanto, esse resultado aponta, assim como em outros estudos, que a vivência masculina em relação ao cuidado com outras pessoas está sendo desvelada.

Quanto ao cuidado de si, pode-se dizer que este é concebido pelos sujeitos como práticas que eles têm para consigo, constituídas por atitudes e ações singulares e diversificadas, que buscam atender suas necessidades objetivas e subjetivas em suas múltiplas dimensões. Sob essa égide, dizer que os homens não são capazes de se cuidar é, no mínimo, uma atitude de não aceitação da alteridade; é uma concepção definida a partir de uma única visão, que pode acarretar distanciamentos, fragilidades e, conseqüentemente, diminuir as possibilidades de se avançar nas ações de promoção à saúde e se cometer uma indignidade de avaliação no que diz respeito aos agires benemerentes deles.

No que se refere ao ser cuidado, constatou-se que as situações que demandam necessidades de cuidados são, principalmente, internações hospitalares em decorrência de acidentes. Dentre os cuidados recebidos, destacam companhia, ajuda, alimentação, higiene e incentivo à procura por atendimento. Essas práticas foram desenvolvidas com eles exclusivamente por mulheres, na condição de mãe, esposa, companheira, avó, irmã, amiga. Com o auxílio de seres afetivos, evidenciaram a aceitação de serem cuidados como um ato natural e passível de reconhecimento inquestionável.

Outra questão emergente nesta pesquisa está na relação dos homens com os serviços de saúde. Aqui, os resultados demonstram que existem fragilidades que necessitam ser superadas. Entre elas, os homens referiram-se à acessibilidade organizacional, ao acolhimento e à resolutividade, sugerindo aos serviços, como forma de qualificar a atenção, campanhas, visitas domiciliares e capacitação profissional. Por outro lado, revelou-se timidamente o reconhecimento entre esses sujeitos de seus direitos como cidadãos, sendo necessário instigá-los a refletir que os mesmos lhes sejam dispensados, considerando-os não como um ato caritativo, mas como uma conquista social.

Outro elemento intrínseco nesta análise está na relevância dos aspectos culturais e sociais a que estão os sujeitos expostos e a intensidade como influenciam as práticas de cuidado ora positivamente, ora negativamente. Tais constatações induzem a se realizar análises sobre a questão da violência que está velada entre os sujeitos, necessitando, por isso, ser mais amplamente analisada para que se a extirpe do contexto em que se apresenta e tantas mazelas gera.

Frente a essas constatações apreendidas até aqui, considera-se oportuno refletir acerca das contribuições deste estudo para os serviços de saúde, enfermagem e a formação profissional, examinando-se os fatores que os desmerecem ou empanam a ação dos agentes ligados à saúde. Com atitudes conjuntas, a partir desses referenciais, acredita-se que muitos atos e recursos humanos podem ser melhorados e, partindo-se de uma avaliação consciente, novas posturas podem ser adotadas, tendo como meta a melhor prestação desses serviços.

Quanto aos serviços de saúde, acredita-se ser fundamental transcender à visão biologicista e culpabilizante com que a PNAISH vem se estruturando. Com base nesse enfoque, sugere-se aos gestores e trabalhadores de saúde o planejamento e a implementação de ações centradas nos usuários, permitindo que estes sejam co-partícipes dessa construção, uma vez que é um direito já consagrado na Constituição Federal de 1988 e instituído pela Lei

Nº 8.142/90. Nesse ínterim, a educação permanente em saúde, instituída a partir da metodologia problematizadora, orientada pela Pedagogia Crítica e a intersectorialidade, serve como estereótipo direcionado a compor alternativas indispensáveis para o sucesso das ações.

