



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Amanda Luca Riether

DIREITOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E GÊNERO NO
PROCESSO DE ACESSO À SAÚDE

BRASÍLIA/AGOSTO/2014

Amanda Luca Riether

DIREITOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E GÊNERO NO
PROCESSO DE ACESSO À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciência Política do Centro Universitário Unieuro, para a obtenção do grau de Mestra em Ciência Política com concentração em Direitos Humanos, Cidadania e Estudos de Violência.
Orientadora: Dra. Lídia Oliveira Xavier

BRASÍLIA/AGOSTO/2014

RIETHER, Amanda Luca

Direitos Humanos, Políticas Públicas e Gênero no processo de acesso à saúde.

Dissertação de Mestrado – Centro Universitário UNIEURO. Curso de Mestrado em
Ciência Política.

Amanda Luca Riether

DIREITOS HUMANOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E GÊNERO NO
PROCESSO DE ACESSO À SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lídia Oliveira Xavier
Orientadora

Prof.^a Dra. Iolanda Bezerra dos Santos Brandão

Prof.^a Dra. Lia Scholze

BRASÍLIA/AGOSTO/2014

Dedico esta pesquisa a todos aqueles que se beneficiaram com a inclusão da temática de gênero na formulação das políticas públicas de saúde.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Professora Doutora Lídia Oliveira Xavier que pelo carinho com que me acolheu no primeiro semestre do Curso parecia adivinhar que seria uma das grandes responsáveis por eu chegar até aqui.

À Professora Doutora Iolanda Bezerra dos Santos Brandão que, nesse último semestre, contribuiu imensamente para a conclusão desse trabalho.

Ao Professor Doutor Sullivan Charles Barros que durante as aulas da disciplina Gênero, Sexualidades e Direitos Humanos me apresentou gênero como disciplina de estudo e me contagiou com essa paixão.

Aos Professores Doutores Vicente Fonseca e Sérgio Lepsch que generosamente compartilharam seus conhecimentos e se preocuparam em fazer a diferença na vida de cada um de seus alunos.

À querida Carol, que foi incansável em me ouvir durante toda a minha caminhada por esse programa, tornando sempre os trâmites burocráticos mais leves.

Ao meu esposo, Rafael, que foi obrigado a dividir os primeiros meses de casamento com essa pesquisa e pior, com todos os sentimentos que me domaram nesse caminho. Obrigada, principalmente, por acreditar em mim mais do que eu mesma sou capaz de fazê-lo. Com certeza absoluta, eu digo, sem você teria desistido no caminho.

Aos meus Pais, Dalva e Jean-Marc, por me amarem tão profundamente, por me incentivarem e vibrarem com minhas conquistas. As nossas conversas e o apoio incondicional fizeram a diferença.

À Dadá, meu Anjo da Guarda, pelo cuidado e carinho de todos os dias. Obrigada por se mostrar incansável no propósito de me amar e me zelar.

Aos meus Padrinhos, Ceceia e Xande e Jo, pelo exemplo e pelo incentivo público e velado em orações.

À minha amiga Dalila que mais uma vez mostrou que para amizade de verdade não há limites.

Aos amigos da vida que não desistiram de mim nesse tempo e acreditaram que um dia eu voltaria a ter vida social.

Aos meus colegas do Tribunal de Justiça de do Distrito Federal e Territórios que foram incansáveis em me incentivar. Vocês tornaram esse caminho mais leve, os levarei no coração.

À Força Maior do Universo que me guia, ilumina meu caminho, me dá saúde e coragem para perseverar, obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa busca analisar o surgimento do direito humano e fundamental à saúde, a importância da temática de gênero para a efetivação desse direito e a trajetória do Estado em busca dessa concretização por meio de políticas públicas. No decorrer do estudo será apresentada a categoria gênero como dimensão organizadora das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS, com especial relevância à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que surge no intuito de promover a saúde de uma parcela da sociedade que teve características como a força, a invulnerabilidade e a desnecessidade de cuidar de si naturalizadas no curso da construção social das masculinidades, afastando, assim, os homens do sistema de saúde. Desse modo, o objetivo geral desta pesquisa é compreender se as ações delineadas na PNAISH se apresentam como suficientes para suplantar as barreiras institucionais e socioculturais que afastam os homens dos cuidados com sua saúde. O problema desse trabalho pode ser definido na seguinte pergunta: As ações desenvolvidas no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, com base nas propostas sugeridas pela PNAISH, estão sendo suficientes para atrair os homens aos serviços de saúde e fazê-los se enxergar como sujeitos de direitos, sem abalo em sua masculinidade? Já a hipótese norteadora que se busca verificar é de que as ações hoje desenvolvidas não são suficientes para o objetivo pretendido, mas significam um importante passo para a sua concretização.

Palavras-chave: Direito à saúde; gênero; homens; masculinidades; efetividade; políticas públicas.

ABSTRACT

This research seeks to analyze the emergence of human and fundamental right to health, the importance of the theme of gender for the realization of this right and the trajectory of the State in search of this realisation through public policies. In the course of the study will be presented to the public health policies developed in the Brazilian Health System having gender as its organizing dimension, with especial relevance to the public policies to the health of men, which arises in order to promote the health of a portion of society that had characteristics such as strength, invulnerability and no need to care for themselves in the course of naturalized social construction of masculinity, thus driving away the men of the health system. The general objective of this research is to understand that the actions outlined in PNAISH presented as sufficient to overcome the institutional and socio-cultural barriers that keep men care about their health. The problem of this work can be defined in the following question: Actions taken at the Health Center number 03 of Sobradinho II, based on the proposals suggested by PNAISH, are sufficient to attract men to health services and make them see how subjects of rights without shaking in their masculinity? Already the guiding hypothesis that search is verify that the actions taken today are not sufficient for the intended purpose, but signify an important step towards its realization.

Key Words: right to health; gender; men; masculinities, realization; public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP)

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Constituição Federal (CF)

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)

Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP)

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS),

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT)

Ministério da Saúde (MS)

Organização das Nações Unidas (ONU)

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Polícia Rodoviária Federal (PRF)

Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV)

Sistema Único de Saúde (SUS) Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Vírus do Papiloma Humano (HPV)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1	17
O SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS COMO PROBLEMÁTICA MUNDIAL E A SUA INFLUÊNCIA NA EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO: DO COLONIALISMO PORTUGÊS AO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO.....	17
1.1 O SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS E DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL	17
1.2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: DA CHEGADAS DOS PORTUGUESES ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	25
1.2.1 A SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL: A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS.....	25
1.2.2 A SAÚDE NO PERÍODO DO BRASIL IMPÉRIO (1822-1889): O INÍCIO DA MUDANÇA DE PERSPECTIVA.....	29
1.2.3 A SAÚDE DURANTE A REPÚBLICA VELHA (1889 – 1930)	35
1.2.4 A SAÚDE DURANTE A ÉPOCA DA ERA VARGAS (1930 – 1945).....	40
1.2.5 A SAÚDE NO BRASIL DURANTE PERÍODO DE INSTABILIDADE DEMOCRÁTICA (1945-1964) E NA DITADURA MILITAR (1964-1985).....	42
1.2.6 O DIREITO À SAÚDE: DO PERÍODO DE TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA (1985-1988) AO CONTEXTO ATUAL DE DEMOCRACIA.....	45
1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	52
CAPÍTULO 2	57
DISCUTINDO GÊNERO E SEXUALIDADE	57
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS CONCEITOS DE SEXO, GÊNERO E SEXUALIDADE	57
2.2 CONSTRUÇÃO DA FEMINILIDADE E DA MASCULINIDADE	68
CAPÍTULO 3	74
A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	74
3.1 GÊNERO COMO DIMENSÃO ORGANIZADORA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS	74
3.2 OS PRIMEIROS PASSOS EM BUSCA DA MEDICALIZAÇÃO DOS CORPOS MASCULINOS.....	78

3.3 CONCEITOS E PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.....	87
3.4 AS DIRETRIZES DE AÇÃO DA PNAISH.....	91
CAPÍTULO 4.....	94
METODOLOGIA E PESQUISA.....	94
4.1 O PROCESSO METODOLÓGICO	94
4.2 A PNAISH NO DISTRITO FEDERAL – A ESCOLHA PELO CENTRO DE SAÚDE Nº 03 DE SOBRADINHO II	96
4.2 A ANÁLISE DOS CARTÕES DE ATENDIMENTO E DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO HOMEM	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXO A.....	138

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como proposta compreender quais as barreiras enfrentadas pelos homens para justificar seu afastamento dos cuidados com a saúde e, mais especificamente, se as diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estão sendo aplicadas e são capazes de repercutir em uma maior cientificação dos homens da sua condição de sujeito de direitos, carecedor de cuidados, sem que haja abalo em sua masculinidade.

O problema norteador desse trabalho pode ser delimitado na seguinte indagação: As ações desenvolvidas no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, com base nas propostas sugeridas pela PNAISH, estão sendo suficientes para atrair os homens aos serviços de saúde e fazê-los se enxergar como sujeitos de direitos, sem abalo em sua masculinidade? A hipótese norteadora é de que as ações são ainda hoje incipientes, mas se apresentam como promissoras, haja vista ser um universo muito grande a ser atingido e características muito fortes a serem desconstruídas.

O objetivo geral dessa pesquisa é compreender se as ações delineadas na PNAISH se apresentam como suficientes para suplantar as barreiras institucionais e socioculturais que afastam os homens dos cuidados com sua saúde. Os objetivos específicos que se apresentam no desenvolver do trabalho podem ser assim delineados: primeiramente, a intenção é proceder a uma investigação histórica sobre o Direito à Saúde; em seguida, busca-se discorrer sobre a diferenciação entre os termos sexo e gênero e a importância da abordagem desse último instituto na idealização de Políticas Públicas de saúde; na sequência, a intenção é apresentar a PNAISH como o objeto dessa pesquisa; por fim, desenvolver a pesquisa no Ambulatório de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, a partir de uma análise documental mediatizada pela pesquisa-ação.

O arcabouço teórico definido por essa pesquisa encontra-se nos autores Romeu Gomes e Guacira Louro que discutem a questão de gênero e a sua importância como dimensão organizadora das ações estatais. Trata-se da importante compreensão de que o processo de construção das identidades é muito mais complexo do que pode chegar uma simples diferenciação entre os sexos. Portanto, gênero se refere a papéis socialmente construídos e a definições e expectativas tidas como corretas para o ser homem e o ser mulher em uma sociedade. Já as discussões sobre Políticas Públicas estão amparadas no pensamento de Bucci e são compreendidas como um programa governamental, consistente em um conjunto de medidas articuladas, com vistas a concretizar um Direito. Essas discussões estão centralizadas nos capítulos 1 e 2, mas permeiam todo o trabalho e alicerçam os dados coletados na pesquisa.

O distanciamento dos homens com os serviços de saúde é objeto deste estudo. A ótica de análise do afastamento, portanto, é decorrente do estereótipo da masculinidade hegemônica predominantemente aceita, fato que os torna mais vulneráveis e suscetíveis a doenças, sobrecarregando o SUS com tratamentos mais especializados e, por conseguinte, mais onerosos, implicando em um sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família que lutam pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Os efeitos colaterais da masculinidade hegemônica podem também ser notados quando se passa a analisar o número de mortes de homens e mulheres. Dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos são úteis para verificar que os homens morrem mais do que as mulheres por diversas causas, sejam elas relacionadas a doenças ou à violência. De fato, é uma realidade que os homens estão mais expostos à violência e por isso se tornam mais suscetíveis a morrer por essa causa, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas e tabaco também influenciam sobremaneira nesses dados. A expectativa de vida de homens e mulheres aos vinte anos de idade chega à estrondosa diferença de 6,8 anos. Isso significa dizer que as mulheres aos vinte anos possuem a expectativa de viver até os 79,9 anos, ao passo que os homens na mesma idade, possuem expectativa de chegar apenas aos 73,1 anos de idade. (BRASIL, 2010, s/n).

No entanto, para essa pesquisa, o que interessa são as mortes decorrentes de doenças e, principalmente, o fato de que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Por essa razão, a PNAISH busca fomentar o acesso dos homens à Atenção Primária. Nesse cenário e com vistas a atingir o objetivo proposto para essa pesquisa, o Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II foi escolhido como local para a realização do estudo. A escolha por esse Centro de Saúde se deu em razão de este ter sido o primeiro a se alinhar às diretrizes da PNAISH e criar o Ambulatório do Homem, com funcionamento em horário especial, tornando-se um veículo capaz de atuar como mediador e como suporte das ações desenvolvidas pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família na comunidade.

O que se buscou atacar com a criação de um Ambulatório específico para a saúde do homem foi a desinformação e a dificuldade de acesso ao atendimento, pois tais fatores dificultam o diagnóstico precoce e mascaram quadros de gravidade relativa, levando o homem a procurar ajuda médica apenas quando os agravos estão em um estágio avançado. A entrada do homem pela atenção especializada, em razão da demora na busca de auxílio, é altamente prejudicial para a sociedade, visto que implica em maiores gastos para o Sistema e em sofrimento exacerbado para o paciente e sua família.

Estudos apontam que os homens, por serem socialmente construídos para serem os provedores e invulneráveis, não se mostram dispostos a enfrentar filas e horas de espera por atendimento médico. O medo do adoecimento, que na realidade predominante da masculinidade hegemônica significa um abalo profundo na sua condição de homem, também é um fator que o afasta dos cuidados com a sua saúde. Nesse caso, trata-se de uma barreira sociocultural que só pode ser transposta mediante uma mudança na forma de se pensar a masculinidade.

A necessidade de superação das desigualdades sociais existentes abarca necessariamente a luta pela equidade de gênero na saúde. É preciso que haja um aumento do número de interlocutores e aliados políticos capazes de levar essa temática à agenda governamental. A adoção da perspectiva de gênero no

debate sobre políticas públicas de saúde pode contribuir para a superação de noções essencialistas de base biomédica, ampliando a compreensão sobre o estado saúde-doença.

Desse modo, através da pesquisa documental regulada pela pesquisa-ação é possível verificar quais ações vêm sendo desenvolvidas no Ambulatório do Homem após a edição da PNAISH; se essas ações estão sendo eficazes para combater o problema do afastamento do homem dos serviços de saúde; se ele após a primeira ida ao Centro de Saúde, passa a se enxergar como sujeito de direitos e carecedor de cuidados, sem qualquer abalo em sua masculinidade; e, ainda, quais outras ações se mostram necessárias e possíveis, dentro daquele contexto, para diminuir os efeitos negativos da masculinidade hegemônica.

Uma das perspectivas que a pesquisa-ação faculta ao pesquisador é, a partir do reconhecimento da situação atual, delinear possíveis soluções aos problemas reais com os quais os procedimentos convencionais, em regra, pouco contribuem. (ELLIOT, 1997, p. 143). Assim, após a conclusão da pesquisa, novas ações poderão ser propostas com vistas a atingir o objetivo da PNAISH.

No caso dessa pesquisa, após a vivência no Centro de Saúde e a análise dos dados é possível identificar quais as barreiras que afastam os homens dos cuidados com a saúde, e, mais, se as ações desenvolvidas no campo social estudado, decorrentes da PNAISH, estão sendo suficientes para atrair os homens ao serviço de saúde e científicá-los da necessidade de se comportarem como sujeitos de direitos, capazes de exercer, de fato, o Direito à Saúde que lhes é assegurado pelo texto constitucional.

Para melhor esclarecimento do leitor, informa-se que este trabalho está estruturado em capítulos. No primeiro capítulo, o leitor encontra uma abordagem histórica do direito à saúde, hoje considerado como um direito humano e fundamental, positivado na Constituição Federal de 1988. Busca-se identificar no curso da evolução do Estado brasileiro a maneira como a saúde se apresentava e de que tipos de intervenções estatais ela carecia, até chegar à realidade atual de que políticas públicas são intervenções desenvolvidas pelo Estado no intuito de garantir a efetividade de direitos que por ele devem ser assegurados.

No segundo capítulo diversas abordagens de gênero são apresentadas, suas diferenças com o conceito de sexualidade e a importância em ter o recorte de gênero como orientador das políticas públicas de saúde.

Já no terceiro capítulo, são realizadas considerações acerca das políticas públicas desenvolvidas com a perspectiva de gênero, dando ênfase à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que foi de suma importância para a naturalização do cuidado desses sujeitos, que até então não eram abarcados por políticas dessa natureza.

O quarto capítulo é destinado à apresentação da metodologia utilizada e abriga toda a pesquisa realizada no Ambulatório de Saúde do Homem do Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, por meio da vivência do pesquisador nesse campo social e da análise de cartões de atendimento e prontuários dos pacientes ali atendidos.

CAPÍTULO 1

O SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS COMO PROBLEMÁTICA MUNDIAL E A SUA INFLUÊNCIA NA EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO: DO COLONIALISMO PORTUGUÊS AO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Este capítulo se propõe a apresentar o direito à saúde como direito humano e fundamental, associando-o ao histórico do desenvolvimento do Estado brasileiro, do sistema de saúde e das políticas públicas sobre esse tema no Brasil. Esta discussão se mostra necessária para elucidar o objeto desta pesquisa, qual seja, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH.

1.1 O SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS E DO DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL

O direito fundamental à saúde, Direito Humano hoje positivado na Constituição Federal de 1988, deve ser entendido como a conquista decorrente de um processo que começou há séculos. A Revolução Francesa é elencada como um marco inicial para o processo de construção desses direitos, pois surgiu para findar o regime absolutista que imperava na França no século XVIII e trazer os “ideais das Luzes, resumidos no lema: Liberdade, Igualdade, Fraternidade”. (ABRÃO, 1999, p.290).

No regime absolutista, a autoridade do soberano estava ancorada na doutrina do “direito divino” razão pela qual seus poderes eram irrestritos e qualquer barbárie realizada a fim de manter o poder era legítima. (HEYWOOD, 2010, p. 38).

Nessa época, o Estado confundia-se com a pessoa do Monarca, de modo que o Rei Luis XIV, cognominado Rei Sol, é lembrado como o paradigma dos monarcas absolutos em razão da frase que costumava proferir: “L’Etat c’est moi”, ou seja, o Estado sou eu. (MALUF, 2010, p. 137).

Uma série de monarcolatros surgiram para justificar as monarquias absolutas. Nesse sentido, exsurge o pensamento de Nicolau Maquiavel que defendia o Estado como um fim em si mesmo, afirmando que os soberanos poderiam utilizar-se de todos os meios necessários para garantir a conquista e a continuidade do seu poder, fosse eles lícitos ou não. (MAQUIAVEL, 1976, p. 39, 83).

Os exageros e arbítrios do Estado absoluto, a insuficiência das garantias individuais e a negação dos Direitos políticos dos súditos suscitaram na burguesia e no restante da população condições de luta pela liberdade. (MIRANDA, 2000, p. 19).

Ideais antiabsolutistas foram evocados e defendidos por pensadores como John Locke que entendia não ser possível nenhuma fonte arbitrária para o exercício do poder de um homem sobre o outro, pois, na visão dele, todos os homens eram iguais e livres. (LOCKE, 1998, p. 135 e 141).

Diante da não aceitação do absolutismo, do poder sem limites, a rebelião se apresenta legítima, pois é considerada como uma real possibilidade de instauração de uma nova realidade, distante da imposição de poder desenfreada dos monarcas. (ABRÃO, 1999, p. 245).

As influências liberais de Montesquieu foram decisivas em sua época contra o absolutismo. Os ideais de garantia de Direitos e de separação de poderes, entre outros, levaram à Revolução Francesa e à concepção jusnaturalista ali projetada. (FIGUEIREDO, 2009, p. 15).

Montesquieu entendia a liberdade política como a situação em que ninguém poderia ser constrangido a fazer as coisas que a lei não obrigasse, ou a

não fazer as que a lei permitisse. Defendia ele que todo homem que tem poder era levado a abusar dele até que encontrasse limites e, por isso, a não separação de poderes implicaria na ausência de democracia. (MONTESQUIEU, 1996, p. 24).

Neste sentido, foram os textos constitucionais que pregavam que a não separação de poderes implicaria na ausência de democracia. Esta separação é vista em alguns momentos históricos com a Declaração de Direitos da Virgínia de 1776, porém o maior enfoque se dá através da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovada na França em 1789, no seu artigo 16.

A proposta da separação dos poderes, além de buscar a proteção da liberdade individual, tinha por base também aumentar a eficiência do Estado, pois cada órgão do Governo tornar-se-ia especializado em determinada função. Com isso, estas duas bases da teoria de Montesquieu, acabavam por diminuir visivelmente o absolutismo dos governos.

O momento histórico que retrata a fundamentação para a separação dos poderes é a passagem do Estado Absolutista para o Estado Liberal, o que vem influenciar vários textos constitucionais.

Segundo a concepção jusnaturalista, todos os homens são por natureza livres e têm certos Direitos inatos, que não podem de nenhuma forma ser privados ou esbulhados quando estiverem no estado de sociedade. (MIRANDA, 2000, p. 21).

Tal concepção de Direitos naturais restou exposta na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, anunciada ao público em 26 de agosto de 1789, na França, a saber:

Art. 4º. A liberdade consiste em poder fazer tudo que não prejudique outro: assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem tem como única baliza a que assegura aos outros membros da sociedade o gozo dos mesmos direitos. Essas balizas só podem ser determinadas pela Lei.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão está intimamente relacionada com a Revolução Francesa. Os revolucionários atribuíam enorme importância ao tema dos Direitos e havia urgência em divulgar a declaração para legitimar o governo que se iniciava e “fundamentar o exercício do poder, não mais na suposta ligação dos monarcas com Deus, mas em princípios que justificassem e guiassem legisladores e governantes”. (COMPARATO, 2003, p.13).

Importante salientar o fato de que os Direitos sociais não foram citados explicitamente no texto da Declaração, pois ela se concentrou mais nos Direitos civis, que garantem a liberdade individual - os Direitos do homem - e nos Direitos políticos, relativos à igualdade de participação política, de acordo com a defesa dos revolucionários do sufrágio universal, o que corresponde aos Direitos do cidadão. Em verdade, a concepção liberal de Direitos Fundamentais estava em concordância com a nova estrutura de Estado que se assentou, a do Estado Liberal. (COMPARATO, 2003, p.15).

A Declaração de 1789 é, até os dias de hoje, importante por ter sido a Primeira Declaração de Direitos e por ter servido de fonte de inspiração para outras que vieram posteriormente. A Carta das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, são exemplos disso.

A defesa dos Direitos Humanos era assunto colocado em segundo plano pela comunidade internacional por ir de encontro aos interesses econômicos da maioria dos países em ascensão, que visavam tão somente o lucro. Tal assunto tornou-se preocupação mundial em virtude de uma série de conflitos mundiais que eclodiram no século XX, trazendo consigo condutas atroztes contra os seres humanos. (SANTOS, 2010, p.35).

A Carta das Nações Unidas foi um dos primeiros documentos que iniciou a tentativa internacional de erigir os Direitos Fundamentais a categoria indisponível e inegociável de bem jurídico internacional. Apesar de não definir expressamente os Direitos Fundamentais em espécie, seu valor é inestimável, pois expressa firmemente o intuito da ONU em agir na proteção de Direitos Fundamentais do homem. (SANTOS, 2010, p.39).

O Preâmbulo do texto da Carta elucida o caráter internacional do âmbito de proteção daquelas garantias, já tidas como indispensáveis ao desenvolvimento do ser humano, dizendo:

Nós, os Povos das Nações Unidas, resolvidos a preservar as gerações futuras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço de nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar nossa fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade dos direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas. (ONU, 1948, s/p).

Com a participação das maiores potências mundiais à época e no intuito de se fixarem quais seriam os Direitos e garantias internacionais, foi elaborada e assinada a Declaração Universal dos Direitos Humanos em Paris, no dia 10 de dezembro de 1948.

Assim, a Declaração foi o primeiro documento a fixar internacionalmente uma relação de Direitos pertencentes tanto a homens quanto a mulheres, independente de classe social, raça ou faixa etária. Trata-se de um marco para a Humanidade, visto que governos de todo o mundo, ao menos formalmente, se comprometeram a defender os Direitos ali elencados. (SANTANA, s/d, s/p).

A repercussão deste Acordo Internacional foi a melhor possível, embora ainda houvesse países que questionassem a sua validade ou o seu conteúdo. O importante mesmo na elaboração deste documento, foi o primeiro passo dado pelos países no sentido de se reconhecer a existência de Direitos Humanos de caráter universal, cuja proteção se faz necessária qualquer que seja o território em que esteja localizado o indivíduo ou grupo de indivíduos objeto de proteção. (SANTOS, 2010, p.42).

Os Direitos Humanos a serem enquadrados no ordenamento jurídico internacional foram divididos pelos estudiosos em categorias. A apreciação de tais categorias ocorreu com base na evolução histórica, falando-se em Direitos Humanos de Primeira, Segunda e Terceira Gerações.

Tal nomenclatura não é unânime, ventila-se a crítica que da denominação “Geração” depreende-se a ideia de substituição, o que nesse caso não ocorre. Por isso, é preferível o uso da expressão “Dimensão”, que denota evolução e amolda-se melhor à temática. (GRIMM, 2006, p.139).

A Primeira Dimensão de Direitos Humanos é reproduzida por Sarlet (2010, p.57) como Direitos de liberdade – são os Direitos Cíveis e Políticos - acertadamente considerados negativos, pois tendem a evitar a intervenção do Estado na liberdade individual.