Para a enfermagem, este estudo contribui com os primeiros passos para muitas descobertas. Olhar o cuidado na perspectiva dos homens é, no mínimo, um grande desafio, uma vez que, comumente, a enfermagem tende a dirigir suas ações especificamente para mulheres e crianças, desconsiderando os homens em sua plenitude. Para tanto, frente aos resultados desta pesquisa, sugere-se aos profissionais enfermeiros a participação efetiva em espaços de discussões acerca do planejamento e implementação da PNAISH nos municípios onde atuam; procurem, por meio de atividades educativas e assistências emancipatórias, estreitar vínculos com sujeitos do gênero masculino e seus familiares, buscando adequar suas ações aos valores, às crenças e às necessidades reais desses sujeitos. No tocante ao processo de capacitação da equipe, busquem promover ações reflexivas acerca das questões de gênero e suas implicações para a saúde dos homens.

Essas recomendações, para se solidificarem, perpassam pela formação na área da saúde. Nessa conjuntura, os cursos, efetivados nessa área, necessitam incluir, nos currículos, a temática saúde dos homens, numa abordagem sociocultural que propicie, aos futuros profissionais, as competências e as habilidades necessárias para programar ações de intervenção nos diferentes níveis de atenção à saúde desses sujeitos, identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes.

Como limite desse estudo é possível elencar pelo menos dois. O primeiro está na impossibilidade de generalizar as inferências aqui apresentadas, pois foram baseadas nos depoimentos de um grupo de homens. O outro limite está no recrutamento dos sujeitos, o qual se deu por meio das mulheres (mãe, companheira, irmã). Esse limite, incontornável na coleta de dados proposta, incita a reflexão acerca da urgente necessidade de estabelecer relações concretas entre os serviços de saúde e os homens.

Para finalizar, salienta-se que não se teve a pretensão, com esta pesquisa, de esgotar a temática, sendo necessário que a enfermagem e outras disciplinas dirijam seus olhares para os homens. Acredita-se ter contribuído com reflexões acerca do cuidado, tendo como centro motivacional a saúde e a recuperação da mesma em relação aos homens, para que a assistência de enfermagem e a formação em saúde, tornem-se exitosas. Acredita-se, da mesma forma, que, para se alcançar os objetivos propugnados pela Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde dos Homens, deve-se partir de uma única certeza: que o momento é de transição, de se construir fórmulas de atuação mais eficazes e, com urgência, recriar novas práxis que envolvam cuidado em saúde dispensada a eles para reacender-lhes a autonomia e fazê-los se identificar como pessoas conscientes de seus deveres e dos direitos que lhes são inerentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde pública. **Rev Bras Enferm.** Brasília. v.61, n. 1, jan-fev, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>. Acesso em 13 de setembro de 2010.

ALMEIDA, P. G. S.; GERMANO, M. R. A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, Jun. v.30, n. 2, p. 338-342, 2009.

ALMEIDA, V. M. L. et al. Dimensionamento da força de trabalho necessária às Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 53, n. 1, p. 71-78, 2007.

ALVES, B. L. S. **Violência conjugal:** representações masculinas. Dissertação mestrado Universidade Federal da Bahia 123p. 2001.

ARILHA, S. M. M. **O masculino em conferencias e programa das nações unidas:** uma crítica do discurso de gênero. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor. São Paulo; s.n; 2005.

BADKE, R. M. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem.** Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Maria. V. 1; p. 96, dez de 2009.

BATISTA, E. L. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: **O clássico e o novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Organizado por Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Mara helena de Andréa Gomes. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.

BATISTA, P. S. S. A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. **Revista APS**. V.10, n.1, p. 74-80, jan./jun. 2007.

BECK, C. L.C. et al. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Rev. Esc. Ana Nery**. v.10, n.2, p. 221-227, agos, 2006.

BERGER, P; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade**. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 14^a Ed.; 1976.

BEUTER, M; et al. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Rev. Mineira de Enfermagem**. v. 13, n.1, p. 28-33, Jan-mar; 2009. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf. Acesso em: 11 de setembro de 2010.

BEUTER, M; ALVIN, T. A. N; MOSTARDEIRO, S. T. C. S. O lazer na vida de acadêmicos de enfermagem no contexto do cuidado de si para o cuidado do outro. **Texto e Contexto**. v. 14, n. 2, p. 222-228, abr-junh, 2005.

BOEHS, E. A. A narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. **Rev Latino-am-enfermagem**. Ribeirão Preto. V.8. n.3, p 5-10; julho, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12393.pdf. Acesso em 30 de out de 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ. Vozes, 1999.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, S. T.; MISKO, D. M. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Rev. latino-Am**. v. 18, n. 2, p. 1-7. Mar-abr, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_03.pdf. Acesso em 14 de set de 2010.

BRAGA, V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. **Saúde em Revista**. Piracicaba. v. 6, n.13, p. 37-44, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em < ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/educacao/Brasil/ > Acesso em 15 set de 2009.

_____. Ministério da Saúde **Resolução nº 196, 10 de out/96**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília.1996.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/cartilha_ilustrada_direitos_2006.pdf. Acesso em out de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes**. Documento a ser apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2009 a. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br> Acesso em 02 mar de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde. Ago, 2009 b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944-27-08-2009.html>> Acesso em 21/09/2009. Acesso em 02 mar de 2009.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Metodologia de realização das Diretrizes para a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem- Documento em Construção**. Governo do Estado do rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Porto Alegre, agosto. 2009 c.

BRITO, S. R. **A experiência do homem no processo da gravidez da esposa/companheira**. Tese de Doutorado apresentada a universidade de São Paulo. 1 v. 178 p. 2001.

BRONDANI, M. C; BEUTER, M. A vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v. 30, n.2, p. 206-213, Junho, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7435/6677>. Acesso em 11 de set de 2010.

BUB, C. B. M; et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto e contexto**. Florianópolis, v.15, n. especial, p. 152-157, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>. Acessado em 13 de setembro de 2010.

BUDÓ M. L. D. SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto contexto enfermagem**. Florianópolis. v14 n 2; abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a04v14n2.pdf>. Acessado em: 25 out. 2009.

BUDÓ, D. L. M.; et al. Concepções de violência e praticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. **Texto e Contexto**. Florianópolis. v.16, n. 003, p. 511-519, 2007.

BUDÓ, M. L. D. A. **prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis, UFSC/PEN, 2002.

BUY, A. **Técnicas de pesquisa**: observação, questionário e entrevista. Disponível em:<<http://www.users.rdc.puc-rio.br/imagen/site/metodologia/textos/anabuy.htm>> Acesso em: 02 jun. 2009.

CARRARA, S. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.28-29, janeiro/março, 2005.

CARVALHO, M. S. **A vulnerabilidade masculina no contexto do HIV/AIDS- Contribuições para a enfermagem**. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade do Rio de Janeiro. v.3, p.99, 2004

CAVALCANTE, A. A. M. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo. 1v. 153p. 2007.

CHAPINA, C. E. **Subjetividade do homem idoso e a relação com a não adesão no tratamento aint-hipertensivo. Estudo dos indivíduos do sexo masculino cadastrados no Programa de Saúde da Família na região Leste de São Paulo**. Dissertação de Mestrado apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 7v. 85p. 2005.

COLLIÈRE, F. M. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de M^a Leonor Braga Abecasis. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa, 1999.

COSTA, A. M; AQUINO, E. M. L Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A. M; MÉRCHAN-HAMANN, E; TAJERD, D. (Org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, 2000.

COUTO, T. M.; et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-comunic.,Saúde, Educação**.v. 14, n. 33, p. 257-270, abr-jun, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. Acesso em 17 de set de 2010.

DÁZIO R. M. E. **O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico**. 1 v. 162 p. Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto . Orientador: Márcia Maria Fontao Zago. Tese SP. 2008.

DENARDIN, M. L. Cuidando e sendo Cuidado-Um modelo Cultural de Saúde em Comunidade Rural. In: Gonzáles, RM; Beck, CL; Denardin, ML. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

DEZORZI, W. L.; CROSSETTI, O. G. M. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v.16, n. 2 mar-abril, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_07.pdf Acesso em 13 de set de 2010.

DOMINGUEZ, B. Hora de quebrar paradigmas. **RADIS comunicação em saúde**. Nº 74. Outubro.2008.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I; Marcon SS, Silva RS. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): UEM; p.11-24, 2002.