Nota-se, portanto, que os Direitos são representativos do momento em que foram criados, podendo ser transformados, construídos e reconstruídos a todo tempo. A Primeira Dimensão mostra extensa vinculação ao ideal de Liberdade para atuação política evocado durante a Revolução Francesa e aos Direitos assegurados na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. (GUIMARÃES, 2010, p.95).

Já os Direitos de Segunda Dimensão exigem um comportamento ativo do Estado, de forma a propiciar à sociedade um direito de participar do bem-estar social. Essa Dimensão é constituída pelos Direitos sociais, econômicos e culturais com a finalidade de obrigar o Estado a satisfazer as necessidades da coletividade. (TRENTIN, 2003, p. 39).

É possível verificar a influência do contexto social no reconhecimento de Direitos dessa espécie. A industrialização e os graves problemas sociais e econômicos que a acompanharam eram latentes, constatou-se que os esforços anteriormente envidados, no sentido de formalizar Direitos de liberdade e de igualdade, não geravam a garantia de seu efetivo gozo.

Dessa forma, movimentos reivindicatórios, com fortes influências da doutrina marxista, buscaram o reconhecimento progressivo de Direitos atribuindo ao Estado comportamento ativo no favorecimento das liberdades que anteriormente eram apenas formais e na realização da justiça social. (SARLET, 2010, p.50).

Os Direitos de Segunda Dimensão devem ser compreendidos como as liberdades sociais, pois o Estado tem a obrigação de proporcionar o bem estar da sociedade. Sarlet ressalta que:

(...) a expressão 'social' encontra justificativa, entre outros aspectos (...), na circunstancia de que os direitos de segunda Dimensão podem ser considerados uma densificação do princípio da justiça social, além de corresponderem a reivindicações das classes menos favorecidas, de modo especial da classe operária, a título de compensação, em virtude da extrema desigualdade que caracteriza as relações com a classe empregadora, notadamente detentora de um menor grau de poder econômico. (SARLET, 2010, p. 52).

Nesse contexto dos Direitos sociais, exsurge o Direito à saúde como obrigação do Estado e direito de todos os cidadãos. Trata-se de um Direito assegurado com vistas a promover a igualdade entre as pessoas. No entanto, a questão da efetivação desse direito, da forma como seria de fato consumado ainda não era tema de debate.

Relevante diferenciação entre as duas Primeiras Dimensões de Direitos Humanos feita por Lafer, a saber:

Assim caminhou-se historicamente dos direitos humanos de primeira geração – os direitos civis e políticos de garantia, de cunho individualista voltados para tutelar a diferença entre Estado e Sociedade e impedir a dissolução do indivíduo num todo coletivo – para os direitos de segunda geração – os direitos econômicos, sociais e culturais concebidos como créditos dos indivíduos com relação à sociedade, a serem saldados pelo Estado em nome da comunidade nacional. (LAFER, 1997, p.57).

Os Direitos sociais, entre aqueles assegurados pela Segunda Dimensão de Direitos Humanos, se mostram de essencial importância para o objeto dessa pesquisa, que visa analisar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, como forma de concretização do Direito à saúde.

A Terceira Dimensão de Direitos Humanos fundamenta-se na solidariedade e na fraternidade, compondo os Direitos que pertencem a todos os indivíduos, constituindo um interesse difuso e comum, transcendendo a titularidade coletiva ou difusa, ou seja, tendente a proteger os grupos humanos.

Fato importante que ocorre na Terceira Dimensão é a internacionalização dos Direitos Fundamentais, recebendo uma proteção que ultrapassa as fronteiras dos Estados, como o direito ao desenvolvimento e a defesa do consumidor, sendo exigências propostas pela comunidade internacional, como anseios, desejos e finalidades na coexistência pacífica dos seres humanos. (TRENTIN, 2003, p. 42).

Autores como Bonavides (2003, p. 79), falam ainda em Quarta e Quinta Dimensões de Direitos Humanos. No caso da Quarta Dimensão, pode-se colocar que seriam os Direitos ligados à pesquisa genética, surgida da necessidade de se impor controle à manipulação do genótipo dos seres, em especial o do ser humano. No caso dos Direitos da Quinta dimensão, pode-se ligá-los aos Direitos que surgem com o avanço da cibernética (SANTOS, 2010, p.46).

O Direito à Saúde foi assegurado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e Proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a saber:

Artigo XXV 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social. (ONU, 1948, s/p).

Portanto, é possível concluir que o Direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU.

Os reflexos do reconhecimento internacional do direito à saúde como um Direito Humano foram muitos, pois foi a partir daí que se mostrou possível a criação de políticas públicas que visassem assegurar, de fato, a saúde à população. No Brasil, primeiramente as políticas públicas na área da saúde foram direcionadas

às mulheres e aos menores, tendo, posteriormente, surgido o homem como foco dessas ações, por meio da PNAISH, objeto dessa pesquisa.

1.2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: DA CHEGADAS DOS PORTUGUESES ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Não é possível dissociar a evolução histórica das políticas de saúde da evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. Desse modo, neste tópico, foi examinado como o Estado brasileiro, em seus diferentes contextos políticos, enfrenta o direito à saúde, quais as ações adotadas com o fim de satisfazer esse direito e, por fim, como se deu a organização e o desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro até a positivação desse direito na Constituição Federal de 1988.

1.2.1 A SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL: A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS

O período do Brasil como colônia de Portugal trouxe importantes transformações sociais, e foi também uma época relevante em termos históricos, pois foi o palco de acontecimentos que influenciaram as raízes e as características culturais do povo brasileiro. Em relação às ações de saúde, no entanto, há pouca expressividade nesse período. (MORAIS, 2004, s/p).

A partir de 1530, quando o Brasil começou a ser povoado por portugueses sedentos pela exploração de matérias primas e a primeira impressão -

de que estavam diante de um paraíso sadio de terras ricas a serem exploradas - logo deu espaço a um cenário de intensos conflitos com indígenas e graves enfermidades. O modelo exploratório adotado pelos portugueses visava, apenas, o lucro e era destituído de qualquer preocupação com as questões sanitárias. (MORAIS, 2004, s/p).

Os índios que habitavam o Brasil viviam, basicamente, da agricultura e da pesca e eram considerados fortes e ágeis. As mazelas de saúde eram tratadas pelos curandeiros e pajés com ervas e métodos nada convencionais, como a sangria dos enfermos. Não conheciam outros humanos que não fossem os seus iguais, mas, rapidamente, tiveram que conviver com o “homem branco” e toda a diversidade que o acompanhava, como novos hábitos e novas doenças. (DIOGO, 2012, s/p).

O que de fato se mostra relevante desse contexto histórico para o tema são os problemas advindos da miscigenação do povo indígena, que já habitava o continente, com os portugueses que chegavam e a diferença entre os métodos curativos que cada um tinha para o trato de suas moléstias. (FILHO, 2003, p.17).

As condições de salubridade no interior das caravelas, que faziam o trajeto de Portugal ao Brasil trazendo os portugueses, eram péssimas. Assim, quando os tripulantes desembarcavam em solo brasileiro traziam moléstias como gripe, varíola, sarampo e tuberculose nunca antes vistas por aqui. (BRASIL, 2007, s/p).

Junto com as doenças vinha o modo de tratá-las, que também era diferente. A Europa, àquela época, tratava suas moléstias com médicos e a doença era vista de forma dissociada de fatores sociais. Os índios tampouco enxergavam qualquer conexão entre as doenças que os acometiam e as questões sociais e sanitárias. (DIOGO, 2012, s/p).

O Brasil como Colônia de Portugal se submetia a um controle político e cultural, no entanto, a população indígena mostrava-se muito resistente em aceitar as técnicas curativas apresentadas pelos poucos médicos vindos da Europa. Assim, preferiam seguir os ditames dos curandeiros locais que até então eram os responsáveis pela saúde da população, e muitas vezes se deixavam morrer por qualquer enfermidade. (FILHO, 2003, p.18).

Consta dos registros históricos que, em 1789, o Rio de Janeiro contava com apenas quatro médicos, de modo que a saúde no Brasil Colônia permanecia limitada aos recursos da terra e ao curandeirismo, sendo os Pajés e os Boticários as formas mais comuns de assistência à saúde. (POLIGNANO, s/d, p.3).

Nesse sentido é o trecho destacado da obra de Santos Filho (1991, p. 331):

Um remédio popular para dor de dentes é preparado assim: um camaleão vivo é posto numa vasilha de barro com uma tampa hermeticamente fechada e reduzido a cinza. Uma porção desta cinza é esfregada entre um dedo e o polegar e aplicada sobre as gengivas e posta na cavidade cariada. (SANTOS FILHO, 1991, p. 331).

Era latente a dificuldade de estabilização dos colonizadores e colonizados no Brasil, haja vista a grande quantidade de pestes que dominavam as pessoas. Importante salientar que, nesse período, os portugueses movidos pelo fito de explorar as terras brasileiras para enriquecer passaram a trazer de suas colônias africanas homens negros para trabalharem como escravos no Brasil. (SANTOS FILHO, 1991, p.331).

Do mesmo modo, os escravos traziam doenças desconhecidas, que terminavam por ser disseminadas entre a população de índios e colonizadores aqui residentes, aumentando ainda mais o estado calamitoso da saúde de todos. As epidemias se tornaram constantes e milhares de pessoas morreram de varíola, gripe e outras pestes.

O Brasil, desde 1500, teve o *status* político de Colônia de Portugal, no entanto, até a vinda da Família Real Portuguesa para cá, em 1808, muito pouco ou quase nada de relevante na área da saúde havia sido feito, razão pela qual as considerações acerca desse período não se estenderam.

Nesse sentido é o comentário de Polignano:

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal) , em criá-lo. (POLIGNANO, s/d, p.3)

Apenas de forma incipiente, é com a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil que surge a preocupação em combater a propagação de doenças, principalmente as epidêmicas, atrelada a um projeto de institucionalização do setor de saúde no Brasil, haja vista a criação da Vigilância Sanitária destinada a impor um controle sanitário aos portos, navios e passageiros que chegavam ao Brasil, em razão da abertura dos portos às Nações amigas, promovida por D. João VI. (MORAES, s/d, p.8).

Nesse contexto surge também a preocupação em regular a prática médica profissional, que até o momento estava a cargo das Santas Casas de Misericórdia, localizadas em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda, dos hospitais militares que existiam e dos denominados “físicos, os cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e as parteiras”. (MORAES, s/d, p.8).

Como sede provisória do Império português e principal porto do País, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as Academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, no ano de 1808, posteriormente transformadas nas duas primeiras escolas de medicina no país. (RIBEIRO, s/d, s/p).

Nesse sentido, Baptista ensina que as primeiras ações de saúde pública, ou seja, as inaugurais políticas de saúde que surgiram no mundo e que

também passaram a ser implementadas no Brasil colônia voltaram-se especialmente para:

proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;

controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;

teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. (BAPTISTA, 2005, p. 26)

Importante salientar que até esse momento as ações relativas ao direito à saúde eram manejadas apenas de forma subsidiária, com vistas a atingir o objetivo primordial da Corte Portuguesa, qual seja, a busca de melhoria na exploração, que, por consequência, refletiria no aumento de seus lucros.

1.2.2 A SAÚDE NO PERÍODO DO BRASIL IMPÉRIO (1822-1889): O INÍCIO DA MUDANÇA DE PERSPECTIVA

Em 1815 ocorreu um relevante acontecimento político, mas de pouco impacto no sistema de saúde, o Brasil ganhou um novo *status* político, assumindo a posição de Reino Unido de Portugal e Algarves.

O período do Brasil como Reino Unido de Portugal e Algarves durou pouco, de 1815 a 1822, pois, em 7 de setembro desse ano, o Brasil se desmembrou, proclamando-se independente, de modo a iniciar o período do Império no Brasil, que se estenderia até o ano de 1889.

A administração portuguesa, no Brasil, não se caracterizou, pelo menos até a metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um combate às causas das doenças. Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, no entanto, é a partir daí que a noção contemporânea de saúde pública começa a ganhar maior nitidez de contorno, mas a atuação do Estado e dos médicos, nesse período, ainda tem como objetivo precípua evitar a morte. (MACHADO, 1978, s/p).

Nesse sentido Dallari ensina que:

A assistência pública, envolvendo tanto a assistência social propriamente dita (fornecimento de alimentação e abrigo aos necessitados) como a assistência médica, continuou a ser considerada matéria dependente da solidariedade da vizinhança, na qual o Estado deveria se envolver apenas se a ação das comunidades locais fosse insuficiente. Pode-se colocar nessa atuação subsidiária do Estado um primeiro germe do que viria a ser o serviço público de saúde. Apareceram, assim, durante a Restauração – de 1814 a 1830 – (tomando-se o exemplo francês) as primeiras leis que tratavam organicamente da higiene urbana, da noção de estabelecimento insalubre e do controle sanitário de fronteiras. (DALLARI, 2006, p. 46)

Dessa forma, durante o período histórico de 1500 até 1822, não foi possível verificar a existência de uma política pública de saúde fielmente instalada no Brasil, a despeito das ações desenvolvidas em prol de uma organização sanitária, com a criação de órgãos incumbidos do cuidado com a saúde pública, seja no tocante à busca pelo saneamento, por ações curativas desenvolvidas pelas Santas Casas de Misericórdia ou pela regulamentação da profissão médica, ante a criação das primeiras faculdades de medicina. (BAPTISTA, 2005, p.35).

Como dito, até então, a saúde era vista sob o enfoque da doença e as moléstias que assolavam a população eram desconhecidas dos médicos, que vinham de Portugal, e dos Pajés e Curandeiros que cuidavam da saúde dos índios até o descobrimento. As novidades biológicas, que se apresentavam sob a forma de novas doenças, até então desconhecidas, passaram a repercutir socialmente,

deixando milhares de pessoas mortas e levando o Brasil à situação de completa insalubridade, avassalado por epidemias como a da febre amarela.

Costa analisa o impacto da epidemia da febre amarela naquele período:

O impacto causado pela febre amarela na cidade do Rio de Janeiro nos leva a refletir sobre as mudanças que ocorreram no espaço urbano, social, e na própria medicina, não como uma resposta à falta de salubridade, à falta de médicos ou à falta de esgoto entre outras 'deficiências' que a historiografia em geral aponta que havia naquela cidade. (COSTA, 1998, p.3).

A cidade do Rio de Janeiro - capital do Império Brasileiro - era conhecida e considerada referencial na busca pelo progresso e civilidade. A influência da cultura francesa permitia o desenvolvimento de novos costumes e, a partir de tais transformações, ocorreram mudanças significativas no espaço urbano, no cenário político e ideológico e nas relações sociais. Entretanto, as condições de salubridade ainda eram precárias, problemas estruturais e maus costumes enraizados na população ainda careciam de transformação. Moléstias graves de toda a espécie se proliferavam e eram agravadas pelo crescimento populacional de imigrantes. (COSTA, 1998, p.3).

É nesse contexto que exsurge a concepção da doença como um ator social e mediador, de modo que ela passa a ser compreendido como um problema urbano, que exigia ações para o seu combate.

Nesse sentido são as palavras de Rosemberg ao mencionar que “quando se cristaliza como uma entidade específica experimentada por indivíduos, a doença torna-se um fator estruturante em situações sociais, como um ator social e um mediador”. (ROSEMBERG, 1992, p.312).

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da

reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. O Estado passa a crer que pode intervir e decidir a vida dos indivíduos e da coletividade, a medicina passa a ser o seu braço de intervenção na saúde. Nasce, nesse momento, um tipo específico de medicina que pode ser chamada de medicina social. (MACHADO, 1978, p.3).

A medicina social tinha como justificativa para a sua insistência de medicalização da sociedade, a criação de um sociedade organizada. Ela se dizia a saída para os distúrbios políticos e financeiros pelos quais passava o Império brasileiro da época. (MACHADO, 1978, p.4).

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivo a inspeção da vacinação, o controle do exercício da Medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública. (MACHADO, 1978, p.5).

Até 1850 é possível afirmar que as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais, e ao controle de navios e saúde dos portos.

Verifica-se que o interesse primordial cingia-se ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século.

A Junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil, como se depreende das palavras de Costa:

A criação deste órgão pelo Império demonstra uma discussão que está implícita no pensamento do homem do século XIX. Ou seja, à compreensão de que era imputado ao Estado a responsabilidade de zelar pela saúde e o bem estar social, combatendo os perigos à vida humana, e em contrapartida era dever da sociedade zelar pela mesma. (COSTA, s/d, p.5).

Rosen entende a doença como a base das necessidades sociais e dos instrumentos para sua satisfação. Assim, acreditava que o padrão de adoecimento sempre estaria relacionado com o nível de desenvolvimento social e técnico da população em questão, não podendo, desse modo, ser tratado como algo casual. As doenças, a seu ver, eram resultantes das condições sociais, tornando-se, assim, fenômenos sociais que apenas seriam completamente entendidos em um contexto biossocial. (ROSEN, 1994, p.15).

Assim, o período do Brasil Império (1822-1889) é marcado por ações públicas desenvolvidas em pequenos focos, sendo possível afirmar que os interesses do Estado pela saúde e pela regulamentação da prática médica profissional eram os mesmos que se arrastavam desde o período colonial, pois permaneciam estritamente relacionados ao seu próprio interesse político e econômico de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, uma vez que ainda se mostravam dissociados das ideias de bem-estar da sociedade. (BAPTISTA, 2005, p.14).

Nesse sentido, Bertolli Filho afirma que, até então, a assistência ao cidadão aparecia apenas como consequência dessa política em situações de crises epidemiológicas, de modo que a ausência de organização institucional em saúde do Estado era o que sobressaia, visto que praticamente não assumia responsabilidades sanitárias e preocupava-se apenas com a saúde da cidade e dos produtos, com vistas a manter um estado geral de salubridade. (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 27).

Ações de saúde desenvolvidas desde o início do século XVIII em países europeus - que visavam, precipuamente, “o controle da mão-de-obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização da prática profissional” ainda não eram realidade no Brasil. (FOUCAULT, 1979, p.194).

No entanto, Foucault ressalta que as mudanças políticas que se amotinaram na Europa do século XVIII refletiram nas ações do Brasil no século XIX. As ações de saúde, até então focadas nos pobres doentes, mudaram de direção em razão do crescimento demográfico acentuado dessa época, somado à percepção da importância da força de trabalho. A partir de tais fatos, o Estado passou a olhar para o aglomerado de pessoas como população, ou melhor, como um corpo social, carente de um esforço coletivo, ou do que Foucault chama de “política- médica, com suas obrigações e seus serviços”. (FOUCAULT, 1979, p. 197-8).

É fato que nesse século o tema saúde foi elevado a um lugar de extrema importância na sociedade, que nunca antes ocupara, tendo sido a necessidade de preservação, manutenção e conservação da força de trabalho o suporte para tal transformação. (FOUCAULT, 1979, p. 196).

Salienta ainda Foucault, a relevância do crescimento demográfico para essa transformação e a amplitude de implicações que esse crescimento trouxe nas ações de saúde e os efeitos econômico-político da acumulação dos homens, a ver:

O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a população – com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde – não somente como problema teórico mas como objeto de vigilância, análise intervenções, operações transformadoras, etc. Esboça-se o projeto de uma tecnologia da população: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide das idades, das diferentes esperanças de vida,, das taxas de morbidade, estudo do papel que desempenham um em relação ao outro o crescimento das riquezas e da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional. (FOUCAULT, 1979, p 198).

Nesse contexto, é possível depreender o que seria, anos mais tarde, relevante para os estudos de gênero, uma vez que o papel que os indivíduos desempenham entre si e na sociedade passa a ser notado e analisado. No entanto, destaca-se que nesse período o estudo do papel que os indivíduos desempenham um em relação ao outro se mostrava relevante para uma gestão econômica, de modo a assegurar um aumento constante de sua utilidade. (BRASIL, 2007, p.19).

No entanto, ao final, a conclusão que se chega é de que a fase Imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados

1.2.3 A SAÚDE DURANTE A REPÚBLICA VELHA (1889 – 1930)

O período que sucede o Brasil Império na história ficou conhecido como República Velha ou Primeira República Brasileira e se estendeu de 1889 - proclamação da República - até o início do período getulista em 1930.

Proclamada a República em 1889, tem início um novo ciclo na política de Estado com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. O mote de modernizar o Brasil era latente, emergia a necessidade de atualizar a economia e a sociedade, que eram escravistas até pouco antes, com o mundo capitalista mais avançado.

Nesse contexto, afirmou-se de forma ainda mais enfática o olhar sobre os trabalhadores como capital humano. Sobre tal fato, Bertolli Filho tece as seguintes considerações:

Essa idéia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do País, considerado no exterior como 'região bárbara'. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do País. (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 67).

O que já era realidade na Europa passa a ser aplicado paulatinamente no Brasil, o olhar sobre a saúde é modificado e duas faces desse processo emergem, quais sejam: o surgimento progressivo da grande medicina, com a organização de uma política da saúde e da consideração das doenças como problema político econômico; e a tentativa de organização de um saber global e quantificável dos fenômenos de morbidade, com criação de órgãos de consulta e informação. (FOUCAULT, 1979, p. 199).

Aflora ainda nesse período duas grandes características do que Foucault chama de noso-política e que poderá ser verificado nas políticas públicas de saúde criadas no Brasil após a constitucionalização do Direito à saúde, quais sejam: o “privilégio da infância e a medicalização da família” e o “privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instancia de controle social”. (FOUCAULT, 1979, p. 201).

Baptista salienta que:

As políticas de saúde ganham mais espaço nesse contexto, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório. (BAPTISTA, 2005, p.32).

Deveras, é preciso reconhecer que a preocupação dominante que se tinha em relação à saúde, limitava-se a uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e de erradicação ou controle de doenças que prejudicassem o modelo econômico agro-exportador.

No início do século XX, o sistema de saúde pública brasileiro, se resumia, portanto, ao que se convencionou chamar de sanitarismo campanhista. Nesse sentido, ensinam Matta e Morosini:

O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e

domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. (MATTA E MOROSINI, s/d, s/p).

Luz salienta, no entanto, que esse modelo era marcado por um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social, razão pela qual se tornou alvo de severas discordâncias populares, como a Revolta da Vacina ocorrida em 1904. (LUZ, 1991, p. 81).

A escolha das doenças a serem prioritariamente atacadas não obedecia, necessariamente, aos padrões de mortalidade da população, mas a critérios de ordem econômica, condicionados pela necessidade de controlar o quadro sanitário nos centros exportadores. (CAMPOS, 1991, p.121).

Ainda nesse período, a industrialização tomou papel de destaque e surgiu um modelo médico assistencial privado. Esse modelo era pensado de maneira a tratar a doença do trabalhador para que ele pudesse voltar à produção industrial o mais rápido possível e servir de mão de obra eficaz e, assim, evitar possíveis quedas na produção industrial. (MENDES, 1999, p. 22).

Um ativo movimento de Reforma Sanitária, que alcançou expressivos resultados emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liderança de médicos como Osvaldo Cruz e Emílio Ribas. Eles foram os personagens principais dessa política sanitária e defendiam a teoria bacteriológica como instrumento científico mais eficaz para a solução dos problemas de saúde. (CARVALHO, s/d, s/p).

Merhy discorre sobre as ideias de Osvaldo Cruz e Emílio Ribas:

Nesta linha, eles apontaram uma perspectiva tecnológica que via a saúde e a doença como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. Seus objetivos eram a descoberta e isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios, possíveis de serem atingidos por tecnologias que fossem efetivas no controle dos 'fatores/riscos' a que as pessoas estivessem sujeitas ou no aumento da resistência destas à exposição. Para instrumentalizar as ações de saúde,

então, tinham como paradigmas científicos principais a bacteriologia e a engenharia sanitária e, secundariamente, a medicina clínica, entendida como muito limitada e pouco eficaz, pois só interferia no nível curativo do indivíduo doente. (MERHY, 1997, p.202-3).

É fato que o movimento sanitarista trouxe a situação de saúde como uma questão social e política. Um dos efeitos políticos do movimento, nesse período, foi a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo em que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública. (GALVÃO, s/d, p.29).

Mas o fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social. (BAPTISTA, 2005, p.35).

Importante ressaltar que durante a Primeira República ocorreu uma relevante quebra de paradigma, pois, as principais estratégias estatais de intervenção que eram até então direcionadas ao corpo doente, começaram a dar espaço a ações que visavam a organização e a higienização dos espaços humanos, tendentes a priorizar a prevenção. (PATTO, 1999, s/p).

Matta e Morosini tratam do tema e asseveram que o, até então predominante, modelo biomédico, em que as Dimensões sociais, como a política, a economia e a cultura eram excluídas do processo saúde-doença, é substituído por um modelo preventista, que prezava pela organização e higienização dos espaços humanos, de modo que o paradigma microbiológico da doença foi expandido para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário. (MATTA e MOROSINI, s/d, s/p).

A despeito do descontentamento popular pelo caráter austero das medidas governamentais, o período da República Velha deixou legados de atuação estatal no intento de organizar a assistência à saúde pela previdência social.

Em 1897 foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em seguida, em 1907, foram feitas as Reformas das competências da DGSP. Entre as conquistas, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, que visava à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, atribuições que posteriormente seriam do Ministério da Saúde. (FIGUEIREDO NETO, s/d, s/p).

Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central. (FIGUEIREDO NETO, s/d, s/p).