ELSEN, I. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village. San Francisco: University of California. (Tese de Doutorado em Enfermagem), 1984.

FEKETE, M. C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS)** . Unidade 3. Texto de Apoio da unidade 1: Organização Pan-Americana de Saúde [periódico na internet]. 1995. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosaipoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em out de 2010

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc e Saúde Coletiva**. v. 10, n 1, p. 105-109, 2005

FLORES, C. G. **“Eu cuida dela e ela me cuida”**: um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. Dissertação (mestrado) apresentada à– Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS Santa Maria, p. 128, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

FREITAS, F. M. W.; COELHO, C. A. E; SILVA, M. T. Ana. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de saúde pública** jan. 2007.

FREITAS, F. M. W; et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev Saúde pública** [on line]. 2009.

FREITAS, F. M. W. **Significado da paternidade para homens que vivenciam**: um enfoque de gênero. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 90p. 2004.

GOMES, O. L. V. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em creches. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v10; N 1: 145-151. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a13.htm>> Acesso em set de 2009.

GOMES, R; NASCIMENTO, F. E.; ARAÚJO, C. F. porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> acessado em outubro de 2008.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciências e saúde coletiva**, 2003. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf acesso em out de 2008.

GOMES, R; NACIMENTO, F. E. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde pública** Rio de janeiro. v. 22, n. 5, p. 901-911, mai, 2006.

GONÇALVES, T. H. L; et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis. v. 15, n. 004, out-dez, p. 570-577, 2006.

GONDIM, C. R. **Comportamento sexual e pós uso de álcool e drogas entre homens que fazem sexo com homens no Ceará: tendências e práticas de risco para DST/AIDS**. Tese de Doutorado apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. v.1, 185p. 2006.

GREGÓRIO, P. R. V. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leiniger**. Dissertação de Mestrado, apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina. 1v. 117p. 2002.

GUIMARÃES, N. P.; MARTIN, D. QUIRINO, J. Aids em área rural de Minas Gerais: abordagem cultural. **Rev. saúde pública**. v.41, n. 3, p. 1-7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5189.pdf>. Acesso em Outubro de 2010.

GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, S. C. M. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. **Fazendo Gênero**. Florianópolis. n. 8, p. 1-7, ago, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf Acesso em Jan de 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**; trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4ª Ed. Porto Alegre: Artemd, 2003.

ISERHARD, M.R.; et al. Práticas culturais de cuidadores de mulheres mães de recém nascidos de risco do sul do Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem Ana Nery**. v.13, n.1, p. 116-122, jan-mar, 2009.

JANNUZZI, F. F; CINTRA, A. F. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**. v. 40, n. 2, p. 179-187, 2006.

KAMANGAR, F; et al. High levels of carcinogenic polycyclic aromatic hidrocarbons in mate drinks. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. v. 17, n. 5; p. 1262-1268, May, 2008. Disponível em : <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/5/1262.full.pdf>. Acessado em 15 de setembro de 2010.

KANTORSKI, L. P., et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). v.30, n.4, p. 594- 601, dez, 2009.

KNAUTH, R. D; MACHADO, S. P. Comentários ao artigo “Homens na pauta da Saúde Coletiva”. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.18-19, janeiro/março, 2005.

LAURENTI, R; JORGE, M. P. H. M.; GOTLIEB, D. L. S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc e Saúde Coletiva**. v. 10. nº 1. p. 35-45. 2005.

LIMA, M. A. D. S.; et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.** v.20, n.1, p. 12-17, 2007.

LUCIO, G. M. J. **Representações sociais da doença aterosclerótica coronariana: a realidade vivenciada por adultos jovens.** Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina. 113p, 2005.

LYRA, J; et al. Homens e cuidados: uma outra família? In: Acosta, R. Ana; Vitale, F.A.Maria. **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas.** 2ª ed Editora Cortez, 2005.

LYRA, V. G.; CATRIB, F. M. A.; NATIONS, K. M. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e métodos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza. v.16, n. 1-2, p. 59-66, 2003.