No ano de 1923, como resultado do crescente impacto da doença, que passou a ser definida como a questão social no País, ocorreu a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, por meio da Lei Eloy Chaves. (RIBEIRO, s/d, s/p).

As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) asseguravam uma espécie de seguro social de forma restrita aos segurados de organizações trabalhistas ligadas à produção exportadora. (FIGUEIREDO NETO, s/d, s/p).

É o que se depreende de documento formulado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre o Sistema único de Saúde:

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados.

A Lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta à condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Funrural. Assim foi aprovada contemplando somente o operariado urbano. (BRASIL, 2007, p. 39).

Cumprе salientar que o Direito a saúde se confundia com a previdência social, assegurando direitos apenas a alguns tipos de trabalhadores, no entanto, de

toda sorte, o que se apresenta como relevante é o papel coadjuvante do Estado na prestação desse Direito.

1.2.4 A SAÚDE DURANTE A ÉPOCA DA ERA VARGAS (1930 – 1945)

Passado o período da República Velha, a Era Vargas se inicia com uma nova configuração social, acompanhada de uma nova visão de Estado.

De 1930 a 1934, período em que se aguardava uma nova Constituição para o país, Getúlio Vargas governou por decreto como Chefe do Governo Provisório, cargo instituído pela Revolução.

A crise da bolsa de valores de Nova York ocorrida em 1929 teve reflexos na economia mundial. O Brasil até a década de 1930 tinha a sua economia fundada na agricultura e exportação cafeeira, fato esse que somado à necessidade de industrialização e modernização do Estado deu início a um processo de inovação. Nesse contexto surgiram novos atores sociais, como o trabalhador urbano, o operário, e, dessa forma, novas demandas sociais se colocavam como desafio ao Estado, dentre elas, a questão da seguridade social.

Assim, como aponta Ribeiro:

O fato é que, como se pode observar, os modelos assistenciais se tornaram cada vez mais complexos, concomitantemente à modernização do Estado do ponto de vista da natureza administrativa e burocrática. Com mão de ferro e de forma populista, Getúlio Vargas inaugurou uma nova era de modernização da produção nacional e da racionalização do funcionamento do Estado, aproximando-se cada vez mais das classes trabalhadoras urbanas com seus discursos a favor dos direitos desta categoria. Em seu governo, muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, ao passo que também se aprimoraram as ações de Estado acerca da saúde pública. (RIBEIRO, s/d, s/p).

Em 1930 a saúde pública foi institucionalizada com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. A Previdência social foi também institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, ao passo que foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) com o intuito de estender a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos.

O modelo adotado pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão mantinha a exigência de contribuição trabalhista para a garantia do benefício, que era discriminado de acordo com a categoria profissional, o que, por si só, segregava parte da população do acesso a tais benefícios.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões, o dos Marítimos, que assegurava aos seus membros os seguintes benefícios:

- a) aposentadoria;
- b) pensão em caso de morte: para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55;
- c) assistência médica e hospitalar, com internação até 30 dias; e d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração. (BRASIL, 2007, p.21).

Relevante marco legislativo ocorreu em 1934, quando foi promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte uma nova Constituição, para organizar um regime democrático, que assegurasse à Nação, a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico. Nesse contexto, Vargas foi eleito Presidente.

Os ideais democráticos pregados pela Constituição de 1934 duraram pouco, uma vez que em 1937 ocorre um golpe militar. Vargas impôs uma nova constituição, diluiu o congresso, assumindo poderes ditatoriais com o objetivo de perpetuar seu governo. Estava instaurada a ditadura, o chamado Estado Novo getulista, onde prevaleciam ações de caráter centralizador e autoritário, haja vista a supressão da liberdade partidária, da independência entre os poderes e do próprio federalismo existente no país. (BRASIL, 2007, p.17).

Detentor de poderes quase ilimitados, Vargas fez esse período ser reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil, de modo que foi estabelecido um arcabouço jurídico e material que subsidiaria o sistema de proteção social até um período recente de nossa história. (BRASIL, 2007, p,19).

Há de se observar que até o fim da Era Vargas e final dos anos 1950 a assistência médica previdenciária não era o foco das reivindicações dos segurados, pois essa era considerada como secundária no sistema previdenciário brasileiro, perdendo para as intenções destinadas à aposentadoria.

1.2.5 A SAÚDE NO BRASIL DURANTE PERÍODO DE INSTABILIDADE DEMOCRÁTICA (1945-1964) E NA DITADURA MILITAR (1964-1985)

No contexto internacional, com a queda dos Estados totalitários, depois da Segunda Guerra Mundial, novas constituições foram elaboradas, estabelecendo limites ao poder legislativo, não só de fato, mas também de direito, promovendo amplas declarações de direitos individuais e sociais e introduzindo o instituto do controle de legitimidade das leis. Além disso, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pelas Nações Unidas, deu-se o primeiro passo para a tutela jurisdicional internacional dos direitos do cidadão contra o Estado. (BOBBIO, 1997, p.71).

No Brasil, o fim da Era Vargas se deu com um novo golpe militar no ano de 1945, em que o então presidente foi deposto. O Estado autoritário cedeu espaço a governos liberais e populistas que precisavam lidar com novos problemas de saúde, como acidentes de trabalho e doenças degenerativas - que surgiam em decorrência da crescente urbanização, da penetração cada vez maior de capital estrangeiro e da instalação de indústrias automobilísticas.

Sobre tal período exalta-se o que segue:

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o País inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964. (BRASIL, 2007, p.23).

Por meio do voto popular, Getúlio Vargas retornou ao poder em 1951. Dessa vez, sob a égide de um regime democrático, Getúlio viu seus poderes em muito enfraquecidos, o que não permitiu que os louros obtidos outrora fossem repetidos.

No entanto, um importante marco institucional desse período há de ser ressaltado, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que anteriormente funcionava atrelado ao Ministério da Educação. A separação das pastas infelizmente não significou uma nova postura do governo, tampouco uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

O novo Ministério encarregou-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, quais sejam: a busca pela extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil. (BRASIL, s/d, s/p).

Em que pese a criação do Ministério da Saúde e a implementação de campanhas nacionais de erradicação de doenças, a população clamava por mudanças, pois permanecia descontente com as condições de salubridade, ao passo que surgiam movimentos sociais com suportes políticos extremamente fortes. (POLIGNANO, s/d, p, 13).

Até 1964 o Brasil foi marcado por um período de instabilidade, em que vários presidentes chegavam ao poder, mas pouco podia ser feito para cessar os descontentamentos da população.

Em 1964 João Goulart era o Presidente do Brasil e foi deposto por um golpe militar. Era o fim da democracia e a retomada da ditadura militar que se instalava no país e se estenderia até 1984. (EYGO, 2013, s/p).

No período militar, o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil, caracterizou-se, primordialmente, pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. (BRASIL, 2007).

Os IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão , em 1966, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde se concentraram todas as contribuições previdenciárias. Tal órgão foi também incumbido de gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora permanecessem excluídos dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais. (EYGO, 2013, s/p).

Nesse contexto, a saúde não era considerada um direito, mas tão-somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros. Coerentes com essa visão, durante décadas, as políticas públicas de saúde tiveram como objetivo propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital. Ao mesmo tempo, o setor Saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde. (MATTA e MOROSINI, s/d, s/p).

Um novo movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde. Por isso, desde o início, esse Movimento pautou sua ação pelo questionamento desse quadro de iniquidades. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, quando foi abortado pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e princípio dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Ele é formado por técnicos e intelectuais, partidos políticos, diferentes correntes e tendências e movimentos sociais diversos.

1.2.6 O DIREITO À SAÚDE: DO PERÍODO DE TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA (1985-1988) AO CONTEXTO ATUAL DE DEMOCRACIA

A luta pela Reforma Sanitária teve como um de seus pontos altos a realização, em 1986, da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, evento que, pela primeira vez na história do país, permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a saúde.

Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária no Brasil e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia de demais direitos humanos e de cidadania. (BRASIL, 2010, p. 9).

A conferência foi norteadada pelo princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988. Essa vitória foi fruto de intensa mobilização popular, que resultou na Emenda Popular da Saúde, subscrita por mais de 500 mil cidadãos brasileiros. (BRASIL, 2007, p.8).

No texto constitucional, a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a previdência e a assistência social. Instituiu-se, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abrangendo a vigilância e promoção da saúde, e recuperação de agravos.

Os princípios do SUS, definidos na Constituição Federal, são detalhados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Para melhor compreensão, esses princípios podem ser divididos em ético-políticos e organizativos. Hoje, compreende-se por princípios ético-políticos do SUS:

A universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

A integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;

A equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e a participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a coresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde. (BRASIL, 1990, p.3).

O conceito de saúde sustentado pela Reforma Sanitária se amolda ao conceito de qualidade de vida, entendida como a conquista histórica da capacidade de fruir e criar uma vida que atenda, dentro dos padrões da dignidade humana, as demandas de moradia, trabalho, transporte, lazer e propicie o acesso às ações integrais de saúde e a uma educação de qualidade.

Assim, a consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população. (BRASIL, 2007, p.10).

A fim de acompanhar essa mudança, foram criados o Pacto pela Vida, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a Estratégia de Saúde da Família - políticas públicas estatais com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de Atenção Básica por meio do fortalecimento de vínculos entre as equipes e a população, humanizando os cuidados e identificando os problemas de saúde. (BRASIL, 2010, p.13).

A concepção de saúde sofreu transformações no decorrer do tempo. A antropologia é uma ciência que deu grande contribuição para evidenciar o sentido amplo e significativo dos fenômenos que recobrem o campo da saúde. Pensar saúde como um processo biologicamente determinado ficou ultrapassado, dando espaço a uma visão antropológica, como ensina Minayo:

A visão antropológica sugere a compreensão de categorias como saúde e doença dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe, de gênero, de idade, de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica. (MINAYO, 2006, p. 209).

Ainda nesse sentido a ideia de Menéndez:

(...) confirmando a compreensão saúde/doença como fenômenos que não podem ser explicados apenas como processos biológicos, pois estão relacionados aos jogos de relações sociais e ideológicas que, junto com as causas biológicas, as constituem na forma em que se apresentam. (apud MINAYO, 2006, p.219).

Estudos na área da antropologia evidenciaram pontos relevantes no tocante ao tema saúde, a saber a ideia de Minayo:

(a) a importância e a legitimidade da racionalidade cultural e social dos grupos e das populações estudadas; (b) a relevância das estratégias populares que implicam a construção de um saber coletivo sobre a saúde e sobre a doença; (c) a conveniência de tratar os arranjos familiares e comunitários como primeiros níveis de atenção; (d) a importância da apropriação, pelas classes populares e elo conjunto das classes, do saber e da prática médica; (e) a incidência na saúde e na doença dos mecanismos de reciprocidade e de desigualdade social; (f) a necessidade de controle social sobre práticas médicas e instituições de saúde. (MINAYO, 2006, p.219).

Gonçalves ensina que o processo saúde-doença está inserido no tecido social como uma dinâmica própria e que não pode ser visto somente como uma alteração fisiológica e/ou psicológica. (GONÇALVES, 2005, p.44).

A partir de tais concepções houve uma mudança de paradigma na forma de abordagem da saúde, que deixa de ser apenas curativa e reparadora e passa a adotar um viés de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de políticas públicas tendentes a estimular práticas e hábitos de uma vida mais saudável. (DOMINGUEZ, 2011, p. 72).

Ensina Dominguez que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças têm o condão de controlar o aparecimento e desenvolvimento de doenças que surgem de riscos sociais, como dificuldades ou impossibilidade de acesso a habitação, saneamento básico, educação e serviços de saúde de qualidade. (DOMINGUEZ, 2011, p.73).

Importante ainda salientar que na promoção da saúde existe por parte dos pesquisadores e estudiosos preocupações que transcendem as intervenções médicas curativas de alta complexidade, prevalecendo uma visão mais holística da saúde do corpo, mente e meio ambiente interagindo entre si, de modo a se fazer necessária uma precisa avaliação das condições socioeconômicas, culturais, emocionais, família, entre outras, para um diagnóstico das prováveis causas dos eventuais aparecimentos das doenças incidentes, rompendo a visão unicausal das doenças defendida até então. (DOMINGUEZ, 2011, p. 75).

A partir dessa nova concepção, mais holística, sobre o direito à saúde, o tema passou a ser relacionado a vários outros que terminavam por ter ligação e trazer contribuição para o novo modo de pensar o direito à saúde.

Nesse contexto, é possível mencionar a questão das desigualdades sociais em saúde mencionadas por Barata:

As desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da sociedade. Teoricamente, em sociedades nas quais os valores de cooperação e solidariedade fossem dominantes, tais diferenças

poderiam ter valor positivo e produtor de saúde, ao passo que, nas sociedades onde predominam a exploração e a dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doença. (BARATA, 2006, p. 462).

A questão do meio ambiente também foi relacionada ao direito à saúde, como relata Minayo:

(...) a partir da segunda guerra mundial que o pensamento social portador de uma visão mais complexa da articulação entre a questão ambiental e a saúde voltou a ter força motriz, a ponto de fazer parte de agendas políticas e planos de gestão governamental. Esse movimento ganhou Fo ênfase nos anos 60 e 70 do século quando ameaças de poluição química e radioativa e eventos desastrosos nesse sentido passaram a preocupar a humanidade. (MINAYO, 2006, p.67).

A questão da promoção da saúde passou a fazer parte da agenda governamental de atores internacionais. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – 1978 - e a Carta de Ottawa - 1986, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foram movimentos relevantes para formação do paradigma da promoção da saúde e da ampliação do conceito de saúde, ou seja, saúde como completo bem estar físico, social e mental.

Ademais, é preciso salientar que nos processos de atenção, prevenção e promoção é indispensável compreender a lógica interna dos plurais e diferentes grupos sociais para “desnaturalizar e “ressignificar” os estereótipos culturais. Pois, só assim será possível fazer com que o direito à saúde seja efetivado. (MINAYO, 2006, p. 225).

Essa nova maneira de enxergar os diferentes grupos sociais, desnaturalizando e ressignificando os estereótipos culturais se mostra de suma relevância para a consecução dos objetivos do SUS e abre espaço para que as questões de gênero se tornem relevantes e norteadoras das ações estatais na área de saúde

Atualmente a promoção à saúde é compreendida pelo Ministério da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.” (DOMINGUEZ, 2011,p.73).

O atual conceito de saúde pública, portanto, começou a se delinear no mundo na época do Renascimento, correspondendo praticamente ao desenvolvimento do Estado Moderno, embora possam ser encontradas normas jurídicas dispendo sobre matéria sanitária desde os primórdios da história dos povos. (DALLARI, 2006).

Dallari assevera ainda que:

Nesse período, um fato importante para a compreensão do conceito de saúde pública foi a preocupação das cidades em prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais, aumentando o poder das cidades em matéria de higiene. Por outro lado, novas concepções de saúde favorecem a limpeza e os exercícios corporais que evitam o recurso aos medicamentos, enquanto outras tendem a mecanizar o corpo, trabalhando com um conjunto de fatores que constituem a saúde (eliminação de resíduos, apetite, facilidade de digestão). (DALLARI, 2006, p. 38).

Parece agora consenso de que saúde não pode estar dissociada de todas as outras questões sociais. A própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo sexto, elencou a saúde como um direito social ao lado de outros como alimentação, habitação, lazer. É possível depreender do texto constitucional que apenas diante da coexistência desses Direitos seria possível falar realmente em cidadania.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças têm o condão de controlar o aparecimento e desenvolvimento de doenças que surgem de riscos sociais, como dificuldades ou impossibilidade de acesso a habitação, saneamento básico, educação e serviços de saúde de qualidade. (DOMINGUEZ, 2011, p.73).

A articulação da saúde com as condições sociais, econômicas e culturais se mostra de suma relevância. Ficou consagrado que são requisitos para a saúde: a paz, a educação a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema saudável, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e a equidade.

Nesse sentido, Dominguez apresenta cinco estratégias básicas para a implementação da promoção da saúde, a ver: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a necessidade de reorientar o sistema de saúde. (DOMINGUEZ, 2011, p.79).

Importante ainda salientar a exposição da autora no sentido de que na promoção da saúde existe por parte dos pesquisadores e estudiosos preocupações que transcendem as intervenções médicas curativas de alta complexidade, prevalecendo uma visão mais holística da saúde do corpo, mente e meio ambiente interagindo entre si, de modo a se fazer necessária uma precisa avaliação das condições socioeconômicas, culturais, emocionais, família, entre outras, para um diagnóstico das prováveis causas dos eventuais aparecimentos das doenças incidentes, rompendo a visão unicausal das doenças defendida até então. É preciso salientar que as condutas hoje rebatidas pelas Políticas Públicas de Saúde foram delineadas há muitos anos atrás. É fato que o cidadão, principalmente o homem, só busca os serviços de saúde quando não suportam mais os sintomas que, provavelmente, o incomodam há anos. (DOMINGUEZ, 2011, p.80).

A formação cultural e os valores de uma sociedade em que impera o patriarcado implicam na formação de homens repletos de preconceitos e ideias de força, superioridade, invulnerabilidade, que os coloca em uma situação de total distância do Sistema Único de Saúde. A procura tardia ao serviço de saúde pelos homens foi percebida pelo Estado brasileiro e suas consequências foram duramente sentidas por diversos segmentos da sociedade.

Para o Sistema Único de Saúde, por exemplo, é altamente prejudicial, visto que os gastos dispensados no tratamento de doenças que já se encontram instaladas é muito mais alto do que os gastos feitos com prevenção de doenças e

promoção da saúde. Sem falar na maior mobilização da família para lidar com tais tratamentos.

Para o cidadão então, o prejuízo é muito maior, pois aquela entrada no Sistema de Saúde pela Média ou Alta Complexidade pode significar a perda dos anos vindouros, ou seja, o fim da sua vida, pois os tratamentos por mais intensos que tenham sido ainda assim podem não ter sido suficientes.

Nesse contexto, facilmente se verifica a importância de mudança do pensamento da sociedade, que ao revés de enxergar a saúde como uma atividade curativa passe a encará-la como uma atividade preventiva. Dessa forma, a população entraria no Sistema Único de Saúde pela porta da Atenção Básica – proposta amplamente defendida pela Política Nacional de Promoção da Saúde e viabilizada pela criação das Unidades Básicas de Saúde.

1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A positivação do Direito à saúde é um importante passo na árdua tarefa de concretização desse direito, no entanto, não é suficiente para que os cidadãos o usufruam, de fato. Não é eficaz declarar no texto constitucional tal garantia, se inexistente ação estatal no intuito de efetivá-la.

É possível afirmar que, no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde pública se tornou uma política de Estado e está consolidada no Sistema Único de Saúde - SUS. Como já mencionado, o SUS estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs, com equidade no acesso aos serviços e ações de saúde, preservando a integralidade da atenção. Tais objetivos se operacionalizam pelas

diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade, como afirmam Ferraz e Kraiczky:

As políticas para promoção deste acesso devem ser construídas e implementadas por meio da gestão descentralizada nas três esferas de gestão e com a participação da comunidade em todas as etapas. Esta participação é fundamental para que as necessidades de saúde da população sejam respondidas e está garantida por meio de instâncias colegiadas como Conselhos e as Conferências de Saúde de Saúde (federal, municipais e estaduais). (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p.3).

Tal fato, analisado sob o prisma jurídico, se demonstra na constatação da existência de uma estrutura legal de base constitucional fundamentando toda e qualquer atuação estatal em nome da promoção, proteção e recuperação da saúde pública. (BUCCI, 2006, p.16).

As ações estatais que são desenvolvidas a partir da existência de uma estrutura legal que as fundamenta, com vistas a concretizar e efetivar o direito à saúde são chamadas de políticas públicas.

É possível compreender política pública como um programa ou um quadro governamental, consistente em um conjunto de medidas articuladas com vistas a movimentar a máquina do governo para realizar algum objetivo de ordem pública ou, na ótica dos juristas, concretizar um direito. (BUCCI, 2006, p.17).

As políticas públicas, na verdade, surgem como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. No caso desta pesquisa, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem surge como a resposta estatal ao distanciamento dos homens dos serviços de saúde em face da naturalização das características que compõem a masculinidade hegemônica.

Ressalta-se que por meio de uma política pública – de suas diretrizes, medidas e procedimentos - é possível inferir o posicionamento político do Estado em relação a problemas de interesse público. (SAMPAIO & ARAÚJO, 2006, p. 337).

No campo da ação social, as políticas públicas de saúde têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população,

visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo, a fim de atingir os objetivos traçados na Constituição Federal de 1988. (FERRAZ e KRAICZYK, 2010, p.2).

Nesse sentido, mister apontar os esclarecimentos de Sampaio & Araujo sobre o tema:

(...) o processo de construção e consolidação dessas políticas deve ser compreendido em sua dinamicidade, dada não somente pelas transformações sociais que resultam na geração de novas necessidades de saúde, como também pelo fato de que a materialização das políticas somente acontece por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais. (SAMPAIO & ARAUJO, 2006, p. 338).

A existência de diversos atores na sociedade brasileira e a consequente construção de diferentes formas de masculinidades e feminilidades leva à latência de importantes níveis de desigualdade em diversas ordens na sociedade brasileira. Nesse contexto, o princípio da equidade se mostra fundamental para a consecução dos demais princípios que regem o SUS, assim como para a promoção da cidadania e da justiça social. (LIONÇO, 2009, p. 56).

O objetivo do SUS, de construir e implementar a política pública de saúde na perspectiva do acesso universal, só se mostra viável na medida em que os olhares recaírem sobre as dimensões organizadoras das relações sociais que produzam tais desigualdades. É nesse contexto que surge a necessidade de se adotar o gênero como dimensão organizadora das políticas públicas de saúde, pois, a medida que se reconhece as desigualdades produzidas por essa categoria, torna-se possível respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero. (FERRAZ e KRAICZYK, 2010, p.3).

A relação direta de proporcionalidade existente entre saúde e critérios sociais, bem como o enfoque social que hoje é dado à saúde torna o tema de interesse da Ciência Política e a consolidação da saúde como Direito social, humano e fundamental o liga às políticas públicas como forma de efetivação desse direito.

As políticas públicas se inserem no campo de estudo da Ciência Política, que pode ser definida em sentido estrito e técnico, como um ramo das ciências sociais, que corresponde à ciência da política tratada com base na metodologia das ciências empíricas mais desenvolvidas. (BOBBIO, 1993, p.23).

O desenvolvimento da ciência política nessa visão pode ser entendido como as tentativas que vêm sendo feitas com maior ou menor sucesso, mas tendo em vista uma gradual acumulação de resultados e a promoção do estudo da política como ciência empírica rigorosamente compreendida. (BOBBIO, 1993, p.24).

Bonavides chama a atenção para a dificuldade de conceituar ciência política, visto que tal ramo é entendido como aquele que, indiscutivelmente, faz com que as incertezas mais aflijam os estudiosos, em virtude da crítica de abalizados publicistas que levam à dúvida até a própria existência da ciência. (BONAVIDES, 1986, p. 46).

No entanto, a seu ver, a ciência política, em sentido lato, pode ser compreendida como a ciência que tem como objeto de estudo os acontecimentos, as instituições e as ideias políticas que se referem ao passado, ao futuro e às possibilidades futuras. Acrescenta ainda que à ciência política cabe o exame das instituições, dos fatos e das ideias que guardam referência aos ordenamentos políticos da sociedade debaixo do tríplice aspecto: filosófico, jurídico ou político propriamente dito e sociológico. (BONAVIDES, 1986, p.46).

O entendimento da ciência política como a ciência que estuda acontecimentos e ideias políticas que se desenvolveram no passado e apontam para possibilidades futuras permite verificar a ligação desse ramo com o objeto dessa pesquisa, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, uma vez que essa política se traduz na ação do Estado para o enfrentamento de ideias e concepções naturalizadas no passado e que oportunizam mudanças futuras.

Em razão de a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ter o gênero como dimensão organizadora é importante esclarecer alguns conceitos que permeiam essa categoria, tais como sexo, sexualidade, masculinidade, feminilidade, assim como as desigualdades decorrentes dessa

categoria, a fim de se compreender a relevância da política pública eleita para essa pesquisa.

CAPÍTULO 2

DISCUTINDO GÊNERO E SEXUALIDADE

A proposta deste capítulo é esclarecer e discutir os conceitos de extrema relevância para esse trabalho, quais sejam sexo, gênero e sexualidade. Busca-se demonstrar como ocorre o processo de construção das identidades de gênero, assim como os reflexos das masculinidades e feminilidades construídas na relação de homens e mulheres com a saúde e o cuidado de si.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS CONCEITOS DE SEXO, GÊNERO E SEXUALIDADE

Sexo e gênero são categorias que por muito tempo foram tratadas como sinônimos, de modo que as características biológicas do ser homem e do ser mulher eram definidoras dos papéis sociais por eles desempenhados, limitando as masculinidades e as feminilidades a questões biológicas e, assim, distanciando-as de qualquer influência social e cultural.

Sobre o tema, Louro, Weeks esclarece que:

O termo sexo significava, originalmente, simplesmente, 'o resultado da divisão da humanidade no segmento feminino e no segmento masculino'. Referia-se, naturalmente, às diferenças entre homens e mulheres, mas também à forma como homens e mulheres se relacionavam. (LOURO, WEEKS, BRITSMAN, PARKER, BUTLER, 2000, p. 26).

Nesse sentido, Gonçalves salienta que o referencial representado pela concepção de sexo biológico - mulher e homem - é utilizado por diferentes disciplinas que se apoiam em um determinismo natural. Dessa lógica depreendem-se regras a serem cumpridas e atitudes a serem cobradas, de modo a justificar frases como: isso é coisa de mulher e isso é coisa de homem. (GONÇALVES, 2002, p. 42).

A despeito das questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual estarem, por muito tempo, no centro das preocupações ocidentais, elas eram, em geral, até o século XIX, preocupações da religião e da filosofia moral. (WEEKS, 2000, p. 26).

Percebe-se que as divisões de gênero na sociedade eram tidas como naturais e, portanto, homens e mulheres eram destinados a desempenhar papéis sociais que a natureza supostamente lhes designou. (HEYWOOD, 2010, p. 27).

Essa concepção possui profundas raízes nos primórdios da existência humana, provavelmente no longínquo período Paleolítico, quando o homem, portando armas rudimentares, partiu para a caça, deixando à mulher, limitada pela gestação e amamentação, as tarefas ligadas à coleta dos frutos e à criação dos filhos. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 22).

Essa maior exigência, em termos físicos, do indivíduo do sexo masculino propiciou a ele uma maior força muscular, que ensejou uma diferença relevante, encarada como desigualdade, durante séculos sem nenhum questionamento. Tal fato culminou na ideia de superioridade do homem e, por conseguinte, na crença de sua invulnerabilidade que reflete, até hoje, na sua resistência em buscar os serviços de saúde.

A constituição física e anatômica da mulher condizia com um papel subordinado e doméstico na sociedade. (HEYWOOD, 2010, p. 27). A suposta fragilidade física da mulher foi interpretada durante muitos anos como uma incapacidade racional, profissional e produtiva, de modo que se construiu, paulatinamente, uma identidade feminina inferior à masculina, que deixou resquícios na sociedade atual. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 21-22).

Corroboram para a contextualização histórica do tema os dizeres de Melo, Freitas, Ferreira:

Também no mundo antigo, a mulher sempre se apresentou como 'figurante' e não como 'protagonista' da História. (...) Já na Grécia, em Atenas, a androcracia existente forjou um modelo de democracia que excluía escravos e mulheres; à medida que essa democracia se estruturava, tornava-se cada vez mais deteriorada a situação da mulher. A sociedade ateniense, misógina e sexista, conferia ao homem poderes absolutos sobre a esposa e filhas, cuja cidadania era ameaçada pela possibilidade de um desvirginamento, mesmo que ficasse configurado estupro. (...) Os sábios da época endossavam o conceito de inferioridade imposto à mulher; Platão e Aristóteles, inclusive, comprovavam cientificamente que o sêmem era o único responsável pela concepção, e que o útero funcionava como mero depósito daquele- crença que perdurou através dos séculos, até que, no século XIX, tornou-se conhecido o processo de ovulação. (...) Ainda no mundo antigo, Roma, enquanto sociedade agrária, não reconhecia na mulher um indivíduo, ainda que pela sua própria estrutura primária, admitisse sua participação no trabalho, na política e lhe propiciasse uma educação semelhante à dos homens. Não obstante era permitido aos homens matar filhas e esposas consideradas sexualmente impuras. Também à mulher era negado o direito de ter o seu próprio nome. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 22,23).

Já na Idade Média, com a disseminação do Cristianismo, teve início o discurso que valorizava os princípios de igualdade e justiça, organização dos oprimidos e limitação do poder e da riqueza. As diferenças entre homens e mulheres, assim como entre senhores e servos, ricos e pobres passaram a ser negadas em face da prevalência de valores como o amor, a misericórdia e a igualdade. Institui-se a ideia de que o poder dos homens deveria buscar a interação com o amor e a misericórdia, sentimentos ditos femininos. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 23).

No entanto, esses valores cristãos foram distorcidos e manipulados ao longo do tempo, de modo que passaram a se impor de acordo com as conveniências de uma sociedade eminentemente masculina e patriarcal, evidenciando ainda mais o papel privado e inferior da mulher no seio social. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 23).

Perry elucida que nos tempos de guerra, exigia-se que a força de trabalho da mulher fosse utilizada para suprir a dos homens, como uma espécie de exército reserva dos senhores feudais. A mulher sempre estava a mercê do marido,

fosse como senhora do castelo, preservando-o na ausência do esposo, ou no exercício de suas atividades cotidianas, como preparar remédios, conservar alimentos, ensinar jovens a costurar, tecer e fiar, pois em quaisquer circunstâncias, ela podia, inclusive, ser espancada, caso viesse a contrariar seu esposo. (PERRY, 1999, p. 161).

Nesse sentido, Perry assevera:

A sociedade feudal era um mundo predominantemente masculino no qual o ideal cristão estereotipado, matricêntrico (preponderância dos valores e sentimentos reconhecidos à época como femininos) nos seus primórdios, vai gradativamente assumindo caráter patriarcal, a estrutura do poder abafando o discurso de amor e misericórdia, os oprimidos merecendo somente promessas para a outra vida. A Igreja termina a aderir ao patriarcalismo, tornando-se repressora no que tange à sexualidade, à emoção e à mulher. (PERRY, 1999, p. 161).

Entre os séculos VII e XII a mulher conheceu um período de ascensão em razão da ausência dos homens que se dedicavam às atividades bélicas, adquirindo certo poder e influência junto aos soberanos e ao próprio Papa. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 27).

Com o processo de desagregação do feudalismo no final do século XIII, o poder começou a se deslocar do âmbito doméstico dos castelos para o domínio público dos palácios, instalando-se, então, uma nova ordem embrionária das nações, cuja monarquia seria exercida em nome de Deus. Com a concentração do poder masculino, as mulheres viram-se deserdadas pelas leis escritas, alijadas da educação, excluídas da cultura e do poder. (CIAMPA, 1987, p.13).

Posteriormente, teve início a chamada “caça às bruxas”, centrada na sexualidade feminina, em toda a Europa (século XIV a XVIII). Paradoxalmente, acentuou-se o culto à Virgem Maria, modelo de mulher e mãe, exaltado veementemente pela Igreja. Um dos aspectos mais chocantes do “caça às bruxas” foi a perseguição encetada às chamadas cirurgiãs, consideradas subversivas, encaradas como ameaça ao incipiente poder médico masculino; constituiu-se em um desafio o confronto com o poder dos homens médicos, de uma corporação masculina nascente. Centenas de mulheres foram sacrificadas, e o saber feminino

chegou ao seu termo sufocado pelo “poder do saber” masculino. (MELO, FREITAS, FERREIRA, 2001, p. 28).

O período renascentista trouxe no seu bojo as marcas dos novos tempos, que se revelaram nas artes, na religião, na sociedade, na política, na pregação do humanismo e na perspectiva individualista e racionalista.

Nesse contexto, ao sexo feminino era reservado o confinamento nos conventos e nos lares e a completa limitação às atividades domésticas e a destituição dos direitos civis. A associação das mulheres a questões relativas à ternura, doçura e delicadeza, revelava-se, na verdade, como um instrumento de adestramento feminino, perpetuando os papéis que a Igreja conferia à mulher – esposa, mãe, religiosa e educadora. (COSTA, 1998, p.4).

Em verdade, era um período de transição para a Modernidade, que constituiria uma nova e singular forma de organização política. O Estado Nacional tornar-se-ia, com o tempo, produto da consolidação dinástica e a principal instituição política do Ocidente Moderno. (COSTA, 1998, p.4).

É a partir do século XIX que desponta o movimento feminista chamando a atenção para a inadequação das explicações de que se dispunha para as desigualdades entre mulheres e homens. Segundo a lógica desse movimento, gênero implica duas pressuposições fundamentais. A primeira se refere à concepção de que essa expressão é constitutiva das relações sociais ancoradas nas diferenças percebidas entre os sexos, enquanto a segunda diz respeito ao fato de o gênero ser o primeiro campo no qual o poder se articula. (GOMES, 2008, p.70).

A expressão “gênero”- que foi apropriada do campo da linguística (o gênero das palavras) – surge historicamente para se referir às diferenças culturais entre os sexos, passando a ser utilizada, no século XX, pelo movimento feminista, para dar conta das diversas formas de interação humana no cenário da legitimação e da construção das relações sociais. Passou a ser uma categoria de análise que designa a organização social da relação entre os sexos, indicando, basicamente, uma rejeição ao determinismo biológico implícito nos termos “sexo” e “diferenças sexuais”. (GOMES, 2008, p.64).

A discussão sobre as desigualdades entre os gêneros ainda se faz presente. Avanços no desenvolvimento de atitudes mais igualitárias entre homens e mulheres vêm ocorrendo em vários setores sociais, mas o que se mostra relevante para este trabalho é a postura do Estado na programação de políticas públicas de saúde voltadas para homens, que por força dessas desigualdades socialmente construídas foram colocados em uma posição de invulnerabilidade, intangibilidade de doenças que os afastou dos cuidados com o próprio corpo.

Entender como relevante as especificidades dos grupos sociais, decorrentes de condições históricas e culturais ou das diferenças inscritas nos corpos e socialmente significadas é imprescindível para que homens e mulheres, possuidores de carências diferentes, possam alcançar a igualdade do direito à saúde. Construir o direito à saúde sob essa orientação significa compreendê-lo como um direito equivalente, na medida em que é diferenciado, mas não visa instituir privilégios, e sim, promover a igualdade de condições de saúde entre indivíduos diferentes. (ALBERNAZ e LONGHI, 2009, p.79).

A desigualdade entre mulheres e homens, sem dúvida, ultrapassa as condições naturais, biológicas e inscreve-se na ideológica. Ademais, a percepção do que é diferente e específico da cultura e da natureza é distorcida e configurada a partir de uma perspectiva interessada de quem tem o poder. (GONÇALVES, 2002, p.45).

A concepção de ser humano que lhe credita uma natureza inata, universal e abstrata é, em verdade, um instrumento a serviço da ocultação das desigualdades. A ideia de natureza humana tem um caráter ideológico, pois camufla a determinação social do homem. O homem é pensado de forma descolada da sua realidade social, realidade esta que, na verdade, o constitui e lhe dá sentido. (CAVALCANTI e FRANCO, 2001, p. 53).

A construção social da identidade humana se dá através da interação dos indivíduos no seio de uma determinada cultura que o sujeito se constitui, como ensina Vygotsky. (apud CAVALCANTI e FRANCO, 2001, p. 54).

O que não se percebe é que esse posicionamento decorre de uma regra, de uma construção social, e não de uma prerrogativa da natureza do ser

homem ou ser mulher, como frequentemente é colocado, Portanto, nota-se uma forte dificuldade em vislumbrar o que é imposto socialmente e o que é biológico (da natureza). Esse posicionamento de separar o que é construído e o que é biológico torna-se um audacioso passo para a concretude do significado das assimetrias de gênero. (GONÇALVES, 2002, p.43).

Diferentemente, a sexualidade pode ser compreendida como algo intrínseco a todos nós, homens e mulheres, que possuímos de maneira natural. Adotando tal entendimento esvazia-se a necessidade de argumentação sobre a dimensão social e política da sexualidade e até mesmo a respeito de seu caráter construído. Tal concepção usualmente se ancora no corpo e na suposição de que todos vivemos nossos corpos, universalmente, da mesma forma. (LOURO, 2000, p.5).

No entanto, há outra maneira de perceber a sexualidade, envolvendo rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, ou seja, processos profundamente culturais e plurais. Nesse sentido são as palavras de Louro:

Nessa perspectiva, nada há de exclusivamente 'natural' nesse terreno, a começar pela própria concepção de corpo, ou mesmo de natureza. Através de processos culturais, definimos o que é — ou não — natural; produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros — feminino ou masculino — nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. (LOURO, 2000, p.6).

Ainda sobre a sexualidade, importante ressaltar que Foucault a compreende como uma invenção social, na verdade, como um dispositivo histórico que se constituiu a partir de múltiplos discursos sobre o sexo: discursos esses que regulam, normatizam e instauram saberes, produzindo, por fim, verdades. (FOUCAULT, 1988, p. 68).

Esse termo pode ser compreendido como uma descrição geral para a série de crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas e historicamente modeladas que se relacionam com o que Foucault denominou "o corpo e seus prazeres". (FOUCAULT, 1988, p. 79).

Sobre as verdades que se estabelecem na sociedade, transcrevo o pensamento de Higuera:

A verdade tem uma história, não como algo que vai se constituindo gradativamente, mas no sentido de que se constitui nas relações de poder que estão no seio de uma sociedade. Da mesma maneira que o saber, não existe verdade sem poder, ou seja a verdade é produzida pelas relações que mantém com o poder. (HIGUERA, 1999, p. 32).

Foucault salienta que cada sociedade possui seus regimes de verdade, ou seja, sua política geral da verdade. Esclarece que a partir de um conjunto de regras, discrimina-se o verdadeiro (bom) do falso (mau) ligando-se ao verdadeiro efeitos políticos de poder. (FOUCAULT, 1988, p.38).

Sobre o processo de construção da verdade, Louro afirma:

As técnicas e os procedimentos são valorizados para obtenção da verdade, ou seja aos estatutos que os encaminham para obtenção do que é verdadeiro. Em nossa sociedade a economia política da verdade pode ser caracterizada por cinco facetas historicamente construídas: a verdade está centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a um constante estímulo econômico e político tanto, no que diz respeito à produção econômica quanto ao poder político; é objeto de difusão e consumo que circula em instrumentos de educação e informação (incluo aqui os meios de comunicação); é produzida e transmitida sob controle dominante de mecanismos políticos e econômicos, incluindo aqui as universidades, meios de comunicação e é o centro de todos os debates políticos e sociais denominados lutas 'ideológicas'. Nesta lógica, a verdade está ligada, circularmente, a sistemas de poder que a acompanham, o regime de verdade. Então não basta ao intelectual criticar determinadas ideologias, ligadas a determinadas ciências, em busca de transformações para uma prática mais justa, mas, sim, como problema político, saber até que ponto é possível constituir uma nova política da verdade. (LOURO, 2000, p. 6).

Desse modo, é possível concluir que para que mudanças nas verdades impostas ocorram não basta modificar a consciência das pessoas, é necessário, na verdade, que haja uma mudança no regime político, econômico e institucional de produção da verdade. Assim, a modificação da concepção da masculinidade hegemônica, superior, invulnerável, rígida e inviolável por qualquer ataque, que afasta o homem dos cuidados com a sua saúde, só poderá ser mudada quando houver interesses políticos, econômicos e sociais de produzir uma nova verdade, que desconstrói a anterior.

As identidades sociais de gênero são definidas no âmbito da cultura e da história. Reconhecer-se numa identidade supõe, pois, responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência. No entanto, é preciso salientar que as identidades sexuais e de gênero, assim como todas as identidades sociais, são transitórias e contingentes e têm caráter fragmentado, instável, histórico e plural. (LOURO, 2000, p.7,8).

Nesse sentido, Louro afirma que a transitoriedade das identidades de classes são mais aceitas, pois, embora com algumas resistências, admite-se que um operário venha a se transformar num patrão ou que uma camponesa se torne empresária, de modo que representados de formas novas, ele ou ela provavelmente também passam a se perceber como outros sujeitos, com outros interesses e estilos de vida. (LOURO, 2000, p. 8).

No entanto, quando tais mudanças se referem a identidades sexuais ou identidades de gênero a aceitação não é a mesma, como elucida Louro:

Uma notícia de jornal pode servir de exemplo: numa pequena cidade da Alemanha, o prefeito, algum tempo depois de eleito, assume publicamente uma nova identidade de gênero. Ele agora apresenta-se como mulher e comunica sua intenção de completar essa transformação através de processos médicos, especialmente cirúrgicos. A cidade inicia um movimento para destitui-lo pois, na opinião de grande parte da população, ele é agora 'outra' pessoa. Seus eleitores sentem-se enganados e com o direito de anular sua escolha, pois ele transgrediu uma fronteira considerada intransponível e proibida. (...) A admissão de uma nova identidade sexual ou de uma nova identidade de gênero é considerada uma alteração essencial, uma alteração que atinge a 'essência' do sujeito. (LOURO, 2000, p.8):

Desse raciocínio, depreende-se que a identidade de gênero se deduz de marcas biológicas; no entanto, o processo de construção dessa identidade é muito mais complexo e essa dedução pode ser, e muitas vezes é, equivocada, visto que os corpos são significados pela cultura e, continuamente, por ela alterados. Assim, mister esclarecer que os corpos não são, pois, tão evidentes como usualmente pensamos e tampouco as identidades são uma decorrência direta das evidências dos corpos. (LOURO, 2000, p.29).

Nesse sentido, Bourdieu exalta o modo como a sociedade torna-se depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam em suas respostas aos constrangimentos e solicitações de seu meio social. É o fenômeno que o autor resume como “a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade existente”. (BOURDIEU, 2010, p.16).

Importante ressaltar a ideia de Suárez sobre o fato de que sexo e gênero são duas realidades diferentes, ainda que aconteçam juntas, pois gênero refere-se ao desempenho de papéis e às relações sociais que são pautadas pelas diferenças entre homens e mulheres, ao passo que a determinação sexual, isto é, a existência de machos e fêmeas, confunde a compreensão de que masculino e feminino são criações e construções simbólicas, podendo, portanto, variar imensamente de uma sociedade para outra. (SUÁREZ, 1996, p.1,3).

Ainda nesse sentido a diferenciação apresentada por Heywood entre sexo e gênero:

Sexo refere-se às diferenças biológicas entre fêmea e macho: essas diferenças são naturais e, portanto, inalteráveis. As diferenças mais importantes entre os sexos estão relacionadas à reprodução. Por outro lado, gênero é um termo cultural: ele se refere aos papéis distintos que a sociedade atribui a homens e mulheres. As diferenças de gênero são em geral impostas por meio dos estereótipos opostos de masculinidade e feminilidade. As ideias patriarcais obscurecem a distinção entre sexo e gênero e pressupõem que todas as distinções sociais entre homens e mulheres têm raízes na biologia ou na anatomia. As feministas, ao contrário, costumam negar que haja uma ligação necessária ou lógica entre sexo e gênero, e ressaltam que as diferenças de gênero são social ou até politicamente construídas. (HEYWOOD, 2010, p. 28).

É possível concluir que são construídos espaços diferentes no mundo para mulheres e homens, de modo que, no momento do nascimento, a depender do sexo a criança terá um tratamento diferenciado. (GONÇALVES, 2002, p. 43).

No entanto, o que de fato não existe é unanimidade quanto ao conceito de gênero e tampouco de sua relação com o sexo. Algumas perspectivas sobre o tema são apresentadas.

Gênero pode ser definido como construção social da diferença entre os sexos, de modo que a diferenciação entre sexo e gênero apenas encontra sentido na desconstrução da diferença entre os sexos, na relação com o outro sexo. Nesse sentido, o gênero é categoria do pensamento e da cultura, precedendo o sexo e o modulando. (PERROT, 2005, p. 467).

Scott propõe gênero como um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e como um primeiro modo de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1995, p.14).

Definindo sexo como um termo descritivo para as diferenças anatômicas básicas, internas e externas ao corpo, que vemos como diferenciando homens e mulheres, geralmente dadas no nascimento, os significados a elas associados são altamente históricos e sociais, de modo que para descrever tal diferenciação social entre homens e mulheres, usa-se o termo “gênero”. (LOURO, WEEKS, BRITSMAN, PARKER, BUTLER, 2000, p. 34).

Gênero na concepção de Gomes:

Vejo essa expressão como uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais. Gênero refere-se a papéis socialmente construídos e a definições e expectativas – consideradas apropriadas por uma sociedade – para o ser homem e o ser mulher. (GOMES, 2008, p.64).

Assume-se neste trabalho, portanto, o conceito de gênero como uma construção social do que se constitui masculino ou feminino. O gênero é, portanto, produzido nas relações que se estabelecem entre mulheres e homens, relações quase sempre desiguais, o que implica considerar o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado em e por este mundo. (SCOTT, 1995, p. 7).

As relações de gênero se constroem por influência da sociedade e as masculinidade e feminilidades que surgem a partir daí implicam na relação que homens e mulheres terão no espaço social relacionado à saúde. O que se busca destacar nessa pesquisa é a maneira como as distintas e divergentes representações do masculino e do feminino produzem efeitos na busca pelos serviços de saúde e no desenvolvimento de políticas públicas voltada para cada um desses atores sociais.

Tomando por base a concepção de que gênero é uma categoria produzida em práticas sociais, que por sua vez se convertem em práticas feminilizantes e masculinizantes, faz-se mister tratar da construção das masculinidades e feminilidades para melhor elucidação do objeto dessa pesquisa.

2.2 CONSTRUÇÃO DA FEMINILIDADE E DA MASCULINIDADE

Beauvoir diz que “não há, durante os três ou quatro anos primeiros anos, diferença entre a atitude das meninas e a dos meninos; tentam todos perpetuar o estado feliz que precedeu a desmama.” É nesse sentido que a autora afirma que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, fazendo referência à criação cultural do “masculino” e do “feminino” sendo estes comportamentos apreendidos por meio do processo de socialização que dá a cada sexo uma atribuição de funções sociais diferentes e específicas. (BEAUVOIR, 1970, p.9).

Segundo Alves e Soares, a mãe vê na criança uma ameaça à sua autoridade, às suas pretensões de ordem e controle. Em geral, condutas mais agressivas e mais questionadoras dos meninos são mais bem aceitas pelas mães, pois na sua construção social ela sabe que os meninos pertencem ao mesmo sexo do chefe da família, fato que por si só já lhe legitima a ter maior autonomia e maior liberdade para interagir com o mundo exterior – o universo público. (ALVES E SOARES, 2001, p. 118).

No entanto, quanto à criação da menina a mãe estabelece com ela outro tipo de ligação, como explicam Alves e Soares:

A menina, dado o vínculo afetivo profundo que a liga com a mãe e por se reconhecer nela como semelhante, é levada a escolhê-la como modelo e a reproduzi-lo fielmente. Mas, por mais extraordinária e excepcional que possa ser, sempre é uma mulher, a quem se atribui um valor social inferior ao do homem. Neste sentido, para a menina é reservado o mundo privado (dentro de casa), desprovido de mistério e sem fascínio: uma série de tarefas domésticas, miseráveis, repetitivas, frustrantes, melancólicas e solitárias. (ALVES E SOARES, 2001, p. 119).

Os brinquedos reforçam a divisão de papéis sexuais, marcando diferenças concretas entre meninos e meninas como bem afirma Alves e Soares:

As meninas são convidadas a brincar de casinha, comidinha, aparelhos eletrodomésticos, apetrechos de enfermeira, estojos de maquiagem, ou seja, 'fazer como a mamãe'. Já os meninos nem dignarão a passar os olhos nesses brinquedos. Eles são estimulados a brincar de soldadinhos, revólveres, jogos de ação e aventura e outros; ou seja, todos os brinquedos que apelam para valores como : agressividade, aventura, ação, conquista, competição, etc (...).

A análise da dinâmica das relações de gênero na família só se faz clara mediante a acentuação de que meninos, comparativamente às meninas, gozam, nos primeiros anos de suas vidas, de uma relativa liberdade, derivada da construção social da masculinidade. (ALVES E SOARES, 2001, p.119-121).

Louro afirma que ao se compreender gênero como produzido nas relações sociais deve-se atentar para as múltiplas formas que podem assumir as masculinidades e as feminilidades e “as complexas redes de poder que, através das

instituições, dos discursos, dos códigos, das práticas e dos símbolos, constituem hierarquias entre os gêneros”. (LOURO, 1997, p. 24,).

Assim, é na vivência cotidiana, no ambiente familiar, na rua, na escola que meninos e meninas aprendem a internalizar seu gênero. As construções da masculinidade e da feminilidade dar-se-ão de acordo com o que a sociedade local exige que se faça, segundo a sua idade, raça/etnia e classe social.

É possível perceber a naturalização do cuidado como próprio da mulher. Tal processo de naturalização tem sido historicamente questionado pelo movimento feminista e problematizado pelas estudiosas de gênero que apontam para as desigualdades instituídas por esse discurso e para os efeitos de poder-saber-verdade que se encontram implicados na produção de feminilidades e masculinidades. (LOURO, 1997; p.54).

A naturalização dessas características está diretamente relacionada à procura pelo serviço de saúde, visto que a concepção atual de saúde está pautada no cuidado de si a que Foucault se refere como um conjunto de práticas, de atividades complexas e reguladas. (FOUCAULT, 1988, p. 110).

Nesse sentido, o cuidado de si, articula-se a estratégias políticas que instituem deveres e obrigações do sujeito como cidadão, de cuidar de sua saúde, do seu corpo; a estratégias pedagógicas que ensinam técnicas, bons hábitos e a estratégia do conhecimento de si que institui que para cuidar de si, é necessária a ajuda do outro. Com isso poderia dizer que o cuidado de si, como nos mostra Foucault, articula-se às práticas em Saúde que determinam deveres e obrigações para que o sujeito seja saudável, que impõem determinados hábitos e práticas sociais como programas de Saúde, a exemplo de programas ligados à Saúde da Mulher que, num discurso de prevenção de doenças, de diminuição de índices de mortalidade, mas de interesse do Estado, impõe às mulheres determinadas práticas sociais, desconsiderando suas crenças, sua cultura, seus saberes, dentre outros. (LOURO, 2000, p.29).

Desse modo, o discurso do cuidado como próprio, “inerente à condição feminina”, se propõe a produzir feminilidades dóceis, vulneráveis, frágeis, cuidadosas, submissas, cordatas, prendadas, atenciosas, comportadas. Como

correlato dessa produção de feminilidades, produz-se a masculinidade provedora, protetora, invulnerável, forte, que não carece de cuidados, capaz para o mundo do trabalho. (GOMES, 2008, p. 72).

É possível identificar o enunciado do cuidado como próprio da mulher pertencendo ao campo do discurso patriarcal, que durante muito tempo organizou o mundo das mulheres e a preservar privilégios masculinos. (SOUZA, 2011, p.38).

É preciso problematizar a força desse discurso na contemporaneidade, visto que essa produção discursiva se manifesta de diferentes formas. Primeiramente, causa reflexos na forma como o Estado, por meio de políticas públicas, visa garantir o direito à saúde a homens e mulheres. A naturalização do discurso de que as mulheres cuidam de si e são mais vulneráveis acaba por refletir nas políticas públicas de saúde elaboradas pelo Estado que até os anos 2000 eram voltadas exclusivamente para elas, olvidando-se dos homens, haja vista a intrínseca concepção de que eles são invulneráveis, provedores e não carecedores de cuidado.

Dessa construção características tornaram-se tipicamente femininas, enquanto outras se tornaram explicitamente masculinas. Nesse contexto é possível citar como características tipicamente femininas: o cuidado consigo e com a prole e a vulnerabilidade. Ao passo que são características eminentemente masculinas a invulnerabilidade e ausência de cuidado com sua saúde.

A fim de explicar esse sistema de desigualdade, o movimento feminista engendrou a ideia de que assim como a classe social, a raça e a religião, o gênero é uma divisão social significativa em termos políticos. Setores mais radicais do movimento chegam a afirmar que gênero é a mais profunda das divisões sociais e a de maior importância política. (HEYWOOD, 2010, p. 26).

Ocorre que a teoria política convencional não reconheceu o gênero como uma categoria politicamente significativa, de modo que as feministas foram obrigadas a desenvolver novos conceitos e teorias para transmitir a ideia de que a sociedade é baseada em um sistema de desigualdade e opressão sexual. (HEYWOOD, 2010, p. 26).

Nesse contexto, a fim de descrever a relação de poder entre mulheres e homens, surge a expressão “patriarcado”, que literalmente significa “governo do pai”, mas que deve ser entendido em um sentido mais amplo de “governo de homens” e liga-se a expressões como “dominação masculina” e “supremacia masculina”.

Heywood afirma que o conceito de patriarcado é amplo, pois as feministas acreditam que os homens dominam as mulheres em todas as sociedades, mas aceitam que o modo e o grau de opressão variam de maneira considerável em diferentes culturas e épocas:

As feministas não têm uma análise única e simples do patriarcado. As feministas liberais, quando usam o termo, fazem-no para chamar a atenção para a distribuição desigual de direitos e poderes na sociedade como um todo. A face do patriarcado que destacam é a de baixa representação das mulheres em posições importantes na política, nas empresas, nas profissões e na vida pública. Já as feministas socialistas tendem a ressaltar os aspectos econômicos do patriarcado. Sob seu ponto de vista, ele funciona em conjunto com o capitalismo, e a subordinação de gênero e a diferença de classes constituem sistemas interligados de opressão. Algumas feministas socialistas, porém, rejeitam por completo o termo, sob a alegação de que a diferença de gêneros é mera consequência do sistema de classes: o capitalismo, não o patriarcado é o problema. (HEYWOOD, 2010, p. 28).

O que importa, de fato, são as consequências da visão patriarcal nas construções sociais de mulheres e homens. Desde a Antiguidade que se fala em qualidades masculinas e femininas, onde aos homens são concedidas as virtudes (do latim *virtus*, que conduz à noção de virilidade, de força, de potência), que se mostram na força física e no domínio das emoções e, às mulheres, qualidades opostas às masculinas e interpretadas como negativas.

O patriarcado é também responsável pela heteronomia da subjetividade feminina, que impede a mulher de se enxergar com direito ao uso da razão, característica intimamente relacionada ao universo masculino. A partir da ideologia naturalista, que liga às mulheres à natureza, a identidade feminina vai sendo construída assentada no biológico, no corpo, e suas ações circunscritas ao âmbito doméstico e da procriação. (PASSOS, 2001, p. 154).

É possível dizer que a razão patriarcal transforma as mulheres em seres para outrem, despindo-as de confiança em sua capacidade de pensar. “Na utilidade para a realização da satisfação deles enquanto mães, esposas e filhas, enfermeiras, enfim, valem pelo que representam para os outros”. (PASSOS, 2001, p. 156).

A desigualdade é uma exigência do modelo patriarcal, que inculcou no sexo masculino a ideia de uma supremacia sobre o feminino. Nesse sentido, Passos esclarece:

Os homens são visto como mais inteligentes, capazes de formulações racionais ilimitadas, assim, de uma liberdade que os autoriza a conquistar o mundo e as pessoas, estabelecendo com elas uma relação de mando e poder.

Nessa perspectiva, ensina-se às crianças do sexo masculino a dominarem os sentimentos, por vê-los como sinônimo de fraqueza e de insegurança, atributos moralmente desqualificados, e às do sexo feminino a serem afetuosas, solidárias, prestativas despreziosas, atitudes que no mundo do poder e da competição são desvalorizadas. Também ensina-se às crianças do sexo masculino que ‘homem que é homem, não chora’, não tem medo, precisa ser macho, senhor de si, deve enfrentar todos os perigos e dificuldades com coragem e determinação. O macho precisa ser frio, determinado, insensível, fechado e provedor, enquanto a fêmea deve ser dócil, carinhosa, sensível e dependente. (PASSOS, 2001, p. 160,161).

Tais construções sociais do que é ser mulher e do que é ser homem implicaram, necessariamente, na maneira como mulheres e homens lidam com suas vidas e com seus direitos. O que será abordado nesse trabalho liga-se ao que foi referenciado, na medida em que essas construções impactam diretamente na maneira como mulheres e homens cuidam de sua saúde.

Assim, ante essas diferenças é preciso que o Estado ao formular políticas públicas de saúde incorpore ao seu planejamento essa noção de gênero. Nota-se que incorporar à agenda governamental o assunto gênero foi de suma importância para uma busca mais eficaz à concretização do direito à saúde. Pois, olhar para as peculiaridades do que é ser mulher e do que é ser homem é imprescindível para que esses seres sejam cuidados e se façam cuidar da maneira que devem.

CAPÍTULO 3

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

Nesse capítulo se realiza um breve levantamento histórico sobre as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que tiveram a questão de gênero com dimensão organizadora, até a produção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, objeto de pesquisa desse trabalho.

3.1 GÊNERO COMO DIMENSÃO ORGANIZADORA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Após a elucidação da categoria gênero, da aceitação da relevância dos aspectos sociais na formação das masculinidades e feminilidades, das desigualdades que se naturalizam nesse processo de construção de identidade e da preponderância da masculinidade hegemônica como representação da categoria homem, faz-se mister identificar a maneira como os conhecimentos formalizados a partir dos estudo de gênero influenciaram as políticas públicas do Ministério da Saúde.

A importância da utilização da categoria gênero na saúde se revela em uma publicação científica publicada no início dos anos 90 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) voltada para o assunto. Nessa obra, recomenda-se que, na área da saúde, seja

adotada a dimensão de gênero em que se focalize a saúde como satisfação das necessidades humanas, levando-se em conta as relações de poder, a divisão sexual do trabalho e a assimetria de direitos. (QUEIROZ, 2009, p.36).

Quando se fala em gênero como dimensão organizadora das políticas de saúde não se deve olhar para as diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres. É necessário, sobretudo, chamar atenção para a dimensão social dos processos de adoecimento, uma vez que a naturalização de características do ser homem e do ser mulher são responsáveis, entre outras coisas, pela forma como cada um desses grupos cuida de si.

Essa divisão de políticas em setores na sociedade é resultado de um recorte de gênero, que deve ser entendido como a construção cultural que ocorre em cada sociedade sobre a relação entre os sexos. Gênero se refere a papéis socialmente construídos e a definições e expectativas para o ser homem e para o ser mulher. (GOMES, 2003, p.37).

Destaca-se a fala de Gomes:

Quando se fala em gênero é preciso ter em mente que cada um dos sexos tem associado a si atributos culturais, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Portanto, a qualidade do ser homem e do ser mulher é definida, produzida, reproduzida e modelada em cada sociedade. (GOMES, 2003, p.38).

E, por óbvio, tais definições e expectativas para o ser homem e o ser mulher têm implicações na forma de cuidar da saúde, de aceitar suas moléstias e do tempo que demoram para procurar tratamento. Nessa esteira, Ferraz e Kraiczky salientam que ao atribuir significados para a diferença sexual, categorizando e valorizando diferentemente atributos femininos e masculinos, as mais diversas culturas e sociedades transformam a diferença sexual em desigualdades que se expressarão em todas dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer. (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p.2).

Não é de se estranhar que as primeiras políticas públicas de saúde com recorte de gênero tenham sido voltadas ao público feminino. Tais ações refletem o pensamento de Foucault exposto no primeiro capítulo e se justificam pelo papel que a mulher construiu na sociedade brasileira e, principalmente, pela maneira como as feminilidades foram desenhadas. (FOUCAULT, 1979, p.63).

Características como a vulnerabilidade, a inferioridade e o cuidado foram, no decorrer dos anos e no desenvolver das feminilidades, associadas às mulheres, fazendo com que os papéis de invulnerável, superior, provedor e não carecedor de cuidados fosse destinado aos homens. (GONÇALVES, 2005, p.98).

Ferraz e Kraiczky afirmam que a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas, por exemplo, tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens. (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p. 6).

A naturalização da fragilidade como característica feminina tornou o cuidado de si como particularidade também inerente a essa categoria. Como esclarecido no capítulo 2, às mulheres sempre coube o espaço privado, que incluía a responsabilidade pela criação dos filhos e o cuidado com eles, fato que torna ainda mais ingênuo o cuidado consigo mesmo.

Dessa forma, diante da relevância de tais características, seria, no mínimo, esperado que o Estado, primeiramente, se debruçasse sobre o desenvolvimento de políticas públicas destinadas a garantir, efetivar e resguardar a saúde de mulheres, deixando os homens desguarnecidos de tais intervenções.

E assim ocorreu, as primeiras ações do Ministério da Saúde foram voltadas aos públicos considerados frágeis, quais sejam: mulheres, crianças e idosos. Para as mulheres, em especial, medidas específicas de saúde começam a surgir no Brasil, já nos anos 1930, centradas na chamada saúde materno-infantil.

Em 1983, ocorreu um importante marco da introdução da dimensão de gênero na política de saúde do país: o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitaristas. (BRASIL, 2001, p.3).

Ressalta-se que essa política pública não foi a primeira destinada às mulheres, no entanto, a sua importância reside na inovação do olhar destinado à saúde da mulher, pois, até o momento, a atenção do Estado era restrita ao pré-natal e ao parto. Passou-se a ter uma perspectiva mais global, construindo uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder. (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p.6).

No ano seguinte, em 1984 o PNAISM foi publicado e mais do que uma política pública com recorte de gênero, ela foi capaz de representar um reconhecimento de cidadania e de direitos às mulheres, assim como um acesso aos espaços públicos de decisões, antes destinados apenas aos homens.

Tal Programa se mostrou eficaz no sentido de levar as mulheres a tomarem consciência do próprio corpo, bem como enfatizar sua autonomia no que tange à sua vida sexual e reprodutiva, afastando-as das características naturalizadas de que seus corpos eram objeto para a satisfação da lascívia dos homens.

Nota-se, portanto, que a política pública desenvolvida para as mulheres tinha como escopo não atrair as mulheres para o Sistema único de Saúde, visto que o cuidado de si, como mencionado anteriormente, era algo já inerente à construção social da feminilidade, mas sim empodera-las de seus direitos nas novas relações sociais que se delineavam e, por conseguinte, de seu novo papel na sociedade, buscando, assim, maior equidade de gênero.

3.2 OS PRIMEIROS PASSOS EM BUSCA DA MEDICALIZAÇÃO DOS CORPOS MASCULINOS

Mais de quinze anos se passaram sem que os homens fossem vistos pelo Estado como sujeitos carecedores de ações estatais voltadas à sua saúde. Enquanto várias parcelas da sociedade - como portadores do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV), doentes mentais, idosos e outros – ganhavam visibilidade, na medida em que seus corpos eram medicalizados por políticas públicas de saúde, os homens permaneciam na penumbra.

Não se pode dizer que, ao longo do último século, médicos e sanitaristas não tenham percebido que algumas prerrogativas de gênero faziam dos homens seres especialmente perigosos e em perigo do ponto de vista da saúde pública. Apesar de não ter sido veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas "doenças venéreas" não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento.

Nos anos de 1930 e 1940 tinha início a luta contra as doenças sexualmente transmissíveis e, não por coincidência, foi nessa época que surgiu a proposta pioneira no Brasil de se estabelecer uma ciência voltada ao estudo dos problemas sexuais masculinos – a andrologia, que seria, ao lado da ginecologia, considerada subespecialidade da sexologia e articularia, além de conhecimentos biológicos, os de outras disciplinas, como a psicologia e sociologia. Nesse contexto, caberia à urologia o cuidado com os problemas do sistema urinário de homens e mulheres. (CARRARA, 1996, p. 24).

Entretanto, tais ações não foram suficientes para que se formulassem políticas públicas voltadas especificamente à população masculina, como havia para as mulheres e para outras categorias sociais. Tampouco se consolidou uma

especialidade médica que se ocupasse exclusivamente dos homens, pois a andrologia nunca chegou a ter o mesmo *status* que a ginecologia, que já no final do século XIX era institucionalizada formalmente. Nota-se que a intensidade com que a medicina investiu sobre os corpos femininos nunca foi a mesma com que se investiu sobre os homens, de modo que que uma ciência sobre o homem, como sujeito generificado e não como representante universal da espécie humana, encontrou e ainda encontra grande dificuldade para se implantar. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009, p.3).

Na primeira década do século XXI, entretanto, esse panorama parece se alterar significativamente e o processo de objetificação dos homens e de seus corpos, por diferentes disciplinas científicas, ganha novo ritmo. Uma configuração complexa de processos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos contribui para isso. De um lado, o aprofundamento da crítica dos movimentos feminista e de Gays, Lésbicas e Transexuais (LGBT) ao machismo e à masculinidade hegemônica fez com os homens perdessem progressivamente a posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade epistemológica que tal posição lhes proporcionava.

É nesse contexto que se desenvolve um movimento importante para o fortalecimento do debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas especificamente para a população masculina, com enfoque de gênero. Segundo Schraiber, Gomes e Couto, dentre os benefícios potenciais da entrada da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde destacam-se: o estímulo para que cientistas e formuladores enfrentem as questões inter-relacionais entre os gêneros, a entrada de novos olhares para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos. (SCHRAIBER, GOMES e COUTO, 2005, p.11).

Ademais, a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade permitiu aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde - antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos. Além disso, a constatação de que a resolução de graves problemas de saúde (como a disseminação da Aids, a reprodução não-

planejada ou o recrudescimento da violência urbana) passa necessariamente pela mobilização da população masculina e o desenvolvimento de tratamentos específicos e relativamente eficazes para a disfunção erétil levam à medicalização dos corpos masculinos. (OLIVEIRA, 2004, s/p).

Nota-se, portanto, que a partir dos anos 1990, ocorreu o fortalecimento do debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas especificamente para a população masculina, com enfoque de gênero. Como produto da intensificação deste movimento e da legitimação da necessidade do estabelecimento de respostas específicas para as singularidades das condições de saúde da população masculina, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (BRASIL, 2008, p.12).

É sobre esse pano de fundo que o significado da criação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem é analisado, visto que a despeito das ações desenvolvidas até então, somente em 2007, o Ministério da Saúde colocou a preocupação com a saúde dos homens como meta a ser atingida.

Tal acontecimento pode ser depreendido do discurso de posse do então Ministro da Saúde – José Gomes Temporão, médico sanitário de formação – nomeado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Presidente da República à época.

Carrara, Russo e Faro esclarecem:

Em seu discurso de posse de março de 2007, o médico sanitário José Gomes Temporão, Ministro da Saúde nomeado por Luiz Inácio Lula da Silva, em seu segundo mandato presidencial, listou a implantação de uma 'política nacional para a assistência à saúde do homem', entre as metas a serem perseguidas durante sua gestão. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009, p.1).

É nesse contexto que, em março de 2008, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem, inserida no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. A partir de então, os homens passaram a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas.

Ainda em 2008, destaca-se a audiência pública, convocada pela Câmara dos Deputados, no âmbito do IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem, oportunidade em o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH. (CARRARA, RUSSO e Faro, 2009, p.5).

No contexto de criação da PNAISH importante ressaltar o papel da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Para tanto, esclarece-se que hoje, a despeito do que se buscou em sua criação, a andrologia aparece como parte da urologia e é, nesse âmbito, definida como a subespecialidade urológica que cuida do sistema reprodutor, da função sexual e da regulação de hormônios sexuais masculinos. Apesar de a urologia não ser uma especialidade voltada apenas para o homem, a própria SBU tende a apresentá-la como tal, tão grande é o peso das questões de saúde masculina em sua pauta. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009, p.4).

Carrara, Russo e Faro esclarecem:

Desde pelo menos 2004, a SBU vinha se dedicando à causa da saúde do homem e, ao longo de todo o ano de 2008, passa a exercer forte pressão junto a diferentes setores do governo, a parlamentares, aos conselhos de saúde (CONASS e CONASEMS) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem. Em sua atuação, além do estabelecimento das diretrizes dessa política, estavam em jogo questões corporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade.

Uma das primeiras ações do grupo que assumiu a direção da SBU em janeiro de 2008 foi procurar o Ministro da Saúde para discutir a implantação do programa de saúde do homem e defender a importância da nomeação de um chefe para a área técnica. Simultaneamente, reúne-se com os presidentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Associação Brasileira de Psiquiatria para discutir os principais problemas a serem incorporados ao programa. (CARRARA, RUSSO, FARO, 2009, p.4).

Ainda no ano de 2008 ressaltava-se a assinatura de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a SBU, com o objetivo de promover a assistência ao homem no sistema público de saúde e reduzir as taxas de mortalidade masculina. O intuito desse documento não cingia-se a treinar os

médicos do sistema público de saúde a diagnosticar doenças urológicas, mas também auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público leigo visando à prevenção dessas doenças através do incentivo à busca dos serviços de saúde.

Em 2009, como resultado de uma parceria desenvolvida entre gestores do SUS, sociedades científicas, associações médicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, o Ministério da Saúde divulgou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, contendo diretrizes e princípios a serem seguidos para promover a assistência à saúde de homens entre 25 e 59 anos, traduzindo um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. (BRASIL, 2009, p. 3).

Além de influir decisivamente no conteúdo do novo programa, a SBU desenvolve ações também no sentido de garantir sua sustentação política. Nesse sentido, Carrara, Russo e Faro:

Em maio de 2009, por exemplo, distribuí folhetos no XXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, visando a 'solicitar apoio para políticas públicas voltadas para o sexo masculino'. Segundo noticia-se no website da sociedade, 'o objetivo é sensibilizar os gestores municipais a adotarem políticas que visem a uma assistência urológica mais efetiva nos hospitais públicos. Além disso, a SBU quer conscientizá-los sobre a Política Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde e agregá-los na luta para que tal programa entre em vigor o quanto antes.' No folheto distribuído, compara-se a situação de mulheres, apresentadas como sujeitos que reivindicam seus direitos, e de homens, apresentados em linguagem um tanto confusa como sujeitos passivos, cuja saúde tem sido negligenciada. (CARRARA, RUSSO E FARO, 2009, p.5):

Ressalta-se que a faixa etária em foco representava à época 41,3% da população masculina e 20% do total da população brasileira, além de ser uma parcela preponderante da força produtiva com significativo papel sociocultural e político, não estava, até então, incluída em nenhuma política de saúde. (BRASIL, 2008, 10).

Uma das preocupações centrais desta política é a promoção do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. Tal precaução

se justifica pelo fato de que a principal porta de entrada no sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento.

Este comportamento nocivo não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas, bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres, como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos. Ressalta-se ainda uma sobrecarga no sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

No curso da elaboração da Política buscou-se identificar os elementos psicossociais que acarretavam a vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciavam em seu acesso à Atenção Primária à Saúde. Foram analisados vários estudos comparativos entre homens e mulheres que comprovaram o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. (BRASIL, 2009, p. 11).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, constatou-se que os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de Atenção Básica e que muitos dos abalos por eles sofridos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. (BRASIL, 2009, p. 13).

Tal Programa busca a mudança na cultura sobre a prevenção enfatizando, para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, a compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças.

Nota-se, portanto, que as ações que são desenvolvidas pela Política devem ser focadas no fortalecimento e na qualificação da atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Nesse sentido, importante esclarecer que o sistema de saúde brasileiro é dividido em níveis de atenção, quais sejam: primária, secundária e terciária, denominados

também de níveis de Atenção Básica, média e de alta complexidade, respectivamente. Cada estrato, portanto, tem suas prerrogativas e responsabilidades e atende a demandas com determinada complexidade, custo e necessidade de uso de tecnologia.

À atenção primária, cujo carro-chefe é o Programa de Saúde da Família, cabe resolver a grande maioria dos agravos à saúde, além do direcionamento aos níveis subsequentes, pois é da atenção primária a tarefa de definir quando um paciente deve ser referenciado aos níveis de mais alta complexidade, se houver necessidade do uso desses recursos. As Unidades Básicas de Saúde – UBS e os Centros de Saúde são os locais em que a atenção primária se desenvolve. (PEDRUCCI, 2012, s/p).

O aprimoramento da rede básica de saúde por meio do Programa Saúde da Família - PSF, lançado em 1994 e hoje denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF, passando a ser a estratégia prioritária descrita na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, prevê o cuidado aos indivíduos, levando-se em consideração todo o contexto sociocultural e familiar. (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006, p.76).

Já a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade, compreendendo serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. (ERDMANN, 2013, s/p).

A atenção terciária, por sua vez, é responsável por um número muito menor de condições, mas que demandam muitos recursos tecnológicos e atuação de sub-especialidades. Casos um pouco mais raros e com necessidade de cuidados mais específicos. (PEDRUCCI, 2012, s/p).

Importante esclarecer que o Ministério da Saúde buscou analisar as razões da baixa-adesão dos homens ao sistema de saúde e se deparou com determinantes que se estruturam em duas barreiras de naturezas distintas: as socioculturais e as institucionais. (BRASIL, 2009, p. 14).

No tocante às variáveis culturais destaca-se os estereótipos de gênero delineados em nossa sociedade e a prevalência da masculinidade hegemônica. É o que se depreende do texto introdutório da PNAISH.

Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. (BRASIL, 2009, p.15).

Segundo Gomes, dentre os benefícios potenciais da entrada da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde destacam-se: o estímulo para que cientistas e formuladores enfrentem as questões inter-relacionais entre os gêneros, a entrada de novos olhares para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos. (GOMES, 2007, p. 59).

A tal fato se acresce o medo que o indivíduo nutre de o médico descobrir que algo vai mal com a sua saúde, colocando em risco sua crença de invulnerabilidade. A análise que precedeu a Política identificou que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. (BRASIL, 2009, p. 14).

Outra questão que foi levantada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor, de modo que o horário do funcionamento dos serviços coincidente com a carga horária do trabalho foi apontado como uma barreira. (BRASIL, 2009, p. 14). Nesse sentido extrai-se excerto da Política:

Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. (BRASIL, 2009, p. 16).

Nesse contexto, é relevante destacar o posicionamento de Welzer-Lang que sustenta a masculinidade hegemônica como uma concepção ainda prevalente e apta a justificar a não procura aos serviços de saúde, mesmo sob a ressalva de que o conceito de masculinidade vem sendo atualmente contestado e perdeu seu rigor original na dinâmica do processo cultural. (WELZER-LANG, 2001, p.3).

Uma vez identificados os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciam em seu afastamento da atenção primária à saúde, a Política se propõe a mudar a cultura sobre a prevenção enfatizando, para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, a compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças. (BRASIL, 2008, p. 17).

Já as barreiras institucionais apontadas pela Política, devem ser compreendidas como aquelas que dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais. e são tratadas de forma bastante breve. (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009, p.5).

A dificuldade de acesso aos serviços assistenciais é uma barreira institucional relevante apontada pelos homens, visto que para marcação de consultas é preciso aguardar em filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. (GOMES, 2007; p. 58).

A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais se mostra importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

3.3 CONCEITOS E PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Relevante destacar que a PNAISH considerou a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, admitindo que as masculinidades são construídas histórica e sócio culturalmente, como um processo em permanente transformação. Tal consideração tem por fundamento a promoção da equidade na atenção a essa população, fazendo com que diferenças de idade, condição social, local de moradia urbana ou rural, situação carcerária e orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas recebam diferentes tipos de ação a depender necessidades, observando sempre suas especificidades.

A política estudada pretende identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciam em seu acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Tal Programa quer mudar a cultura sobre a prevenção enfatizando, para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, a compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças. (BRASIL, 2008, p.8).

São elencados como objetivos principais dessa Política:

A promoção de ações de saúde capazes de contribuir significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos;

O respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão; (BRASIL, 2009, p. 3).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estabelece, então, como objetivo principal:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2008, p.9).

Sua implementação depende das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política. As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório. (BRASIL, 2008, p.10).

A Política visa possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina. As ações devem nortear a atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Sob a ótica arendtiana, cidadania é entendida como o direito que o cidadão tem a ter direitos. Na medida em que se compreende cidadania como “o direito a ter direitos” percebe-se que o homem enquanto não era protagonista de suas demandas por ser excluído do contexto de políticas públicas de saúde não tinha alguns direitos e, por isso, ficava inviabilizado de exercer a sua cidadania. (ARENDR, 2004, p.23).

A igualdade em dignidade e direitos dos seres humanos não é um dado, é, na verdade, um construído da convivência coletiva, que requer o acesso ao espaço público. É este acesso ao espaço público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos. (ARENDR, 2004, p.24).

Desse modo, a PNAISH deve ser compreendida como um marco social para a efetivação da cidadania dos homens e, assim, como um relevante passo na caminhada para a concretização dos Direitos Humanos, de forma plural e ampla.

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. 16).

A relevância da PNAISH é incontestável, visto que surge na contramão das características naturalizadas na masculinidade hegemônica, uma vez que coloca o homem, pela primeira vez, como sujeito principal de políticas públicas de saúde promovidas pelo Estado, cuidando de uma parcela da sociedade que no decorrer da história não foi sujeito desses cuidados. (BRASIL, 2009, p.2).

Alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos foram apontados como importantes e fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, entre eles, ressalta-se:

- A mudança de paradigma, pois o restrito campo da adesão a programas assistenciais de saúde cedeu espaço para uma perspectiva mais ampla sobre o tema, que privilegia um novo modelo baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas; (BRASIL, 2009, p. 19).

- A necessidade de articulação com outras ações governamentais e com a sociedade civil organizada, em especial aquelas instituições que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados essencialmente por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, entre outras propostas; (BRASIL, 2009, p. 20).

- O alinhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema

Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas propostas; (BRASIL, 2009, p. 20).

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

A fim de dar efetividade aos mencionados princípios faz-se mister que alguns elementos se mostrem presentes, tais como:

O acesso da população masculina aos serviços de saúde deve ser hierarquizado nos diferentes níveis de atenção e organizado de forma a possibilitar a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde; (BRASIL, 2009, p. 28).

Deve-se buscar a articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, assim como a disponibilização de informações e orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem; (BRASIL, 2009, p. 28).

Ações de captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres devem ser priorizadas; (BRASIL, 2009, p. 28).

Especial relevo à capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; (BRASIL, 2009, p. 28).

Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativo, assim como o estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; (BRASIL, 2009, p. 28).

Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; (BRASIL, 2009, p. 29).

Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias; (BRASIL, 2009, p. 29).

As propostas elencadas pela PNAISH são, de fato, animadoras no intento de atrair os homens aos serviços de saúde. No entanto, são ações de difícil concretização, pois dependem de articulação com outras áreas do Governo e visam a desconstrução da masculinidade hegemônica, enraizada na população.

3.4 AS DIRETRIZES DE AÇÃO DA PNAISH

A PNAISH estabeleceu diretrizes a serem seguidas pelos setores de saúde e que devem guiar a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades desenvolvidas a partir da Política. Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações.

Quando se fala em integralidade busca-se o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção, assim como a compreensão sobre os agravos e a complexidade do modo de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (BRASIL, 2009, p. 28).

Importante esclarecer que as diretrizes se apresentam em conformidade com os princípios anteriormente citados, que por sua vez encontram harmonia com os princípios do próprio SUS.

A viabilidade da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes. (BRASIL, 2009, p. 28).

As diretrizes propriamente ditas são as seguintes:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a Atenção Básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente Política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;
- Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (BRASIL, 2009, p.38).

As ações e estratégias propostas pela PNAISH dependem das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política.

As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório.

Cabe salientar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem vem sendo desenvolvida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS que encontra definição na Lei 8.080/90, como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder público.

É possível verificar a importância de mudança do pensamento da sociedade, que ao revés de enxergar a saúde como uma atividade curativa passe a encará-la como uma atividade preventiva. Dessa forma, a população entraria no Sistema Único de Saúde pela porta da Atenção Básica – proposta amplamente defendida pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e viabilizada pela criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

É fato que, atualmente, a Atenção Básica é o setor que mais se busca fortalecer no SUS, de modo que é possível perceber esse viés em várias outras políticas públicas promovidas pelo Estado. É o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que foi desenvolvida no intento de desconstruir a masculinidade hegemônica – aquela parcela dos homens que se enxergam invulneráveis às doenças – no sentido de fazer com que eles procurem os serviços de saúde de maneira preventiva, podendo assim, adentrar o Sistema de Saúde pela porta de entrada desejada – a Atenção Básica.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA E PESQUISA

Este capítulo apresenta um breve histórico do processo metodológico adotado, ao passo que explicita o seu cabimento dentro do objeto de estudo. Os motivos pelos quais o Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II foi escolhido como o local de desenvolvimento da pesquisa são expostos, assim como as ações desenvolvidas por esse Centro em consonância com as diretrizes da PNAISH, dando ênfase ao Ambulatório de Saúde do Homem. É também neste capítulo em que foi feita a análise dos cartões de atendimento dos pacientes, oportunidade em que são tecidas várias considerações que permeiam as problemáticas enfrentadas na PNAISH.

4.1 O PROCESSO METODOLÓGICO

O presente estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada em uma abordagem compreensiva e mediatizada pela pesquisa-ação, que visa compreender o por quê da procura dos homens por cuidados com a sua saúde se dá da forma como se dá e mais, se as ações que estão sendo desenvolvidas no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, por força da PNAISH que adotou o gênero como dimensão organizadora, estão fomentando a procura e a cientificação desse homem como sujeito de direito, carecedor de cuidados, sem que haja abalo em sua masculinidade.

Esta abordagem é útil para a pesquisa na medida em que permite a compreensão da realidade onde alguns fenômenos ocorrem, viabilizando a observação de vários elementos simultaneamente. Mostra-se ainda capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando, assim, explicações de comportamentos naturalizados.

A utilização de uma abordagem qualitativa na metodologia da pesquisa-ação viabiliza, por meio de uma interação com pacientes, médicos e enfermeiros, a compreensão dos fatores que levam e afastam os homens dos serviços de saúde. A vivência do dia a dia no Centro de Saúde durante as triagens e os atendimentos no terceiro turno permitem a assimilação da realidade ali vivida pelos homens, assim como a constatação e a compreensão de comportamentos masculinos influenciados pela masculinidade hegemônica socialmente construída.

Corroborando tal entendimento a afirmação de Minayo de que a abordagem qualitativa torna-se importante para a compreensão de valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, para entender as relações que ocorrem entre sujeitos sociais, assim como para avaliar políticas públicas e sociais tanto do aspecto de sua formulação, aplicação técnica, quanto dos usuários a quem se destina. (MINAYO, 2006, p.45).

A pesquisa qualitativa é, de fato, uma pesquisa mais crítica, visto que objetiva o universo de significações, motivos, aspirações, crenças, atitudes e valores importantes para a compreensão dos fenômenos de uma determinada situação, tendo o homem e a sociedade como sujeitos do conhecimento e valorizando o nível de realidade que nem sempre poderá ser qualificado. (MINAYO, 2006, p.46).

Como dito, essa abordagem qualitativa se apoia na pesquisa-ação. A opção pela abordagem compreensiva a partir da pesquisa ação deve-se à possibilidade oferecida por ela na pesquisa social com base empírica, onde pesquisador e participantes estão envolvidos de modo cooperativo e são representativos para o problema em foco e suas soluções. (THIOLLENT, 2005, p.69).

Saliento que a pesquisa-ação é mais do que uma imersão do pesquisador no meio investigado, pois tem como preocupação principal produzir

novas formas de conhecimento social dentro da problemática, com base em uma orientação crítica e não instrumental. (THIOLLENT, 2002, p.38).

Uma das perspectivas que a pesquisa-ação faculta ao pesquisador é, a partir do reconhecimento da situação atual, delinear possíveis soluções aos problemas reais com os quais os procedimentos convencionais, em regra, pouco contribuem.

Desse modo, através do método da pesquisa-ação é possível verificar quais ações vêm sendo desenvolvidas no Ambulatório do Homem após a edição da PNAISH; se essas ações estão sendo eficazes para combater o problema do afastamento do homem dos serviços de saúde; se eles após a primeira ida ao Centro de Saúde passam a se enxergar como sujeito de direitos e carecedor de cuidados, sem qualquer abalo em sua masculinidade; e, ainda, quais outras ações se mostram necessárias e possíveis, dentro daquele contexto, para a elucidação do problema. (ELLIOT, 1997, p. 143).

Após o esclarecimento acerca do processo metodológico adotado nessa pesquisa, mister esclarecer que a narrativa sobre os dados que foram analisados, decorrentes de prontuários e cartões de atendimento, assim como as impressões colhidas durante as visitas ao Ambulatório de Saúde do Homem, do Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, são expostas, em primeira pessoa, de modo que eu, pesquisadora, tornar-me-ei a narradora da realidade apurada.

4.2 A PNAISH NO DISTRITO FEDERAL – A ESCOLHA PELO CENTRO DE SAÚDE Nº 03 DE SOBRADINHO II

No Distrito Federal existem apenas três ambulatórios destinados ao público masculino, nos moldes do que preconiza a PNAISH. O Centro de Saúde nº 3 de Sobradinho II foi escolhido como o local para essa pesquisa por ser o pioneiro na

efetivação das ações propostas pela Política e abrigar, desde o ano de 2007, atendimento diferenciado para o público masculino, priorizando a linha de atuação que busca fortalecer e qualificar a atenção primária para atender às necessidades dessa parcela da população, um tanto avessa aos cuidados com a saúde.

Ressalto que, no ano de 2013, a Secretaria de Saúde ampliou a atenção à saúde do homem no Distrito Federal, disponibilizando, para tanto, dois outros Ambulatórios da Saúde do Homem, ambos localizados na cidade de Ceilândia, nos Centros de Saúde nº 6 (P Sul) e nº 8 (P Norte), com atendimento duas vezes por semana, no terceiro turno, a partir das 18h, com agendamento prévio de consultas.

A subsecretária de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Rosalina Aratani Sudo, no sítio eletrônico da Secretaria, manifestou-se com entusiasmo sobre a criação dos ambulatórios na cidade de Ceilândia, ao passo que afirmou, com bastante otimismo, que o objetivo do Governo é ampliar esse serviço para todas as regionais, de modo que tenha em funcionamento pelo menos um ambulatório de referência em cada cidade do Distrito Federal.¹

Tecidas tais considerações, cumpre salientar que o propósito da pesquisa é inteiramente pragmático, pois não está sendo feita apenas para conhecer a realidade do Ambulatório de Saúde do Homem, pois perpassa pela necessidade de averiguação sobre os mecanismos que vêm sendo utilizados pelo Centro de Saúde, delineados na PNAISH, para atrair os homens à atenção primária, e mais, se a intenção de tornar o homem mais receptivo às questões relativas à sua saúde e seus cuidados está sendo atingida.

Esclareço que o intento dessas ações diferenciadas para o público masculino é, de acordo com o texto da PNAISH, desconstruir a masculinidade hegemônica que está culturalmente enraizada na sociedade. Pois, o retrato do homem que foi socialmente construído é o que implica em seu afastamento dos cuidados com a saúde. (BRASIL, 2009, p.15).

¹ Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias-saude/item/2502-ses-amplia-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde-do-homem.html>. Acesso em 14 de agosto de 2014.

O raciocínio ainda hoje predominante de que homem que é homem não precisa de cuidados se apresenta completamente equivocado e deve ser combatido, uma vez que a doença é democrática e atinge homens e mulheres sem distinção. A partir dessa realidade é necessário incutir na perspectiva masculina que o cuidado com a saúde não é sinal de vulnerabilidade, mas sim uma necessidade de afirmação da sua condição de sujeito de direitos. (BRASIL, 2009, p.16).

A intenção é fazer com que os homens, através das ações propostas pela PNAISH, compreendam que a masculinidade hegemônica da forma como se apresenta atualmente é carregada de simbolismos que foram construídos e não são naturais. A partir dessa concepção de que o resultado do que se tem como parâmetro de masculinidade hoje é uma construção social, ou seja, de que o gênero como se coloca hoje é resultado de uma série de variáveis socioculturais, é possível compreender que outra masculinidade, fundada em outros conceitos, pode ser construída.

A compreensão de que sexo é algo diferente de gênero é libertadora, na medida em que dá a possibilidade de mudar as atitudes e as concepções enraizadas nos estereótipos de gênero que afastam os homens dos serviços de saúde. Digo isso porque, até hoje, é muito comum ouvir que um ou outro comportamento são inerentes ao sexo masculino. Ou seja, há uma tendência a se naturalizar os comportamentos como se eles fossem típicos de homem ou de mulher em razão do sexo biológico que carregam.

No decorrer desse trabalho, mais especificamente no Capítulo 2, essa diferenciação foi abordada e a medida que a pesquisa foi se desenvolvendo e os dados colhidos descobri o quão relevante e libertadora essa diferenciação é. Pois, naturalizar os comportamentos de homens e mulheres em razão do biológico é uma atitude muito simplista dentro de um universo tão rico que é a sociedade e, ao mesmo tempo, muito temeroso, pois minimiza a importância de fatores socioculturais na construção dos papéis de gênero.

Nesse sentido, trago excerto do pensamento de Bourdieu que ratifica essa posição, pois ele afirma que o indivíduo traz o coletivo em sua individualidade, na medida em que é um corpo socializado. Desse modo, adotando a ideia de que a

masculinidade não é biológica e sim uma construção daquilo que a sociedade, naquele momento, espera de um homem, é possível, a medida que os anseios se modificam, transformar as masculinidades que vão sendo construídas. (BOURDIEU, 2010, p.20)

No caso específico desta pesquisa, a masculinidade hegemônica é a predominante na sociedade brasileira e pode-se dizer que é fruto de uma construção social que dava aos homens sempre o espaço público, em detrimento do espaço privado para as mulheres, por conseguinte acarretando a eles a necessidade de ser o provedor, restando à mulher o papel secundário de cuidado com os filhos. Relevante notar como de duas simples características como essas é possível verificar todo o desenrolar do que significou ser homem por muito tempo.

A associação do homem à vida pública lhe acarretava o dever de prover a família e, conseqüentemente, a necessidade de ser forte e não adoecer, pois era o provedor da família. Junto com esse papel lhe era imputada a característica da virilidade, pois o poder de um homem decorria entre outras coisas desta atribuição e da sua capacidade de prover. Uma vez colocado confortavelmente nessa situação, não cabia a ele o papel do vulnerável e carecedor de cuidados, pois se descobrir doente significava deixar para trás todo o símbolo de força e de invulnerabilidade ostentado até então, visto que a doença sempre teve uma conotação de fragilidade, característica rejeitada veementemente por eles.

A fim de modificar essa situação, a estratégia de ação definida pelo Ministério da Saúde, já apresentada no Capítulo 3, foi a de que a saúde do homem ficaria sob a responsabilidade da Atenção Básica, ou seja, na Saúde da Família, tornando-se a porta de entrada para o atendimento do homem na rede de saúde, atingindo, assim, uma parcela significativa de homens que normalmente não procurariam o sistema de saúde.

A inauguração do Ambulatório de Atenção Básica ao Homem aconteceu em 19 de fevereiro de 2009 e se constituiu da fusão do DST/AIDS e do Serviço de Urologia. Um dos motivos que sensibilizaram a equipe na criação deste ambulatório com viés DST/AIDS e Urologia foi o alto índice de homens infectados com HPV, sem o devido controle e tratamento.

O Plano de Ação centrado no Homem desenvolvido no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II inclui atendimento do Ambulatório do Homem feito pela clínica médica com capacitação em Abordagem Sindrômica - DST/AIDS e capacitação na área de Urologia. A população alvo deste Ambulatório são homens na faixa etária a partir de 14 anos até 60 anos.

O atendimento é multidisciplinar e multiprofissional, realizado em parceria com a Urologia no Centro de Saúde para a realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, como cauterização de vírus do papiloma humano (HPV), biópsias, câncer de pênis, vasectomia e postectomia, etc, assim como diagnósticos diferenciais de outras patologias urológicas.

O Ambulatório da Saúde do Homem foi definido como a porta de entrada do homem no serviço de saúde, com encaminhamento quando necessário: para Clínica Médica (Grupo de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Grupo do Diabético), Planejamento Familiar (vasectomia), DST/AIDS (tratamento específico de AIDS e Hepatites) e a Urologia cirúrgica (encaminhado depois da realização de PSA total e livre, bem como ecografia prostática via abdominal e transretal dos casos em que se fizerem necessárias a realização de procedimento cirúrgico).

Outra ação realizada no Centro de Saúde nº 03 é o atendimento especial ao homem portador de HPV e ao marido da mulher portadora de HPV, com captação precoce e controle, bem como a realização de Peniscopia de rotina. No tocante ao procedimento de Peniscopia é importante salientar que esse é o único Centro de Saúde do DF que possui tal aparelho, que permite o diagnóstico precoce de várias doenças sexualmente transmissíveis e, por conseguinte, o início imediato do tratamento.

São realizadas ações educativas para doenças sexualmente transmissíveis que têm como público alvo a comunidade assistida pelo Centro de Saúde, nas modalidades de palestras, conferências e debates dentro e fora da unidade. Foram criadas parcerias com Associações e Cooperativas formadas principalmente por homens, com vistas a atrair e conscientizar esses sujeitos da necessidade de se cuidar da saúde e da disponibilidade do Ambulatório em atender no terceiro turno com agenda aberta. Um exemplo dessas ações foi a parceria

firmada com a Polícia Rodoviária Federal (PRF) para que os caminhoneiros fossem alertados da sua responsabilidade no controle do processo de adoecer e na manutenção de sua saúde durante as paradas obrigatórias em postos da PRF.

O Centro de Saúde de Sobradinho II disponibiliza para a população várias ações voltadas para a busca pelo bem estar do cidadão. Tal atuação se dá por meio de Grupos de Hipertensão, de Diabetes, de Planejamento Familiar, onde, além de serem abordadas questões relativas às doenças que acometem os participantes, a prática de exercícios físicos, a ingestão de alimentos saudáveis são fomentadas. Existem também ações voltadas para o controle do tabagismo e do etilismo.

Verifico a existência de ações direcionadas à interdisciplinaridade da promoção da saúde, ou seja, existe a preocupação de que o cidadão esteja em paz, com moradia estruturada, ecossistema em funcionamento para que tenha saúde, de modo que a participação de todas as áreas da sociedade trabalhando com um único objetivo apresenta-se como um diferencial positivo para a implementação dessa política.

Importante salientar que os atendimentos no Ambulatório do Homem ocorrem às segundas, terças e quartas-feiras, das 18 até às 22 horas, com atendimentos agendados e também com agenda aberta, facilitando enormemente a ida de homens entre 20 e 59 anos, embora atenda homens a partir do 14 anos, que, em regra, são trabalhadores e não estão dispostos a perder um dia de trabalho para procurar o médico.

Debruçando-me sobre a atuação dos mecanismos que vêm sendo desenvolvidas no Centro de Saúde nº 3 de Sobradinho é possível verificar que várias ações, à primeira vista simples, foram testadas e mostraram resultados bem satisfatórios. A disponibilização do atendimento no terceiro turno, com agenda aberta, por exemplo, significou a superação de uma das barreiras institucionais mais relevantes no afastamento dos homens dos serviços de saúde. Isso porque o horário normal de funcionamento dos Centros de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) coincide com o horário comercial de trabalho.

4.2 A ANÁLISE DOS CARTÕES DE ATENDIMENTO E DOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO HOMEM

A base documental utilizada na pesquisa compõe-se de cartões de atendimento de homens que foram consultados no Ambulatório de Saúde do Homem nos dias 28, 29, 30 e 31 de julho de 2014 e de seus prontuários. A amostra escolhida corresponde a 10% dos atendimentos realizados por mês naquele Ambulatório, ou seja, 16 pacientes. São atendidos em média 40 homens por semana, o que significa um fluxo de 160 pacientes por mês. Os cartões de atendimento que serão analisados foram disponibilizados pelos próprios pacientes após serem cientificados do objeto da minha pesquisa e assegurados de que teriam a sua identidade preservada. Esses cartões de atendimentos foram fotografados para posterior e estão colacionados no Anexo I desse trabalho.

Durante as quatro visitas que fiz ao Ambulatório, tive a oportunidade de acompanhar o procedimento de triagem dos pacientes, conversar com eles e com os médicos e enfermeiros sobre a realidade daquele Centro. Esclareço que as informações obtidas durante essas conversas, assim como toda a observação e o aprendizado vivido serão de grande valia para a conclusão do meu trabalho, pois utilizo a pesquisa-ação como processo metodológico.

Como dito, além dos cartões de atendimento busquei acompanhar a vivência dos pacientes no Centro de Saúde por meio de seus prontuários. Nesse ponto, explico que os antigos prontuários físicos, de papel, cederam espaço a um sistema informatizado, que abriga, entre outras coisas, os prontuários a partir de 2012. As informações constantes dos prontuários eletrônicos só podem ser acessadas mediante o uso de uma senha de servidor da Secretaria de Saúde do DF, o que me impossibilitou de analisa-los. Os antigos prontuários de papel ainda estão fisicamente no Centro de Saúde, em verdade, no meio do corredor abandonados.

Aqueles pacientes que tinham procurado o Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II em data anterior a 2012 possuíam prontuário de papel, aos quais tive acesso e colacionei as informações nas análises que farei a seguir.

A fim de resguardar a intimidade e preservar a identidade dos pacientes, seus nomes não serão divulgados, assim como o nome de seus pais, de modo que a cada paciente foi atribuído um número. Outro ponto que merece esclarecimento é de que será considerada como primeira ida ao Centro de Saúde o atendimento realizado a partir dos catorze anos, desprezando, portanto, as consultas realizadas na pediatria.

O paciente denominado de **número 01** nasceu no dia 12 de fevereiro de 1995, branco, com o nome de ambos os genitores em sua certidão de nascimento. Esse paciente registra consultas na especialidade de pediatria até 2006. Esclareço que para essa pesquisa não serão consideradas as consultas realizadas no período da infância, pois os cuidados relativos à saúde de crianças não é objeto dessa análise.

Portanto, o que nos interessa é em qual idade da vida adulta esse homem buscou atendimento de saúde. Primeiramente, esclareço que se trata de homem branco, que possui em seu registro de nascimento pai e mãe.

O primeiro registro de consulta em Clínica Médica foi em 29 de outubro de 2009, quando o paciente tinha 14 anos. Realizou ainda quatro outras consultas na mesma especialidade, nas datas de 03 de março de 2010, 29 de novembro de 2010, 17 de dezembro de 2010 e 18 de junho de 2014. Apenas nessa última consulta foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Homem. Como dito anteriormente o Ambulatório de Saúde do Homem atende homens a partir dos catorze anos de idade para auxiliar nos esclarecimentos sobre a vida sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos.

No entanto, esse paciente chegou ao Ambulatório de Saúde do Homem apenas aos dezenove anos em 31 de julho de 2014. Consta de seu prontuário que ele buscou o Ambulatório para obter esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos que poderiam ser utilizados pelos homens, assim como

sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, visto que iria iniciar a sua vida sexual.

Esse paciente é um exemplar do que se espera das novas masculinidades que estão surgindo em nossa sociedade, que não mais pregam a invulnerabilidade masculina. Trata-se de um homem que não tem a sua virilidade arranhada por exercer cuidados com a sua saúde, pois é conhecedor da saúde como direito do cidadão e se coloca confortavelmente na situação de sujeito de direitos, sem perder qualquer característica essencial à sua condição de macho.

Tais considerações se extraem da periodicidade com que ele procurou os serviços de saúde. De fato, nota-se que dos quinze aos dezenove anos esse paciente esteve alheio a qualquer cuidado com a sua saúde, no entanto, quando se sentiu preparado para dar início à sua vida sexual procurou o serviço de saúde, enxergando os médicos como aliados à sua vida.

São atitudes como a desse paciente que a PNAISH visa fomentar, visto que assim estar-se-á criando um homem sujeito de direitos.

O paciente denominado **número 02** é um homem, branco, nascido em 30 de maio de 1991, que procurou pela primeira vez o Centro de Saúde em 03 de julho de 2014, portanto, aos 23 anos de idade. Possui também pai e mãe em seu registro de nascimento.

Paciente com queixa de verrugas na região peniana. Foi diagnosticado com HPV - vírus do papiloma humano - e as lesões foram queimadas com ácido já na primeira consulta. Nesses casos o retorno ocorre, primeiramente, em uma semana e, se o prognóstico for bom, as consultas são espaçadas para quinze dias e depois um mês e assim sucessivamente.

Foi agendado um retorno para esse paciente, no entanto ele não compareceu, voltando ao Ambulatório após três semanas do primeiro atendimento, em 24 de julho de 2014 e posteriormente em 31 de julho de 2014.

Em conversa com uma das médicas que atende no Ambulatório, ouvi que a conduta de não voltar na segunda consulta após o início do tratamento do HPV é bastante comum, pois eles notam uma melhora na aparência do local

lesionado e pensam que não é preciso voltar. No entanto, logo voltam a aparecer lesões e eles retornam em busca de ajuda.

Homem negro, a, nascido em 11 de agosto de 1968, com pai e mãe em seu registro de nascimento, foi denominando de **número 03**. Trata-se de paciente não portador de doença sexualmente transmissível - DST, mas que foi diagnosticado como hipertenso e diabético na primeira vez que buscou atendimento no Centro de Saúde.

Desse modo, primeiramente foi atendido no Ambulatório de Saúde do Homem, em 09 de abril de 2014 e posteriormente foi encaminhado para controle das enfermidades na Clínica Médica. Realizou sua primeira consulta nessa especialidade em 24 de abril de 2014 e desde então já foi mais três vezes ao Centro de Saúde, nas datas de 05 de maio de 2014, 24 de julho de 2014 e 31 de julho de 2014.

Já o paciente chamado de **número 04** é um homem jovem, branco, nascido em 13 de novembro de 1987, que buscou atendimento médico pela primeira vez em 22 de maio de 2014, quando estava com 27 anos. Apresentava queixa de lesões no pênis e buscava esclarecimentos sobre planejamento familiar, pois já era pai de quatro filhos. Foi atendido desde a primeira vez no Ambulatório de Saúde do Homem, oportunidade em que teve o HPV diagnosticado por meio do exame de peniscopia e passou a receber o tratamento de cauterização das lesões na região peniana, escrotal e anal.

Após a primeira ida ao Centro de Saúde compareceu a todas as três consultas posteriormente agendadas, nos dias 29 de maio, 11 de junho e 30 de julho.

O paciente denominado **número 05** é homem branco, nascido em 10 de junho de 1986, registrado por ambos os genitores, que procurou o serviço de saúde pela primeira vez aos 28 anos de idade, em 25 de junho de 2014. Também nesse caso a procura se deu em face do aparecimento de verrugas, no entanto, dessa vez na região escrotal. O paciente foi diagnosticado, medicado e compareceu à consulta de retorno, agendada para o dia 30 de julho de 2014, demonstrando interesse em prosseguir com o tratamento.

O paciente denominado de **número 06**, possui pai e mãe em seu registro de nascimento. Trata-se de homem branco, com 27 anos, nascido em 02 de dezembro de 1987, procurou atendimento pela primeira vez em 17 de fevereiro de 2014 com queixa de lesões na região peniana. No primeiro atendimento foi diagnosticado com HPV e recebeu tratamento, no entanto, foi alertado da necessidade de fazer o acompanhamento da doença.

Após tal alerta o paciente compreendeu a necessidade de incorporar o cuidado com a saúde à sua rotina, de modo que voltou outras cinco vezes ao Ambulatório da Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, nas datas de 10 de março, 24 de março, 23 de abril, 02 de julho e 30 de julho.

O caso desse paciente pode ser compreendido como uma vitória das ações desenvolvidas pela PNAISH. Pois o atendimento no terceiro turno permitiu a ida desse paciente ao serviço de saúde, visto que ele trabalha como motorista de ônibus escola e fica durante todo o dia ocupado. Ademais, após a primeira consulta se conscientizou da importância do tratamento e vem cumprindo com as orientações médicas.

Trata-se de paciente ao qual atribui o número 7, nascido em 21 de maio de 1957, registrado por pai e mãe, que adentrou o Sistema Único de Saúde aos 56 (cinquenta e seis) anos pela Atenção Secundária, haja vista ter sido atendido no Hospital Regional de Sobradinho, na especialidade de cardiologia, em 08 de agosto de 2013, com queixas de cefaleia decorrente de pressão alta.

No ano seguinte, em 14 de fevereiro de 2014, após o aparecimento de verrugas na região genital procurou atendimento no Ambulatório de Saúde do Homem no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, onde passou a fazer tratamento. Curioso salientar que após a consulta que diagnosticou o paciente como portador de HPV ele passou a comparecer ao Centro de Saúde com frequência. Anote-se que ele retornou no dia 28 de fevereiro, depois em 07 de abril de 2014, em seguida nos dias 23 de abril de 2014 e 11 de junho de 2014.

No dia 17 de julho de 2014 o paciente tinha uma consulta agendada e não compareceu, no entanto, no dia 30 de julho de 2014 retornou e pode ser

atendido em razão de o Ambulatório da Saúde do Homem funcionar também no esquema de agenda aberta, acolhendo homens que não marcaram consulta.

Tal prática tem um papel de suma importância no objetivo de atrair os homens ao serviço de saúde. O fato de o homem se deslocar até o Centro de Saúde é entendido como a exteriorização de uma vontade, ou melhor, de uma necessidade, que não pode ser desperdiçada, pois, em razão da maneira como a masculinidade é construída na sociedade tal expressão é rara.

Nota-se que esse paciente passou grande parte de sua vida adulta sem procurar o serviço de saúde, exteriorizando uma conduta que, infelizmente, é muito comum em razão da masculinidade hegemônica que ainda predomina. No entanto, cumpre ressaltar a boa aceitação que o paciente demonstrou no tratamento proposto no Ambulatório de Saúde do Homem, o que denota uma quebra do paradigma imperativo de que os homens não carecem de cuidados com a sua saúde.

O paciente nascido em 28 de setembro de 1985, chamado de número 8, possui pai e mãe em seu registro de nascimento e aos 25 anos de idade, no dia 23 de setembro de 2011, buscou o Centro de Saúde próximo à sua casa em virtude do aparecimento de verrugas na área do ânus. Nessa oportunidade o paciente passou por uma triagem e foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Homem.

Ocorre que, apenas em 04 de abril de 2012, esse paciente voltou ao Centro de Saúde e iniciou seu tratamento no Ambulatório de Saúde do Homem. Retornou ainda nos dias 18 e 25 do mesmo mês e ano e no dia 31 de maio de 2012 para dar prosseguimento ao seu tratamento do HPV que lhe acometia e havia sido diagnosticado na primeira consulta realizada no Ambulatório.

Já com o HPV sob controle, ainda no ano de 2012, no dia 15 de agosto, procurou o Centro de Saúde para se consultar com uma nutricionista, especialidade que a época era disponibilizada à população masculina, nos mesmos moldes do Ambulatório do Homem.

No tocante à especialidade de nutricionista, cumpre ressaltar que essa não mais é disponibilizada aos pacientes no Ambulatório de Saúde do Homem.

Saliento a fragilidade das conquistas alcançadas pela equipe do Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, pois elas estão a mercê de interesses políticos de maior vultuosidade.

A disponibilização de nutricionistas e de urologistas para atendimento do Ambulatório de Saúde do Homem já foi uma realidade, no entanto, hoje permanece no passado, pois as autoridades governamentais na área de saúde do Distrito Federal não mais entendem a Saúde do Homem como uma prioridade, carecedora de maiores incentivos. Infelizmente, parece preponderar o entendimento de que as conquistas até então alcançadas são suficientes e não precisam ser multiplicadas. O que, sem dúvida, é um equívoco tremendo, pois o que se almeja em termos de conscientização da população masculina em relação aos cuidados com a saúde ainda está longe de ser o ideal.

Voltando à análise da periodicidade do paciente no Ambulatório, verifica-se que, quase dois anos após o último atendimento no Serviço de Saúde, ele retornou relatando sintomas de alteração no nível glicêmico, situação verificada em uma medição de glicemia realizada na Rodoviária do Plano Piloto por agentes de saúde.

Nessa oportunidade, em 05 de junho de 2014, foi atendido na Clínica Médica e medicado. Ato contínuo, o paciente foi aconselhado a marcar uma consulta no Ambulatório de Saúde do Homem, pois o médico que o atendeu na Clínica Médica constatou após a anamnese novas manifestações do HPV. O paciente, então, em 23 de julho de 2014 retornou à consulta com a médica da Saúde do Homem e retornou o tratamento para o HPV.

O que se constata de mais latente no caso acima mencionado é a ausência de preocupação com a prevenção, pois a busca pelos serviços de saúde ocorre para sanar efeitos que já se alojaram naquele homem. É interessante notar que no curso do tratamento é baixo o índice de evasão do homem. Exala a sensação de que eles, de fato, se amedrontam com a moléstia e com o adoecer, de modo que se comprometem a tratá-la. No entanto, quando se vêem livres dos sintomas que mais lhes afligia parecem se esquecer dos temores anteriores e da necessidade de manter o cuidado para evitar novas doenças. É possível depreender

que a relação estabelecida entre os homens e os serviços de saúde funciona em uma espécie de ciclo de cuidado, cuidado esse que advém da doença. Portanto, a busca pelo serviço de saúde está associada a uma ação curativa e não preventiva.

Como já foi explicitado no Capítulo 2 e 3, o distanciamento dos homens dos serviços de saúde e, por conseguinte, a ausência de cuidado consigo são reflexos da maneira como a masculinidade foi construída e é legitimada em nossa sociedade.

O histórico de procura ao Serviço de Saúde do paciente que denominei de **número 09** é muito semelhante a outros casos já relatados nesta pesquisa, visto que se trata de homem que procurou ajuda médica pela primeira vez em sua vida adulta aos 30 (trinta) anos de idade, quando notou protuberâncias distoantes em sua genitália.

Trata-se de paciente branco, que possui pai e mãe em seu registro de nascimento, que trabalha durante o dia e relata nunca ter ido ao médico por achar que o serviço público de saúde do Distrito Federal só funcionava depois de dias e horas de espera. Já na primeira consulta no Ambulatório do Homem, que ocorreu por meio do atendimento com agenda aberta em 07 de maio de 2014, o paciente foi diagnosticado como portador de HPV e iniciou o tratamento de cauterização das lesões. Foi aconselhado a retornar para acompanhar a doença.

A partir daí retornou outras quatro vezes ao Centro de Saúde, nos dias 18 de junho, 02 de julho, 30 de julho, todos de 2014. Em sua última consulta foi aconselhado a marcar um retorno em três semanas e atendeu prontamente ao pedido da Médica que o acompanha e agendou sua volta para dia 20 de agosto de 2014 para dar continuidade ao tratamento do HPV.

Nota-se que o motivo relatado pelo paciente como o obstáculo para o acesso ao serviço de saúde era uma barreira institucional, que se apresentou transposta a partir do seu atendimento sem marcação de consulta na primeira vez que foi ao Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II.

A despeito de não constar em seu prontuário qualquer menção às barreiras socioculturais que também justificam o afastamento do homem dos

cuidados com a saúde, sabe-se que elas existem. No entanto, espera-se que a partir do ingresso desse homem no serviço de saúde, do contato com os médicos e da reação positiva desse encontro ele possa dar ao cuidado com a saúde o lugar de destaque que merece, retornando com mais frequência após receber alta do tratamento da moléstia que hoje possui.

O paciente denominado como **número 10** para essa pesquisa é negro e nasceu em 16 de julho de 1978 e foi registrado apenas pela mãe. Trata-se de um dos casos em que o paciente adentra o serviço de saúde pela atenção especializada, aos 32 anos de idade, visto que se consultou no Hospital Regional de Sobradinho na especialidade de Urologia em 22 de setembro de 2010. Em seguida retornou ainda outras duas vezes na mesma especialidade para dar continuidade ao tratamento, em 17 de novembro de 2010 e em 27 de janeiro de 2011.

Após tais atendimentos ficou quase três anos sem ir ao médico e retornou apenas em 04 de novembro de 2013 ao Ambulatório de Saúde do Homem, relatando a dificuldade de agendamento de consultas no Hospital Regional de Sobradinho. Retornou com as mesmas queixas anteriormente relatadas na Urologia, ao passo que reiniciou o tratamento do HPV que lhe acometia desde 2010.

Foi orientado a não desistir do tratamento e comparecer às consultas agendadas no terceiro turno de atendimento do Centro de Saúde. Compareceu às consultas nos dias 13 de novembro de 2013, em seguida em 05 de fevereiro de 2014. Após essa data retornou ao Ambulatório apenas em 30 de julho de 2014, deixando de comparecer a outras duas consultas que haviam sido agendadas.

Trata-se, portanto, de paciente que demonstra resistência ao tratamento e insiste em retornar ao Centro de Saúde apenas quando a situação da moléstia se agrava. Na última consulta foi novamente cientificado na necessidade de dar continuidade ao tratamento e se comprometeu a comparecer.

O paciente para o qual atribui o **número 11** é branco e nasceu em 20 de agosto de 1972, tendo sido registrado por ambos os genitores, e, conforme consta de seu cartão de atendimento, procurou o serviço de saúde em sua vida adulta, no dia 23 de maio de 2000, aos 27 anos de idade. A busca pelo serviço de saúde se deu em razão de queixas em sua visão, razão pela qual foi atendido por

um oftalmologista. Nota-se que não havia qualquer mal que acometia esse homem, no entanto, havia sintomas que lhe incomodavam e isso foi o suficiente para fazer com que ele ultrapassasse as barreiras institucionais e socioculturais e buscasse auxílio médico.

Ressalto que, nesse caso, em especial, quando se trata da busca por um oftalmologista, as barreiras socioculturais não são representativas, pois não se apresenta como frágil à sociedade aquele homem que ostenta óculos. Invariavelmente, sabe-se que todo aquele que porta esse apetrecho passou antes por uma consulta e foi visto por um médico.

Como dito, a busca por um oftalmologista não representa qualquer espécie de vulnerabilidade, ao contrário do que se dá quando a busca é por outra especialidade médica, como a proctologia, por exemplo. É, portanto, nesse sentido que digo que as barreiras socioculturais não precisaram ser ultrapassadas por esse paciente em específico. Apenas as barreiras institucionais foram transpostas, visto que ele teve que lidar com a demora na marcação da consulta, em seguida com a demora no atendimento que raramente ocorre no horário marcado e, por consequência, teve que se atrasar para o trabalho e justificar seu retardo com uma ida ao médico, o que nunca é confortável.

Bom, ultrapassadas tais considerações, retorno à análise da periodicidade com que o paciente buscou os serviços de saúde. A próxima anotação que conta no cartão desse paciente é de 20 de maio de 2013, ou seja, quase treze anos depois da primeira consulta que realizou em sua vida adulta. Interessante salientar que esse homem retornou ao Serviço de Saúde não em busca de atendimento, mas sim para participar do Grupo de HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica porque já sabia que era portador de hipertensão arterial.

Não consta do prontuário desse paciente a oportunidade em que ele se descobriu hipertenso, tampouco se já tomava medicamento para controle da afecção quando passou a frequentar o grupo, no entanto, tudo leva a crer que ela já havia sido medicado e alertado para a importância da mudança de hábitos para os portadores de hipertensão arterial.

Sete meses após a primeira ida ao Grupo de HAS, já em 27 de janeiro de 2014, esse paciente retornou ao Centro de Saúde para ser atendido na clínica médica de hipertensão arterial sistêmica. Em razão das queixas relativas à disfunção erétil foi orientado a participar da palestra do Grupo de HAS no dia 06 de maio do mesmo ano e foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Homem.

No dia 07 de maio de 2014 o paciente foi atendido e relatou as dificuldades que vinha enfrentando em sua vida sexual em função da disfunção erétil, causada pelo hipertensão arterial. Os médicos do Ambulatório da Saúde do Homem e da Clínica Médica trabalharam em conjunto a fim de encontrar a dosagem correta da medicação para equilibrar a pressão arterial e diminuir os desconfortos por ela causados á vida sexual do paciente. Desse modo, foi atendido pelo Clínico em 22 de maio de 2014, em seguida no Ambulatório de Saúde do Homem em 25 de junho de 2014 e posteriormente, na mesma especialidade em 23 de julho de 2014.

O paciente denominado de **número 12**, possui apenas o nome da mãe em seu registro de nascimento, é branco e se descobriu portador do vírus HIV no ano de 2013, aos 40 anos de idade, visto que nascido em 06 de agosto de 1973. A maneira como ele descobriu a doença não consta em seu prontuário, de modo que já adentrou o Serviço de Saúde sabedor de sua condição de soro positivo.

Curiosamente, a primeira consulta do paciente foi com uma psicóloga em 07 de novembro de 2013 no Hospital Dia, Centro de Saúde localizado na 508 Sul, referência no Distrito Federal no tratamento e acompanhamento de portadores do vírus HIV. Nessa oportunidade foi encaminhado ao Infectologista e ao Nutricionista para o acompanhamento da moléstia.

Faz-se mister apenas uma ressalva em relação ao Hospital Dia, pois é um centro de referência no tratamento do portador de HIV, no entanto, não desenvolve qualquer ação voltada em específico à saúde do homem. No início dessa pesquisa, em meados de 2011, fui até essa Centro de Saúde saber sobre as ações propostas pela PNAISH que estavam sendo ali desenvolvidas e, para a minha surpresa, recebi a resposta de que essa temática é ainda incipiente no serviço público de saúde, que não havia qualquer fomento por parte do Ministério da Saúde e tampouco da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para que estratégias fossem

desenvolvidas em prol desse sujeito, mas, que já tinha ouvido falar que havia um Centro de Saúde em Sobradinho que abrigava um Ambulatório de Saúde do Homem.

Já no dia 11 de novembro de 2013 teve a primeira consulta com o Infectologista e no dia 25, do mesmo mês e ano, encontrou-se com a Nutricionista.

A partir de então realizou consultas frequentes com a Infectologista nas seguintes datas: 27 de novembro de 2013, 30 de janeiro de 2014, 10 de março de 2014, 28 de abril de 2014, 27 de junho de 2014 e 8 de julho de 2014, totalizando sete encontros nessa especialidade. Tais dados contrariam um dos pontos relatados no diagnóstico que subsidiou a PNAISH, pois, o que em regra se notou - que os homens têm maior dificuldade em perseverar no tratamento e são mais arredios para o uso de medicamentos – não se aplicou a esse paciente.

A Infectologista encaminhou o paciente ao Ambulatório de Saúde do Homem para a elucidação de dúvidas em relação à sua vida sexual (atendimento ocorrido em 31 de julho de 2014) e ao Urologista para acompanhamento, consulta agendada para 12 de setembro de 2014.

Outro ponto que merece destaque na análise desse cartão de atendimento é que todas as consultas desse paciente, com exceção da última que ocorreu no Ambulatório de Saúde do Homem, ocorreram no período diurno, o que se costuma chamar de horário comercial. Apenas o atendimento no Centro de Saúde nº 3 de Sobradinho II ocorreu no terceiro turno, após as dezoito horas.

Normalmente, o atendimento em horário comercial, durante o expediente de trabalho, se constitui em uma barreira, por vezes, intransponível para que o homem busque atendimento. No entanto, esse paciente, superou as barreiras buscando não só o atendimento, como também o tratamento.

Paciente ao qual foi atribuído o nome fictício de **número 13** é negro e nascido em 03 de setembro de 1993, sem o nome do pai no registro de nascimento.

A primeira ida a um Centro de Saúde na idade adulta ocorreu em 12 de março de 2014, aos 21 anos. O paciente relatou ser sexualmente ativo e apresentou queixas relativas à sua vida sexual. Após o exame de peniscopia foi diagnosticado

como portador de sífilis e de HPV. O paciente foi alertado da gravidade das lesões que apresentava e da necessidade de continuar o tratamento que estava se iniciando naquele dia.

O retorno foi agendado para o dia 26 de março de 2014 e o paciente compareceu, assim como o fez nas outras nove vezes que foi atendido até o dia 23 de julho, nas datas de 04, 09, 16, 23 e 30 de abril, 07 e 21 de maio, 04 de junho e 23 de julho.

O que exsurge como relevante da análise desse cartão de atendimento é, em primeiro lugar, a baixa idade do paciente e a intensa adesão que ele apresentou ao tratamento, pois, no mês de abril, por exemplo, chegou a ir toda semana ao médico.

Trata-se também de paciente que chamou a atenção da equipe de saúde pelo elevado grau das lesões que ele apresentava quando comparado à sua idade, apenas 21 anos.

O paciente denominado **número 14** nasceu em 27 de junho 1989 é branco e possui ambos os genitores em seu registro de nascimento. Conforme cartão de atendimento, ele procurou o Serviço de Saúde do Distrito Federal pela primeira vez em 14 de outubro de 2010, quando tinha 21 anos de idade. Na ocasião, esse paciente foi atendido na Clínica Médica do Centro de Saúde nº 01 de Sobradinho e diagnosticado com hipertensão arterial e diabetes.

Uma vez medicado, cientificado de sua condição e, principalmente, da necessidade de retornar ao médico para manter as moléstias controladas, aderiu ao tratamento e passou a procurar os serviços de saúde com regularidade, visto que foi atendido na Clínica Médica em 10 de janeiro de 2011, em seguida em 09 de fevereiro, em 28 de março, em 29 de abril, em 08 de julho e em 25 de agosto de 2011.

A despeito de todas as intervenções médicas realizadas e da aderência do paciente ao tratamento, a situação dele se agravou para uma insuficiência renal, razão pela qual foi encaminhado ao Nefrologista para acompanhamento da nova moléstia que lhe acometia.

Assim, em 19 de junho de 2012, o paciente foi atendido por um nefrologista no Hospital Regional da Asa Sul, que o diagnosticou como portador de doença renal crônica, carecedor de cuidados especiais e de acompanhamento nessa especialidade. Novamente o paciente foi receptivo ao tratamento e retornou às consultas agendadas nessa especialidade, nos dias 17 de julho e 28 de agosto de 2012.

No entanto, o paciente não compareceu à consulta agendada para o dia 4 de setembro de 2012. No tocante a essa ausência, cumpre ressaltar que a consulta foi agendada para as 13 horas, diversamente das últimas duas que haviam sido agendadas para o período matutino. Apesar de tais dados não constarem do prontuário do paciente, é possível a ilação de que essa ausência se deu em razão de o horário da consulta coincidir com o seu horário de trabalho, pois esse paciente é empacotador em um supermercado e trabalha no período vespertino.

Tal fato reforça a importância da disponibilização de consultas em terceiro turno para evitar a evasão do paciente e, principalmente, a aderência de novos. Note-se que as barreiras socioculturais proeminentes em nossa sociedade já haviam sido transpostas por esse paciente que procurou atendimento e aderiu ao tratamento, comparecendo ao médico e tomando os medicamentos recomendados. No entanto, em razão de essas barreiras serem ainda uma realidade social, é possível que, nesse caso, o empregador do paciente não fosse sensível às necessidades do empregado e à sua condição de paciente carecedor de cuidados.

Outra ilação possível, nesse caso, é de que o próprio paciente não tenha compartilhado com seu empregador a sua condição de doente crônico, por receio de que fosse considerado inválido e, pior, inservível para o trabalho.

Permito-me a observação de que a disponibilização de serviços de saúde no terceiro turno não é suficiente para desconstruir as consequências malévolas no pensamento enraizado na masculinidade hegemônica de que homens não ficam doentes, de que a doença abala a condição de homem e, por conseguinte, a sua capacidade de trabalho. No entanto, entendo essa ação como a transposição de uma barreira institucional importante, capaz de levar os homens cada vez mais aos serviços de saúde. Uma vez dentro do serviço de saúde esses

homens serão conscientizados da necessidade de cuidado com a saúde e serão responsáveis por disseminar essa nova realidade aos seus pares, fazendo com que uma nova concepção se construa, diminuindo, assim as barreiras socioculturais.

Voltando à análise do cartão de atendimento do paciente, ciente de sua doença, ele retornou ao Nefrologista em 26 de março de 2013, às 7 da manhã. Nessa oportunidade, foi encaminhado à Clínica Médica em consulta realizada às 10 horas da manhã, do dia 08 de maio de 2013. Retornou ao Nefrologista ainda no ano de 2013, no dia 28 de maio, às 8 horas da manhã.

Esse paciente se afastou do Serviço de Saúde por um ano, retornando em 06 de maio de 2014 para uma consulta às 18 horas com o Urologista no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II. Foi novamente encaminhado ao Nefrologista, consulta realizada às 7 da manhã, do dia 10 de junho de 2014.

Nessa oportunidade, já com a hipertensão arterial, a diabetes e a doença renal crônica sob controle, foi orientado a procurar o Ambulatório de Saúde do Homem, no terceiro turno de atendimento, para aconselhamento sobre a disfunção erétil causada pelas doenças crônicas que possuía. O atendimento no Ambulatório de Saúde do Homem ocorreu em 23 de julho de 2014 e não foi agendado retorno.

Da análise do cartão de atendimento do paciente e dos dados constantes de seu prontuário é possível deduzir que esse homem se apresenta hoje ciente da sua condição de sujeito carecedor de cuidados e pode ser um importante propulsor de novos significados para a masculinidade e para a necessidade de prevenção aos seus pares.

Saliento que o paciente adentrou o serviço de saúde já acometido de doença, buscando tratamento. Os males que o acometem poderiam ter sido evitados, ou ao menos controlados anteriormente de forma a não se agravar tanto se a busca pelo médico tivesse ocorrido antes, permeada pela ideia de prevenção e não de combate aos sintomas e à doença já instalada.

O paciente denominado de **número 15** é negro, nascido em 24 de janeiro de 1996 e em seu registro de nascimento não consta genitor. Trata-se de

paciente residente em outra cidade satélite do Distrito Federal que procurou o Ambulatório de Saúde em 07 de março de 2014, aos 28 anos de idade, em virtude de lesões na região peniana. Relatou na triagem do Ambulatório que estava prestes a buscar atendimento particular quando soube por um colega da empresa em que trabalha que em Sobradinho II havia um Centro de Saúde com um Ambulatório destinado aos cuidados com a saúde do homem, que era referência no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis.

Já na primeira consulta o paciente foi diagnosticado como portador de HPV e se submeteu ao procedimento de cauterização. Mostrou-se disposto a realizar o tratamento, apesar da distância entre o Centro de Saúde e sua residência. Retornou outras cinco vezes ao Ambulatório de Saúde do Homem, nas datas de 07 de abril, 23 de abril, 04 de junho, 25 de junho e 23 de julho desse ano.

Dois pontos em especial me chamam atenção na análise desse paciente. O primeiro se deve ao fato de que ele reside em outra cidade satélite do Distrito Federal, distante mais de 50 quilômetros de Sobradinho II e, ainda assim, foi buscar tratamento nesse Centro por ser referência no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Desse fato retiro a importância de que outros Centros de Saúde passem a disponibilizar um Ambulatório dedicado à Saúde do Homem, a fim de que seja facilitado o acesso desses pacientes a tratamentos dessa espécie. A ida de homens de outra localidade em busca de cuidados no Centro de Saúde nº 03, pois esse é um dos objetivos da PNAISH, no entanto, sabe-se que não é comum que os homens apresentem essa disponibilidade de locomoção, de modo que, para um melhor atendimento, é preciso que outros Ambulatórios sejam criados.

Outro ponto relevante que se extrai do relato do paciente é que ele estava prestes a buscar atendimento particular porque não sabia que o SUS realizava esse tipo de atendimento, tendo sido alertado por um colega da existência do Ambulatório de Saúde do Homem. Noto que o colega que alertou o paciente é, provavelmente, um homem que já se consultou no Ambulatório ou que conhece algum paciente que tenha sido atendido e passou a disseminar a informação, demonstrando a relevância do trabalho ali realizado. Por outro lado, é desanimador saber que uma iniciativa tão eficaz seja tão pouco divulgada pela própria rede de atendimento público, demonstrando a necessidade de maior divulgação dos

propósitos da PNAISH e das ações realizadas com vistas a atingir seus objetivos, como é o Ambulatório de Saúde do Homem.

Já o paciente aqui chamado de **número 16** nasceu em 17 de maio de 1970 e adentrou o SUS para fazer uma cirurgia de correção de uma fístula arteriovenosa, aos 33 anos, em 21 de janeiro de 2003, no Hospital Regional de Sobradinho. É paciente branco, registrado por ambos os genitores, portador de hipertensão arterial, sedentário e fumante.

Trata-se de paciente com hipertensão arterial que adentrou o SUS pela atenção especializada, situação que a PNAISH busca coibir a fim de evitar maior dispêndio financeiro por parte do Estado e sofrimento do paciente e da família, fomentando, em contrapartida, ações como o Ambulatório de Saúde do Homem existente no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II.

Após a cirurgia ambulatorial o paciente foi atendido três vezes na Clínica Médica do Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II durante o ano de 2003, nas datas de 22 de setembro, 19 e 21 de novembro, sendo sempre alertado sobre a necessidade de mudança dos hábitos de fumar e de ser sedentário para uma melhor qualidade de vida. No ano seguinte – 2004 – buscou atendimento apenas uma vez em 12 de abril. Passou o ano de 2005 sem procurar atendimento. Já no ano de 2006 foi atendido na Clínica Médica em 10 de janeiro e no Gastroenterologista em 24 de abril.

Após a última consulta em 2006 o paciente passou cinco anos sem procurar atendimento médico, mesmo sendo sabedor da sua condição de hipertenso e carecedor de cuidados regulares. Em 15 de julho de 2011 foi atendido na Clínica Médica e não relatou qualquer mudança em seus hábitos, permanecendo fumante e sedentário, atitudes que agravam ainda mais seu quadro de hipertensão arterial.

Retornou ao Hospital Regional de Sobradinho em busca de atendimento ortopédico, que foi realizado em duas consultas no dia 14 e 21 de outubro de 2011.

Novamente o paciente deixou de procurar atendimento nos anos seguintes, tendo comparecido ao Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II em 31 de

julho de 2014 com a pressão arterial muito alterada, oportunidade em que foi medicado e encaminhado ao Ambulatório de Saúde do Homem para controle da pressão.

Extraio como relevante dos dados acima descritos o fato de que o contato desse homem com o Serviço de Saúde não foi suficiente para sensibilizá-lo de verdade da sua condição de sujeito carecedor de cuidados. Entendo que tal fato se deve a uma série de fatores, entre os quais destaco o despreparo dos médicos para conscientizar os pacientes da necessidade de cuidados com a saúde e também de prevenção.

A necessidade de conscientizar os médicos de todas as especialidades da importância que eles têm na disseminação da PNAISH no momento em que recebem os pacientes homens em seus consultórios é um dos objetivos da PNAISH. É de suma importância que os médicos de outras especialidades sejam treinados para receber o paciente homem de uma forma diferenciada, tratando-o como um potencial veículo de mudança da concepção da população masculina em relação à necessidade de cuidados com a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período em que estive acompanhando as triagens dos pacientes no Centro de Saúde nº 3 de Sobradinho II algo que me chamou atenção foi o fato de a grande maioria dos homens que estavam ali buscando atendimento serem brancos. Era exceção a presença de negros e não presenciei nenhum oriental no Ambulatório. Dessa observação é possível fazer a ilação de que os homens brancos tenham maior acesso à informação e se sintam mais acolhidos e representados nos Centros de Saúde, justificando, assim, o fato de que os homens brancos se vejam mais como sujeitos de cuidados que os homens de outras raças.

Outro ponto que merece relevância é a quantidade de pacientes que não tinham pai em seu registro de nascimento. Não é possível asseverar que a ausência paterna na vida desses homens tenha alguma relação direta sobre a sua conduta em relação à saúde, mas é possível pensar que, provavelmente, ante a ausência do genitor, esses homens tenham precisado adentrar o mercado de trabalho mais precocemente que outros que possuíam ambos os genitores provendo o lar.

Quanto antes o homem entra no mercado de trabalho menos tempo lhe resta para os cuidados com a saúde. Desse modo, é possível entender como, no mínimo, preocupante a ausência do nome do pai no registro de nascimento por todas as implicações que isso pode causar, chegando até à ausência de cuidados com a saúde.

O atendimento em terceiro turno, com agenda aberta, disponível no Ambulatório de Saúde do Homem no Centro de Saúde analisado foi uma atitude surpreendentemente bem aceita pela população masculina. Os homens cientes de que tinham um espaço em que seriam acolhidos pelo serviço de saúde sem que tivessem que perder um dia inteiro de trabalho e se expor aos seus superiores ao revelar que estavam tendo cuidados com sua saúde passaram a ir ao consultório e,

por conseguinte, a se submeter a ações preventivas de doença e de promoção da saúde.

A relevância da temática de gênero, abordado no Capítulo 2 dessa pesquisa, se encontra no centro da PNAISH. É neste sentido que se espera que os profissionais que atuam na implantação desta política no nível local tenham se apropriado dos aspectos centrais desta discussão. No Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II essa conscientização se verifica, no entanto, noto que nos demais Centros de Saúde e ambulatórios a formação dos profissionais é bastante deficiente, sem qualquer capacitação em gênero, somado ao desconhecimento da PNAISH.

Não é possível concluir após a análise dos dados se os homens estão procurando mais o atendimento à saúde, no entanto, depreendo da experiência vivida no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II que os homens só procuram o serviço de saúde quando possuem alguma queixa que os incomoda já por algum tempo. Interessante notar que os homens ali atendidos em nenhum momento foram em busca do Centro de Saúde para fazer prevenção. A busca de todos era por uma solução para os males que lhes acometia.

No entanto, o que, a meu sentir, exsurge de mais relevante desse quadro é que após terem sido diagnosticados e seus corpos medicalizados a maioria desses homens passou a se preocupar com a prevenção, de modo que compareceu aos retornos agendados pelos médicos e, de certa forma, introduziu a questão do cuidado à saúde à sua rotina de vida.

Entretanto, pontos ainda carecedores de atenção devem ser ressaltados. A ausência de um sistema de registro de informações que contenha a variável sexo na Atenção Básica é também um fator que dificulta a verificação dos locais em que a população masculina é mais desprovida de atendimento e carece de maior intervenção das equipes de saúde da família. A inexistência de dados sobre número de homens que realizam consultas e exames dificulta tanto o planejamento quanto a defesa da política como uma prioridade.

A divulgação pelos gestores da PNAISH para a população em geral, estimulando a procura dos serviços de saúde por parte dos homens, através de

entrevistas na mídia ou campanhas em rádio e *outdoor* é também precária e está longe de ocupar o lugar de destaque que merece.

O material informativo e de divulgação da PNAISH elaborado pelo Ministério da Saúde não é disponibilizado de forma correta. No Centro de Saúde estudado os folders não estão acessíveis aos pacientes, pois encontram-se “guardados” em uma estante na parte interior do Centro, em um local em que não é permitida a entrada dos pacientes. Ou seja, como exigir que o homem se veja como sujeito do direito à saúde se ele não encontra qualquer identidade com aquele local. Os cartazes que estão expostos no local de espera dos pacientes se referem, exclusivamente, à saúde das crianças e das mulheres, pois fomentam a importância de realização do pré-natal e esclarecem sobre os benefícios da amamentação.

Outro ponto reconhecido como crítico é a rede de apoio deficitária. Não parece haver, em função da PNAISH, fluxos específicos para homens. É talvez por isto que vários médicos que atuam na Atenção Básica desconhecem para quais serviços os pacientes homens, quando necessitam de determinado procedimento ou exame, são encaminhados. Os problemas relacionados às doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, são em sua maioria, solucionados nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Saúde que não possuem Ambulatório próprio para o homem. Já as demandas de saúde que requerem exames diagnósticos, consultas com especialistas ou a realização de procedimentos cirúrgicos, necessitam ser encaminhadas para outros serviços de nível secundário ou terciário, que já possuem alta demanda reprimida e costumam levar um certo tempo, o que vai de encontro às expectativas masculinas de rapidez e resolubilidade. O longo tempo de espera também agrava o problema do absenteísmo.

As parcerias com Associações e Cooperativas formadas principalmente por homens já foi uma realidade do Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, como mencionado acima, mas, infelizmente, ficou no passado, pois não existe apoio e fomento por parte da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o desenvolvimento dessas parcerias. As conquistas existentes decorriam sempre do esforço dos profissionais médicos que atendem no Ambulatório de Saúde do Homem, mas, com o passar do tempo, toda essa vontade se mostrou incipiente ante o não agir do Governo do Distrito Federal.

Outra consideração que merece relevo é o fato de que o Ambulatório de Saúde do Homem e as pessoas que ali estão engajadas dependem, primordialmente, do apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para que outras especialidades sejam disponibilizadas à população, mais insumos sejam fornecidos e novos horários de atendimento sejam liberados. É preciso que a saúde do homem seja vista pelo Governo do Distrito Federal como uma prioridade a ser alcançada, fazendo com que as diretrizes da PNAISH possam, de fato, ser atingidas. No entanto, o que pude depreender da vivência do Centro de Saúde é que o apoio do Governo, ao invés de aumentar a medida que os bons resultados vão sendo observados, é variável e está muito a mercê do entendimento das autoridades executivas da Secretaria de Saúde sobre a relevância do tema da saúde do homem.

A realidade do Ambulatório de Saúde do Homem deve ser estendida a todas as regiões administrativas do Distrito Federal a fim de que os efeitos nocivos da masculinidade hegemônica em relação aos cuidados com a saúde sejam desconstruídos e o homem vislumbre um local apropriado para as suas necessidades, sem que a sua masculinidade sofra abalos.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a PNAISH seja, de fato, implementada e as suas diretrizes e objetivos sejam atingidos. No entanto, ressalto que vários passos importantes já foram dados no intento de atrair os homens aos serviços de saúde. Enxergo o Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II como um exemplo a ser seguido e multiplicado a fim de que as propostas apresentadas pela PNAISH sejam alcançadas e o homem possa se tornar, de fato, sujeito do Direito à Saúde.

Gostaria de chegar ao final da pesquisa e contrariar a hipótese inicialmente proposta, no entanto, ao final da análise dos dados colhidos, verifico que a minha hipótese foi corroborada, pois as ações desenvolvidas no Centro de Saúde nº 03 de Sobradinho II, fundamentadas nas diretrizes apontadas pela PNAISH, são relevantes no intento que se busca atingir, qual seja: conscientizar os homens de que são sujeitos de direitos e carecedores de cuidados, sem que haja abalo em sua masculinidade, mas ainda não se apresentam como suficientes. Modificar a forma de pensar de toda uma sociedade não é algo que se alcança do dia para noite. Cinco anos para a efetivação e implementação de uma política

pública que deve implicar na desconstrução de algo que é aceito como natural por séculos é pouco tempo, mas as ações até então adotadas são relevantes e indicam o caminho que deve ser seguido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Bernadette Siqueira. **História da Filosofia**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

ALBERNAZ, Lady Selma; LONGHI, Márcia. **Para compreender gênero: uma ponte para relações igualitárias entre homens e mulheres**. In: SCOTT, Parry; LEWIS, Liana; QUADROS, Marion Teodósio de. **Gênero, diversidade e desigualdades na Educação: interpretações e reflexões para a formação docente**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2009, p. 75-95.

ALVES, Francisca Elenir e SOARES, Viani da Silva. **Meninos e Meninas – universos diferenciados na família e na escola**. In: FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho (Org.) **Ensaio sobre Gênero e Educação**. Salvador: UFBA, 2001. p. 114-128

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

AQUINO, Estela Maria. **A questão do gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas**. In: SILVA, Alcione L.; LAGO, Mara C. S.; RAMOS, Tânia R. O. (Org.). **Falas de gênero: teoria, análises, leituras**. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 161-172.

AQUINO, Estela Maria. **Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil**. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N Esp):121-32

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1975.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. In:

EPSJV (Org.) Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BARATA, Rita Barradas. **Desigualdades Sociais e Saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 457-485.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 4ª ed. Difusão europeia do livro, São Paulo, 1970.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BOBBIO, Norberto. **Era dos Direitos**. Elsevier Brazil, 2004.

_____. **Locke e o Direito Natural**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

_____. **Dicionário de política**. Brasília: Editora da UNB, 1993.

BOBBIO, N., MATEUCCI, N., PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Editora Malheiros, 1986.

_____. **Teoria Constitucional da Democracia Participativa**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de**

Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; maio de 2009.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil** . (16 de julho de 1934). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm> Acesso de 02 de dezembro de 2013.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 11 de setembro de 2013.

BRASIL. **IBGE.** Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao. Acesso em: 03 de agosto de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf > .Acesso em 30 out. 2012.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso: 12 nov. 2012.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e

dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso: 02 out. 2012.

BRASIL, **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Publicado em 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acesso em 15 de novembro de 2013.

BUCCI, M. **Políticas Públicas Reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 1940**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Publicado em 18 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>.> Acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

CARVALHO, Nilson Maestri. **Breve História da Saúde Brasileira no Século XX**. Disponível em: w3.ufsm.br/ivap/historia_saude.doc.> Acesso em: 14 de dezembro de 2013.

CAVALCANTI, Edlamar Leal Sousa e FRANCO, Simone Tereza Teixeira da Costa e Silva. **Identidade: uma construção psicossocial**. In: FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho (Org.) *Ensaio sobre Gênero e Educação*. Salvador: UFBA, 2001. p. 52-68

CIAMPA, Antonio da Costa. **Identidade**. In: W. Codo & S. T. M Lane (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento*, São Paulo: Brasiliense, 1984.

_____. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

COHN, Amélia. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 231 – 258.

COMPARATO, Bruno Konder. **A Justificação Política dos Direitos Humanos**. Videtur (USP), Porto, v. 22, 2003.

COSTA, Elaine Gonçalves da. **A Febre Amarela vista através da Junta Central de Higiene Pública**. Publicado em 1998. Disponível em: <http://www.sbhc.org.br/resources/anais/10/1343136122_ARQUIVO_elaine_costa.pdf> Acesso em 30 de outubro de 2013.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Políticas de Estado e Políticas de governo: o caso da saúde pública**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico, São Paulo: Saraiva, 2006.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO de 1789. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-dirbrasileiros-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em 12 de abril de 2014.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS de 1948. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm> Acesso em 12 de abril de 2014.

DIOGO, José Rômulo Machado. **Política Da Saúde No Brasil: Período Colonial, Império E República Velha**. Publicado em 12 de janeiro de 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/politica-da-saude-no-brasil-periodo-colonial-imperio-e-republica-velha/82992/#ixzz2zFKRuRdG>> Acesso em: 12 de dezembro de 2013.

DOMINGUEZ, Aldira Guimarães Duarte. **A Política de promoção da Saúde**. In ROSA, Renata de Melo; AVILA, Carlos Federico Domínguez (Orgs.). Democracia, Desenvolvimento e Cidadania no Brasil: A Construção de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. Curitiba: CRV, 2011. p. 71-81.

DUVEEN, GERARD. **A construção da alteridade**. In A. Arruda (Org.), Representando a alteridade (pp.83-107), 1999. Petrópolis: Vozes.

ELLIOT, John. **La investigación-acción en educación**. Tradução de Pablo Manzano. 3. ed. Madrid: Morata, 1997.

ERDMANNI; Alacoque Lorenzini, ANDRADE; Selma Regina de, FERREIRA DE MELLO, Ana Lúcia Schaefer; DRAGO, Livia Crespo. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 21(Spec): jan.-fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692013000700017&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 30 de julho de 2014.

EYGO, Hudson. **Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde.** Publicado em 20/08/2013. Disponível em <http://ulbra-to.br/encena/2013/08/20/Políticas-de-Saude-No-Brasil-um-seculo-de-luta-pelo-ireito-a-saude>. Acesso em 14 de novembro de 2013.

FIGUEIREDO, Marcelo. **Teoria geral do Estado.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente, SILVA Priscyla Freitas da, ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SANTOS, Rafael Vitor Silva Gaioso dos. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** Disponível em <http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura> Acesso em 16 de novembro de 2013.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da Saúde no Brasil.** São Paulo, Ática, 2003.

FERRAZ, Dulce e KRAICZYK, Juny. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS.** Revista de Psicologia da UNESP 9(1), 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade**, v.1: A vontade de saber. Graal ed. Rio de Janeiro: 1988.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Gênero.** Brasília, 4ª edição : Liber Livro, 2012.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Textos do Departamento de Ciências Médicas Escola de Farmácia. **Origem das Políticas De Saúde Pública no**

Brasil: Do Brasil-Colônia a 1930. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2013.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão.** Ciência Saúde Coletiva 2003.

_____. **Sexualidade masculina gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

_____. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.

GONÇALVES, Erli Helena. **Da Gramática dos Sonhos e da Realidade: uma leitura das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/AIDS e sua aplicabilidade às mulheres casadas.** 2002. 203 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

_____. **Desconstruindo o preconceito em torno do HIV/AIDS na perspectiva da bioética de intervenção.** 2005. 111 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

GRIMM, Dieter. **Constituição e Política.** Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

GUIMARÃES, Elisabeth da Fonseca. **A Construção histórico-sociológica dos direitos humanos.** Org & Demo (Unesp. Marília), v. 11, 2010.

HIGUERA, Javier de la. **Michel Foucault: la filosofia como crítica.** Granada: Comares, 1999. HEYWOOD, Andrew. Ideologias Políticas do liberalismo ao facismo. – 1.ed., São Paulo : Ática, 2010. Volume 1.

HEYWOOD, Andrew. **Ideologias Políticas: do feminismo ao multiculturalismo.** – 1ª ed., São Paulo : Ática, 2010. Volume 2.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45.** In: PANDOLFI, D. (Org.) Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

LAFER, Celso. **A Reconstrução dos direitos Humanos – Um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt.** Estud. av. vol.11. nº 30. São Paulo: May/Aug, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141997000200005
Acesso em: 12 de março de 2014.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. & HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva.** In: LIMA, N. T. (Org.) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIONÇO T. **Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios.** Physis Revista de Saúde Coletiva 2009: 43-63.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LOURO, Guacira. **Gênero, história e educação: construção e desconstrução.** Educação & Realidade, Porto Alegre .v.20, n.2,p. 102-132,1995.

_____. **Gênero, sexualidade, educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. **Segredos e mentiras do currículo. Sexualidade e gênero nas práticas escolares.** In: SILVA, L. H. A escola cidadã no contexto da educação globalizada. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p.33-47.

_____. **Gênero, sexualidade e educação.** Petrópolis: Vozes, 2004.

LOURO, Guacira, WEEKS, Jeffrey, BRITSMAN, Deborah, PARKER, Richard, BUTLER, Judith. **O Corpo Educado – Pedagogias da sexualidade.** 2ª ed. Belo Horizonte, 2000.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80.** Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MALUF, Sahid. **Teoria geral do Estado.** 30^a ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe.** Tradução de Roberto Grassi. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1976.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> Acesso em 1º de janeiro de 2013.

MENDES, Áquila; MARQUES, Rosa Maria. **Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal.** In: ____ (org.). Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 4.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

MERHY, Emerson. **A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas.** In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana (Orgs.). Práxis em salud: um desafio para lo público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MARRONI, Fernanda. **Quais são as dimensões de Direitos Fundamentais?** Disponível em:

http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=2011062115424915&mode=print
Acesso em 02 nov. de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. **Saúde e Ambiente: uma relação necessária**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 93-121.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. Tomo IV. – 3ª ed., Coimbra Editora, 2000.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O espírito das leis**. Apresentação Renato Janine Ribeiro; tradução Chistina Murachco. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MORAIS, Alexandre José de Melo. **A Independência e o Império do Brasil**. Edições do Senado Federal, Volume 18. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/independenciaM.html>. Acesso em 27 de agosto de 2014.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 295-315.

OLIVEIRA, P. P. de. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Organização das Nações. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso: 16 nov. 2012

PACHECO. Eliana Descovi. **Direitos Fundamentais e o Constitucionalismo**. Disponível em:

www.webartigos.com/articles/9152/DireitosFundamentais-E-O-Constitucionalismo/pagina1.html#ixzz0yrh6RKVo. Acesso em: 3 nov. de 2012.

PASSOS, Elizete. **Reflexões sobre ética e gênero**. In: FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho (Org.) Ensaaios sobre Gênero e Educação. Salvador: UFBA, 2001. p. 152-171

PATTO, Maria Helena Souza. **Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres**. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-0141999000100017&script=sci_arttext> Acesso em 11 de novembro de 2013.

PEDRUCCI, Lucas. **Sistema de Saúde: como é organizado e como utilizá-lo?** Publicado em 20/06/2012. Disponível em: <http://papodehomem.com.br/sistema-de-saude-modo-de-usar/> Acesso em: 31 de julho de 2014.

PERROT, Michelle. **Identidade, igualdade e diferença: o olhar da história**. In: PERROT, Michelle. As mulheres e os silêncios da História. Bauru, SP: EDUSP, 2005. p. 467-480.

PERRY, Martin. **Civilização Ocidental. Uma história concisa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Disponível em: <dgx64hep82pj8.cloudfront.net/PAT/Upload/170052/mimeo-23p.pdf>. Acesso em 28 de novembro de 2013.

QUEIROZ, Janaina Bezerra de. **Divisão Sexual no Trabalho e Desvalorização do trabalho Feminino**. In: II Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais: Culturas, leituras e representações. João Pessoa: editora Universitária, 2009. Disponível em: <<http://itaporanga.net/genero/gt5/18.pdf>> Acesso em: 20 de março de 2011.

QUEIROZ, M. **Relatos orais: Do “indizível” ao “disível”**. In: SIMSON, O. (Org.). Experimentos com história de vida. São Paulo: Vertice, Editora Revista dos Tribunais, 1988.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins et al . **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 28, n. 1, July2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 03 de dezembro de 2013.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-o-brasil-republica.htm>> Acesso em: 16 de novembro de 2013.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Editora: Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, Charles, **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge, Cambridge University Express, 1992.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas públicas: Conceitos básicos**, 2008.

SAMPAIO, J. & ARAÚJO, J. R. J. L. **Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids**. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, 2006.

SANTANA, Ana Lucia. **Direitos Humanos**. s/d. Disponível em: <http://www.infoescola.com/sociologia/direitos-humanos/>. Acesso em: 27 de agosto de 2014.

SANTOS, Elaine Celina Afra da Silva. **Histórico dos Direitos Humanos: sua implantação e consolidação**. Editora: Juspodium, 2010. Disponível em: <http://www.juspodivm.com.br/i/a/%7B698B8AC0-BAEB-4FDE-9DB5-B17F7AE7DDC0%7D_9.pdf>. Acesso em 24 set. 2012.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R. & COUTO, M. T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva**. Ciência e Saúde Coletiva, 7-17, 2005.

SOUZA, Luis Antonio Francisco de. **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

SUÁREZ, Mireya. **Considerações de gênero para a promoção da saúde**. Brasília: OPAS, 1996. mimeo 05.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 12. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 14. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

TRENTIN, Lorivan Antonio Fontoura. **A importância do Constitucionalismo na realização dos direitos Fundamentais**. Dissertação de Mestrado. UNISINOS, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WACQUANT, Loïc. **Esclarecer o Habitus**. Educação e Linguagem. Ano 10, nº 16, p. 63-71, jul-dez, 2007.

WELZER-LANG, Daniel. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia**. Revista de Estudos Feministas nº 461, 2/2001.

ANEXO A