MACDONALD, J. J. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in mens's health policy and practice. **M.J.A.** v.185. n. 8. October, 2006. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/185_08_161006/mac10104_fm.html> Acessado em outubro de 2009.

MACHADO, S. R. F.. PINHEIRO, R. GUIZARDI, L. F. As formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** PINHEIRO, R; Mattos, R. A. (Org), 2004.

MADUREIRA, F. S. V. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/AIDS.** Tese de Doutorado apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina. 269p. Santa Catarina, 2005.

MAMED, V. F. **Aspectos psicossociais da infertilidade:** um estudo monográfico. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 89p, 2000.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro. Ed. Record, 1971.

MEDRADO, B; LYRA, J. Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. In: Adelman, M; Silvestrin, C. B. (org). **Gênero Plural Um debate interdisciplinar.** Editora UFPR. p63-76. maio 2004.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. [on line] Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/perda.pdf>. Acesso em 15 out de 2010.

MESQUITA, G. R. M. **Necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem.** Apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro; s.n; 124f dez. 2008.

MINAYO M. C. S., SOUZA E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde.** v.4, n. 3, p. 513-531, nov-fev, 1997 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>. Acesso em 10 de junho, 2010.

MINAYO, M. C. S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec; p.55-76. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 8 ed. São Paulo: Hucitec; 269 p. 2004.

NASCIMENTO, F. E; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde dos homens jovens. **Cad. Saúde Pública.** Julho, 2008.

NASCIMENTO, F. E; GOMES, R.; REBELLO, S. F. E. L. Violência é coisa de homem? “A naturalização da violência nas falas de homens jovens”. **Ciência & saúde Coletiva.** v.14, n. 4, p. 1151-1157, 2009.

NASCIMENTO, P. R. E; TRENTINI, M. Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev.Latino-am Enfermagem.**v.12, n. 2, p.550-557, março-abril, 2004.

OLIVEIRA, P. P. Discursos sobre a masculinidade. **Revista estudos femininos.** V. 6, n1. p.91-112. IFCS/UFRJ. 1998.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL,MZ & ALMEIDA FILHO,N - **Epidemiologia & Saúde,** Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-571.

PASCHOALICK C. ROSELE. **Saúde sexual e reprodutiva: representações e práticas do adolescente sob a ótica da enfermagem**. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal do Paraná, 123p. 2007.

PERES, P. F. M; et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. de psiquiatria clínica**. v.34; n. 1, p.82-87, 2007. Disponível em : <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html> Acesso em 14 de set de 2010.

PERREAULT, M. **O cuidar e os cuidados para os homens no quadro teórico de relações de gênero dentro uma sociedade machista**. Apresentação em multimídia no Seminário Internacional estudos socioculturais na saúde e na enfermagem, Nov, 2010.

PIRES, P. Á. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J., DESLAURIERS, JP, GROULX, LH ET AL. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

POLIT , DF, HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995

RAMOS, C. I.; QUEIROZ, O. V. M.; JORGE, B.M. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V. 62, n. 2, p. 193-200, Mar-Abr, 2008.

RATTI, A.; PEREIRA, F. T. M.; CENTA, L. M. A relevância da cultura no cuidado às famílias. **Fam.Saúde Desenv**. Curitiba. v.7; n.1, p. 60-68, Jan/abr, 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8054/5676>. Acessado em 12 de setembro de 2010.

RESTA, D. G; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores familiares. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v. 26, n.1, p. 53-60, nov-dez, 2004.

SÁ, A.C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SANTOS, A. L. R. **Homens como agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero.** São Paulo. 2005.

SAUTHIER, M. **A exclusão/inclusão do homem nas palestras do programa de planejamento familiar: A(o) enfermeira (o) atuando na transformação da dominação em parceria.** Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2000.

SAUTHIER, M. **O compromisso profissional na integração do homem no planejamento familiar: uma abordagem ética de enfermagem.** Tese de Doutorado, apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1v. 162p. 2004

SCHIMITH, M. D, LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** v.20, n.6, p. 1487-1494, Nov/Dez 2004.

SCHMITH, A. J. Addressing men's health policy concerns in Austrália: What can be done?. **Austrália and New Zealand Health policy.** Austrália. October, 2007. Disponível em <<http://www.anzhealthpolicy.com/content/4/1/20>>. Acessado em outubro de 2009.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. D. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Rev. Texto e Contexto,** Florianópolis, v.17, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/09.pdf>. Acesso em: 14 de setembro de 2010.

SCHRAIBER, B. L.; GOMES, R. COUTO, T.M. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-17, janeiro/março, 2005.

SILVA D.G.V; TRENTIN M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.10, n. 3, p.423-32, maio-junho; 2002.

SILVA, B.V. R; et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Roseni Pinheiro e Rubem Araújo de Mattos organizadores, 2004.

SILVA, J. IRENE; et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma contribuição paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Esc de Enfermagem d USP.** v.43, n.3, p.697-703; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>. Acessado em 13 de setembro de 2010.

SILVA, S. S. **Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronáriopatias**. Tese de doutorado apresentada a Universidade de São Paulo. Ribeirão preto. 151p. 2007

SOUZA, E.C.F.; et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24 n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, O. W. H.; SILVA, L. J.; NETO, S. M. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Rev. Eletrônica de farmácia**. v.5, n.1, p. 67-72, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/viewFile/4616/3938>. Acesso em 15 de set de 2010.

SOUZA, R. E. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.59-69, janeiro/março, 2005.

STRALEN, C. J. V. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24, n. Sup 1, p. S148-S158, 2008.

SUTTER, C; MALUSCHKE, B. F. N. S. J. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico, Porto Alegre, PUCRS**, v. 39, n.1, p. 74-82, jan/mar.2008

TARNOWSKI, S. K; PRÓSPERO, S. N. E; ELSÉN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v 14, n. especial: p. 102-108. 2005.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TELLES, S. K. **Representações de adolescentes acerca de sexualidade, gênero e as implicações na promoção da saúde**. Orientador: GOMES, V. L O. Dissertação mestrado em enfermagem Fundação Universidade Federal do rio Grande. 188f. 2007

TORRALBA, F R. 1998. **Antropologia del cuidar**. Editor: Mapfre medicina/ instituto Borja de Bioética. Població: **Madrid**. Any: 1998. Edició: 2ª edició 2005.

TORRALBA, F. R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes; 2009.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L. CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 3, p. 663-674, mar, 2008.

VALLA, V.V; LACERDA A. G. B. M. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Roseni Pinheiro e Rubem Araújo de Mattos organizadores, 2004.

VICTÓRIA G. C., KNAUTH, R. D.; HASSSEN, N. M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Tomo editorial. Porto Alegre. 136p. 2000.

WALDOW, V. R; BORGES, F. R. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enfermagem**. Julho-agosto v.16; n4; 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em set.de 2009

WEILLER, T. H. **Acessibilidade e acesso na avaliação dos serviços de saúde**. Apresentação em multimídia no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Departamento de Enfermagem. UFSM. Santa Maria/RS. Jul, 2009

WHO. World Health Organization. Boys in the picture. Geneva: WHO, 2000.

WHO. World Health Organization. Men, Ageing and Health. Geneva: WHO, 2001.

APÊNDICE A – Roteiro de observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

O seguinte roteiro de observação segue as sugestões de Victória, Knauth e Hassen (2000, p. 63)

Em relação ao ambiente interno e externo observar:

- conteúdo e localização do mobiliário no espaço;
- relação entre o ambiente interno e externo;
- relação das pessoas e do pesquisado com o espaço;
- distância com relação ao observador.

Em relação ao comportamento dos sujeitos:

- postura corporal;
- as normas de conduta explícitas e implícitas;
- toques;
- contato visual.

A linguagem:

- verbal e não verbal;
- tom de voz;
- vocabulário

Os relacionamentos:

- as pessoas observadas entre si;
- o sujeito observado com o observador;
- como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem e fazem.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Saberes e Práticas de Cuidado na Perspectiva dos Homens: Um Olhar de Enfermagem

Pesquisador: Silvana de Oliveira Silva (Enfermeira-Aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSM). Tel.: (55) 9935-9297, (55)32516121; e-mail: silvano@ymail.com

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria de Lourdes Denardin Budó (Enfermeira-Prof^a do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM – PPGEnf). Tel.: (55) 32208029.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM; Centro de Ciências da Saúde - CCS; Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem-PPGEnf.

Local da coleta de dados: Domicílio dos residentes na área de abrangência da estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis do Município e Santiago, RS.

Caro pesquisado:

Você está sendo convidado para uma entrevista de forma totalmente voluntária, livre de qualquer constrangimento ou coerção. Tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Portanto, antes de concordar em participar desta pesquisa, ser entrevistado e observado, é muito importante que você compreenda as informações e as instruções contidas neste documento, as quais tenho o dever, enquanto pesquisadora, de responder a todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

- **Objetivo do estudo:** Conhecer os saberes e práticas de cuidado desenvolvidas por homens de 20 a 30 anos de idade que residam na área de abrangência da estratégia Saúde da família Monsenhor Assis do município de Santiago.
- **Procedimentos.** Sua participação, nesta pesquisa, consistirá de entrevista (contar algumas situações relacionadas ao cuidado) e observação. A entrevista poderá ser gravada, no entanto, você poderá solicitar que tal procedimento não seja realizado.
- **Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefícios diretos para você, mas, em contrapartida, contribuirá para que os profissionais de saúde venham a conhecer como os homens vivenciam e expressam o cuidado e, dessa forma, permitindo uma assistência à saúde mais eficaz para essa parcela da população. Informo também que sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum benefício financeiro para você.
- **Riscos.** A entrevista e a observação não acarretarão riscos (biológico, moral ou econômico), sendo o risco mínimo de ordem física ou psicológica para você, como cansaço.
- **Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, sendo resguardada, confidencialmente, sua identidade. As informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde, especialmente para a enfermagem e os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da enfermagem, ficando assegurada a garantia do anonimato.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santiago, ---- de ----- de 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santiago, ---- de -----de 2010.

Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE C – Solicitação de autorização para a pesquisa na Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis - Município de Santiago, RS.

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA MONSENHOR ASSIS**

Para: Gestor municipal da Saúde do município de Santiago e Coordenador da Estratégia Saúde da Família Monsenhor Assis

De: Msd. Enf^a Silvana de Oliveira Silva e Orientadora Prof^a Dr^a Enf^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Prezado(a) gestor(a):

Como enfermeira mestranda do PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Santiago e enfermeira, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, vimos, formalmente, solicitar sua autorização para realizar entrevista-narrativa com homens de 20 a 30 anos de idade residentes e domiciliados na área de abrangência da ESF Monsenhor Assis deste município. O referido estudo justifica-se pelo interesse em pesquisar sobre os saberes e práticas de cuidado desenvolvidas por homens. Tal conhecimento contribuirá para que os profissionais de saúde venham a conhecer como os homens vivenciam e expressam o cuidado, permitindo, dessa forma, uma assistência à saúde congruente e eficaz para essa parcela da população.

Com a certeza de sua atenção, agradecemos antecipadamente e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Silvana de Oliveira Silva

Maria de Lourdes Denardin Budó

APÊNDICE D - Termo de confidencialidade

Título do projeto: Saberes e práticas de cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da enfermagem

Pesquisador responsável: Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes Denardin Budó

Pesquisadora Mestranda: Silvana de Oliveira Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Telefone para contato: 55- 3251-6121 ; 9935-9297

Local da coleta de dados: na ESF Monsenhor Assis ou no domicílio dos sujeitos de acordo com a preferência dos mesmos.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por meio de entrevistas narrativas e observação sendo utilizado gravação em áudio, nas residências ou na ESF Monsenhor Assis. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas junto a pesquisadora por um período de cinco anos (até dezembro de 2015) sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Silvana de Oliveira Silva. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE