



Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

Núcleo de Pesquisas em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde

RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO EM CIDADES RURAIS PARAIBANAS

DANIELA HEITZMANN AMARAL VALENTIM DE SOUSA

JOÃO PESSOA
2017

DANIELA HEITZMANN AMARAL VALENTIM DE SOUSA

**RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO EM
CIDADES RURAIS PARAIBANAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social da Universidade Federal da
Paraíba - UFPB, por Daniela Heitzmann Amaral
Valentim de Sousa como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Alayde Werba Saldanha

JOÃO PESSOA
2017

S725r

Sousa, Daniela Heitzmann Amaral Valentim de.

Relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento em cidades rurais paraibanas / Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa. - João Pessoa, 2017.

411 f. : il. -

Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha.

Tese (Doutorado) - UFPB/PPGPS

1. Psicologia social. 2. Saúde. 3. Gênero. 4. Vulnerabilidade. 5. Zona rural. I.Título.

UFPB/BC

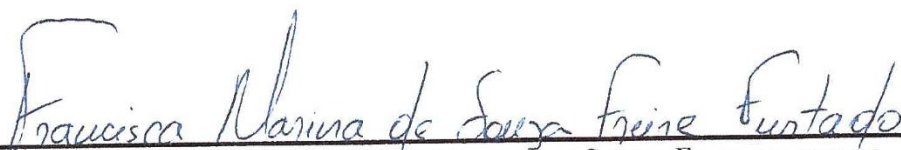
CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES - CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

**RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO EM
CIDADES RURAIS PARAIBANAS**

DOUTORANDA: DANIELA HEITZMANN AMARAL VALENTIM DE SOUSA

BANCA AVALIADORA



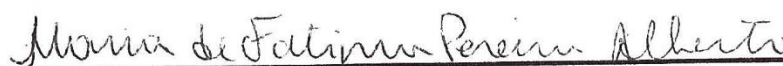
PROF.^a DR.^a FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO

(MEMBRO INTERNO À UNIVERSIDADE – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)



PROF.^a DR.^a ÂNGELA ELIZABETH LAPA COÊLHO

(MEMBRO EXTERNO À UNIVERSIDADE – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO
PESSOA/UNIPÊ)



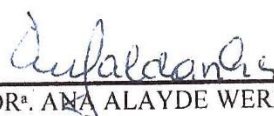
PROF.^a DR.^a MARIA DE FÁTIMA PEREIRA ALBERTO

(MEMBRO INTERNO À UNIVERSIDADE – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)



PROF.^a DR.^a ADRIANA DE GAIÃO E BARBOSA

(MEMBRO INTERNO À UNIVERSIDADE – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)



PROF.^a DR.^a ANA ALAYDE WERBA SALDANHA

(ORIENTADORA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/UFPB)

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	11
Lista de Figuras	12
Lista de Abreviações e Siglas	15
RESUMO	16
ABSTRACT	17
INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I - CONTEXTO RURAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	34
1.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS	43
1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	56
1.3 A SAÚDE NAS CIDADES RURAIS	68
CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	85
2.1 O QUADRO DA VULNERABILIDADE	85
2.1.1 AS ANÁLISES DA VULNERABILIDADE	91
2.1.2 SAÚDE E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO	98
2.2.1 O GÊNERO NA PRÁTICA DE CUIDADO À SAÚDE	124
2.2.2 O GÊNERO MASCULINO E ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	127
2.2.3 A SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO GÊNERO FEMININO	138
CAPÍTULO III - OBJETIVOS E MÉTODO	163
3.1 OBJETIVOS	163
3.1.1. Objetivo Geral	159
3.1.2 Objetivos Específicos	159
3.2. MÉTODO	159
3.2.1 Característica do Estudo	164
3.2.2. População e Plano amostral	164
3.2.3 Instrumentos de Coleta de Dados	172
3.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados	171
3.2.5. Procedimentos de Apresentação dos Resultados e Análise dos Dados	176
3.2.6. Aspectos Éticos	181
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO	183
4.1 – RESULTADO DOS INSTRUMENTOS	183
4.1.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, PRÁTICAS E ACESSO EM SAÚDE	183
4.1.2 – ANÁLISE DAS CENAS: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS ...	187
4.1.3 - DIÁRIO DE CAMPO: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E PERCEBIDAS NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS	217
4.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO: CENÁRIOS, ENREDOS E ATORES EM CENA	263
4.2.1 - AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO PROGRAMÁTICO:	263
4.2.2 – AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO SOCIAL:	300
4.2.3 – AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO INDIVIDUAL:	332

4.2.4 – RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS	362
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	369
REFERÊNCIAS.....	382
ANEXO I	414
ANEXO II.....	415
APÊNDICE	419
Questionário Sociodemografico.....	419

“É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa. Mas graça das graças é não desistir nunca”.

Dom Hélder Câmara

Saudade tem rosto, nome e sobrenome.
Dedico a você paizinho...Oswaldo
e papai Ernesto, sei que se estivessem aqui,
orgulhosos de sua filha estariam!

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, quem confio a minha vida: “Movimenta-me, Senhor eis-me aqui mais esse dia. Quero amar somente a Ti, Te adorar e Te servir com alegria, sou consagrado em Teu coração, viverei então em adoração; me acolhestes Senhor, sevo inútil eu sou, minha obrigação cumprir eu vou; Em espírito, Em verdade vou Te adorar, escondido em suas asas é onde quero estar”. Assim quero estar, assim quero fazer, até o dia em que Te encontrarei em definitivo amado meu.

A meu marido *Eduardo*, meu fã incondicional incentivando-me em todos os momentos, não medindo esforços em me ajudar e, aos meus filhos *Ernesto*, *Diana*, *Eduardo Henrique* e *Luís Augusto* pela admiração ao meu trabalho. Dedico a vocês, agradecendo a paciência e compreensão que tiveram em minhas ausências e, pela felicidade e sentido que dão a minha existência. Construir com vocês uma família foi minha maior e melhor obra!

Aos meus familiares, minha mãe Clara, a mãe Jessias, meus filhos de coração Assis e Adriana, meu irmão Rogério, minhas cunhadas-irmãs Alessandra e Gislaine, minha comadres e compadres, pelo exemplo de dignidade e respeito, por sua infinita generosidade e cooperação.

A minha comunidade *Em Adoração*, que ajudam em minha espiritualidade, no mergulho rumo a águas mais profundas, através do carisma Adorar e Servir com Alegria, encontro minha vocação e meu chamado, em comunhão com vocês meus irmãos e meus filhos, busco Ele e, assim temos acesso a água que sacia. Amo vocês!!!

À minha querida Prof^a Ms Ivana Suelly Paiva Bezerra de Mello, a Prof^a Dr^a Cristina Maria de Souza Brito Dias e ao Prof^o Dr^o Genário Alves Barbosa, por terem sempre a capacidade de repartir o coração como o pão. Muito obrigada, sem vocês não estaria realizando esse sonho.

Aos meus professores, pela dedicação e qualidade de ensino, destacando minha orientadora Prof^a Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, por sua humanidade, sua confiança e por ter estado ao meu lado em todos os momentos; a Prof^a Dr^a Maria de Fátima Pereira Alberto, por sua generosidade em partilhar seu imenso e admirável conhecimento; À Prof^a Dr^a Regina e Dr^a Prof^a Francisca Marina pela leitura e rica contribuição oferecida nesse trabalho, obrigada pela generosidade e apoio; a Prof^a Dr^a Adriana de Gaião e Barbosa por ter-me acompanhado em momentos tão importantes na vida com seu acolhimento, respeito e afeto; a Prof^a Dr^a Ângela Elizabeth Lapa Côelho por sua contagiante competência e sua ética, obrigada por sua sabedoria, respeito e apoio em momentos e demandas tão delicadas da vida. Sem dúvida professoras as contribuições, a vivência e o que observo e admiro em vocês estão refletidos nessas páginas. Muito obrigada!

Aos amigos que torceram, vibraram e se emocionaram diante de mais essa conquista. Obrigada por sempre estarem comigo Patrícia, Juliane e Ney, perdi as contas de quantas vezes vieram em meu auxílio com palavras de conforto, acolhida e amor. Aos meus colegas, amigos e família NPVPS pela disponibilidade e cooperação que caracterizaram nossas atividades durante todos esses anos, vocês mostram o quanto amar vale a pena. Agradeço em especial Marina, Flávio, Elis, Iria, Edilaine, Michael, Josevânia, Loredanna, Eunice, Cleonides, Hanna, Celestino, Amanda, Priscila, Renata e Débora por seu companheirismo. Aos meus amigos de trabalho e de partilha da vida, obrigada por todo apoio e carinho. Por fim, gostaria de agradecer aos homens e as mulheres das cidades rurais paraibanas – os participantes – a vocês minha imensa gratidão na partilha de suas histórias e de parte de suas vidas. Sem vocês esse trabalho não existiria. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta tese, pela minha formação profissional e pessoal. **MEU MUITO OBRIGADA!**

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade.....	91
Tabela 2 - Modelo Teórico da Vulnerabilidade: dimensões individual, social e programática.....	106
Tabela 3 - Unidade amostral segundo seus estágios.....	160
Tabela 4 - Macrorregiões de Saúde, Regiões e Municípios do Estado da Paraíba.....	164
Tabela 5 - Distribuição da Amostra por Macrorregião e Cidades.....	166
Tabela 6 - Distribuição da Amostra Qualitativa por Macrorregião, Cidades e Sexo.....	167
Tabela 7 - Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdo sobre o material transcrito nas entrevistas.....	174
Tabela 8 - Dados Sócio demográficos dos Participantes.....	179
Tabela 9 - Estilo de Vida dos Participantes.....	181
Tabela 10 - Vivência de Violência.....	181
Tabela 11 - Classe Temática e Categorias de Análise.....	184

Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa das Regiões de Saúde do Estado da Paraíba.....	161
Figura 2 - Mapa das Mesorregiões Geográficas do Estado da Paraíba.....	162
Figura 3 - Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba.....	163
Figura 4 - Análise por Triangulação de Método.....	176
Figura 5 - Categorizações das Vulnerabilidades Individuais da Categoria I: Subcategorias.....	185
Figura 6 - Categorizações das Vulnerabilidades Individuais da Categoria II: Subcategorias.....	193
Figura 7 - Categorizações das Vulnerabilidades Sociais da Categoria III: Subcategorias.....	196
Figura 8 - Categorizações das Vulnerabilidades Sociais da Categoria IV: Subcategorias.....	202
Figura 9 - Categorizações das Vulnerabilidades Programáticas da Categoria V: Subcategorias.....	206
Figura 10 - Categorizações das Vulnerabilidades Programáticas da Categoria VI: Subcategorias.....	209
Figura 11 - Categorização e integração dos três eixos interdependentes da vulnerabilidade: Categorias.....	211
Figura 12 - Mapa da IV Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba.....	214
Figura 13 - Lavouras permanentes de banana em São Bentinho – PB.....	215
Figura 14 - Cidade pesquisada na Paraíba – IV Macrorregião de	

Saúde.....	222
Figura 15 - Visão lateral da casa de taipa apontada no relato do participante..	222
Figura 16 - Cidade pesquisada na Paraíba – IV Macrorregião de Saúde.....	222
Figura 17 - Mapa III Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba.....	223
Figura 18 - Criação de animais bovinos em residências.....	224
Figura 19 - Animais circulam livremente nas ruas das cidades.....	224
Figura 20 - Cidade pesquisada na Paraíba – III Macrorregião de Saúde.....	225
Figura 21 - Ornamentação para a festividade do padroeiro da cidade visitada	226
Figura 22 - Qualidade das ruas da cidade apontada pelos moradores.....	229
Figura 23 - Mapa da II Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba.....	231
Figura 24 - Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde.....	232
Figura 25 - Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde.....	232
Figura 26 - Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde.....	232
Figura 27 - Condição e estrutura das ruas das cidades pesquisadas na I Macrorregião de Saúde.....	233
Figura 28 - Beleza natural da cidade visitada.....	234
Figura 29 - Pátio onde ocorre a festa da laranja.....	234
Figura 30 - Ruas onde o acesso só ocorre através de moto, a pé ou por tração animal.....	235

Figura 31 - Delegacia de Polícia.....	236
Figura 32 - Falta de saneamento: esgoto a céu aberto.....	238
Figura 33 - Açude que os moradores utilizam de suas águas mesmo estando inapropriado para o consumo.....	240
Figura 34 - Cidade pesquisada em que a prefeitura fica em um distrito.....	241
Figura 35 - Condição das ruas da cidade.....	243
Figura 36 - Mapa da I Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba.....	244
Figura 37 - Plantio e criação de animais em propriedades privadas.....	245
Figura 38 - Falta de estrutura nas cidades.....	247
Figura 39 - Falta de saneamento e estrutura nas cidades.....	248
Figura 40 - Imagem da antiga farmácia do município fechada há anos.....	251

Lista de Abreviações e Siglas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

ESF - Estratégias de Saúde da Família

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PPI - Programação Pactuada e Integrada

USF - Unidades de Saúde da Família

ETE - Estações de Tratamento de Esgoto

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

UNAIDS - Programa das Nações Unidas para a Aids

HND - História Natural da Doença

NP - Níveis de Prevenção

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

PAISM - Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

HPV - Sigla para vírus do papiloma humano - Human Papiloma Virus

DNOCS - Departamento Nacional de Obras Contra a Seca

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

RESUMO

Partindo da premissa de que o cuidado, as práticas em saúde e o acesso aos serviços de saúde são influenciados pelas relações sociais de gênero, sendo vivenciados de maneira diferente por homens e mulheres, esse estudo tem como objetivo geral analisar as vulnerabilidades perpassadas pelas relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Trata-se de um estudo que teve por abordagem a Análise por Triangulação de Método. A população deste estudo foi constituída por moradores (homens e mulheres) de cidades rurais do Estado da Paraíba, consideradas como sendo aquelas com até de 10.000 habitantes, assim a amostra quantitativa foi composta por 697 participantes, sendo 334 homens e 363 mulheres residentes em 24 cidades rurais paraibanas e a amostra qualitativa foi constituída por 19 homens e 28 mulheres. Como instrumentos de coleta foram utilizados um Questionário sociodemográfico, Questionário de Práticas e Acesso em Saúde, Observação e Diário de Campo e Entrevistas semiestruturadas baseada no método de cenas. Para apresentação dos resultados do questionário sociodemográfico e questionário de práticas e acesso em saúde foram utilizadas estatísticas descritivas, com a utilização de medidas de posição (Média), de variabilidade (Desvio Padrão) e distribuição de frequências, além de medidas de associação (qui-quadrado e test t). A apresentação dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo. O diário de campo contém o registro de informações que emergiram do trabalho de campo sendo utilizadas na análise dos dados como complemento e contraponto dos dados recolhidos. Após a análise de cada instrumento, se realizou a Análise por Triangulação de Método. Os resultados de caráter descritivo, apontam para um perfil dos participantes com idade variando de 21 a 89 anos ($M=43,9$ anos; $DP=14,5$), 57% casados, tendo como atividade laboral principal para as mulheres ser dona de casa (32%) e para os homens a agricultura (33%). Embora prevaleça a escolaridade até o nível fundamental (60%), tem maior número de mulheres com ensino superior comparado aos homens ($p=0,00$). Não obstante, os homens apresentam maior renda ($p=0,00$), ainda que na amostra geral, 57% recebem até dois salários mínimos e as mulheres recebam mais benefícios públicos (32% mulheres/ 15% homens). A saúde foi vista como prioridade (35%) e associada ao bem-estar (24%) e a melhoria depende de comportamentos individuais (28%) e melhor estrutura dos serviços (22%). As mulheres procuram atendimento em menos tempo (últimos 6 meses; $p=0,00$), sendo a demora/mau atendimento (31%), dificuldade de agendamento (16%) e a distância (16%) os maiores dificultantes. Em relação aos exames preventivos, apenas 22% dos homens afirmaram ter feito exame de próstata, enquanto 66% das mulheres afirmaram consultas regulares ao ginecologista e ter realizado exame de Papanicolau (85%), USG (53%) e mamografia (29%). A categorização temática permitiu a obtenção de classes temáticas organizadas nos eixos das vulnerabilidades individual, social e programático e o diário de campo aponta que os princípios do SUS são descumpridos e sobressai a política partidária como opressora, a falta de estrutura física e investimentos. De maneira geral, os resultados permitiram concluir que, no contexto rural, as concepções de gênero promovem formas diferenciadas no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde, acentuando a vulnerabilidade de homens e de mulheres ao adoecimento e ao agravamento de doenças e na menor disponibilidade de recursos para se protegerem. Verificou-se que as desigualdades de gêneros interagem com as desigualdades sociais, entre elas a pobreza; a carência de infraestrutura, de serviços básicos e de educação.

Palavras-chaves: saúde, vulnerabilidade, gênero, rural

ABSTRACT

Based on the premise that care, health practices and access to health services are influenced by gender social relationships, being experienced differently by men and women; Based on the Vulnerability and Human Rights Model (Ayres, 2012) and the Social Concept of Gender (Scott, 1995), the main objective of this study is to analyze the vulnerabilities pervaded by social relations of gender in health care, health practices and access to health services for men and women living in Paraíba rural towns. This is a study used Analysis by Method Triangulation as approach. The population of this study was made up of residents (men and women) from rural towns in the State of Paraíba, considered to be those with up to 10,000 inhabitants. A representative sample of the population was determined by a multi-stage process, considering the four macro-regions of health, cities with less than 10,000 inhabitants who were contacted in their domiciles, streets or squares. Quantitative sample consisted of 697 participants, 334 men and 363 women living in 24 rural towns in Paraíba. A sociodemographic questionnaire, a health services access and health practices questionnaire, observations, field diary and semi-structured interviews based on the scenes were all used as collect methods. In order to present the results of the sociodemographic questionnaire and the questionnaire on health practices and health access, descriptive statistics were used, with position measures (Mean), variability (Standard Deviation) and frequency distribution, as well as association measures (q-square and test t). The interviews contents presentation were made based on content analysis technique. The field diary contains records of information that emerged from the field work and it was used in data analysis as a complement and data antithesis collected through the mobilization of another selected technical resources. After analysis of each instrument used in this research, was performed Triangulation Method Analysis, so that three reference points are used to adapt and articulate different units, variables and indicators, bearing in mind the complex investigated context, contributing to exam the results from various perspectives (Minayo, Assis & Souza, 2005). Partial results, are only descriptive and point to a profile of participants aged 21-89 years ($M = 43.9$ years, $SD = 14.5$), 57% married, heterosexual (99%) with housewife as main activity leading to women (32%) and agriculture for men (33%). Although schooling prevails up to the fundamental level (60%), there are more women with higher education compared to men ($p = 0.00$). Nevertheless, men have higher income ($p = 0.00$), although in the general sample, 57% receive up to two minimum wages and women receive more public benefits (32% women / 15% men). Regarding lifestyle, leisure for women refers to staying at home (18%), meeting friends (17%) and attending church (13%), while for men it is finding friends (24 %) and playing soccer (16%) ($p = 0.00$). Regular physical activity was reported by 48% of women and 44% of men ($p = 0.01$). Cigarettes are smoked by 19% of the sample, being higher for men (58% - $p = 0.01$) while 43% are alcohol users, of which 63% are men ($p = 0.01$). Men (15%) more than women (10%) reported having suffered violence, mostly physical ($p = 0.05$), the perpetrator unknown for men (71%) and the spouse / partner for women (90%). Health was seen as a priority (35%) and associated with well-being (24%) and improvement depends on individual behaviors (28%) and better service structure (22%). Women sought care in less time (last 6 months, $p = 0.00$), and delay / poor care (31%), scheduling difficulty (16%) and distance (16%) were the main difficulties. Regarding preventive exams, only 22% of the men reported having had a prostate exam, while 66% of the women reported regular visits to the gynecologist and had a Pap smear (85%), a USG (53%) and a mammogram (29%). Thematic categorization allowed us to obtain three thematic classes that were organized according to individual, social and programmatic vulnerabilities

and the field diary points out that the principles of SUS are uncorrected and highlights party politics as oppressive, lack of physical structure and investments. In general, the results allowed to conclude that, in the rural context, gender conceptions promote different forms of care, health practices and access to health services, accentuating the vulnerability of men and women to illness and aggravation of diseases. It was found that gender inequalities interact with social inequalities, including poverty; the lack of infrastructure, basic services, and education.

Key-words: health, vulnerability, gender, rural

RESUMEN

Partiendo de la premisa de que el cuidado, las prácticas en salud y el acceso a los servicios de salud son influenciados por las relaciones sociales de género, siendo vivenciados de manera diferente por hombres y mujeres, este estudio tiene como objetivo general analizar las vulnerabilidades sufridas por las relaciones sociales de género en el cuidado, en las prácticas de salud y en el acceso a los servicios de salud de hombres y mujeres residentes en ciudades rurales paraibanas. Se trata de un estudio que tuvo como abordaje el Análisis por Triangulación de Método. La población de este estudio fue constituida por moradores (hombres y mujeres) de ciudades rurales del Estado de Paraíba, consideradas como aquellas con hasta 10.000 habitantes, así la muestra cuantitativa estuvo compuesta por 697 participantes, siendo 334 hombres y 363 mujeres residentes en 24 ciudades rurales paraibanas y la muestra cualitativa fue constituida por 19 hombres y 28 mujeres. Como instrumentos de recogida fueron utilizados un Cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de Prácticas y Acceso en Salud, Observación y Diario de Campo y Entrevistas semiestructuradas basada en el método de escenas (Paiva & Zuchi, 2012). Para la presentación de los resultados del cuestionario sociodemográfico y cuestionario de prácticas y acceso en salud fueron utilizadas estadísticas descriptivas, con la utilización de medidas de posición (Media), de variabilidad (Desviación Típica) y distribución de frecuencias, además de medidas de asociación (chi-cuadrado y test t). La presentación de los contenidos de las entrevistas fue realizada con base en Categorías, de acuerdo con la propuesta de Figueiredo (1993). El contenido del diario de campo contiene el registro de informaciones que emergieron del trabajo de campo, siendo utilizadas en el análisis de los datos como complemento y contrapunto de los datos recogidos. Tras el análisis y la presentación de los resultados de cada instrumento, se realizó el Análisis por Triangulación de Método. Los resultados de carácter descriptivo, apuntan para un perfil de los participantes con edad comprendida entre 21 y 89 años ($M=43,9$ años; $DP=14,5$), 57% casados, teniendo como actividad laboral principal para las mujeres ser ama de casa (32%) y para los hombres la agricultura (33%). Aunque prevalezca la escolaridad hasta el nivel fundamental (60%), hay mayor número de mujeres con enseñanza superior comparado con los hombres ($p=0,00$). No obstante, los hombres presentan mayor renta ($p=0,00$), aunque en la muestra general, 57% reciben hasta dos salarios mínimos y las mujeres reciben más beneficios públicos (32% mujeres/ 15% hombres). La salud fue vista como prioridad (35%) y asociada al bienestar (24%) y la mejoría depende de comportamientos individuales (28%) y mejor estructura de los servicios (22%). Las mujeres procuran atendimento en menos tiempo (últimos 6 meses; $p=0,00$), siendo la demora/mal atendimento (31%), dificultad de cita (16%) y la distancia (16%) los mayores dificultantes. En relación a los exámenes preventivos, apenas un 22% de los hombres afirmó haber realizado un examen de próstata, mientras que un 66% de las mujeres afirmó consultas regulares en el ginecólogo y haber realizado un examen de Papanicolau (85%), USG (53%) y mamografía (29%). La categorización temática permitió la obtención de clases temáticas organizadas en los ejes de las vulnerabilidades individual, social y programático. El diario de campo apunta que los principios del SUS son incumplidos y sobresale la política partidaria como opresora, la falta de estructura física e inversiones y un cotidiano marcado por la violencia y el miedo. De manera general, los resultados permitieron concluir que, en el contexto rural, las concepciones de género promueven formas diferenciadas en el cuidado, en las prácticas de salud y en el acceso a los servicios de salud,

acentuando la vulnerabilidad de hombres y de mujeres al enfermarse y al agravamiento de enfermedades y en la menor disponibilidad de recursos para protegerse. Se verificó que las desigualdades de género interactúan con las desigualdades sociales, entre ellas la pobreza; la carencia de infraestructura, de servicios básicos, de educación y de acceso a la información identificada en estas localidades.

Palabras clave: salud, vulnerabilidad, género, rural.

O presente estudo é um segmento de uma pesquisa ampla que avalia a necessidade de saúde, o acesso aos serviços, a saúde mental e vulnerabilidades de homens e de mulheres residentes em cidades rurais da Paraíba (cidades com menos de 10.000 habitantes), identificando a forma e as repercussões da inserção social. Nesse estudo objetivou-se analisar as vulnerabilidades ao adoecimento perpassadas pelas relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.

Considerando que o usuário é o elemento essencial e estruturante de todo processo de produção da saúde e que as práticas e o acesso aos serviços de saúde são influenciados pelas relações sociais de gênero e, ante a pouca produção na psicologia das vivências nos espaços rurais, notadamente nas cidades rurais paraibanas, investigou-se os possíveis comportamentos e seus estilos de vida e as vulnerabilidades (individual, social e programático) em saúde dessa população.

A atenção tem se voltado para as cidades rurais que até pouco tempo permaneceram afastadas das esferas acadêmicas, que não se debruçavam sobre esses contextos fomentando sua invisibilidade, possivelmente como reflexo das características da própria sociedade que costuma dar visibilidade para as grandes capitais ou municípios que tenham algum destaque. Para Probst, Moore, Glover e Samuels (2004) e Vianna et al. (2001), apesar do crescente interesse de pesquisadores pelas áreas rurais, o limitado acervo de pesquisas indica as disparidades na saúde nessas populações que não são adequadamente monitoradas, embora esse aspecto também possa ser explicado pela carência de dados específicos, pois, para a avaliação do acesso e utilização de serviços de saúde existentes no Brasil, por exemplo, utiliza-se de fontes secundárias de dados, geradas principalmente a partir de inquéritos populacionais de âmbito nacional, estadual ou regional, como os desenvolvidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Vieira, 2010).

Nesses estudos, assim como enfatiza Vieira (2010), não são avaliados os diversos aspectos da organização social das diferentes comunidades, em seus contextos socialmente construídos que traduzem suas condições de vida e de saúde. Diversos fatores contribuem para a situação de disparidade em saúde nessas áreas, entre elas encontra-se o acesso inadequado ao sistema de cuidados efetivos à saúde como um dos seus pilares, seguido pelos problemas relacionados à oferta e à organização dos serviços de saúde (Probst et al., 2004; Vieira, 2010).

Muitas dessas disparidades são promovidas e sustentadas pela violação de direitos através de um coronelismo disfarçado de democracia, em que não são viabilizados e garantidos a obtenção e acesso aos recursos e/ou serviços à população rural, associado a omissão do poder público federal que não realiza fiscalizações e monitoramentos adequados, contribuindo para que esses contextos permaneçam a margem das grandes cidades.

A promoção da saúde, a prevenção de riscos e de agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida são preconizados nas práticas de saúde privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população, baseando-se em suas necessidades sociais de saúde como instrumentos de trabalho nos diversos saberes, campos, disciplinas, tecnologias, sejam elas materiais e não materiais, como nas atividades-intervenções voltadas para as comunidades e para o seu ambiente, articulando práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas (Cruz, 2009; Paim & Almeida Filho, 1998; Teixeira, 1997).

Na Portaria nº 2.866, de 2 de Dezembro de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) encontra-se redigido a garantia de acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, de especialidades de

média e alta complexidade e de urgência e emergência, de acordo com as demandas apresentadas conforme o perfil epidemiológico da população, incluindo a valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações.

As necessidades dos sujeitos sociais para quem essas práticas são organizadas e realizadas devem considerar os envolvidos como seres autênticos, com seus valores, sua cultura e suas potencialidades, capazes de produzir coisas e de transformar a sua própria história. O cuidar da saúde de alguém é mais do que uma intervenção; de fato ele é um encontro de sujeitos *no e pelo* ato de cuidar, ele é relacional (Ayres, 2001). Contudo, é difícil efetivar essas práticas em locais onde há dificuldades de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, por serem geograficamente afastadas, além da grande rotatividade desses profissionais por questões políticas, de condições de trabalho e da qualidade da assistência oferecida que também são questionadas nas zonas rurais.

Ainda há de se considerar que diversas práticas em saúde são baseadas apenas nos aspectos técnicos, em intervenções mecânicas de saberes, na dicotomia saúde-doença sem considerar a participação do indivíduo e de sua comunidade nesses saberes e nesse cuidado. Desconsideram-se os aspectos culturais em que as noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção derivam de atitudes arraigadas, refletindo normas, crenças e valores sociais da população, que podem vir a contribuir para uma exposição diferenciada aos problemas de saúde na população rural, levando inclusive a uma baixa procura por modernas intervenções na saúde (Dalla Vecchia, 2012; Gerhardt, 2006).

As práticas de educação em saúde predominantes, conforme alerta Alves (2005), privilegiam a doença e suas formas de prevenção, no intuito de, realizar mudanças de atitudes e de comportamentos das pessoas, responsabilizando-as pelas suas condições de saúde. Essa

postura incita o afastamento do profissional e do paciente, hierarquizando suas relações, sem proporcionar o encontro real de cuidado e de saberes (Paiva, 2013).

Outro desafio para as cidades rurais é o acesso aos serviços de saúde. Conforme informa Vieira (2010), muitas dessas áreas e comunidades são caracterizadas por altos níveis de necessidades de saúde apresentando enormes barreiras aos serviços de cuidado, sendo as que mais sofrem com enfermidades ao mesmo tempo que, também são as que menos utilizam-se dos serviços, pois a maior parte dos recursos para a saúde continua sendo investida e aplicada nos grandes hospitais que estão geograficamente afastadas da população rural.

As características da oferta que afetam o acesso aos serviços de saúde, de acordo com Travassos, Oliveira e Viacava (2006), são: a disponibilidade de serviços; a sua distribuição geográfica; a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos; os mecanismos de financiamento; o modelo assistencial e a informação sobre o sistema. A procura por esses serviços no país é fortemente influenciada pelas condições sociais das pessoas, pelo local onde residem e pela renda, que acabam por fomentar a desigualdade também na saúde.

Acesso é um conceito complexo que pode ser alterado ao longo do tempo e do contexto histórico e social. Comumente, é empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde e, conforme afirmam Travassos e Martins (2004), a possibilidade de acesso a um serviço é mais complexa do que a disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Isto porque se deve considerar também suas características - dos serviços e dos recursos de saúde - para a população a que se destina, o que pode vir a facilitar ou a limitar seu uso pelos potenciais usuários. Dessa forma, a acessibilidade promove impacto na capacidade do uso de serviços de saúde de grupos populacionais sendo esse um fator fundamental que dificulta a equidade nos sistemas de saúde (Travassos & Martins, 2004).

A acessibilidade tem sido definida como uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços. Esse conceito implica em dimensões indissociáveis, entre elas as sócias-organizacionais e as geográficas (Donabedian, 2003; Travassos & Martins, 2004). A primeira se refere a todas as características de acesso a um serviço, exceto a questão geográfica, que aumentam, diminuem ou extinguem a possibilidade de acessibilidade, tendo como exemplo as políticas formais ou informais que elegem os pacientes em função de sua condição social, circunstância econômica, situação diagnóstica ou pelo clientelismo, casos em que os governantes coagem e impedem que aqueles que não são de seu grupo político tenham acesso aos recursos, fato recorrente em pequenas prefeituras do interior. A geográfica indica o espaço que pode ser medido pela distância linear e de tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros (Bispo Júnior & Sampaio, 2008; Marcelino, 2010; Travassos & Martins, 2004).

Apesar de se identificar um avanço na saúde no Brasil a partir da implantação e implementação do SUS, garantindo a seus cidadãos a universalidade no acesso a saúde, com ampliação da cobertura nos níveis de atendimento, na utilização do serviço em postos e centros de saúde contemplados pela atenção primária, com a redução considerável de recursos próprios no pagamento de saúde devido ao aumento na participação do SUS no financiamento destes (Gerhardth, 2006; Oliveira, Carvalho & Travassos, 2004; Vieira, 2010), ainda se constata disparidades de saúde nas cidades rurais.

No relatório apresentado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), intitulado Evidências globais das iniquidades da atenção à saúde em ambientes rurais: dados de 174 países, é apresentado a desatenção à saúde das populações rurais, revelando grandes disparidades no acesso aos cuidados de saúde entre as áreas rurais e urbanas em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Nesse documento é denunciado que 56% das pessoas que vivem nas áreas rurais estão excluídas dos cuidados essenciais de saúde,

contra 22% das que residem em áreas urbanas, indicando ainda que, apesar do acesso à saúde ser garantido por lei em muitos países, assim como é realizado no Brasil, as pessoas residentes nas áreas rurais muitas vezes não têm acesso a assistência à saúde, porque a lei não é aplicada nestas regiões. Esse estudo da OIT informa ainda que, a deficiência de recursos nessas locais está extremamente vinculada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo que a carência de recursos econômicos é quase duas vezes mais alta nas zonas rurais do que nas urbanas (Scheil-Adlung, 2015).

Assim, aliadas aos aspectos territoriais, as condições políticas, econômicas e sociais se revelam limitadas para alterar a situação de desvantagem nas práticas, no cuidado e na utilização de serviços de saúde dessa população, especialmente para aquelas que se encontram distantes e em localidades com poucos recursos e investimentos nos setores de saúde, educação, infraestrutura e geração de renda, ocasionando assim as iniquidades em saúde, o que implica também nas condições de vulnerabilidade dessa população (Gerhardth, 2006; Oliveira et al., 2004; Scheil-Adlung, 2015; Travassos & Viacava, 2007; Vieira, 2010).

Tendo como base o modelo teórico de vulnerabilidade (Ayres, 2012), que se refere ao conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento, verifica-se que uma pessoa ou comunidade pode ter uma graduação maior ou menor que a predispõe ao risco e às carências de recursos para a sua proteção, integrando os três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos de vida que são as individuais, as sociais e as programáticas. Dessa forma, o termo vulnerabilidade, refere-se à possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, como o produto de interações de diversos fatores que, ainda que se apresentem no indivíduo, ele é o resultado desse sujeito com/e no coletivo e no meio (Ayres, 2002; Ayres, França Junior, Calazans & Salletti, 1999; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Entre os aspectos de suscetibilidade ao adoecimento encontra-se a falta de renda, ou renda baixa, que constitui um elemento de vulnerabilidade, junto com diversas circunstâncias como idade, sexo, raça/etnia, orientação sexual e outras. No que se refere ao mundo rural, essas questões se sobrepõem, visto que a produção de serviços tem o espaço urbano como referência e ainda existe um conjunto de déficits centrados nessas localidades, como no abastecimento de água, nas condições de moradias, na qualidade do ambiente do entorno dos domicílios, na baixa escolaridade, entre outros (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Borges, Dal Fabbro & Ferreira Filho, 2006).

Assim como as particularidades e características próprias a esses espaços, a população residente em cidades rurais, desenvolve formas para lidar com o processo de saúde-doença. Ela indica condições subjetivas, sociais e institucionais no enfrentamento do adoecimento, nas concepções de saúde e de doença, na utilização dos serviços de saúde, a partir das experiências reais e concretas do cotidiano com influência de fatores culturais, sociais e intersubjetivos que permeiam essas práticas, os seus significados, crenças e valores relacionados ao gênero.

Ao focar o gênero, identifica-se o seu caráter social e histórico, possibilitando uma compreensão das relações sociais e de suas variações ao longo do tempo sobre as concepções e percepções das diferenças sexuais (Scott, 1995). Sendo assim, as diferenças atribuídas ao feminino e ao masculino são históricas, culturalmente e socialmente construídas por isso, mutáveis, transformáveis e relativas conforme o contexto em que estão inseridos.

Historiadores indicaram, assim como afirma Stearns (2010), que a grande diversidade de definições sobre a masculinidade e a feminilidade e a sua relação com a sociedade, não são apenas encerradas em um âmbito familiar e doméstico. Elas estiveram e estão presentes no mundo público, assim como nas instituições políticas e nas atividades econômicas, em que os padrões de gênero influenciaram e permanecem atuando sobre os comportamentos vigentes.

A dimensão do gênero elucida como as interações sociais podem ser diversas e complexas em um sistema cultural que pode vir a gerar melhores condições para homens e/ou para mulheres ou o contrário, ou ainda uma combinação dos dois. Essas diferenças dependem das influências externas, dos costumes e dos valores de uma sociedade, as crenças e instituições, por exemplo, que fazem parte do cotidiano e do mundo interacional de homens e de mulheres que são fundamentais em qualquer sociedade e na formação da identidade do sujeito (Pinsky, 2010; Stearns, 2010).

O gênero é um sistema entre outros que atua de forma entrelaçada com o plano social, com resultados às vezes contraditórios e diferentes para homens e para mulheres nas mais diversas situações. Ele é considerado relacional, pois o gênero só pode ser entendido se comparado com o outro e, interage com a classe social, a raça/etnia, as diferenças de geração, o capital cultural e econômico, entre outros e não se apresenta como uma condição que produz, por si só, diferenciais de vulnerabilidade (Giffin, 2002).

Sendo assim, o gênero não pode ser abstraído das vulnerabilidades ao adoecimento resultantes da pobreza, da escassez de recursos, do baixo nível de escolaridade e de acesso à informação, da não efetivação de políticas públicas, de seu ambiente, de seus recursos, entre outros, vindo assim, a encobrir as desigualdades sociais (Giffin, 1994, 2002; Kergoat, 1996; Saffioti, 1992). Contudo, não se pode desconsiderá-lo na promoção à saúde, sendo um aspecto importante nas práticas de saúde e no acesso aos serviços das cidades rurais que possuem crenças, culturas e formas de viver próprias.

Dessa forma, o modelo teórico de vulnerabilidade, em seus três eixos interdependentes (individual, social e programático), oportuniza identificar e analisar comportamentos e estilos de vida, que entrelaçados com a relação social de gênero, influem nas condições de saúde, apreendendo a dimensão psicossocial expressa no grau e na qualidade de informações de que dispõem, nos modos como as elaboram, no poder de incorporá-las às suas práticas cotidianas,

em suas condições materiais, socioculturais e subjetivas, no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo assim sua realidade social e em saúde.

As condutas e estilos de vida, dessa forma, não passam a ser reduzidos a uma única causa ou determinação subjetiva e individualizada. Nesta proposta amplia-se a perspectiva de cuidado ao se considerar o contexto social e das instituições, possibilitando reflexões fundamentais para a formulação de políticas de saúde e de efetivação de promoção da saúde a partir das necessidades da coletividade, realizando avaliações sobre as condições reais dos grupos sociais.

Tendo em consideração as evidências recentes acerca das questões relacionadas com as vulnerabilidades em saúde em cidades rurais, essa tese pretendeu explorar, de diferentes formas, como a dimensão de gênero influencia e promove formas diferenciadas de cuidado, de práticas de saúde e de acesso aos serviços de saúde, acentuando a vulnerabilidade de homens e de mulheres ao adoecimento e ao agravamento de doenças e, de maneira intrínseca, na menor possibilidade de recursos e de condutas para a sua proteção, a partir dos seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar as vulnerabilidades ao adoecimento perpassadas pelas relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.

Objetivos específicos

- Verificar como os elementos de vulnerabilidade individual se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;
- Identificar como os elementos de vulnerabilidade social se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;

- Verificar como os determinantes de vulnerabilidade programática se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;
- Comparar como os elementos de vulnerabilidades (individual, social e programática) entre homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas estão relacionados ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde com base nas relações sociais de gênero.

A fim de atender aos objetivos propostos, tomaram-se como referências os seguintes pressupostos:

- A existência da dimensão de gênero traz diferenças de acesso aos bens e serviços de saúde e no enfrentamento do adoecimento tornando homens e mulheres vulneráveis;
- As relações de gênero são uma das dimensões organizadoras das relações sociais e elementos intervenientes na forma e processos de decisão quanto a saúde de mulheres e de homens da zona rural;
- Os homens procuram menos os serviços estando mais suscetíveis a doenças graves e às mulheres é incorporada a concepção de cuidadora, então é ela que acompanha os familiares que precisam de cuidados médicos ou de serviços de saúde;
- Desvalorização da mulher nas zonas rurais e exacerbação do homem como forte, que não irá aceitar ajuda;
- Mulheres e homens percebem que os profissionais e a própria estrutura das Unidades Básicas de Saúde elegem as mulheres como usuárias acessíveis as ações de saúde favorecendo seu ingresso e se distanciando dos homens devido a um estereótipo sociocultural construídos;

Para tanto, no *primeiro capítulo* foi apresentado algumas considerações sobre a promoção da saúde já que as condições de saúde de uma população não podem ser encerradas

à sua dimensão física ou natural, como nas cidades rurais, mas existem outros condicionantes que devem ser avaliados, assim como o social, o econômico, o político e o cultural que perfazem a qualidade de vida da população. Indicou-se também, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionando-os a perspectiva de promoção da saúde e das cidades rurais através da exposição de alguns dados relacionados à saúde nessas áreas.

No *segundo capítulo*, foram expostos o aporte teórico sobre o modelo teórico de vulnerabilidade, apresentando brevemente o surgimento desse modelo ante o desafio da epidemia da AIDS, ressignificando a tendência à responsabilização individualizante sobre o adoecimento e, as análises de vulnerabilidades (individual, social e pragmático) apontando alguns aspectos sobre sua relação da saúde com as vulnerabilidades ao adoecimento e, o conceito de gênero utilizados nesta pesquisa, abordando o gênero na prática de cuidado à saúde e no acesso aos serviços de saúde, assim como os programas especiais de atenção à saúde integral para homens e mulheres e as relações de gênero e vulnerabilidades ao adoecimento nas cidades rurais.

Já no *terceiro capítulo*, apresentou-se os objetivos e o método utilizado para a realização desse estudo, indicando a sua caracterização, população e amostra, instrumentos utilizados, procedimentos adotados, a análise dos dados e os aspectos éticos levados em consideração. Os resultados dos instrumentos são apresentados e discutidos no *quarto capítulo* e, finalmente, encerrando com as *considerações finais*, nas quais são focalizadas algumas contribuições e algumas reflexões, bem como as limitações desta pesquisa.

CAPÍTULO I

O CONTEXTO RURAL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O espaço considerado rural tem passado por um conjunto de mudanças significativas com impacto direto nas funções e nos conteúdos sociais, o que tem movido uma série de estudos e pesquisas sobre o assunto em vários países, sobretudo nos mais desenvolvidos, onde esse processo apresenta maior visibilidade. No caso do Brasil tem ocorrido um despertar para esse tema, principalmente com a realização de pesquisas sobre estratégias de desenvolvimento rural para o país numa perspectiva instrumentalista, na tentativa de superação da extrema desigualdade social, sobretudo através de definições de políticas de valorização do campo (Marquez, 2002).

Os olhares têm se voltado cada vez mais para o contexto rural, pois, conforme alertam Fonseca, et al. (2015), o intenso processo de êxodo desses espaços verificado na segunda metade do século XX, devido à falta de incentivos financeiros por parte das organizações governamentais para o pequeno agricultor, teve como consequência o deslocamento do homem do campo para as grandes cidades, mas o êxodo rural além de causar um alto grau de urbanização com um crescimento populacional desordenado das cidades, ocasiona também o desemprego e termina por piorar a situação desses homens que saíram em busca de melhores oportunidades e condições de sobrevivência. Assim, se encontra atualmente, uma desaceleração desse êxodo, ocorrendo muito mais uma migração entre os municípios rurais e o movimento cidade-campo (Fonseca, et al., 2015).

Como afirma Santos (1996), a tradicional divisão de rural e de urbano não é suficiente para a realidade no Brasil, pois existem regiões urbanas que contêm atividades rurais com elevado desenvolvimento, assim como há áreas agrícolas com cidades adaptadas às suas demandas e áreas rurais adaptadas às questões urbanas. Mas, há localidades em que a agricultura concentra os mais baixos níveis de renda média, em que são identificados também os menores índices de escolaridade com elevadas taxas de analfabetismo e dificuldades de acesso à saúde (Jacinto, Mendes & Perehouskei, 2012; Marquez, 2002).

A diversidade social identificada no campo se associa à própria diversidade natural em que há relação direta da complexidade de sua problemática social e ambiental, da falta de estrutura e de condições para o seu desenvolvimento e sua potencialidade enquanto espaço de vida e de sobrevivência, sendo necessário se compreender o processo saúde-doença buscando os elementos relacionados com o modo de vida e as práticas de saúde delas decorrentes, num ambiente que apresenta limitações impostas pela natureza como a falta de água, por exemplo, e pelas questões humanas no espaço rural (Marquez, 2002).

Dessa forma, como refere Carlos (2003), mais do que tentativas de se delimitar, inclusive geograficamente, o que são espaços rurais e espaços urbanos, o que ocorre nesses locais são reproduções de uma realidade social concreta. Assim, o simples conceito espacial do que se define ser urbano ou ser rural traduz muito pouco sobre os conteúdos do que é vivido nessas áreas. Notadamente esses conceitos se apoiam mais nas oposições, numa desqualificação a partir das carências do ambiente rural, e não em suas características propriamente (Jacinto, et al., 2012).

Há fatores que devem ser considerados nesse contexto, assim como a forma diversificada em que esta realidade se apresenta no espaço e no tempo até as influências de caráter político-ideológico e os objetivos a que visam atender as diversas definições. Os principais critérios utilizados para se diferenciar esses territórios, principalmente para fins

estatísticos e administrativos são: a discriminação a partir de um determinado patamar populacional; a predominância da atividade agrícola; a delimitação político-administrativa (Marquez, 2002).

Porém, um território é construído pelas inter-relações e intercâmbios do cotidiano social, como espaço simbólico de uma história escrita de processos do passado e do presente num ambiente geográfico socialmente organizado. Sobre um ambiente natural os grupos sociais deixam as suas marcas em estruturas materiais e em espaço simbólico das sociabilidades cotidianas e das identidades socioculturais (Santos, 1988). Sendo assim, um lugar social, real e objetivo, perpassado por valores e significados culturais da subjetividade, não tem limites definidos, por caracterizar-se por sua dimensão simbólica, não identificada apenas com os critérios territoriais administrativos (Junges & Barbiani, 2013).

A cidade rural deve ser compreendida a partir de sua articulação ao contexto geográfico no qual está inserida, mas para isso deve-se considerar sua realidade materializada e socialmente construída a partir de uma perspectiva histórica e não apenas no âmbito das formas rural versus urbano, mas tendo como pano de fundo a atuação de diferentes práticas e representações, a mediação dos modos e das relações de produção e a instituição da propriedade privada da terra (Jacinto, et al., 2012).

O espaço rural corresponde a um meio específico, de características mais naturais do que o urbano, que é produzido a partir de uma multiplicidade de usos nos quais a terra ou o “espaço natural” aparece como um fator primordial, o que tem resultado muitas vezes na criação e recriação de formas sociais de forte inscrição local, ou seja, de territorialidade intensa (Marquez, 2002, p.109).

As condições de moradia e de ocupação nos espaços também são produtos das relações entre desenvolvimento econômico e social, e dos demais indicadores de qualidade de

vida de uma população. Esses indicadores demonstram o nível de atendimento às necessidades básicas da vida, que precisam ser consideradas nas políticas públicas. Dentre elas, a saúde é fundamental devido à sua influência não apenas nos perfis sociodemográficos populacionais, mas, principalmente, no potencial de desenvolvimento societário (Junges & Barbiani, 2013).

Muitos componentes sociais fomentam uma vida com qualidade sendo também fundamentais para que as pessoas atinjam um perfil elevado de saúde. Contudo, ter saúde ultrapassa o aspecto do acesso aos serviços médico assistenciais. Existem os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, que requer políticas públicas adequadas, com uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (Buss, 2000). Não se pode desconsiderar que a péssima distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, as condições precárias de habitação e o ambiente têm um papel importante nas condições de vida e, dessa forma, na de saúde.

O rural é lugar de produção agrícola que faz nascer produtos e um lugar de obras, pois a paisagem é uma obra que emerge de uma terra modelada e vinculada aos grupos e as pessoas que a ocupam através de uma recíproca sacralização que costuma ser profanada pela vida urbana e pela política (Jacinto et al., 2012). Estudos como os de Bispo Júnior e Sampaio (2008) colocam em destaque os pequenos municípios do Nordeste e a sua dificuldade na participação social da saúde, pois, o exercício pleno da cidadania e a democratização do poder são minados pela cultura assistencialista de algumas prefeituras, que a utilizam como uma ferramenta importante e eficiente para o processo de desmobilização social com elevado prejuízo à promoção da saúde.

Essa cultura assistencialista de troca de favores efetivada na prática política configura uma forma de mandonismo em que os gestores controlam os meios de produção, os recursos e os serviços detendo assim, o poder econômico, social e político local (Seibel & Oliveira,

2006). Principalmente nesses contextos rurais que se encontram afastados e invisíveis do poder público, ocorrem a negligência e a violação do direito dos cidadãos que não possuem a quem recorrer, sendo impedidos de terem acesso aos serviços e aos recursos destinados à sua cidade e comunidade, caso não apoiem quem está no poder.

Dessa forma, há clientelismo característico das relações entre o governo e os grupos de interesse, especialmente nas cidades pequenas e nas áreas rurais. O gestor de municípios pequenos pode tornar-se um poderoso tirano da população, pois conhece os moradores pelo nome, família, religião, ideologia e partido político, sabendo assim, também, sobre suas fragilidades e necessidades (Bispo Júnior & Sampaio, 2008; Cortes, 2002; Lima, 2001).

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 (onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integra a Seguridade Social), a saúde conquistou o status de política pública estatal e universal, através da luta e da mobilização de movimentos populares, sindicais e acadêmicos. Os ideais de cidadania e dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais, colocaram em evidência a relevância pública das ações e dos serviços de saúde ao considerá-la como um direito fundamental do cidadão. Dessa maneira, princípios oriundos do Movimento da Reforma Sanitária, como por exemplo, ações de prevenção e promoção à saúde, a participação social por meio do controle social, e ainda ações de educação em saúde, se corporificaram na implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS (Menezes & Leite, 2016).

Entretanto, em sua análise do SUS, Sarreta (2009) informa que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária Brasileira até a fase de implementação do Sistema, diversas mudanças nos aspectos históricos e sociais somam-se aquelas orientadas pelo projeto neoliberal que passa a ter êxito nos anos 90, tendo em sua ideologia a redução do Estado no enfrentamento da questão social que se confronta com o movimento de Reforma Sanitária.

Destaca então, o efeito contraditório de garantia dos direitos de saúde no plano legal e seu distanciamento no plano prático, que provoca uma discrepância entre as medidas de proteção social garantidas no texto legal e as que são praticadas.

Há uma regressão de direitos e destruição do legado das conquistas históricas dos trabalhadores, em nome da defesa quase religiosa do mercado e do capital, cujo reino se pretende a personificação da democracia, das liberdades e da civilização (Iamamoto, 2004, p.1).

Transcorridos 28 anos da conquista e da efetivação do direito à saúde, com seus princípios e diretrizes, o SUS enfrenta diversos obstáculos que impedem sua plena prática e consolidação, sobretudo com o aprofundamento do processo de privatização da saúde, com base num projeto político econômico neoliberal, firmado no Brasil a partir dos anos 1990, que possui como objetivo a redução de gastos a partir de uma racionalização da oferta e da descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Assim, ao Estado compete garantir um mínimo aos que não podem pagar, permanecendo para o setor privado a receptação dos cidadãos consumidores (Bravo, 2016).

O SUS tem sido tensionado por poderosos e organicamente articulados interesses privados que vêm diversificando e ampliando as formas de privatização da saúde, imputando-lhe uma lógica de compra e venda de procedimentos especializados e de alto custo. Reduz a saúde como acesso a procedimentos, ao consumo individual de atos médicos capazes de gerar lucros, negligenciando e secundarizando ações e práticas de promoção, proteção e prevenção da saúde (Santos de Paiva & Costa, 2016).

Esse projeto privatista de saúde que tem se fortalecido no país nos últimos anos, conforme afirma Bravo (2016), promove a mercantilização da vida e a subordinação da saúde à lógica do capital. E, “através da ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde,

tanto no livre mercado quanto por dentro do SUS” (p. 225), assiste-se a mudança do SUS para um Sistema Nacional de Saúde completamente dependente do setor privado, numa restrição das ações públicas estatais a práticas de cuidados focalistas e revestidas de um assistencialismo de baixa qualidade, sem assegurar o ingresso a todos os níveis de assistência, rebaixando a pauta da saúde a uma concepção que nega a determinação social do processo saúde-doença.

A política de ajuste neoliberal corrompe deliberadamente os avanços constitucionais de 1988, a partir da redução dos investimentos nas políticas públicas, aqui em destaque a saúde, que tem sido degradada continuamente, resultando em sérios prejuízos para a população usuária e para os profissionais que nela atuam (Menezes & Leite, 2016). De fato, isso é claramente constatado nas inúmeras e frequentes reportagens sobre a falta de atendimento, de acesso aos serviços, ausência de medicamentos e de condições de assistência médico-hospitalar e, da precarização da saúde em todo o país.

A contrarreforma na saúde, instaurada pela política neoliberal, é um dos maiores desafios a serem enfrentados no âmbito nacional na busca pela efetivação da saúde como direito. Vive-se sob o jugo de uma herança autoritária, individualista e econômica de se pensar a saúde e os direitos sociais com base numa lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social, com redução e supressão dos direitos sociais e ampliação do mercado, numa completa omissão do Estado que se encaminha cada vez para deixar de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar seu promotor e regulador (Bravo, 2016; Menezes & Leite, 2016; Santos de Paiva & Costa, 2016).

Embora se tenha um sistema de saúde universal e público, que visa assegurar constitucionalmente o direito a saúde aos cidadãos, sendo estes trabalhadores contribuintes com a previdência ou não, incluindo o trabalhador rural, e sem excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde, um dos grandes desafios

é fazer com que suas ações se concretizem de fato e em todo o território nacional, principalmente em espaços de difícil acesso, como os de certas zonas rurais, em que as condições de infraestrutura - estradas, transporte, postos de saúde - prejudicam uma oferta qualificada dos serviços para que a sua população não permaneça sofrendo (Silva et al., 2013).

Assim, no que se refere a saúde, principalmente proposta na atenção básica, como um modelo de atenção universalizante que agrega práticas de caráter coletivo com ações de assistência médica, mais democráticas e participativas, o que se verifica é que se está indo na contramão desses princípios, na realidade se está cada vez mais distante da saúde como direito de todo cidadão e um dever do Estado (Bravo, 2016). Essas questões são relevantes, especialmente nos dias atuais em que se discute o estrangulamento e a precarização da saúde, devido à redução de gastos públicos, através da proposta de emenda constitucional (PEC 241) que cria um teto para os gastos públicos para os próximos 20 anos.

Sobrepõem a esse panorama, as desigualdades sociais que também fazem parte do cenário e da experiência de vida da população de cidades rurais. Alguns dos determinantes de saúde, tais como as necessidades básicas de nutrição, infraestrutura, capacidades e envolvimento da comunidade, o ambiente físico e socioeconômico, a disponibilidade de serviços de saúde, ambientais e sociais e a política sanitária de governo, mostram uma realidade cruel para essas pessoas que permanecem carentes de atenção e de cuidado por parte dos gestores municipais, estaduais e federais tornando-os vulneráveis e desprivilegiados (Pignatti & Castro, 2008; Silva, Dimenstein & Leite, 2013).

É importante considerar que as condições de saúde de uma população não podem ser restritas à sua dimensão física ou natural. Não são apenas os aspectos da natureza com suas limitações ou com suas dificuldades pelo seu ambiente escasso que determinam a saúde, mas existem outros condicionantes que devem ser avaliados, assim como o social, o econômico, o

político e o cultural que perfazem a qualidade de vida de seus moradores, as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão na busca de ambientes favoráveis (Pignatti & Castro, 2008).

Por ambientes favoráveis à saúde considera-se a proteção e a conservação dos recursos naturais, com um acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente promovem sobre a saúde, assim como a possibilidade de criação de espaços que facilitem e favoreçam a saúde, o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade (Buss, 2000).

Quando se fala em produzir a saúde não se está referindo a tratar e curar doenças, em centralizar a obtenção de saúde na figura do médico, o que tem sido uma problemática nas cidades rurais, perpetuando a cultura de um cuidado hegemônico, biomédico, curativo, que máscara as questões políticas, sociais e econômicas, em que pouco se concebe o sujeito como agente participante e transformador de sua realidade. Há que considerar os vários elementos citados que estão inter-relacionados nesse processo.

O conceito de saúde reflete uma conjuntura social, econômica, política e cultural de uma população. Há também a sua dimensão subjetiva que não será a mesma para todas as pessoas. Isso dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas, sendo que o mesmo também ocorre com o que se considera como doença (Scliar, 2007). A saúde é reconhecidamente a união de diversos indicadores que não se traduzem pela ausência de doenças, mas em condições de se ter saúde.

Na Lei Orgânica Nº 8.080, de 1990^a, em seu Art 3º, houve uma modificação sobre os fatores determinantes da saúde, incluindo a atividade física como um de seus condicionantes. Assim, pela Lei nº 12.864, de 2013, passou a vigorar a seguinte redação:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o

saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, Presidência da República, Casa Civil, 1990a, 2013).

A articulação desses determinantes em um contexto social e cultural é fundamental ao se pensar e fazer saúde, sendo o próprio sujeito um agente transformador de sua realidade. A promoção da saúde deve considerar os aspectos subjetivos e sociais, tanto dos profissionais quanto de seus usuários e de suas relações estabelecidas. Sendo assim, em um contexto no qual se busca a atenção à saúde, que ultrapasse o modelo biomédico de assistência meramente curativa, aí se estará realmente promovendo o bem-estar, resgatando a concepção da saúde como uma produção social e desenvolvendo políticas públicas e ações de âmbito coletivo.

1.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS

A expressão promoção da saúde, conforme o relato de Sícoli e Nascimento (2003), foi usada pela primeira vez em 1945 pelo médico e historiador canadense Henry Sigerist ao definir quatro tarefas à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Em 1974, através do informe Lalonde publicado no Canadá, se enfatizou os fatores individuais da saúde responsabilizando as pessoas por seus hábitos, estilo de vida e, conseqüentemente, por sua doença. Questionou-se o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde, priorizando medidas preventivas de doenças crônico-degenerativas, que eram um problema prioritário, sobretudo nos países desenvolvidos, através de programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais - como o fumo, obesidade, promiscuidade sexual, abuso de substâncias - desconsiderando os aspectos sociais, políticos e econômicos, desresponsabilizando os governos e os formuladores de políticas (Cerqueira, 1997; Fundação Oswaldo Cruz, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003).

Lalonde destacou ainda a limitação das ações centradas na assistência médica, que eram insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele como os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida, recomendando a mudança no alvo das ações sanitárias e a ampliação do campo de atuação da Saúde Pública buscando romper com a ideia de que a saúde é resultante exclusivo de cuidados médicos, procurando conscientizar o público do desequilíbrio nos gastos setoriais (Barroso, 2007; Carvalho, 2004, 2005; Sícoli & Nascimento, 2003). Contudo, esse relatório foi uma tentativa de conter as despesas da atenção às doenças além de desqualificar a promoção da saúde, ao se culpabilizar o indivíduo ocultando o Estado e as classes dominantes que também são responsáveis pelas questões sociais da saúde.

Inicialmente em sua história, a promoção de saúde estava vinculada à existência da doença, em seu tratamento (modelo curativo) e em sua prevenção, levando em consideração os seus custos e os problemas que causam à economia do país. Daí a preocupação com a contenção de agravamentos de doenças e epidemias, não como uma real preocupação com o povo e sim com os problemas econômicos e políticos que isso pode causar (Sícoli & Nascimento, 2003).

Em 1980 surgem duas correntes, também no Canadá, que foram a Promoção da Saúde da População e a Nova Promoção da Saúde. Para a primeira os ambientes físico e social determinam e condicionam a resposta biológica do indivíduo que desenvolve mecanismos adaptativos que influenciam na produção da doença e na saúde, tendo uma visão limitada do sujeito, o que pode explicar, em parte, o fato de que o documento fundador deste não faça nenhuma menção aos conceitos como empoderamento e participação comunitária (Barroso, 2007; Carvalho, 2004, 2005).

A segunda corrente contemplou uma perspectiva socioambiental, contrapondo os limites teóricos e práticos da perspectiva behaviorista. Crítica do paradigma biomédico,

apontava a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde-doença e enfatizava que os serviços deveriam procurar atender às necessidades dos indivíduos na sua totalidade conforme às diferenças culturais existentes. Defendia ainda que usuários, profissionais, instituições prestadoras de serviços e comunidade compartilhassem as responsabilidades e desenvolvessem parcerias, não culpabilizando o sujeito por comportamentos cujas causas encontram explicação no social. Essa perspectiva possibilitou uma ampliação no referencial sobre a saúde que passou a ser considerada também como uma produção social (Barroso, 2007; Carvalho, 2004, 2005).

A fim de se produzir saúde deve-se responder aos problemas sociais, políticos e econômicos, considerando também os aspectos físicos, ambientais e culturais que favoreçam a saúde e o bem-estar com ações que se voltem às mudanças sociais, mas que se mobilize a partir de um trabalho conjunto, envolvendo as políticas públicas, ou seja, os conjuntos de programas disponíveis, as ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar constitucionalmente o direito de cidadania, sem pesar a responsabilidade em sua população e/ou em seus trabalhadores da saúde. As necessidades em saúde e os problemas éticos, decorrentes da tentativa de dar resposta a elas, estão também transpassados e configurados pela subjetividade do usuário e do profissional, pelo seu território e pelos contextos socioculturais (Junges & Barbiani, 2013; Sícoli & Nascimento, 2003).

Observa-se que essas necessidades podem até ser experimentadas individualmente e influenciadas por seu contexto, mas precisam ser pensadas e organizadas no coletivo, pois, nele acontece a demanda que as configura socialmente (Carvalho, 2005; Junges & Barbiani, 2013; Sícoli & Nascimento, 2003). Apesar dos esforços em se pensar e efetivar uma saúde mais democrática e participativa, sua promoção parece ainda permanecer vinculada a práticas

individualistas e medicamentosas, relacionadas prioritariamente a questões de prevenção de agravos das enfermidades e de cura.

Aqui abre-se um parêntese para abordar a diferença entre o que se entende por prevenção e por promoção da saúde. A palavra prevenir significa preparar; chegar antes de; dispor de maneira que se evite um dano, um mal de forma a impedir que se realize (Ferreira, 2008). A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, fundamentada no conhecimento da história natural da doença a fim de evitar que os processos patogênicos se iniciem, estando relacionada aos determinantes de adoecimentos e de agravos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Czeresnia, 2003).

Nas ações preventivas as intervenções são encaminhadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, baseadas no conhecimento epidemiológico, com a finalidade de se manter um controle sobre a transmissão de doenças infecciosas, na redução do risco de doenças degenerativas ou em outros agravos específicos. Dessa forma, os planos de prevenção e de educação em saúde possuem como estratégia a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de modificações de hábitos atribuídos principalmente ao indivíduo (Czeresnia, 2003).

Já a expressão promoção possui o sentido de dar impulso; de fomentar; de originar; de gerar (Ferreira, 2008). Compreende-se a promoção da saúde como mais ampla que a prevenção, pois não possui como foco a doença priorizando intervenções em uma determinada patologia e em seus agravos, mas visa a compreensão de uma dimensão abrangente na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Suas estratégias ressaltam a alteração das condições de vida, de trabalho, de moradia, de alimentação, de lazer, de educação, do meio ambiente, entre outros, que influem nos problemas de saúde, no adoecimento, nas situações de vulnerabilidade, identificando os principais determinantes da

saúde que são exteriores ao campo puramente biológico e que necessitam de uma abordagem intersectorial (Czeresnia, 2003; Terris, 1990).

Sendo assim, a saúde e a sua promoção são o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se justapõem de forma particular em cada sociedade e em circunstâncias específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis. As atividades ligadas à promoção de saúde estão direcionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, propondo uma articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o seu enfrentamento e sua resolução, sendo também uma reação à acentuada medicalização da vida social (Buss, 2000, 2010).

A promoção da saúde teve ênfase no campo da Saúde Pública com o seu conceito introduzido oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos predominantemente por Organizações Internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos. A Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978), na meta “Saúde para todos no ano 2000”, e na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, foi um marco ao declarar que a promoção da saúde se refere ao processo de capacitar as pessoas para melhorar sua saúde e aumentar o controle sobre a mesma (WHO, 1998, p.3).

Assim, a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (Buss, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003). Nesse contexto, encontra-se os princípios de *empoderamento* e de *participação social*, que estão articulados entre si e que são fundamentais para as mudanças na busca de saúde.

O empoderamento refere-se a uma transformação da impotência internalizada pelos indivíduos diante das iniquidades, em um processo de capacitação para impulsionar o seu controle social. Sugere assim que é necessário que os indivíduos tenham poder para modificar as diversas situações sociais que limitam ou ameaçam a sua saúde. Faz-se necessário distinguir os determinantes sociais da saúde dos determinantes sociais das iniquidades.

Os primeiros são os fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, de forma positiva ou negativa, seja através de decisões políticas ou individuais. Já os determinantes sociais das iniquidades em saúde são aqueles de natureza social, econômica ou comportamental que aumentam ou diminuem as iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades, e que sempre podem ser influenciados por escolhas ou decisões políticas e individuais e que poderiam ser evitadas (Pellegrini Filho, 2011).

Já a participação ativa da população refere-se ao envolvimento direto dos interessados, ou seja, os membros da comunidade, as organizações afins, os formuladores de políticas, os profissionais da saúde e de outros setores nacionais e internacionais. Possui como pressuposto o processo de empoderamento enfatizando a formação dos cidadãos, a partir de discussões e ações coletivamente identificadas e construídas baseadas na educação e na circulação democrática de informações e, com a abertura de áreas acessíveis à participação política, em especial a nível local, implicando no desenvolvimento de políticas que atendam às necessidades e prioridades da população de forma que, também possam ser continuamente avaliadas e revisadas (Ayres, Paiva & França Jr, 2012; Sícoti & Nascimento, 2003).

Embora o empoderamento compreenda uma perspectiva distinta da conscientização, havendo uma tentativa de incorporar os preceitos da educação popular e reconhecer o outro como ator, assumir este princípio como a parte mais essencial à promoção é preocupante, pois pode incorrer nos riscos de enfocar simplesmente a dimensão singular ou particular da mudança, sem atrelá-la ao processo estrutural maior, e de

fomentar a responsabilização individual, desresponsabilizando o Estado, não articulando a capacitação com a participação ativa e cidadã que de fato permite impulsionar mudanças nos determinantes socioeconômicos e ambientais da saúde (Sicoli & Nascimento, 2003, p.113).

Dentre as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, Buss (2000) destaca quatro que desenvolveram importantes bases conceituais e políticas da promoção da saúde em que se obteve como conquista fundamental: a proposta da atenção primária de saúde, reafirmando a saúde como direito humano fundamental, que as desigualdades são inadmissíveis, que os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde. Estas foram a de Ottawa (WHO, 1986), de Adelaide (WHO, 1988), de Sundsvall (WHO, 1991) e de Jacarta (WHO, 1997) - a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento. Na América Latina deve-se destacar para a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992).

Nesses encontros se admitiu também a interdependência entre saúde e ambiente enfatizando o aspecto da responsabilidade internacionalista da promoção da saúde, em que os países desenvolvidos teriam a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento (Buss, 2000). Essas conquistas colocam como ponto central iniciativas de habilitar os indivíduos, de promover o acesso às informações e de empoderamento, em um fazer participativo, holístico, intersetorial, baseado na justiça social, sustentável e de estratégias adequadas às realidades das populações: “o exame sistemático e avaliação das características de uma iniciativa e os seus efeitos a fim de produzir informação que pode ser usado por aqueles que têm interesse na sua melhoria e eficácia” (WHO, 1998, p.3).

Contudo, assim como alertam Sícoti e Nascimento (2003) e a própria OMS (WHO, 1984), possibilitar o acesso à informação é pensar em sua qualidade para que não conduza a incertezas e dúvidas, além de que, ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle com perspectivas a mudanças apenas promove a impotência das comunidades:

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (Buss, 2000, p 170).

A produção de saúde está associada a um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, referindo-se também, a uma combinação de ações, entre elas a do Estado, através das políticas públicas saudáveis, da comunidade, dos indivíduos ao se possibilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais, e na reorientação do sistema de saúde e de parcerias, redirecionando a saúde na busca da superação do modelo centrado na doença como um fenômeno individual (Buss, 2000; Sícoti & Nascimento, 2003).

Pensar a saúde na atualidade é pensar no indivíduo em sua organização de vida cotidiana, coletiva, em sua realidade concreta, em suas condições sociais de vida e de trabalho, no acesso à educação e a informação, na atividade física, no transporte, no lazer, no ingresso aos bens e serviços essenciais e, o quanto a ausência de qualquer um desses determinantes é prejudicial às pessoas em seu contexto.

Entende-se por políticas públicas saudáveis, as decisões que se materializam através de diversos mecanismos sejam através de legislação, de medidas fiscais, de taxações e de mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que oportunizem a *equidade em saúde*, a distribuição mais equitativa da renda e de políticas sociais. Isso implica na convergência entre os políticos e dirigentes de todos os setores, na priorização da saúde com responsabilização pelas consequências das políticas sobre a saúde da população - ou pelas implicações quando deixa de fazê-lo - como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde (Buss, 2000).

Os desafios da saúde pública, assim como apresentam Junges e Barbiani (2013), são perpassados por determinantes macros e microsociais. Por isso, se faz necessário reconhecer as relações entre o território ocupado - compreendido como um espaço de sociabilidades cotidianas do grupo social que o habita, não sendo reduzido aos limites administrativos - e a saúde, construindo um modelo de atenção que integre cuidados primários e conhecimentos da vigilância sobre as necessidades em saúde daquele território e de ações politicamente articuladas e pactuadas para enfrentar os determinantes sociais e os danos ambientais que afetam a saúde da população no sentido da melhoria de sua qualidade de vida. Dessa forma, as práticas vão além da responsabilidade clínica, alcançando o âmbito da responsabilidade sanitária, trabalhando-se com uma responsabilização múltipla seja pelos problemas ou pelas soluções propostas para os mesmos.

A elaboração de uma política de Promoção da Saúde deve basear-se nas especificidades da realidade brasileira, considerando-se as cartas e acordos internacionais que, desde Ottawa (1986), veêm definindo a promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social, que tem originado, no campo da saúde, novas agendas como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da

especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, bem como a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida (Brasil, Ministério da Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde, 2002, p 10).

Vale salientar que, conforme apresentou Buss (2010), a fim de se obter a tão idealizada atenção integral de saúde, deve-se primeiro integrar os saberes e as práticas que, na atualidade, se encontram fragmentadas e desenvolver ações articuladas em distintos campos, como água, esgoto, resíduos, drenagem urbana, e também na educação, habitação, nutrição entre outros, com a intuito de se efetivar esses saberes conforme a localidade em que se está, que é singular e diferente de qualquer outra, considerando que, nesse espaço habita uma população com características culturais, sociais, políticas, econômicas também diferentes de outras populações.

A Organização Mundial de Saúde, caracteriza as ações de promoção da saúde conforme uma *concepção holística* que determina que as suas iniciativas contemplem a saúde física, mental, social e espiritual (WHO, 1998) em uma compreensão ampliada de saúde em que se preconiza o envolvimento da população como um todo em seu contexto e cotidiano, em vez de focar apenas em grupos de risco para doenças específicas, buscando ações coletivas, sendo este, justamente o campo de atuação da promoção que enfatiza a determinação social, econômica e ambiental (WHO, 1984).

Uma questão que merece ser destacada consiste em verificar que fatores individuais são importantes para a identificação de indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo, contudo, são as desigualdades sociais que possuem maior significação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde. Assim, muitos dos comportamentos tidos como individuais são na realidade diretamente influenciados pelas condições sociais dos mesmos. As diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser

apoiadas nos fatores biológicos, pois as diferenças de saúde parecem ser respostas a hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Souza, Vicente da Silva & Silva, 2013).

Nesse aspecto ressalta-se que, mesmo que se tenha controle sobre o comportamento das pessoas, de seus hábitos, suas atitudes de vida e assim, de sua saúde, em que se possa provocar modificações no costume de fumar, de beber, de praticar atividades físicas, por exemplo, existem fatores que são externos, que não são dominados pelos sujeitos. Entre eles destacam-se as diferenças de renda, a escassez de recursos, a falta de infraestrutura comunitária, condições inapropriadas de moradia, desemprego, falta de acesso à informação, entre outras (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

A lógica da sociedade capitalista, assim como afirmam Souza, Vicente da Silva e Silva (2013), preconiza o individualismo e é através desse valor que se pode compreender os desdobramentos dessa sociedade para a problemática da saúde. O capitalismo, não promove coesão e nem é solidário, não possibilita oportunidades igualitárias. Na realidade, seu sistema e funcionamento são destrutivos, uma vez que ele é agente de desigualdades e de fragmentação social, assim os indicadores sociais e econômicos são expressivos para que ocorram as iniquidades (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Souza et al., 2013).

Portanto, a posição social do indivíduo acaba sendo influenciada pelo contexto social em que está inserido, e conseqüentemente com diferenciais de saúde e exposição a riscos diferentes. Ao se considerar que cada indivíduo, uma vez tendo sido exposto, possui uma vulnerabilidade e uma reação própria a esses riscos, ocorrerão também implicações sociais e físicas diferentes ao se contrair uma doença, porém, há uma maior probabilidade dos problemas de saúde causarem efeitos mais severos e graves nas pessoas de classes sociais desfavorecidas (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Souza et al., 2013).

Os riscos para ser acometido por doenças diferem entre os grupos socioeconômicos, pois, há diferença na exposição aos fatores que causam ou previnem estas doenças, sejam eles materiais, psicossociais e/ou comportamentais. Dessa forma, quanto mais baixa a posição social, maior a exposição a riscos para a saúde e, quanto maior o acesso aos recursos, maiores serão as possibilidades de evitar riscos, doenças e suas consequências negativas (Pellegrini Filho, 2011).

Na atualidade se assiste a epidemia do zica vírus e sua relação com os casos de microcefalia (uma infecção que provoca má-formação do cérebro de bebês) que se apresenta potencializado na região Nordeste. Esse é mais um episódio entre tantos já vividos pelas pessoas que estão vulneráveis as doenças devido a sua situação socioeconômica, e que agora alarma a todo o país ante suas graves consequências e risco de morte. Assim, o que até então era negligenciado passa a ser prioridade, pois, uma epidemia coloca em risco também os mais favorecidos. Apesar de que, há fatos que não mudam: os casos dessa doença são mais concentrados em regiões onde há um histórico de problemas nas condições de moradia e de saneamento, onde há mais interrupção da oferta d'água, locais onde residem normalmente os menos favorecidos. Portanto, essas pessoas permanecem com menor probabilidade de se protegerem e mais suscetíveis as doenças que as vitimizam diante da desigualdade social em que estão imersas.

A promoção da saúde implica, também, em assumir uma ação *multi-estratégica* com o envolvimento de diferentes disciplinas e com a combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo o desenvolvimento de políticas, de mudanças organizacionais, de alcance comunitário, de questões legislativas e educacionais (Sícoli & Nascimento, 2003). Deve-se fomentar mecanismos democráticos para a tomada de decisão, implementação e avaliação das políticas públicas, impulsionado o compromisso real dos gestores com a justiça social, sendo esse, segundo Mello (2000), um instrumento promotor de mudanças na estrutura

socioeconômica e política, tendo como meta o desenvolvimento social que não se baseia exclusivamente no crescimento econômico, mas sim em um bem-estar social alicerçado na justiça, na ética e nos direitos sociais.

Contudo, uma vez que a promoção da saúde tem suas ações e políticas voltadas aos determinantes da saúde, já apresentados, a sua operacionalização necessita da intersectorialidade já mencionada anteriormente, ou seja, da cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a sua articulação nos sistemas de legislação, tributário e nas medidas fiscais, na educação, na habitação, no serviço social, na agricultura, enfim em uma gama de ações em que se deve destacar a responsabilidade do governo, em todos os seus níveis, seja em sua efetivação ou em sua fiscalização (Paiva, 2013; Sícoli & Nascimento, 2003).

No documento de Política Nacional de Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde (2002) apresentam-se como objetivos principais: atuar para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano; contribuir para reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso as oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde e de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da promoção da saúde como enfoque para as suas políticas e ações; favorecer sua *sustentabilidade*, através da melhor efetividade na abordagem dos problemas de saúde e redirecionamento de recursos.

A sustentabilidade possibilita criar iniciativas baseadas no princípio do desenvolvimento sustentável, ou seja, de equilíbrio entre o ambiente e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte - de forma que não seja predatório aos recursos naturais e socioculturais de uma população - e das opções que se configuram para garantir a equidade, numa associação de justiça social, de qualidade de vida e de articulação entre o

global e o local (Ayres, Paiva & França Jr, 2012; Jacobi, 1999 citado por Sícoli & Nascimento, 2003; Ziglio et al., 2000).

Ante ao exposto, acredita-se que a promoção da saúde pode contribuir para a renovação do pensamento sanitário contrapondo-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo das últimas décadas, ampliando suas atividades para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Assim, para a realidade brasileira a incorporação das premissas e estratégias de promoção da saúde no SUS previstas na Constituição de 1988, através de seus princípios e diretrizes é essencial para a possibilidade de se superar as raízes estruturais da iniquidade na saúde e de proporcionar o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade (Carvalho, 2004).

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Após diversas conferências internacionais no decorrer dos anos que questionaram o hospital como foco da ação política e programática em saúde, muito se discorreu sobre promoção da saúde tendo como resultado o fortalecimento da centralidade das práticas de prevenção e atenção primária colocando os determinantes sociais da saúde e as ciências sociais em evidência. Dessa forma, se buscou a melhoria das condições de saúde individual e coletiva com base em princípios orientadores que legitimaram no Brasil a inclusão do direito universal à saúde na Constituição de 1988, em que a promoção é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição, na seção II, capítulo II do título VIII onde se encontram as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988; Mello et al., 1998; Paiva 2013; Sícoli & Nascimento, 2003).

Ao se considerar e compreender a saúde como um fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o Artigo 196 promulga uma importante conquista da Reforma Sanitária Brasileira ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, incorporando

como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação renda, educação, entre outros); os fatores biológicos (idade, sexo, entre outros); a oportunidade de acesso aos serviços, garantindo através de políticas públicas, a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações, às práticas, aos cuidados e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (Brasil, 1988, art. 196; Brasil 1990c).

Os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro norteiam todas as ações e os serviços em saúde, inclusive em seus aspectos políticos, administrativos e técnicos da implantação efetiva da saúde tendo como função orientar e organizara sua aplicabilidade, que é única, porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Tem-se, assim, os princípios doutrinários, que são centrais e regem todas as demais ações em saúde que são a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*. No que diz respeito aos princípios organizativos que operacionalizam essas diretrizes centrais são a *descentralização*, a *regionalização* e *hierarquização*, a *resolubilidade*, a *participação social* e a *complementariedade do setor privado* (Brasil, 1990c).

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretriz política, organizativa e operacional, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer

conformar, institucionalizar. Tais princípios, são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (Teixeira, 2011, p.2).

A *universalidade* é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão que, tem o direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Portanto, saúde é direito de cidadania e dever do Governo municipal, estadual e federal (Brasil, 1990c). Para que o SUS venha a ser universal, conforme a reflexão proposta por Teixeira (2011), é preciso se desencadear um processo de universalização, ou seja, de extensão de cobertura dos serviços para que sejam de fato acessíveis a toda a população eliminando as barreiras econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

Sobre o aspecto econômico, observa-se que, embora o financiamento seja afiançado pelo Estado e que a população não precise pagar diretamente pelos serviços, existe uma considerável parcela da população que possui uma renda baixa, que vive em pequenos municípios com pouco desenvolvimento econômico, ou nas periferias das grandes cidades, e que apresenta dificuldades de deslocamento até mesmo porque não pode pagar pelo transporte (Teixeira, 2011).

Apesar de pesquisas indicarem o inegável aumento no uso de serviços de saúde no país, inclusive em sua cobertura e em seus níveis de atendimento, outras alertam para o fato de que a efetiva implantação da universalização ao acesso dos serviços de saúde permanece prejudicada principalmente pelas condições políticas e econômicas. Mesmo ante os avanços, as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários, eles continuam limitados em suas possibilidades de alterar sua situação de desvantagem (Gomes, Reis, et al., 2013; Oliveira et al., 2004; Silva, et al, 2013; Vieira, 2010).

Em relação aos aspectos sociais e culturais também existem barreiras. Conforme Teixeira (2011), um dos principais desafios na perspectiva da universalização do acesso aos

serviços não se restringe às questões territoriais, econômicas e políticas citadas, mas engloba também a comunicação entre os prestadores de serviços - os profissionais - e os usuários. A informação é necessária para o envolvimento das pessoas dos diversos grupos populacionais no processo de promoção da saúde individual e coletiva.

Contudo, dentre as dificuldades identificadas no acesso a informações está o uso de linguagens e saberes diferentes e não compartilhados entre os interlocutores com determinação e imposição de valores. Sendo assim, segundo Coriolano-Marinus, et al., (2014), as diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação estabelecida, formando barreiras comunicacionais entre os interlocutores (profissionais e usuários) inibindo o acesso a subsídios importantes sobre a saúde, podendo inclusive gerar incertezas e/ou distorções de informações, tornando-se um fator de risco à promoção a saúde.

A vinculação entre os profissionais e a comunidade possibilita o conhecimento da realidade concreta das pessoas, de suas experiências de vida, de saúde e de doença, o que oportuniza traduzi-las para uma linguagem acessível com vistas à construção de metas e pactos, tendo como foco a qualidade de vida através da participação ativa das pessoas sobre a organização do sistema local de saúde, utilizando-se inclusive da cultura da comunidade (Ayres, 2004; Junges, Barbiani, Soares, Fernandes & Lima 2011; Martins, et al. 2011).

O outro princípio é o da *equidade*, que garante ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso precise, onde o cidadão residir, sem privilegiar determinados seguimento da sociedade e sem obstáculos. Todos são iguais perante o SUS devendo, dessa forma, ser atendidos conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer (Brasil, 1990c).

Segundo Almeida (2002) o termo equidade, em seu conceito e, historicamente em sua formulação, está relacionado à igualdade e liberdade, à questão da justiça, dos direitos e dos

deveres do homem/cidadão e do Estado. Refere-se "a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas" (Whitehead, 1992, p.431) e, deste modo, passíveis de ações e de intervenção através das políticas, o que implica, fundamentalmente, em valores e princípios morais, éticos e político-ideológicos que orientam a política setorial num dado país, em um momento histórico (Almeida, 2002; Braveman, 2003; Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

O aspecto primordial da equidade, afirma Teixeira (2011), é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e grupos sociais, identificando as injustiças que devem ser superadas. Em saúde, notadamente, as desigualdades sociais tornam-se grandes abismos na garantia de condições, de qualidade de vida e de saúde mais iguais para todos. Travassos, Viacava, Fernandes e Almeida (2000) colocam em pauta uma importante reflexão sobre equidade em saúde que não se reduz somente à igualdade no uso ou no consumo dos serviços de saúde como se poderia pensar. Esse fator é uma condição importante, porém não suficiente para diminuir as diferenças no adoecer e no morrer. As desigualdades em saúde indicam e colocam em evidência as disparidades sociais (Braveman, 2003; Travassos, Oliveira & Viacava, 2006; Vieira, 2010).

O perfil de vulnerabilidade e de exclusão social de pessoas e de comunidades, os contrastes entre o urbano e o rural onde é reconhecido nesse último que se dispõe de menor cobertura médica e de piores condições de saúde no que se refere ao acesso a bens, serviços, cultura, educação e informação, ocasionam uma maior exposição aos riscos através da baixa escolaridade e renda, do desemprego, das condições de habitação e de alimentação, aspectos sanitários-ambientais que são precários e insatisfatórios (Borges, Dal Fabbro & Ferreira Filho, 2006; Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Sendo assim, equidade corresponde ao dever de se cuidar desigualmente os desiguais de forma a se promover a igualdade de oportunidades para

a sobrevivência, o desenvolvimento pessoal e social para as pessoas de uma sociedade efetivando-se a justiça social em saúde.

O princípio da equidade se reporta a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde, conforme afirma Teixeira (2011) a primeira, se refere à reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas diversas regiões, estados e municípios e, a segunda é a reorientação das ações a serem efetivadas, conforme o perfil de necessidades e de problemas da população. Dessa forma, ainda segundo a autora, se contribuiria consideravelmente para a superação das desigualdades sociais em saúde, a partir da redistribuição da oferta, de ações, de serviços e, de seu perfil priorizando a atenção e as ações em grupos sociais cujas condições de vida e de saúde são precárias e que estão em riscos diferenciados. Nesse último aspecto, a procura de equidade se articula dinamicamente com o próximo princípio a ser abordado, ou seja, a integralidade do cuidado à saúde.

A *integralidade* é o reconhecimento, na prática, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas, da mesma maneira que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar uma assistência integral, possibilitando assim, o acesso da população aos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político (Brasil, 1990c; Mattos, 2004; Pinho, Kantorski, Saeki, Duarte & Sousa, 2007).

Esse princípio pode assumir alguns sentidos. Entre eles destacam-se: a busca pelo profissional e pelo serviço, na compreensão do conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde que o usuário precisa; outro relacionado à organização dos serviços e das práticas, numa articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na epidemiologia a base para entender as necessidades de saúde da população; e a definição e

regulação de políticas públicas do setor proporcionando respostas governamentais para problemas de saúde tendo como centralidade o sujeito-usuário-comunidade dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano, articulando ações preventivas com as assistenciais (Mattos, 2001, 2004; Pinho, Kantorski et al., 2007).

No campo do cuidado em saúde essa diretriz oportunizaria uma pluralidade de ações possíveis no enfrentamento dos problemas e no atendimento às necessidades de saúde, o que implica em uma prática que renuncia ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, sendo de fato materializada nas interações positivas e nas relações de respeito entre os sujeitos e as instituições. Para isso, necessita-se de estabelecimentos, de unidades de prestação de serviços, de pessoal capacitado e de recursos e tecnologias necessários e disponíveis à produção de ações de saúde que se referem à promoção da saúde, a ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, às ações de assistência e de recuperação de pessoas enfermas (Mattos, 2001; Teixeira, 2011).

Nos estudos epidemiológicos, segundo Facchini (2014), se encontram respostas para uma melhor constituição das redes de serviço e para a disponibilidade de atendimento, pois é a partir desse trabalho que se torna possível realizar o levantamento das cargas de mortalidade, caracterizados na atualidade pelas doenças crônicas não-transmissíveis, pelas causas externas, pelas doenças infectocontagiosas e pelas doenças negligenciadas. As ações em vigilância em saúde não podem apenas estar centradas nos modelos matemáticos - estatísticos, e sim na triangulação das relações entre os dados, as narrativas e as situações de vida das pessoas e de suas comunidades. Portanto, a Atenção Primária não pode ser restrita, ela necessita ser de fato estabelecida em dimensões de qualidade, e avaliadas em sua adequação, efetividade, acesso oportuno, equidade e desempenho (Facchini, 2014; Gastão, 2014).

Uma das principais dimensões da integralidade, conforme Mattos (2004), reside na capacidade dos profissionais em responderem ao sofrimento das pessoas, em suas demandas espontâneas, mas também de incluírem no seu cotidiano a busca daquelas necessidades mais silenciosas, que estão menos vinculadas à experiência individual da dor e, mais ligadas ao coletivo em seus contextos específicos, priorizando a habilidade de reconhecer a adequação das ofertas à conjuntura da situação no qual se dá o encontro do usuário com a equipe de saúde. “Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos” (Mattos, 2004, p.1414).

Não se pode reduzir uma pessoa à doença que lhe ocasiona o sofrimento, pois todos possuem modos de andar a vida (Canguilhem, 2011) e modos que se transformam devido à ocorrência de uma doença. Existem os modos de andar a vida que não foram escolhas, mas emergiram da própria forma como a vida se produz no coletivo. Nesse contexto, a existência de uma pessoa inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, os desafios e as próprias contradições da vida cotidiana, inclusive a possibilidade de adoecimento e de capacidade de enfrentamento dos problemas (Gama, Onocko Campos & Ferrer, 2014).

Assim, manter a perspectiva da intersubjetividade constitui considerar, além dos saberes sobre as doenças, o conhecimento sobre os modos e formas de andar a vida daqueles com quem se encontra nos serviços de saúde, em uma relação dialógica, de livre manifestação e de negociações dos envolvidos no contexto de organização dos saberes. A comunicação constrói um caminho para a integralidade, que é consolidada nas interações positivas e nas relações de respeito entre sujeitos e instituições (Ayres, 2005; Beheregaray & Gerhardt, 2010; Mattos, 2004).

Em uma prática de saúde integral, Beheregaray e Gerhardt (2010) defendem que, além dos profissionais estarem capacitados para os cargos, eles deveriam atuar interdisciplinarmente, sem a superposição de saberes e a alienação do sujeito cuidado. Que possam ter uma relação acolhedora, humana, de empatia e de confiança, tornando-se referências para os usuários, considerando a mesma dimensão dialógica em que ocorre a escuta das necessidades do usuário, na sua individualidade e singularidade, que são valorizadas e expressas em projetos terapêuticos, sempre considerando o seu contexto e a sua cultura. Espera-se também que esses profissionais por estarem sensibilizados pelo sofrimento que gera a demanda, garantam ao usuário o acesso aos diversos níveis de atenção e tecnologia da rede dos serviços.

Deve-se ter a compreensão de que a integralidade é produto do empenho e da confluência dos vários saberes das equipes e de seus profissionais num espaço concreto de encontro entre sujeitos. São fundamentais o compromisso e a preocupação em se realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa, que se apresenta em alguma demanda específica e que traduz a sua forma de caminhar a vida.

Para a efetivação dessas diretrizes surgem os princípios estratégicos a fim de promover a saúde, proteger a população contra os riscos a que ela se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde. No que se refere à organização dos estabelecimentos e serviços de acordo com os níveis de complexidade tecnológica crescente, de sua disposição em áreas geográficas delimitadas e, nas definições das populações a serem atendidas, encontram-se a *regionalização* e a *hierarquização* (Brasil, 1990c).

Na primeira há delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, em que se considera a divisão político-administrativa do país, contemplando a delimitação de espaços territoriais específicos, para a organização das ações de saúde, em suas subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A segunda se refere à possibilidade de

organização das unidades conforme o grau de complexidade tecnológica, isto é, o estabelecimento de uma rede que articule desde as unidades mais simples às mais complexas, através de um sistema de referência e contrareferência de usuários e de informações. Há também o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades de distintos graus de complexidade tecnológica, que prestam serviços de uma determinada natureza, como, por exemplo, a rede de atendimento a urgências e emergências, ou a rede de atenção à saúde mental (Teixeira, 2011).

Dessa forma, esses princípios correspondem à capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, permitindo um excelente grau de resolubilidade, ou seja, de solução dos problemas sendo esse outro princípio. A *resolubilidade* é a necessidade da eficiência, pois quando um indivíduo procura o atendimento ou quando surge algum problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado e preparado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (Brasil, 1990c; Teixeira, 2011).

A rede de Atenção à Saúde no Brasil está dividida em três níveis: o primeiro de Atenção Primária que representa a atenção a saúde básica prestada por profissionais generalistas nas unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF). O acesso da população à rede deve ocorrer através desses serviços de nível primário de atenção que necessitam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas de saúde. Demandas de usuários que não podem ser diagnosticados ou tratados nesse nível, são referenciados para a Atenção Secundária tendo acesso a especialistas gerais nos Centros de Referências de média complexidade, que envolve, também, a realização de exames mais específicos. As situações mais complexas seriam encaminhadas para profissionais altamente especializados em locais centralizados. A Atenção Terciária é realizada em hospitais de referências devido à maior complexidade tecnológica necessária (Faleiros, 2003; Marcelino, 2010).

A *descentralização* seria a distribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde e aos processos de negociação e pactuação entre os gestores, ou seja, entre os vários níveis de governo, com transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes, pressupondo que quanto mais perto dos fatos e dos problemas melhor será a escolha pela solução a ser tomada, possibilitando assim, maior chance de acerto e de resoluções (Brasil, 1990c, 2006).

Dessa maneira, o que está ao alcance de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal (Secretaria Municipal de Saúde), o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual (Secretaria Estadual de Saúde) e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal (Ministério da Saúde). Aos municípios compete uma maior responsabilidade na promoção das ações de saúde voltadas à sua população, denominada de municipalização da saúde (Brasil, 1990c, 2006; Teixeira, 2011). Sendo assim, esse princípio preconiza a transferência ou delegação da autoridade legal e política aos poderes e a competência local visando melhorar a capacidade gerencial, o investimento nas necessidades territoriais específicas, além de fortalecer o controle social do poder público pela população organizada (Brandão, et al., 2012; Jacobi, 2000).

Na Constituição, nas Leis Orgânicas da Saúde (Brasil, 8080/90a, Brasil, 8142/90b) está garantido que os cidadãos, através de suas entidades representativas, participem do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, sendo este o princípio da *participação social*. Essa participação ocorre através dos Conselhos de Saúde que são permanentes e deliberativos, sendo um órgão colegiado com representação do povo (usuários), do governo, de profissionais de saúde e de prestadores de serviço. E as Conferências de Saúde que são periódicas - a cada quatro anos - e possuem como finalidade definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Inclui-se como elemento do processo participativo o dever das instituições

em oferecer as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre os temas que dizem respeito à sua saúde (Brasil, 1990c, 2006).

O desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, com a sua descentralização, conforme apontado por Sícoli e Nascimento (2003), cria condições para ampliar a participação social e fortalecer a democracia. Assim, Mello (2000, p. 1149) enfatiza que os “pressupostos básicos para viabilizar projetos em promoção de saúde continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas”.

No entanto, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve ocorrer sob três condições: a primeira é que a efetivação do contrato esteja conforme as normas de direito público, de forma que, o interesse público prevaleça sobre o particular; a segunda estabelece que a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS garantindo os direitos dos usuários; e a terceira rege que essa integração dos serviços privados siga a mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Mesmo diante da *complementariedade de setor privado*, a prioridade do gestor deve ser de planejar e implantar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado (Brasil, 1990c).

A partir o que foi exposto entende-se que numa rede de serviços organizada existe a possibilidade de se conhecer os problemas de saúde de seus usuários, naquela área delimitada, favorecendo assim, ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial com um descongestionamento dos hospitais, permitindo agilidade no cuidado e na promoção da saúde através do conhecimento das necessidades e dos determinantes de saúde daquela população.

Garantir a saúde é possibilitar o seu acesso universal e, para a sua concretização, deve estar vinculada à justiça social, permitindo a equidade, ou seja, eliminando as desigualdades evitáveis e injustas, extinguindo situações ou condições que não são escolhidas pelas pessoas, mas que provocam problemas de saúde porque vão além de seu controle e assim, não efetivam o direito de bem-estar e de qualidade de vida (Brasil, 2001; Sícoli & Nascimento, 2003). Todas as diretrizes apresentadas são intrínsecas e interdependentes. Contudo, o que se observa são barreiras e obstáculos que perpassam por todos os princípios e que influem diretamente em sua operacionalização como será discutido no próximo item.

1.3 A SAÚDE NAS CIDADES RURAIS

Na promoção da saúde, como foi apresentado anteriormente, os aspectos econômicos, sociais e políticos são fundamentais, pois esses determinantes promovem iniquidades sociais em saúde, que se revelam nas desigualdades entre os grupos populacionais e, no contexto rural, essas disparidades são significativas por se encontrar maiores índices de pobreza, de analfabetismo, de falta de oportunidade e desemprego, de estrutura e de acesso a bens e serviços, entre outros.

No âmbito do Estado da Paraíba, no que se refere ao desenvolvimento humano com qualidade de vida, nota-se que, conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 2010, o Estado se encontra na 23ª posição com um índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,658 o que se considera uma situação mediana - já que quanto mais próximo ao número 1 melhor o desenvolvimento - porém desfavorável, ficando na frente somente de outros quatro Estados: Piauí (IDHM 0,646), Pará (IDHM 0,646), Maranhão (IDHM 0,639) e Alagoas (IDHM 0,631).

O conceito de desenvolvimento humano identifica que o bem-estar de uma sociedade não está associada apenas a seus recursos econômicos ou sua renda, mas busca um olhar

direto para as pessoas, suas oportunidades e capacidades. Parte do pressuposto de que para se avaliar o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso considerar suas características bio - psico - sociais - culturais - políticas - espiritual, que influenciam na qualidade da vida humana, entre elas as oportunidades de acesso as áreas sociais, educacionais e de saúde (PNUD, 2010).

Como em outros estados do Nordeste, a Paraíba apresenta problemas sociais devido às extensivas secas que revelam um quadro de carências sociais agravadas pela ausência de investimentos contínuos, no sentido de superação das adversidades. O efeito imediato e mais comumente associado a esse quadro climático e ambiental é a pobreza que resulta, por sua vez, na falta de oportunidade de trabalho alternativo àqueles que dependem basicamente do desenvolvimento da agricultura nas áreas por ela atingidas.

A Carta da Paraíba, SOS Seca (2013) relata que a população da zona rural vem sofrendo com a pior seca dos últimos 40 anos. As pessoas estão com sede, com fome e vendo seus rebanhos serem dizimados; sua agricultura sofreu perdas de cerca de 80%; o mandacaru e outros cactos rarearam; a produção do leite caiu 70%; a apicultura também perdeu cerca de 70% de sua produção. Informa ainda que o programa emergencial como o do carro-pipa é insuficiente, pois, com frequência, as pessoas não têm nem uma “cuia d’água” (concha utilizada para pegar e beber água, feita do fruto maduro da cuieira, depois de esvaziado o miolo).

Contudo, essa carta é intrigante ao se pensar que ela foi redigida pelos Deputados que deveriam representar o povo e buscar solucionar a questão, criando políticas e fazendo valer a legislação nessas localidades. Alguns desses “representantes do povo” estão há anos no poder legislativo sem tomar nenhuma providência. Assim, além de nada fazerem, ainda apresentam o problema como se não fosse responsabilidade deles o destino dos recursos que poderiam amenizar os problemas nessas regiões, como se não tivessem com o que contribuir para

alterarem essa situação. Lançam tal carta as vésperas das eleições de 2014 para se apresentarem na cena política como preocupados e defensores dos oprimidos dizimados pela seca, culpabilizando a natureza e omitindo sua participação nesse infortúnio.

A Paraíba ocupa uma superfície territorial de 56.439,8 km², dos quais 48.502 km² estão situados no semiárido. Formada por 223 municípios, foi identificado que 158 cidades se encontram em situação de precariedade e pobreza emergencial, segundo o Relatório Estadual de Avaliação dos Planos Diretores Participativos do Estado da Paraíba (Costa, 2010). O relatório indica que a Paraíba apresenta taxas significativas de vulnerabilidade para a sua população, com taxas de analfabetismo de 34,8 % dos adultos com 25 anos ou mais de idade, a existência moradias reconhecidas por aglomerados subnormais para a maioria dos municípios com inadequação crítica ao acesso ao esgotamento sanitário e que muitas famílias sobrevivem com meio salário mínimo (Costa, 2010).

Desse território, 66% dos municípios possuem menos de 10.000 habitantes, consideradas como cidades pequenas ou “cidades rurais” que existem no Brasil, devido a uma definição legal de cidade-sede de município (Faissol, 1994). Comumente essas cidades não têm uma centralidade, possuem como características uma forma de estrutura urbana deficitária, com funções de intermediação comercial primária, e um arcabouço político marcado pelo clientelismo, baseado no poder e na propriedade da terra (Locatel, 2013).

No que se refere à saúde em cidades rurais A Declaração de Brasília (Ando, Targa, Almeida et al, 2011) demonstra a realidade dessas populações no sentido de que os índices de saúde e os determinantes sociais que causam impacto nestas são piores nessas regiões do que nas áreas urbanas, estando as referidas populações mais expostas a doenças e a acidentes e com taxas de cobertura preventiva também ruins, o que provoca uma avaliação precária da saúde nas cidades rurais.

Em relação às características do sistema de saúde nessas áreas a referida declaração, informa que há grande escassez de recursos humanos e em saúde de forma geral. Além disso, pontua que os acessos ao sistema, em todos os níveis, são mais difíceis e que para a prática dos profissionais e dos serviços de saúde situados no espaço rural se fazem necessárias habilidades diferentes, como por exemplo, realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os quais, em áreas urbanas, comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema e outros profissionais (Ando, Targa, Almeida et al., 2011).

O Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia da Saúde da Família no Estado da Paraíba (2009), elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado, indica que apesar da Estratégia da Saúde da Família (ESF) estar presente nos 223 municípios do Estado da Paraíba e de sua cobertura ter atingido, aproximadamente, 95% da população paraibana- sendo o 2º Estado com maior cobertura do país, perdendo apenas para o Piauí que possui 96,6% da cobertura - há deficiências na gestão a nível municipal, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual.

Contudo, Oliveira (2010) esclarece que a cobertura populacional apresentada pelo Governo reflete a disponibilidade das Estratégias da Saúde da Família por número de pessoas, conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde que responsabiliza cada equipe para 4.000 pessoas (Brasil, 2008). Informa que esse padrão numérico não representa de forma efetiva a cobertura de atendimento das ESF à população paraibana uma vez que não retrata as dificuldades experienciadas nesses locais, o que implica em dizer que a Paraíba está de acordo aos parâmetros adotados pelo Governo sob o aspecto da implantação numérica das ESF para promover o atendimento à população, mas não consegue suprir as necessidades de atendimento, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O que se constata é uma má distribuição geográfica desses serviços (que é a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde), a falta de disponibilidade de serviços (que é a quantidade de serviços

suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde), e as dificuldades de agendamentos.

Estudos denunciam essas dificuldades no acesso aos serviços de saúde e em sua utilização por populações rurais. Entre elas destacam-se a menor disponibilidade de serviços, as grandes distâncias a serem percorridas, a falta de transporte e a baixa renda. Destaca-se ainda que em muitas comunidades, apesar da cobertura da saúde primária, ainda há uma baixa utilização desses serviços e má qualidade das práticas de saúde. Apesar de parecer contraditório questiona-se a dinâmica de atuação desses serviços, o baixo nível de conhecimento e informação dos usuários sobre o SUS e o desempenho dos profissionais (Bispo Jr. & Sampaio, 2008; Gomes, Reis et al., 2013; Kassouf, 2005; Martins, et al. 2011; Moreira, Moraes & Luiz, 2011; Pinheiro et al., 2002; Silva, Ribeiro et al., 2011; Travassos & Viacava, 2007; Vieira, 2010).

O princípio da universalidade nessas áreas é comprometido devido ao isolamento geográfico; os horários de atendimentos que não contemplam essas pessoas que precisam se deslocar por uma grande área até chegar aos serviços; as longas filas e o período de espera para os atendimentos, sem levar em consideração a necessidades de alimentação e o tempo que os usuários necessitam para retornar a seus lares. Esses fatores, aliados à precariedade do vínculo dos profissionais com os usuários, dificuldade de manutenção das equipes de saúde da família completas, a alta rotatividade desses profissionais de nível superior e a precária infraestrutura, o atendimento desumanizado pautado num modelo simplesmente biomédico, alicerçam a precariedade no acesso e no uso desses serviços por essas pessoas (Gomes, Reis et al., 2013; Kassouf, 2005; Moreira, Moraes & Luiz, 2011; Paim, 2006; Pinheiro et al., 2002; Rocha, 2006; Silva, Ribeiro, et al., 2011; Travassos & Viacava, 2007).

Há ainda pouco investimento financeiro do Estado, notando-se a concentração dos serviços de saúde especializados de média e alta complexidade, para a maioria das patologias,

nos dois maiores municípios do Estado, João Pessoa e Campina Grande, que representam as sedes de macrorregião da saúde responsáveis por absorver as maiores demandas representando respectivamente 47,81% e 28,30% da população. A cidade de João Pessoa supera ainda a cidade de Campina Grande em 19,51%, percentual acima da demanda das outras duas macrorregiões de saúde, Patos e Souza, que absorvem respectivamente 12,02% e 11,87%. Tem-se como consequência o agravamento das doenças e a sobrecarga dos serviços mais estruturados; a diminuição da qualidade do serviço prestado e elevação do tempo de espera para consultas; sobrecarga dos profissionais que acabam por atuar com uma infraestrutura inadequada ao atendimento caracterizada pela insuficiência de equipamentos e insumos, não atendendo, assim, às necessidades dos municípios (Brandão et al., 2012; Paraíba, 2009).

O Ministério da Saúde, em sua Instrução Normativa nº 02/2001 (Paraíba, 2011), indica a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que é uma importante ferramenta norteadora do processo de regionalização, e que deve ser guiada por este documento por estabelecer objetivos comuns a todas as unidades federativas, apesar de se considerar que as peculiaridades de cada Estado influenciarão, positiva ou negativamente, no processo de regionalização. Nesse documento consta que os Estados devem registrar todas as atividades desenvolvidas no processo de elaboração do PDR, colocar em ata o cronograma utilizado para que o mesmo seja anexado ao resultado final do PDR e prevê a descrição da organização da assistência à saúde do território estadual (Brandão et al., 2012).

Contudo, nesse aspecto, o PDR da Paraíba apresenta lacunas, pois não descreve o papel dos municípios sede, apenas apresenta os mapas das macrorregiões e as regiões de saúde. Brandão et al. (2012) informam ainda que há falhas identificadas no processo de implantação do PDR/PB, como por exemplo, a ausência de uma análise das características sociais, econômicas e culturais durante a escolha das sedes das regiões de saúde, uma vez que

o próprio documento informa que as sedes das regiões geo-administrativas do Estado foram definidas como sedes das Gerências Regionais de Saúde sem apresentar argumentos consistentes. Portanto, os autores discutem a falta de análise adequada ante os escassos dados especificados nos documentos como, por exemplo, as especificidades de cada região para se verificar se realmente estas foram consideradas, assim como os critérios de acessibilidade e capacidade técnica para a construção das regiões de saúde da Paraíba (Paraíba, 2011).

O Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia da Saúde da Família indicou que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) não atendia às necessidades dos municípios, principalmente no que se refere a exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade, o que traz como consequência a baixa resolutividade do sistema de saúde, o agravamento das doenças e a sobrecarga dos serviços mais estruturados, além da queda na qualidade do atendimento destes últimos (Paraíba, 2009).

Conforme a Portaria nº 1097/2006, a PPI deve resultar da negociação formalizada dos pactos entre os gestores, das prioridades, das metas e métodos, com o intuito de definir um fluxo de assistência no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, em busca, conforme consta no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal, de um atendimento integral às necessidades de saúde da população, atendimento este iniciado na Atenção Básica, através da atuação da Estratégia Saúde da Família (Paraíba, 2009).

Nesse relatório foram enfatizados a falta de planejamento do Estado para com a ESF, o baixo investimento na saúde, a precariedade do vínculo de contratação entre os profissionais e a administração. Verificou-se ainda que não há equipes completas disponíveis para oferta do atendimento dentro da carga-horária prevista para funcionamento das USF, as Gerências Regionais de Saúde não acompanham efetivamente os municípios e a deficiência na educação continuada dos profissionais vinculados à ESF. A atuação dos Conselhos Municipais de Saúde é pouco eficaz e 46,2% das Unidades de Saúde não possuem uma infraestrutura

mínima para atender aos objetivos da Estratégia, de acordo com a Portaria n. 648/2006, apresentando insuficiência de equipamentos, insumos e medicamentos e alertando para a ineficácia das ações de prevenção e promoção da saúde, assim há um grande descompasso na efetivação da saúde no Estado (Paraíba, 2009).

Há ainda o não cumprimento de pactuações entre os gestores de municípios que prejudica e inviabiliza o encaminhamento de usuários para os demais níveis de assistência à saúde, e por consequência na efetivação da referência e contrareferência. Martins (2008) e Marcelino (2010) esclarecem que essas pactuações envolvem recursos provenientes do Governo Federal que devem ser repassados pelo município que teve o seu cidadão atendido por um outro, mas, como não há um controle devido, isso se torna questionável.

Ante as dificuldades apresentadas verifica-se que diversas pessoas sofrem e morrem todos os dias devido à falta de condições para as quais deveriam existir intervenções efetivas e eficazes. A pouca visibilidade e disponibilidade dos serviços de saúde e a deficiência em sua prática pode também estar relacionada à dificuldade em se garantir, ao mesmo tempo, o atendimento às demandas espontâneas e aos grupos minoritários, assim como às comunidades distantes, devido a um inadequado funcionamento e a ação dos profissionais, fundamentados em um modelo hegemônico e em uma cultura assistencial centrada no procedimento. Os cuidados de saúde em áreas rurais são caracterizados por altos níveis de necessidades de saúde com diversas barreiras aos serviços de cuidado e de práticas de saúde (Giovanella, Escorel & Mendonça, 2003; Gomes, Reis et al., 2013; Kassouf, 2005; Marques et al., 2010; Martins et al., 2011; McGrail & Humpreys, 2009; Silva, Lima & Hamann, 2010; Travassos & Castro, 2008; Vieira, 2010).

[...] das questões de acesso trazidas, fica claro que o problema é resultado, além da quantidade de portas de entrada, a qualidade dessas portas, ou seja, o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras.

Cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operada nessas unidades (Teixeira, 2007, p. 110).

Assim, as mudanças para uma efetiva implantação de um sistema de atenção à saúde implica em custos e no enfrentamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que extrapolam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, com a alteração na formação e nas relações de trabalho dos profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde (Giovanela, Escorel & Mendonça, 2003; Gomes, Reis et al., 2013; Kassouf, 2005; Marques et al., 2010; Martins et al., 2011; McGrail & Humpreys, 2009; Silva, Lima & Hamann, 2010; Travassos & Castro, 2008; Vieira, 2010).

Ao se analisar as populações rurais encontram-se as maiores necessidades de saúde e a presença das iniquidades, principalmente pela variável socioeconômica, sendo esses fatores os que mais contribuem para a situação de saúde nessas cidades em que já há geograficamente desvantagens, aliado ao baixo investimento do poder público e privado (Borges, Dal Fabbro & Ferreira Filho, 2006; Mendoza-Sassi & Béria, 2001).

Através dos dados do Censo Demográfico de 2012 depara-se com essas desigualdades evitáveis e injustas, pois, diferentemente do que ocorre no Sudeste e no Sul, onde houve os maiores investimentos públicos e privados, o Norte e o Nordeste ainda concentram as famílias com maiores dificuldades econômicas e sociais e, por consequência, com elevados problemas de saúde (Baracho, 2013). Segundo Vianna et al., (2001), em estudo realizado sobre as medidas de desigualdade em saúde no Brasil, o nível de pobreza nos estados do Nordeste apresenta uma taxa 1,9 vezes maior do que a do Brasil, sendo necessária uma redução de 83,8% para que pudesse atingir a média nacional.

Verifica-se, por exemplo, que a redução das desigualdades na saúde está ligada à disponibilização do acesso à água de qualidade e ao serviço de saneamento básico para a

melhoria da qualidade de vida e da saúde coletiva, sendo que a sua precariedade está também relacionada às desigualdades sociais e econômicas perpetuadas no Brasil, atingindo, sobretudo, as regiões mais pobres e as pessoas com maiores dificuldades de renda como é o caso do Nordeste (Baracho, 2013).

A qualidade da água, assim como dos serviços a ela vinculados, são responsáveis direta e/ou indiretamente pela transmissão de diversas enfermidades, especialmente pela quantidade elevada de doenças de veiculação hídrica. Sendo assim, não basta apenas distribuir água; deve existir também os serviços de saneamento básico, como a coleta e tratamento de esgoto de modo a minimizar os possíveis prejuízos à saúde (Pereira, et al., 2012). Os dados do Instituto Trata Brasil informam que 70% das casas na região Sudeste estão ligadas às redes de esgoto, enquanto que no Nordeste este número cai para 29%. O problema é ainda mais complexo nas áreas rurais em que a universalização do saneamento básico não é prevista nem num futuro mais distante (Carlos, 2013).

No que se refere à coleta e tratamento de esgoto sanitário na realidade paraibana, ressalta-se que 73,09% dos municípios paraibanos possuem o sistema de coleta de esgoto, dado que poderia ser considerado positivo, quando comparado aos percentuais do Nordeste (45,67%) e do Brasil (55,15%). Porém, quando se contempla os municípios que apresentam além da coleta, tratamento dos esgotos, este percentual fica abaixo da média da região e do país, representando 27,10% dos municípios paraibanos, contra 41,63% dos municípios nordestinos e 51,71% dos brasileiros. Identifica-se que, do total de municípios que apresentam tratamento de esgotos - 45 municípios - 36 realizam o tratamento em Estações de Tratamento de Esgoto – ETEs e 30 destes municípios não fazem uso direto do efluente tratado. Há uma precariedade nesses serviços, no âmbito urbano e principalmente no espaço rural, que prejudicam consideravelmente a captação e armazenamento das águas pluviais (Pereira et al., 2012).

O Estado da Paraíba apresenta-se em frágil situação de saúde pública nas várias regiões atingidas pela escassez da água, em decorrência da qualidade da água consumida pela população, sob o ponto de vista químico e microbiológico, além da quantidade insuficiente. Este fato tem se refletido em altos índices de doenças de veiculação hídrica (Oliveira et. al., 2001, p.1).

Verifica-se ainda que nas localidades rurais 2,3% dos domicílios ainda são de taipa revestida, além de que essas populações convivem com doenças típicas de famílias de baixa renda, as denominadas doenças negligenciadas como é o caso da doença de Chagas, filariose, esquistossomose e hanseníase, que são ocasionadas por agentes infecciosos ou parasitas relacionadas às condições de vida. O Nordeste é uma das regiões que mais sofre pela desigualdade socioeconômica brasileira, possuindo grandes desafios econômicos, sociais e políticos no processo de modificação e redução destas iniquidades. As composições de poder no Nordeste são efetivas na reprodução da dominação, perpetuando ao longo do tempo uma estrutura que confere aos indivíduos posições sociais e oportunidades distintas promovendo assim os diferenciais na situação de saúde de sua população (Baracho, 2013; Carlos, 2013).

[...] no estado da Paraíba, localizado na Região Nordeste, considerada a mais pobre do país, o fenômeno da Pobreza apresenta elementos que a diferencia das outras regiões brasileiras, por conter ainda profundas características tradicionais (como: fome, seca, analfabetismo, baixa renda, desemprego, subalternidade, coronelismo, clientelismo, paternalismo, etc.) e características emergentes advindas do acelerado processo de empobrecimento, de desproteção social e de perda dos vínculos sociais por que passa a população nordestina (Almeida, Xavier & Assunção, 2007, p. 3).

Além dessas questões, a prática em saúde nessas cidades necessita de competências específicas para lidar com as condições de saúde tipicamente rurais. Deve-se ter uma ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sociofamiliar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural. O aspecto cultural é um fator importante a ser considerado, pois existem os saberes populares que são os costumes, as crenças e as tradições da comunidade que interferem diretamente nos processos de saúde e de doença, nas reproduções sobre o modo de enfrentar esse processo ao utilizarem estratégias que não possuem bases científicas, mas que fazem parte da subjetividade e do cotidiano dessas pessoas, assim como a utilização dos serviços disponíveis.

Muitas comunidades buscam e reproduzem as práticas das benzedadeiras (mulheres que são tidas como possuidoras de um dom especial, que num misto de fé e prática da medicina popular, mantêm viva uma tradição cultural com intuito de amenizar sofrimentos por doenças ou situações) e das parteiras. Procuram os mais antigos para tomarem os chás que acreditam ser mais apropriados a sua queixa e fazem os lambedores (esses últimos são remédios caseiros populares feitos normalmente com plantas: raízes, folhas, caule e mel ou açúcar e água). Esses são costumes dessa população que não deve ser desprezada.

No contexto sociocultural, em áreas como as rurais, as práticas populares são muito presentes e, muitas vezes, constituem a única alternativa da população para tratar as doenças. As noções populares sobre as doenças e seus meios de infecção, por exemplo, podem ser derivadas de atitudes enraizadas que expressam as normas culturais e sociais da população, contribuindo para uma exposição diferenciada aos problemas de saúde podendo inclusive dificultar o acesso às modernas intervenções e a busca do cuidado para a saúde (Gerhardt, 2006; Gouveia, Souza, Luna, Souza-Junior & Szwarcwald, 2005; Vieira, 2010).

As práticas de saúde tradicionalmente vinculadas ao modelo biomédico, tendo como foco a doença e a cura, baseadas em parâmetros biológicos e na hierarquização da relação

médico-paciente desviam-se da sua referência fundamental que é a percepção do ser humano que pertence a um contexto cultural que é lhe específico. Conforme Junges et al. (2011) verifica-se, muitas vezes, na dinâmica relacional entre os profissionais e usuários a sobreposição de saberes científicos sobre os populares, que ocorrem comumente quando os profissionais não compreendem o quanto as questões socioculturais são importantes para a população, encerrando as soluções da saúde na medicalização e no saber notadamente científico, o que leva à despersonalização do indivíduo.

Há ainda o que os autores Junges et al. (2011, p. 4329) denominaram de “tolerância do saber científico em relação ao popular” que no cuidado à saúde é reconhecida como uma forma de fazer a pessoa aderir ao tratamento proposto, mas esses conhecimentos não fazem sentido para os profissionais que não compreendem as percepções subjacentes do usuário. Contudo, existe a possibilidade de integração entre os saberes em que há o reconhecimento e entendimento desses conhecimentos e costumes da comunidade, considerando-os complementares à terapia convencional, desverticalizando os saberes e possibilitando um processo de educação em saúde que valorize a subjetividade do usuário e de sua cultura com trocas de informações através de práticas respeitosas e solidárias. Essa integração promove uma assistência em saúde eficiente e comprometida com a realidade da população que se torna também produtora de saúde (Bleger, 1989; Briceño-León, 1996; Junges et al., 2011; Leite & Vasconcellos, 2006).

Essa compreensão, com o reconhecimento dos saberes populares, em uma interação plena entre os sujeitos - o cuidador e o ser cuidado - ao se estar verdadeiramente com o outro, é que possibilita as influências nas atitudes ou comportamentos em relação à saúde e aos processos que necessitam ser transformados, sendo dessa maneira, fundamental para a eficiência das ações de educação em saúde que, deve ser capaz de utilizar elementos importantes dos aspectos socioculturais aproveitando-se de todos os recursos disponibilizados

por uma população e integrá-los nas práticas de saúde com a finalidade de mobilizar as próprias pessoas na busca de melhores condições para a sua saúde (Câmara et al., 2012; Castro et al., 2004; Junges et al., 2011; Lara et al., 2012; Levy, et al., 2009; Sichieri et al., 1993; Uchoa & Vidal, 1994).

Corroborando o que foi mencionado anteriormente, Costa e Lopes (2012) relatam que um dos aspectos fundamentais para quem atua na área de saúde em cidades rurais é o acolhimento. Esse elemento relacional pressupõe uma atitude ética, de cuidado, de interesse pelas necessidades do outro, de sensibilidade, de respeito ao usuário, como também de avaliação de riscos e vulnerabilidades que se efetivem nas práticas de saúde. Teixeira (2005) propõe uma perspectiva em que o acolhimento contemple toda uma atividade assistencial e que ocorra, inclusive, uma busca constante para o reconhecimento e a compreensão cada vez maior das necessidades de saúde das pessoas e das formas possíveis de atendê-las fornecendo encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial mediados, sobretudo, pelo diálogo, articulando os avanços tecnológicos com um bom relacionamento a partir da interação com seus usuários.

O acolhimento oportuniza a construção de vínculos relacionais de confiança e de abertura numa reciprocidade de experiências e de diálogos que, potencializa as maneiras e as formas de negociação no estabelecimento de consensos sobre as necessidades e as responsabilidades que passam a ser compartilhadas nesse encontro de sujeitos em que se reconhece o outro como detentor de poderes, de direitos e de saberes promovendo a saúde evitando-se assim, ações centradas em práticas meramente curativas. Para uma atenção integral é necessário se possuir relações próximas e claras com os usuários e com a população com que se trabalha, a ponto de sensibilizar-se com o seu sofrimento e tornar-se uma referência para ele, num processo de troca, que potencialize a construção de autonomia e de

empoderamento para essas pessoas (Costa & Lopes, 2012; Deslandes, 2004; Merhy, 2006; Rocha, 2006; Sichieri et al., 1993).

Em estudo realizado em cidades rurais paraibanas sobre a avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos seus usuários em que se focou cidades com menos de 25.000 hab, Marcelino (2010) identificou que a ESF é relativamente valorizada pela população rural, ao se comparar com a ausência total de assistência em saúde já vivida por essas pessoas, mas ainda não é considerada positiva ou satisfatória. Há falhas na acessibilidade e falta de profissionais, sendo comum os médicos e outros profissionais não estarem todos os dias nos serviços, o que compromete o fluxo de sua procura e de atendimento à população, problemas sérios no encaminhamento e contrar encaminhamento dos usuários, a não compreensão dos usuários sobre os procedimentos indicados, a falta de acolhimento e escuta por parte dos profissionais que possuem uma elevada demanda e os pontos já discutidos e apontados aqui que fazem com que os princípios preconizados pelo SUS estejam no papel e não na realidade dessa população.

Apesar dos avanços ao se considerar a saúde como um direito de todos, ele ainda é esperado com resignação e até mesmo desconhecido por essas pessoas. Os usuários das cidades rurais paraibanas pesquisadas avaliaram a ESF por sua vivência e suas expectativas, mas assim como indicou Marcelino (2010), não apresentam um conhecimento objetivo da proposta da atenção básica, tampouco dos níveis de atenção e suas responsabilidades, desistindo muitas vezes dos cuidados e tratamentos necessários à sua saúde por não saberem o que fazer e por não terem condição de procurar seus direitos. O autor encontrou lacunas e distorções que impedem e dificultam a participação dos usuários como pessoas ativas, pois, se não conhecem seus direitos em relação à atenção à saúde também não atuam cobrando as falhas e ausências vividas.

Foi identificado ainda nesse mesmo estudo que há uma avaliação negativa dos atendimentos e da estrutura das ESF relacionadas a questões políticas. Marcelino (2010)

verificou que os gestores desses municípios comumente orientam os funcionários a darem prioridade e selecionarem o atendimento aos eleitores da situação, negando os serviços aos da oposição e por ser uma cidade rural, esse “quesito” é mais fácil de se saber e de se efetivar a “punição”. Sendo assim, as questões políticas regionais inibem e, muitas vezes coíbem, o acesso aos serviços de saúde dos usuários que não compartilham da mesma posição e de apoio ao prefeito

Portanto, ante ao exposto, observa-se que os espaços rurais merecem atenção especial, pois se constata que sua população vivencia em seu cotidiano situações de desvantagens. Observa-se que essas cidades convivem com déficits na prática da integralidade, problemas de acesso e baixa qualidade nos cuidados recebidos assim como a perpetuação da violência simbólica no não reconhecimento de suas necessidades emocionais e culturais.

Deve-se considerar as especificidades de grupos populacionais analisando suas diferenças a fim de garantir a igualdade de oportunidade. Caso contrário, estas podem tornar as pessoas vulneráveis, ou seja, com uma maior suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento e com menos disponibilidade de recursos para sua proteção. Além das particularidades e características próprias ambientais desses espaços, a população rural apresenta condições subjetivas, sociais e institucionais no enfrentamento do adoecimento, na utilização e na aceitabilidade dos serviços de saúde a partir das experiências reais e concretas do cotidiano, ou seja, com as pessoas em cena, sob a influência de fatores culturais, sociais e intersubjetivos, como por exemplo, de valores relacionados ao gênero que serão enfocados no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O QUADRO DA VULNERABILIDADE

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade, surge no começo da década de 80 através de trabalhos realizados por Jonathan Mann. Oriundo dos Direitos Humanos, esse termo incorporou novas e promissoras perspectivas de conhecimento, de possibilidade de interpretação e de resposta, inicialmente à epidemia da AIDS, ressignificando a tendência à responsabilização individualizante da doença, num esforço de se superar as práticas preventivas apoiadas estritamente na concepção de risco (Ribeiro, 2013; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

A epidemia da AIDS colocou a humanidade e as práticas de cuidado e de prevenção no campo da saúde diante de uma nova entidade clínica num momento em que já se havia conquistado grandes avanços no conhecimento do corpo e no domínio de técnicas e tecnologias que levaram ao controle e à erradicação de importantes doenças infecciosas nos séculos XIX e XX (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr. 2006).

Porém, diante esse desafio no campo da saúde, se buscou compreender essa doença através do estabelecimento de associações probabilísticas, isto é, com o uso do instrumental epidemiológico, procurando verificar os fatores de risco relacionados a enfermidade. O procedimento utilizado foi identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e quais suas características, surgindo assim os grupos de risco, ou seja, aqueles que tinham mais chance de contraírem a doença do que a população em geral (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr., 2006).

O problema gerado com a identificação desses grupos foi que, esse padrão de risco passou a ser tratado como uma condição concreta, como uma identidade das pessoas. Os resultados obtidos ante as primeiras ações sanitárias e preventivas, foram o isolamento, o preconceito e a discriminação com relação as pessoas consideradas como pertencentes aos grupos de risco, além da limitação no controle da doença, a pouca possibilidade para transformar a situação dos afetados e o retardamento na identificação da suscetibilidade daqueles que não se incluíam nestes grupos (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr. 2006; Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Iniciaram-se então, lutas e movimentos sociais dos estigmatizados pela doença, em especial os grupos gays norte-americanos. As estratégias de abstinência e o isolamento propostos aos grupos de risco foram substituídas pelas estratégias de redução de risco, que tinham por finalidade: a difusão universal de informação; o controle dos bancos de sangue; o estímulo e a capacitação para incorporar o uso de preservativos e de práticas de sexo mais seguro; a testagem, aconselhamento e estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução de distribuição ou troca de agulhas e seringas (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr., 2006; Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Nessa época, importantes progressos foram conquistados na área científica, o que contribuiu para delimitar o caráter transmissível da doença. Ante esses avanços se oportunizou novas possibilidades para as práticas de saúde pública. Passa-se então, a partir desse panorama, a se utilizar do conceito de comportamento de risco, numa tentativa de se obter uma interação mais positiva da investigação clínica e epidemiológica com os campos da psicologia social e da educação (Ayres, Calazans et al., 2006; Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

Nesse conceito, há um deslocamento do risco como algo identitário a um grupo populacional para a identificação dos comportamentos que de fato expõem as pessoas ao adoecimento. Esse direcionamento proporcionou uma universalização da preocupação com as

doenças, ou seja, considerou-se que qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor a elas. Possibilitou também, certa diminuição do estigma depositado aos grupos de maior incidência (Ayres, Calazans et al., 2006).

As ações de prevenção procuraram envolver as pessoas no processo de cuidado e de precaução, principalmente através de modificações no comportamento considerado potencialmente arriscado e perigoso. Porém, essa noção de risco também se apresentou ineficaz. O principal motivo para isso foi a responsabilização individual, ou seja, o sujeito passou a ser culpabilizado por não ter aderido a um comportamento tido como seguro ou por ter se exposto a uma situação mais ou menos arriscada (Ayres, Calazans et al., 2006; Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

Portanto, a percepção sobre o adoecer continuava permeada por um caráter punitivo e moralista, pois, se entendia que ao não adotarem as práticas preconizadas nas estratégias de prevenção e ao terem comportamentos tidos como inadequados as pessoas ficavam mais suscetíveis às doenças, como se o cuidado (ou a sua falta) dependesse unicamente da transmissão de informações e da vontade própria dos envolvidos (Ayres, Calazans et al., 2006). Essa concepção de comportamento de risco trouxe uma mecanização de pensamento desconsiderando o significado de segurança e risco, pois, se deve considerar, como apontam Ayres, Paiva e França Jr (2012), que condições de caráter social e interpessoal condicionam e interferem na adoção ou não de condutas tidas como adequadas nas ações de prevenção.

Assim, a possibilidade de mudança de comportamento, conforme Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr., (2006) destacam, não depende exclusivamente de uma atitude volitiva das pessoas, ela é antes “condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica, desigualmente distribuídos entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias” (p. 395). De fato, para Costa-Couto (2007) a veiculação de informações sobre os riscos deve adquirir significação e importância

no contexto pessoal para o qual se destina; senão, será inútil para as finalidades sociais a que se propõe (Carapinheiro, 2005; Ribeiro, 2013).

A crítica ao uso da expressão “comportamento de risco” foi realizada pela primeira vez pelo movimento social de defesa dos direitos das mulheres, que questionou os modelos de prevenção de base teórico conceitual sócio comportamental (Ayres, Paiva & França Jr, 2012). De forma sucinta se pode dizer que, tradicionalmente na epidemiologia, o risco é o núcleo central de seus estudos, visando identificar nas pessoas características que as colocam sob maior ou menor exposição, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social. Nesses termos, se calcula a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais de adoecer ou morrer por algum agravo de saúde (Ayres, 2002; Santos, Vieira, Assuiti, Gomes, Meirelles & Santos, 2012).

Observa-se também que as políticas de prevenção foram orientadas pela ênfase na veiculação de informações adequadas a fim de se obter mudanças comportamentais (Costa-Couto, 2007). Essa estratégia permanece sendo utilizada até os dias de hoje como, por exemplo, na divulgação das informações ao combate do mosquito *Aedes Aegypti* que transmite a Dengue, o Zica Vírus e a Chikungunya. As informações expostas responsabilizam os indivíduos na luta pela supressão do mosquito, isentando muitas vezes o Estado dessa situação epidêmica, reforçando que é fundamental que as pessoas se esforcem na eliminação dos criadouros, sem considerar as condições sociais que as tornam mais suscetíveis. Deve-se questionar como realizar tais ações diante de contextos inadequados de moradia, da falta de abastecimento de água, de ausência de infraestrutura e tantas disparidades a que os grupos sociais com menor poder social estão inseridos.

Portanto, esse posicionamento baseado em comportamentos de risco e na mudança de condutas, deixa de lado e/ou minimiza determinantes histórico-sociais fundamentais, como a exemplo, a falta da moradia e da alimentação, a baixa escolaridade, o desemprego ou o salário

insuficiente, a miséria, a pobreza, a violência, a dependência econômica, a opressão social e sexual, entre outros. Estes também configuram obstáculos para a adoção das estratégias de prevenção ao adoecimento, seus agravos e de cuidado a saúde de maneira geral (Costa-Couto, 2007).

Para as ciências sociais aplicadas à saúde, assim como esclarece Ribeiro (2013), o construto risco é formado historicamente e culturalmente, por isso, ao eleger os fatores de risco se deve considerar a conformação social, histórica, política e cultural do contexto ao qual se aplica, assim como a capacidade individual de escolha. Os serviços sociais disponíveis - para informar ou assistir - também fazem parte desse conjunto, assim como a possibilidade de acesso a tais serviços e o tipo de oferta proposta pela rede de suporte social (Carapinheiro, 2005; Costa-Couto, 2007).

Importante salientar, aqui, o amplo caminho entre o processo de produção de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Se no âmbito da produção de conhecimento construímos categorias que nos auxiliam a analisar determinada situação, é importante compreender que tais categorias são artificiais, no sentido de que não são as categorias que organizam a vida dos sujeitos (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr. 2006, p. 376).

Para Costa-Couto (2007) o contexto e a determinação histórica do sujeito influenciam a mudança do comportamento, mas esta mudança é precedida da aceitação e da percepção do risco pela pessoa. Porém, o fato é que a aceitação e a percepção também são permeadas pelo contexto no qual se dá o risco, e, neste sentido, a determinação histórica e social direciona em última instância a capacidade, a possibilidade e a liberdade individual para fazer (ou para não fazer) determinadas escolhas.

Dessa forma, na tentativa de superação e de reação aos problemas decorrentes do uso do termo risco que com o decorrer dos anos afetou predominantemente grupos sociais com menor poder social, ou seja, os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros, (Ayres, Calazans et al., 2006), há a incorporação do conceito de vulnerabilidade desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard. (Mann, Tarantola & Netter, 1993). Sendo assim, esse conceito que emergiu como desdobramento e como resposta as propostas centradas nos fatores e comportamentos dos grupos de risco que não conseguiam mais abarcar a complexidade das relações políticas, sociais e econômicas acerca da AIDS, foi se expandindo a aplicações nos diversos processos de saúde-doença (Perucchi, Rodrigues, Jardim & Calais, 2011; Savignani, 2014).

Possibilitou-se, através do modelo de vulnerabilidade, a recuperação de aspectos ético-filosóficos e sociopolíticos do pensamento e das práticas não só no campo da saúde, como apresentam Ayres et al. (1999; 2003), mas também das áreas de interface (Santos, Vieira et al., 2012). Nasce então, uma perspectiva que visa reconhecer as particularidades sociais, políticas, culturais e subjetivas que interagem com determinadas situações e condições de vida que tornam as pessoas, que estão expostas aos problemas e às alternativas reais de proteção, mais ou menos suscetíveis ao adoecimento (Lima de Almeida, 2002; Perucchi et al., 2011; Savignani, 2014).

Portanto, inversamente a ideia de fatores de risco, a vulnerabilidade leva em consideração a variabilidade e a dinâmica dos contextos sociais em que se vivenciam as experiências de adoecimento (Ayres, 2004), de tal modo que se reconhece que há um amplo conjunto de elementos de ordem concreta e abstrata, de natureza coletiva e estrutural que em determinadas situações, influenciam e interferem no processo de adoecimento, na condição de se ter saúde e na adesão ou não ao tratamento por parte dos indivíduos, superando a restrita

visão de causa e efeito comum da análise epidemiológica (Bertolozzi et al., 2009; Freitas, Ribeiro & Saldanha, 2012; Furtado, 2016).

Ressalva-se que, embora o termo vulnerabilidade e algumas construções conceituais em torno dele não sejam exatamente novos, sua emergência como conceito na saúde pública contemporânea deu-se em tempo relativamente recente (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade pode ser entendido, segundo Ayres, Calazans, et al. (2006), da seguinte maneira:

De forma geral, a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição ao adoecimento não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Jr., 2006, p. 396).

No Brasil, Ayres, França Jr., et al. (1999) e Ayres, Calazans, et al. (2006), apontam para uma ampliação do termo que difere do marco inicial proposto por Mann et al. (1993), pois, não enfatiza excessivamente a vulnerabilidade à determinação individual. Nesse marco proposto por Ayres (2012) a unidade analítica está constituída no indivíduo-coletivo, a partir de um modelo de análise crítica que integra três eixos interdependentes de determinação e, consequentemente, de compreensão dos aspectos de vida das pessoas, de comunidades ou, até mesmo, nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis, ou seja, com maior ou menor vulnerabilidade ao adoecimento, que serão expostos a seguir.

2.1.1 AS ANÁLISES DA VULNERABILIDADE

O quadro de vulnerabilidade procura identificar elementos relacionados ao processo de adoecimento em situações mais concretas e particulares, tendo interesse em compreender as relações e mediações que possibilitam estas situações. A vulnerabilidade tem um caráter não probabilístico e a finalidade de expressar o potencial de adoecimento relacionados a todo e a cada indivíduo que vive num determinado conjunto de condições (Gama, et al., 2014).

O significado do termo vulnerabilidade, se refere a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como produto de um conjunto de fatores que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Dessa forma, o sujeito não prescinde do coletivo: há uma relação intrínseca entre os mesmos (Ayres et al, 1999; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

A interpretação da vulnerabilidade, conforme propõe Ayres (2002), deve incorporar, necessariamente, o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode ocasionar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos para a proteção das pessoas contra as enfermidades. Por isso, as análises de vulnerabilidade procuram integrar a compreensão do comportamento pessoal ou a *vulnerabilidade individual*; do contexto social ou a *vulnerabilidade social* e; do programa de combate à doença, ou a *vulnerabilidade programática* ou *institucional* (Ayres, França Jr. et al., 1999; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos, sejam elas individuais e/ou coletivas, podem ser particularizadas pelo reconhecimento desses três planos interligados, ou seja, o individual, o social e o programático (institucional), os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? (Ribeiro, 2013).

A *dimensão individual* da vulnerabilidade parte do pressuposto de que todos os indivíduos são suscetíveis ao adoecimento. Possui como ponto de partida aspectos próprios ao

estilo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham a doença ou, ao contrário, para que possam se proteger. Nesse eixo se avalia o nível de conhecimento sobre determinado problema ou situação e os comportamentos que podem induzir ao adoecimento (Ayres, França Jr. et al., 2006).

Verifica-se especialmente, a capacidade em elaborar os novos conhecimentos e de incorporá-los aos repertórios cotidianos de preocupações, transformando-os em práticas de cuidado e de prevenção. A vulnerabilidade é influenciada por condições cognitivas, ou seja, pelo acesso a informação, pelo reconhecimento da suscetibilidade e pelo conhecimento das formas de prevenção. É influenciada também por aspectos comportamentais e sociais através da adoção de condutas preventivas e do acesso aos recursos (Ayres, Calazans et al., 2006; Savignani, 2014).

No âmago do conceito de vulnerabilidade, identifica-se a habilidade de lidar com o problema e os recursos utilizados para o seu enfrentamento, tanto pelos indivíduos quanto pelos grupos sociais. Sendo assim, a dimensão individual abrange também a trajetória social, as subjetividades, os projetos de vida, as percepções em relação ao futuro, à qualidade de vida, entre outros (Ayres, Calazans et al., 2006; Savignani, 2014).

Sendo assim, no plano individual, entende-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Porém, esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são compreendidos e abordados, nesse quadro conceitual, como uma consequência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto as condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o nível de consciência que essas pessoas possuem sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (Ribeiro, 2013).

Diante da compreensão do processo saúde-doença como um processo social, a análise dos aspectos individualmente delimitáveis, que expõem as pessoas a doenças, impõe a necessidade de outras avaliações que não podem ser respondidas unicamente por esse plano. A *dimensão social* da vulnerabilidade é uma dessas avaliações necessárias e que se refere ao acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas e comunidades e as possibilidades efetivas de colocá-las em prática (Ayres, Calazans et al., 2006; Sánchez & Bertolozzi, 2007; Savignani, 2014).

Avalia-se nesse eixo a obtenção de informação, o acesso aos meios de comunicação, o poder de participar de decisões políticas e em instituições, a disponibilidade e investimento com serviços sociais e de saúde, normas sociais vigentes, normas institucionais, entre outras. Focaliza-se assim, os fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, ou seja, a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza; procurando identificar e compreender esses aspectos materiais, culturais, políticos, e morais que dizem respeito à vida em sociedade (Ayres, Calazans et al., 2006; Sánchez & Bertolozzi, 2007; Savignani, 2014).

Não temos pretensão de tentar compreender a nossa complexa organização social aqui, mas ressaltar que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc., todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade (Ayres, Calazans et al., 2006, p. 397).

Da mesma forma, a vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada por diversas instituições sociais, ou seja, as famílias, as escolas, os serviços de saúde, entre outros. Para que os recursos sociais de que as pessoas necessitam, para não se expor a doença e para se proteger delas, estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é cogente que existam esforços programáticos (institucionais) nesse sentido. Assim, *a dimensão programática (institucional) da vulnerabilidade* consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência, do monitoramento e da retroalimentação das ações, e a sustentabilidade das propostas, afim de identificar as necessidades, canalizando os recursos sociais existentes e aperfeiçoando seu uso (Ayres, Calazans et al., 2006; Ribeiro, 2013; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Analisa-se como, em contextos sociais próprios, as instituições, em especial as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como reprodutoras (quando não produzem e/ou aprofundam) as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Questiona-se, por exemplo, o quanto os serviços e as instituições possibilitam que as situações desfavoráveis sejam percebidas e superadas por indivíduos e grupos sociais. O quanto promovem aos seus usuários transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade (Ayres, Calazans et al., 2006).

O componente programático orienta a se pensar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos, conectando os planos individuais e sociais (Ribeiro, 2013).

Tabela 1- Aspectos a serem considerados nas três dimensões da análise de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática (Ênfase no setor Saúde)
Valores	Normas Sociais	Compromisso Político dos Governos
Interesses	Referências Culturais	Definição de Políticas Específicas
Crenças	Relações de Gênero	Planejamento e Avaliação das Políticas
Credos	Relações de Raça/Etnia	Participação Social no Planejamento e

Desejos	Relações entre gerações	Avaliação
Conhecimentos	Normas e Crenças	Recursos Humanos e Materiais para as
Atitudes	Religiosas	Políticas
Comportamentos	Estigma e Discriminação	Governabilidade
Relações Familiares	Emprego	Controle Social
Relações de Amizade	Salário	Sustentabilidade Política, Institucional e
Relações Afetivo-Sexuais	Suporte Social	Material da Política.
Relações Profissionais	Acesso à Saúde	Articulação Multissetorial das Ações
Situação Material	Acesso à Educação	Atividades Intersetoriais
Situação Psicoemocional	Acesso à Justiça	Organização do setor Saúde
Situação Física	Acesso a Cultura, Lazer e esporte.	Acesso aos Serviços
Redes e Suportes Sociais	Acesso à Mídia	Qualidade dos Serviços
	Liberdade de Pensamento e Expressão	Integralidade da Atenção
	Participação Política	Equidade das Ações
	Cidadania	Equipes Multidisciplinares
		Enfoques Interdisciplinares
		Integração entre Prevenção, Promoção e Assistência;
		Preparo técnico científico dos profissionais e equipes
		Compromisso e Responsabilidade dos Profissionais;
		Respeito, Proteção e Promoção de Direitos Humanos;
		Participação Comunitária na gestão dos Serviços;
		Planejamento, Supervisão e Avaliação dos Serviços;
		Responsabilidade Social e Jurídica do Serviço

Adaptado de Ayres et al., 2006

Com base na tabela apresentada, identifica-se que cada um desses planos pode ser tomado como referência para se interpretar a vulnerabilidade ao adoecimento, não só à Aids, mas aos agravos à saúde. Essa abordagem pode oportunizar uma ampliação na atuação em saúde, suscitando reflexões úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade (Sánchez & Bertolozzi, 2007). O quadro de vulnerabilidade pode ser considerado como um convite para se renovar as práticas de saúde, reconhecendo-as como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Possibilita, de maneira crítica e dinâmica, repensar os planos de ação em saúde, contribuindo na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, visando a promoção da saúde (Ayres, 2002).

Articulados entre si, esses três componentes constitutivos priorizam as análises e intervenções multidimensionais, considerando que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (Ribeiro, 2013). Gorovitz (1994 citado por Gama et al., 2014) afirma que a vulnerabilidade é multidimensional, o que implica em gradações e mudanças ao longo do tempo, considerando também as restrições na possibilidade das pessoas, dos grupos sociais e de territórios para resistir aos impactos adversos resultantes de vários fatores a que as populações estão expostas, além de todas as demais configurações de desvantagem social (Schumann, 2014). A vulnerabilidade social deve-se em parte a características inerentes nas interações sociais, instituições e sistemas de valores culturais e ressalta o seu caráter relacional: as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação e num certo ponto do tempo e espaço. Portanto, este modelo exige a adoção de um marco referencial distinto do utilizado historicamente pela epidemiologia clássica.

A vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, o reconhece, mas procura superá-lo, pois não se reduz à responsabilidade individual, em que se analisa e sobrecarrega o papel da pessoa na trama da causalidade. Essa perspectiva analítica expande o horizonte ao privilegiar o plano do coletivo, além de incorporar o trabalho participante com a população, de maneira a contribuir para que esta seja sujeito de sua vida (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Para Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 276-278) a redução da vulnerabilidade demanda sua antítese: o “empoderamento”. Esse princípio denota oferecer aos indivíduos e às comunidades informações, serviços sociais e de saúde que lhes possibilite fazer escolhas e mantê-las. “Empoderar” é, assim, o ato de dar voz e vez às populações em situação de desigualdade e de exclusão, a fim de criar condições e canais efetivos de participação social;

inserir ações que promovam o reequilíbrio socioeconômico rompendo com a tutela dos programas assistenciais; implantar mecanismos que possibilitem o desenvolvimento sustentável de comunidades e de grupos sociais mais vulneráveis (Costa-Couto, 2007). Portanto, ao se priorizar intervenções para a redução das vulnerabilidades ao adoecimento, de acordo com essa perspectiva, há fundamentalmente uma questão de construção de cidadania, de democracia e de emancipação.

2.1.2 SAÚDE E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO

De forma geral, Bellenzani (2012) explica que, o desenvolvimento das ciências biomédicas, da epidemiologia e o ingresso das ciências humanas e sociais no campo da saúde têm evoluído na compreensão do corpo e dos processos de saúde-doença, superando as explicações mais reducionistas e universalistas, para abordagens mais complexas, situadas no tempo e nos aspectos socioeconômicos e psicossociais, considerando o adoecer como um fenômeno também construído social e culturalmente, e multideterminado, sendo assim, é um fenômeno social, além de biológico.

Muito avanços foram conquistados desde a teoria unicausal da doença no século XIX; da história natural da doença (HND - em que se estudava os conjuntos de aspectos que determinavam o comportamento epidêmico das doenças); passando, pela epidemiologia, os determinantes sociais do processo saúde-doença, pela promoção da saúde (com seus princípios orientadores que se tornou um poderoso movimento de ideias e expansão de ações para a renovação das práticas de saúde já apresentados no primeiro capítulo) até a proposta da vulnerabilidade no final do século XX (Ayres, França Jr., Calazans & Saletti Filho, 2003; Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

Nesse processo de evolução e, ao se acompanhar as demandas reais das populações, as propostas de redução de vulnerabilidade têm procurado ampliar do plano individual para o

plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções. Nesse sentido, percebe-se que há uma responsabilidade que se estende para além da simples tarefa de alertar ou de dar informações as pessoas sobre um problema. É necessário concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas que possam também responder de forma que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis. Assim, mais do que serem avisadas, é fundamental que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas (Ayres, Calazans et al., 2006).

O pensamento do senso comum de que as doenças ou problemas sociais e sanitários não vêm sexo, cor, classe social ou nacionalidade contribui para a crença de que todas as pessoas têm as mesmas chances de adoecerem, de permanecerem saudáveis, de se recuperarem ou de terem alguma qualidade de vida, independentemente dos países, regiões em que vivem e de suas condições de vida. Ao contrário disto, é notório que populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos, têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte e que a atenção em saúde, quando acessível e de boa qualidade, pode promover a realização do direito à saúde e à vida (França Jr. & Ayres, 2003; Bellenzani, 2012), assim como foi discutido no primeiro capítulo.

De fato, conforme afirma Costa-Couto (2007), a vulnerabilidade individual e coletiva é influenciada e determinada, ao menos parcialmente, pela vulnerabilidade social, estando condicionada aos riscos decorrentes de fatores estruturais. Portanto, estar vulnerável - em maior ou menor grau - vincula-se à efetivação dos direitos de cidadania. Nesse quadro se identifica que o menor acesso às oportunidades terá como resultado a desproteção, a desvantagem e a exclusão, trazendo prejuízos a saúde em razão de menores recursos econômicos, sociais e legais. Por isso, a redução dos níveis de vulnerabilidade social não

prescinde das ações em saúde, mas necessariamente extrapola o âmbito setorial e exige uma resposta intersetorial (Cáceres, 2000).

[...] a satisfação das necessidades em saúde se relaciona diretamente ao conjunto de condições de reprodução social e material disponíveis que permite, ou não, o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades. Grupos sociais de menor renda e poder podem se beneficiar de medidas de proteção coletivas que reduzam a vulnerabilidade social. Dito de outra forma, segmentos que vivem com menor poder, em desigualdade, maior vulnerabilidade ou excluídos necessitam de políticas asseguradoras do exercício pleno de sua cidadania (Laurell, 1997 citado por Costa-Couto, 2007, p. 52).

Sobreviver em condição de desigualdade e exclusão favorece o risco de desenvolver ou contrair doenças e, em alguns casos, a ausência de medidas de enfrentamento das vulnerabilidades contribui para outros tipos de adoecimentos e problemas sociais que acrescem dificuldades à vida (Costa-Couto, 2007). A vulnerabilidade ao adoecimento de pessoas que pertencem a segmentos socialmente mais vulneráveis e marginalizados, como por exemplo os mais pobres, diminui ou aumenta através da presença ou ausência de programas de saúde, na existência ou na falta de saneamento básico, no acesso aos serviços, na qualidade dos cuidados, entre outros (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Paiva, 2013).

Portanto, desemprego, emprego precário, desintegrações sociais, baixo poder aquisitivo, iniquidade, opressão, discriminação, estigma, ausência ou ineficiência de redes de apoio ou suporte social (formais e informais), violência e exclusão por gênero, raça ou etnia são fatores que combinados atuam sinergicamente para aumentar a suscetibilidade e vulnerabilidade (Costa-Couto, 2007).

Diante dessa conjuntura, a proposta da vulnerabilidade, aliado as especificidades do contexto brasileiro, conferiram transformações e peculiaridades ao modo como esse modelo foi sendo desenvolvido ao longo dos anos. Foi a partir da construção de novas práticas conceituais, técnicas e políticas sistematizadas, que levou a teoria da vulnerabilidade a abranger novos conceitos e especificidade, até a emergência, um pouco mais recente, do quadro de vulnerabilidade relacionada aos direitos humanos, que denuncia a não garantia dos direitos fundamentais das pessoas (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

O ambiente politizado do processo de redemocratização do país, a reforma sanitária em curso com a construção do sistema único de saúde (SUS); as propostas de modelos de atenção integral à saúde; a mobilização de grupos da sociedade civil organizada frente à epidemia da Aids, em movimentos de construção de solidariedade e de defesas de direitos; todos estes aspectos ajudam a compreender o porquê no Brasil, como talvez em nenhuma parte do globo, o quadro de vulnerabilidade e sua incorporação à formulação de políticas públicas e ações de saúde tenham alcançado trabalhos expressivos (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012, p. 12).

O modelo teórico de vulnerabilidade no campo das abordagens em saúde com base nos direitos humanos que podem estar sendo ou não garantidos e efetivados, contribui para delinear um conjunto de princípios, normas, padrões e instrumentos que moldam as políticas públicas e favorecem a atribuição de responsabilidades, ou seja, além de fortalecer a compressão sobre os determinantes sociais no processo de saúde e doença, como, propõe o modelo da Promoção da Saúde, designa critérios para estabelecer prioridades com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade e, para definir a quem responsabilizar pelo processo decisório sobre essas prioridades. Sendo assim, esse modelo alinha-se com a Promoção da Saúde na medida em que ambos buscam compreender e transformar desde uma

perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de História Natural da Doença (HND) e os Níveis de Prevenção (NP) (Ayres, Paiva & França Jr, 2012).

Devido aos fatores apresentados e uma necessidade do ambiente acadêmico e dos movimentos sociais, identifica-se uma progressão da própria teoria da vulnerabilidade que, conforme afirma Ribeiro (2013), nos últimos anos vem adotando um caráter mais radical, no sentido de buscar novas bases epidemiológicas e técnicas rumo a propostas de reconstrução das práticas de saúde. Nesse aspecto, a teoria vem procurando superar a fatoraçoão dos determinantes contextuais na explicação de vulnerabilidades, trabalhando-se com totalidades compreensivas, nas quais os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição à infecção e adoecimento sejam sempre mutuamente referidos (Ayres, Paiva & Buchalla, 2012).

No sentido definido pelos autores do que seja as totalidades compreensivas, Ribeiro (2013) afirma ser necessário abordar e compreender a progressão que ocorreu desde o modelo de história natural da doença (HDN) e níveis de prevenção (NP), pois os mesmos permitem distinguir dois períodos envolvidos na gênese e desenvolvimento dos adoecimentos: o pré-patogênico, diz respeito aos determinantes que potencializam o aparecimento das doenças, sobre ele se desenvolve a *prevenção primária*, no qual se procura intervir sobre os agentes patogênicos e seus vetores, sobre os hospedeiros e sobre o meio que os expõe a esses patógenos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Essa prevenção se divide em dois níveis: a *promoção de saúde* - ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida, criando obstáculos para os processos patogênicos, como educação, saneamento, moradia, trabalho, cultura, entre outros; e a *proteção específica* no qual se voltam ações apenas para determinadas doenças ou agravos, como por exemplo, na vacinação (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

O período patogênico se refere às evoluções possíveis da doença em curso, sobre este artifício atua a *prevenção secundária*, pois ela visa propiciar a melhor evolução clínica para os indivíduos já afetados, buscando conduzir o processo para desfechos favoráveis e interromper ou reduzir a disseminação da patologia. A fim de atingir esses objetivos são definidos mais dois níveis de prevenção: o *diagnóstico precoce* e o *tratamento imediato/a limitação de incapacidades*. A *prevenção terciária*, por fim, refere-se ao desfecho do quadro patológico: se atingiu a cura, se houve sequelas ou a cronificação da patologia. Nesse nível o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravo, quando existirem, prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ribeiro; 2013).

Com o enfoque da vulnerabilidade é possível um significativo rearranjo dos momentos analíticos desse modelo, pois, a vulnerabilidade assume que as mútuas interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às condições de origem do agravo, mas o determinam ao longo do curso do processo patogênico. Esta concepção procura superar a externalidade das ações preventivas na análise do processo saúde-doença, pois considera que as características desses processos são diretamente condicionadas pelo conjunto de saberes, tecnologias e serviços que estão atuando na realidade estudada (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A intervenção, e não somente a prevenção, mas também o tratamento e a reabilitação, já estão implicados na determinação do processo saúde-doença, em razão da forma como está organizada e como está sendo aplicada. Ela não é apenas solução, mas parte do problema em estudo, considerando-se no processo a tríade saúde-doença-cuidado (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ribeiro, 2013). Para o modelo teórico da vulnerabilidade não existe um agente que seja em si mesmo agressor, pois, ele só é percebido como tal frente às especificidades das

características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros que estão entrelaçadas ao ambiente cultural e sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Assim, não existe um único e necessário modo de descrever os determinantes, distribuição e desdobramento de um processo saúde-doença-cuidado, logo, o modelo da vulnerabilidade demonstra que não há uma história natural da doença, senão uma história social das mesmas, não só porque são sociais e históricos os conteúdos desta história, mas porque social e histórica é também a forma de contá-la, pois dependerá da perspectiva teórica, ético-política de quem a descreve assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ribeiro, 2013).

Entende-se assim que o modelo teórico da vulnerabilidade tem um enfoque também nos direitos humanos, pois, visa compreender a história social do sujeito, priorizando a responsabilidade e a ação de governos e dos programas públicos de saúde como parte integral dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença. Alerta-se para o fato de que essa responsabilidade está implicada desde a dimensão individual na medida em que esta é concebida como pertencente a esfera da pessoa que é um sujeito de direito - direito à saúde integral, à não discriminação, à consideração de sua condição na promoção da equidade, entre outros. Nesta perspectiva o Governo e os programas, por exemplo, devem garantir a todos o acesso aos serviços de atenção à saúde e as práticas de qualidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Conforme as formulações de França Jr e Ayres (2003) a relação entre Saúde Pública e direitos humanos pode ser sistematizada em três conjuntos: o primeiro se refere à reciprocidade entre saúde e direitos humanos, ou seja, o impacto das violações e da promoção dos direitos humanos sobre a saúde de indivíduos e populações e, inversamente, o impacto das ações de saúde sobre a violação e/ou a promoção de seus direitos; o segundo expressa a

responsabilidade do Estado perante o respeito e o cumprimento aos direitos, pois sua ausência ou indiferença não protege o cidadão, isso ocorre quando não implementa condições legais, administrativas, orçamentárias e assistenciais e não as fiscaliza para garantir, proteger ou promover os direitos humanos; e o terceiro conjunto que está associado à avaliação das condições a serem satisfeitas no caso de uma necessidade de saúde pública implicar a suspensão ou modificação temporária (derrogabilidade) de um determinado direito humano. Lembrando que são direitos inderrogáveis (irrevogáveis), o direito à vida, a não ser discriminado, a não ser torturado, entre outros (Bellenzani, 2012).

Assim, os direitos humanos indicam referências para se analisar os agravos à saúde e as situações potenciais a vulnerabilidade ao adoecimento, identificando os direitos que estão sendo negados e infringidos. Podem oferecer ainda, direções e orientações para se planejar ações e realizar intervenções, identificando grupos, pessoas, comunidades e populações que tendem a ser discriminados, que sofrem com as iniquidades e com a ausência de proteções devidas e necessárias.

A fim de se superar a vulnerabilidade ao adoecimento nos planos individual, social e programático, como afirmam Ayres, Paiva e França Jr. (2012), é importante considerar a pessoa como sujeito de direito e compreender o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os direitos aprovados nas definições de cidadania de cada local, de cada contexto legal e político. Nessa perspectiva, as dimensões da vulnerabilidade, de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos que estão implicados nesse processo.

A qualidade é sempre fundamental na busca pela redução das vulnerabilidades, assim os intercâmbios e as vivências, expressões vivas de cada processo, merecem particular atenção nas suas três dimensões. Além do conhecimento dos padrões normativos de um país, da compreensão de seus valores culturais, das suas instituições e das estruturas, será

importante abranger a dinâmica da vida cotidiana e de suas organizações sociais. Por exemplo, melhor do que abordar os traços gerais de desigualdade será compreender a concretude das relações de gênero e raciais, de classe, de geração, em cada cena da vida diária, no modo como cada local e território, a desigualdade está sendo experienciada pelas pessoas também nas práticas em saúde (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Paiva, 2013).

Portanto, é na vida real, nas situações concretas que se encontram as verdadeiras identidades sociais, históricas e subjetivas dos sujeitos em cena. Em seus contextos de vida, em suas localidades é que se torna possível identificar e compreender as desigualdades e suas consequências, a fim de planejar ações efetivas para a redução das vulnerabilidades ao adoecimento para aqueles sujeitos sociais, em suas reais necessidades e condições de vida. Por esta razão, Ayres, Calazans, et al. (2006) enfatizam que o enfoque nos processos de promoção da saúde, não pode ficar aprisionado às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir de paradigmas comportamentalistas. A atitude construtivista, que parte dos saberes e experiências das pessoas em cena, no seu dia-a-dia, é a que melhor concorre para que essas possam de fato procurarem e se apropriarem de informações para que se mobilizem, autenticamente, para o encontro das alternativas práticas que consintam em suplantar as situações que as vulnerabilizam.

Estimula-se, assim a participação e a autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação. Ayres et al. (2006) alertam que os diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, a elaboração de propostas de intervenção, precisam sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais e pelos programas e serviços disponíveis.

Com a compreensão desse enfoque e a partir do compromisso estabelecido com essa atitude construtivista, se depara com a necessidade de superar, nos processos de promoção e de prevenção à saúde, a utilização de informação estritamente técnica, transmitida de forma

unilateral do educador para o educando, em favor de uma troca bilateral de saberes, fundamental para identificar finalidades e meios convenientes à construção de respostas por aqueles específicos sujeitos em seus contextos reais e concretos de vida (Ayres, Calazans et al., 2006).

Considera-se que as ações de redução de suscetibilidades e agravos à saúde, assim como de proteção, não serão efetivas, operacionais e promissoras se permanecerem ancoradas apenas na esfera institucional da saúde. A atuação intersetorial é essencial: saúde e educação devem ser articuladas as áreas do trabalho, bem-estar social, jurídica e cultural potencializando e expandindo as chances de melhores resultados. A busca de resposta social coloca no cerne das práticas de promoção da saúde não mais o sujeito técnico, munido especificamente com saber e recursos especializados, mas sim, os capazes de melhor apreender e lidar com as barreiras e os obstáculos à sua saúde, ou seja, os próprios sujeitos sociais afetados (Ayres, Calazans et al., 2006; Costa-Couto, 2007).

Vale salientar, assim como declararam Ayres, Calazans et al. (2006), que ao se assumir essa concepção de cuidado não há um desmerecimento ou esvaziamento do profissional e de sua importância, mas um reposicionamento que complexifica suas tarefas na compreensão, desenvolvimento e monitoramento das estratégias, tornando-se um mediador do encontro que deve dar-se entre os sujeitos visados nas ações e o conjunto de recursos de que devem dispor para construir sua saúde. Não se espera dos usuários dos serviços e da comunidade, uma adesão ao que lhes é prescrito e recomendado, e sim uma autonomia para edificar as estratégias que de fato possam lhes servir e ser úteis (Cáceres, 2000; Sánchez & Bertolozzi, 2007).

O modelo teórico da vulnerabilidade pressupõe e demonstra, concomitantemente, que as mudanças de comportamento de pessoas envolvidas em seus contextos específicos, não parte do indivíduo em relação ao outro, não muda simplesmente pela informação e pela

educação fornecida pelo profissional e por seu entorno. As modificações mais profundas e interessantes ocorrem quando de fato se enxerga e constrói possibilidades de os indivíduos estarem uns de frente aos outros em seu entorno, de modo que torne a saúde de todos mais satisfatória (Ayres, Calazans et al., 2006).

A concepção de saúde-doença-cuidado, além de se apoiar nos processos de produção e de reprodução social, não deve se separar da dimensão subjetiva, que se refere às representações/significados que os indivíduos atribuem a fatos e à vida em si, o que acaba por refletir nos comportamentos e atitudes das pessoas. A abordagem da vulnerabilidade enfatiza a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado que juntamente com os eixos programático e social, permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação ativa da população na procura solidária de estratégias passíveis de execução e de encaminhamento/equacionamento de problemas e de necessidades de saúde (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Dessa forma, é como sujeito de direitos que o usuário do serviço deve ser concebido nas abordagens práticas e técnicas de saúde: como sujeitos de encontros de cuidado, sujeitos de aprendizagens em solidariedade com outros, como agentes de sua emancipação da opressão psicossocial e da vulnerabilidade ao adoecer (Paiva, 2013). Nesse sentido, é preciso esclarecer, como afirma Ribeiro (2013), que esse modelo tem buscado superar a dicotomização entre o individual e o coletivo no manejo das três dimensões constitutivas das análises de vulnerabilidade havendo uma progressão e reformulação de alguns conceitos e inclusão de uma dinâmica mais viva e integrada.

Há uma inseparabilidade dessas dimensões analíticas e na forma como em cada situação concreta existe diferentes maneiras e intensidades em que aspectos *intersubjetivos*, *contextuais* e *programáticos* podem se combinar. Dessa forma, “a sinergia das três inextricáveis dimensões da vulnerabilidade é a dinâmica que precisa ser considerada para

tornar os conceitos da prevenção e da promoção da saúde mais realista, programáticos e eticamente orientados” (Ayres, Paiva & França Jr., 2012, p.84).

Assim, na *dimensão individual* no modelo teórico da vulnerabilidade, o indivíduo é compreendido como *intersubjetividade*, como um ser em interação com outros, como sujeito em relação com os direitos humanos e um ativo construtor. Parte do pressuposto de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão desde sua constituição física ao seu modo próprio de conduzir seu cotidiano. Abrange nessa dimensão individual da vulnerabilidade a totalidade conformada pela dinâmica psicossocial expressa no grau de qualidade das informações de que uma pessoa dispõe, no modo como ela elabora essas informações e no poder que têm para incorporá-las às suas práticas cotidianas, ou seja, a dinâmica que realiza as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar estas práticas (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Paiva, 2013; Ribeiro, 2013).

Lembrando que o princípio da participação depende da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidas como cidadãs plenas, como sujeito de direitos. Ou seja, as pessoas em seu contexto, no seu cotidiano e na maneira como lidam diariamente com os discursos e com os valores conflitantes, bem como com seus desejos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de rede sociais, relações comunitárias e familiares, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Paiva, 2013; Ribeiro, 2013).

A *dimensão social* das análises de vulnerabilidade, também conforme esse modelo, procura focar os aspectos *contextuais* que conformam vulnerabilidades individuais. Nessa perspectiva, entende-se que o social, como espaço de interação e de experiência concreta da intersubjetividade, é atravessado por normatividades e poderes sociais baseados na

organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais, pobreza, exclusão social ou os modos de inclusão que perpetuam a desigualdade, entre outros (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012, Paiva, 2013; Ribeiro, 2013).

Já na *dimensão programática* das análises de vulnerabilidade, no qual contempla-se as formas institucionalizadas de interações, se busca responder como as políticas e as instituições, em especial os serviços e ações de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura são organizadas e disponibilizadas, se estão atuando como elementos que reduzem, produzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seu contexto. A mediação programática é essencial para se analisar a ação pela proteção ou pela mitigação da violação de direitos, ou seja, na busca e na responsabilização da dimensão política-programática como determinante social e intersubjetivo da vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Paiva, 2013).

A mediação programática expressa fielmente que quanto maior o desrespeito aos direitos humanos, maior a chance de adoecimento, e inversamente, quanto maior o empenho na promoção e proteção dos direitos, maior a sobrevivência e a chance de não adoecer. Assume-se assim que, cada sociedade deva proteger e garantir direitos para promover saúde e que o governo (local e nacional) devam ser responsabilizados em caso de displicência ou violação (Paiva, 2013).

Sendo assim, o foco orientador das apreciações e ações baseadas no modelo teórico da vulnerabilidade passa a ser menos as identidades pessoais/sociais, e mais as relações sociais que estão na base de situações de vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012; Ribeiro, 2013). A análise escolhida é a cena da interação intersubjetiva em seus contextos e cenários socioculturais, e nos encontros programáticos - ou seja, nos serviços; na vida social;

na vida cotidiana - em uma trajetória pessoal (Paiva, 2013). Assim, todos os três planos estão mutuamente implicados, conforme esse quadro:

Tabela 2 – Modelo Teórico da Vulnerabilidade: dimensões individual, social e programática

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente em suas cenas;	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural;	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal	Liberdade Mobilização e participação Instituições e poderes	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade
Recursos pessoais	Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações	Articulação Multissetorial Governabilidade
Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social	Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos	Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência; Equipes multidisciplinares/ enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços
Subjetividade Intersubjetividade Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitude em Cena Gestos em Cena Falas em Cena Interesses em Cena Momento Emocional	Acesso a: Emprego/Salário Saúde Integral Educação/Prevenção Justiça Cultura Lazer/Esporte Mídia/Internet	

Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr. (2012)

Pode-se dizer que o modelo teórico da vulnerabilidade emergente no campo da Aids, têm se desenvolvido e expandido para outros agravos, num paradigma ampliado de saúde. Avança do sentido inicial do conceito de vulnerabilidade que se apropria de uma aspiração reconstrutiva das práticas de saúde e de gestão dos programas, num direcionamento que os tornem mais capazes de responder às suas responsabilidades com eficácia e eficiência instrumentais, compromisso político com a justiça social e respeito às pessoas em suas

singularidades, valores e necessidades (Ayres et al., 2003; Ayres, Paiva & Buchalla, 2012; Bellenzani, 2012).

O quadro da vulnerabilidade vem destacar a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade como base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios de superá-los. Enfatiza em particular, a inclusão da reflexão crítica sobre as políticas sociais e da organização social e técnica das práticas de saúde como parte indissociável das análises de vulnerabilidade, análise que se beneficiará da abordagem dos direitos humanos e que ilumina a realização plena da cidadania como referência ética e política fundamental (Ayres, Paiva & França Jr., 2012, p. 90)

Compreende-se que os construtos apresentados nesse modelo conceitual, são produtos de experiências sociais em constante transformação, devendo ser apreendidos em sua historicidade, limites e alcances, ou seja, deve-se situá-los enquanto um construto vivo que se modifica e se reafirma nas relações diárias, no campo de saber e na consciência do indivíduo que vivencia suas crenças, valores e desejos na luta ou na negação de seus direitos (Ribeiro, 2013). Expressam concretamente a necessidade de saúde construída sócio historicamente e de suas relações com as práticas e contextos sociais, permitindo um direcionamento para uma saúde pública mais efetiva, justa e democrática (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A análise das vulnerabilidades permite compreender as diferenças vivenciadas e enfrentas no processo saúde-doença-cuidado. Propõe-se a construção de marcadores que podem ser utilizados para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos para subsidiar intervenções orientadas aos condicionantes do estado de vulnerabilidade, visando o desenvolvimento de processos emancipatórios e de autonomia dos sujeitos sociais (Takahashi, 2006).

Assim, um dos alcances desse modelo teórico é o seu potencial de ampliação para o reconhecimento e a compressão dos fenômenos da saúde, resultante do entrecruzamento de comportamento e vivência intersubjetiva, das condições e dos contextos políticos, culturais, sociais e institucionais, possibilitando ações de saúde mais efetivas à realidade experienciada pelas comunidades e/ou população (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008). Entre os determinantes que podem influenciar na maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento e ao seu agravamento, encontra-se as relações sociais de gênero, que será discutido no próximo item.

2.2 O CONCEITO DE GÊNERO

Não se trata de reduzir tudo a gênero, mas reconhecer que gênero, juntamente com classe, raça/etnia, são fundantes das relações entre homens, homens e mulheres e mulheres entre si (Couto & Schraiber, 2005, p. 689).

Difícilmente se consegue codificar amplamente uma palavra porque, assim como pontuou Scott (1995, p.71), *as palavras, como as ideias e as coisas que elas significam, têm uma história*. Em sua utilização “gênero” indica ter surgido primeiro entre as feministas

americanas que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo numa rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. Apontavam para uma noção relacional em que as mulheres e os homens pudessem ser definidos em termos recíprocos (Scott, 1995).

Gênero passa a ser utilizado para informar que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, sendo criado dentro e por esse mundo. Seu uso sugere o abandono da ideia das esferas separadas, pois, se considera que ao estudar as mulheres de forma separada estaria se perpetuando o mito de que a experiência de um sexo, tem muito pouco ou nada a ver com o outro sexo. Entende-se assim que nenhuma compreensão de qualquer um dos sexos poderia existir através de um estudo inteiramente separado. A tendência do enfoque exclusivo sobre as mulheres utilizado inicialmente acabou cedendo espaço ao estudo das relações entre os sexos. Até mesmo a própria experiência masculina passou a ser examinada para além de categorias pretensamente neutras, como de classe e etnicidade (Pinsky, 2009). Dessa forma, gênero passou a incluir as mulheres sem as nomear e assim, não se tornou inicialmente uma ameaça crítica, estabelecendo uma legitimidade acadêmica pelos estudos feministas nos anos 1980 (Scott, 1995).

O feminino foi visto como reportado necessariamente ao masculino nas práticas concretas e simbólicas, em relações de poder, conflito ou complementaridade, dentro de contextos históricos específicos. As relações sociais de sexo adquiriram o mesmo status de categorias como classe e raça e passaram a ser consideradas imprescindíveis em teorias que se propõem a explicar as mudanças sociais (Pinsky, 2009, p.161).

A produção da existência biológica implica na intervenção conjunta dos dois sexos. A produção social da existência, em todas as sociedades, consiste por sua vez, na intervenção conjunta dos dois gêneros: o masculino e o feminino, em que se encontra representada sua particular contribuição na produção e reprodução da existência. Nessa construção dos gêneros

depara-se com as dinâmicas das relações sociais, que são obras culturais, modelos de comportamento postos às pessoas em função do seu sexo (Carloto, 2001).

Sucintamente pode-se dizer que a palavra sexo designa a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e, no máximo, a sua atividade sexual propriamente dita. Já o conceito de gênero indica que as concepções baseadas exclusivamente no fenômeno da diferença biológica são frágeis para responder a variedade de comportamentos relativos aos sexos. O termo ressalta as concepções de masculino e de feminino que acompanham a cultura e enfatiza o seu caráter necessariamente relacional (Heilborn, 1994). A cultura pode ser composta de conjuntos ideacionais e de valores específicos de um grupo, de uma população e/ou de uma sociedade, mas que se apresenta em um todo integrado que mantêm entre si uma tessitura e que indica uma determinada visão de mundo (Heilborn, 1997).

Alerta-se ainda para o fato de que o sexo é um canal de comunicação, um meio de troca, articulado numa percepção do mundo, onde estão igualmente presentes as concepções sobre o amor romântico, a intimidade, o corpo e os sentimentos a ele relacionados como gosto e desagrado, também culturalmente influenciados (Heilborn, 1997). De fato, para Lauretis (1994), as concepções de masculino e de feminino formam em cada cultura um sistema de gênero, um sistema simbólico ou um sistema de significações que relaciona o sexo a conteúdos culturais conforme os valores e hierarquias sociais - identidade, valor, prestígio, posição de parentesco, status dentro da hierarquia social entre outros (Carloto, 2001).

Algumas linhas interpretativas sobre a problemática do gênero, segundo Barbieri (1991) e Heilborn (1997) relatam que, está na apropriação da fecundidade feminina pelo sexo masculino a origem da desigualdade entre os gêneros. Identifica-se na distribuição das tarefas entre os sexos, em muitos sistemas culturais, uma extensão dessas diferenças anatômicas (procriativas) entre os sexos. Dessa forma, se apresenta naturalizado ao sexo feminino uma série de tarefas relacionadas ao papel que a mulher ocupa no processo reprodutivo sendo, por

exemplo, concebido a ela a responsabilidade pelos cuidados dos filhos. Esse papel na realidade se situa para além do propriamente reprodutivo, mas que mesmo assim, recebe uma carga simbólica de um atributo social da condição feminina.

Aliado a essas questões, na vida social lida-se com formas institucionais em sociedades complexas, organizadas por critérios de gênero que implicam em experiências sociais muito diversificadas para homens e para mulheres que influi na conduta, na estrutura e nas expectativas, mas que se sobrepõem a outros aspectos de igual importância como o de classe, de raça, de origem regional, de religião entre outros (Heilborn, 1997). Embora os significados possam ser diferentes de uma cultura para outra, qualquer sistema de sexo-gênero está interligado a fatores políticos e econômicos em cada sociedade, associando-se assim a alguma forma de organização da desigualdade social (Carloto, 2001). De acordo com Catherine Hall e Leonore Davidoff (1987 citados por Pinsky, 2009, p.162) sexo e classe operam sempre juntos, e a consciência de classe também adota sempre uma forma sexuada ainda que a articulação de ambos nunca seja perfeita.

Entender a importância dos sexos dos grupos de gênero é descobrir a dimensão dos papéis sexuais e do simbolismo sexual nas várias sociedades e épocas, o seu sentido e como estabelecem a ordem social, suas transformações e suas permanências, visando identificar como é que o gênero funciona nas relações sociais humanas, como dá um sentido à organização e à percepção do conhecimento histórico. Essas respostas dependem do gênero como categoria de análise (Davis, 1975 citado por Scott, 1995, p. 72; Scott, 1995).

Conforme a avaliação de Scott (1995), algumas teorias já haviam anunciado que as relações entre os sexos são construídas socialmente, porém somente essa constatação ainda era limitada. Nesse aspecto, os estudos de gênero significaram uma importante solução ante os impasses provocados por teorias que buscavam as causas originais e primárias da dominação do sexo feminino pelo masculino que, apesar de terem contribuído para o

conhecimento da condição feminina, acabavam por subordinar as relações entre homens e mulheres a uma causa quase que essencial sem se aprofundar nos significados dessas relações, pois, não explicavam como essas são construídas e porque são desiguais, não informavam como essas relações funcionam ou mesmo como se transformavam (Pinsky, 2009).

As teorias do patriarcado explicam a subordinação “universal” e “invariável” das mulheres pela necessidade masculina de controle da sexualidade feminina, prendendo-se a oposição homem/mulher. As correntes feministas marxistas indicam o peso da necessidade capitalista de controlar a força de trabalho feminina na divisão sexual do trabalho (procurando garantir o “papel reprodutivo” e a manutenção de um “exército de reserva”). Essas duas perspectivas, segundo Pinsky (2009), e suas variações como, por exemplo, as teorias da dominação dual, não progridem em explicar historicamente a diversidade de relações entre os sexos e as representações distintas do masculino e do feminino existentes em vários contextos e culturas.

Já a categoria de gênero possibilita pensar nesses temas, evitando o reducionismo, considerando as transformações históricas e incorporando, na pesquisa entrecruzamentos com etnia, raça, classe, grupo etário, nação, entre outras variáveis. Como uma categoria que visa perceber e analisar relações sociais e significados, o gênero pode ser utilizado na compreensão dos componentes culturais e sociais das identidades e dos conceitos baseados nas percepções das diferenças sexuais encontrados, por exemplo, nas manifestações subjetivas, nos discursos científicos, nas atitudes, sendo construídas, reproduzidas e contestadas em diversos espaços, tais como no mercado de trabalho, na educação, nos meios de comunicação, nos movimentos sociais, nas experiências coletivas e nas escolhas individuais (Pinsky, 2009, p. 164).

Obtêm-se assim, uma visão mais ampla permitindo que os estudos sejam feitos sem definições prontas e preestabelecidas, pois essas serão buscadas, encontradas e analisadas em

cada contexto onde se responderá como em situações concretas e específicas, as diferenças sexuais são invocadas, norteiam e perpassam a construção das relações sociais (Pinsky, 2009; Siqueira, 2008). Dessa forma, Scott (1995) conclui ser necessário passar das descrições para as explicações na tentativa de integrar - ou de mudar - os paradigmas históricos existentes tendo como proposta a articulação da noção de construção social com a noção de poder, presente no processo dessa produção. Trata-se então de processos, não de origens; trata-se de causas múltiplas, de retóricas e de discursos que constroem e legitimam as hierarquias de gênero (Scott, 1995; Siqueira, 2008).

Por tanto, o gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos que refletem as concepções de masculino e de feminino internalizadas por homens e por mulheres que se constitui através das relações com os outros e com o mundo dado (intersubjetivo e contextual). Indica as construções sociais num sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade. O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo uma forma primeira de significar as relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à transformação nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único, não é uma produção linear e sim dinâmica e relacionada ao contexto histórico (Scott, 1995).

A afirmação de que o gênero é um campo primário no qual ou por meio do qual o poder é articulado (apesar de não ser o único, é um meio recorrente de proporcionar a significação de poder) conduz o historiador a buscar as formas pelas quais os significados de gênero estruturam a organização concreta e simbólica de toda a vida social, ou seja, as referências que estabelecem distribuições de poder (controle ou acesso diferencial às fontes materiais e aos recursos simbólicos). Gênero é tanto

produto das relações de poder quanto parte da construção dessas próprias relações (Pinsky, 2009, p.166).

Nessa perspectiva o gênero significa o saber a respeito das diferenças sexuais. Saber este, pensado por Scott (1994) - sob a influência de Foucault - como sendo a compreensão produzida pelas culturas e sociedades sobre as relações humanas - ideias, rituais, instituições, práticas, estrutura - e ainda um modo de ordenar o mundo e como tal não antecede a organização social, mas é inseparável dela. Esse saber é entendido como algo relativo - nunca absoluto ou verdadeiro - cujos usos e significados surgem de uma disputa política e são os meios pelos quais as relações de poder - de dominação e de subordinação - são concebidas, o que possibilita a compreensão de como as hierarquias de gênero são construídas e legitimadas ao longo do tempo e nos contextos mais diversos (Scott, 1994,1995; Siqueira, 2008).

Como elemento constitutivo das relações sociais baseadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, Scott (1995) afirma que o gênero implica em quatro dimensões inter-relacionais: a *simbólica* que enfatiza as representações múltiplas e contraditórias, a exemplo de Maria evocando a pureza e a bondade, e Eva simbolizando o pecado e o mal, que devem ser pesquisados em suas modalidades e nos contextos específicos em que são invocados; a *normativa* que evidencia interpretações do significado dos símbolos que tentam limitar e conter suas possibilidades metafóricas, ou seja, conceitos que são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas que trazem duplo sentido na definição do masculino e do feminino. Nos estudos o desafio seria revelar o debate por trás da aparência de uma conservação eterna na representação binária e hierárquica de gênero; a *organizacional* que se refere às organizações e instituições sociais como mecanismos que aprofundam as assimetrias entre os gêneros que se fazem presente na política, na educação, na economia e assim, nas mais diversas esferas; e a *subjetiva* que é a necessidade de se analisar as maneiras como as identidades de gênero são construídas e relacionadas com atividades organizacionais,

sociais e representações culturais historicamente situadas. As pesquisas podem buscar identificar a forma como as identidades de gênero são constituídas e relacioná-las as atividades (educacionais, políticas, familiares etc.), organizações e representações sociais contextualizadas (Pinsky, 2009; Scott, 1995; Siqueira, 2008).

Resumidamente pode-se apresentar que Scott fundamenta sua abordagem nos seguintes eixos: *I.* As relações de gênero possuem uma dinâmica própria, mas também se articulam com outras formas de dominação e de desigualdades sociais como raça, etnia, classe; *II.* Gênero permite entender as relações sociais entre homens e mulheres, o que implica em mudanças e permanências, desconstruções, reconstrução de elemento simbólicos, imagens, práticas, comportamentos, normas, valores e representações; *III.* A categoria gênero enfatiza o estudo da história social, ao mostrar que as relações afetivas, amorosas e sexuais não se constituem realidades naturais; *IV.* A condição de gênero legitimada socialmente constitui em construções, imagens, referências de que as pessoas dispõem, de maneira particular, em suas relações concretas com o mundo. Por tanto, homens e mulheres elaboram combinações e arranjos de acordo com as necessidades concretas de suas vidas; *V.* As relações de gênero - como relações de poder - são caracterizadas por hierarquias, obediências e desigualdades. Estão presentes nesse contexto, os conflitos, as tensões, as negociações, as alianças, seja através da manutenção dos poderes masculinos, seja na luta das mulheres pela ampliação e busca do poder (Pinsky, 2009; Scott, 1995; Siqueira, 2008).

As relações de gênero, conforme Carloto (2001), se situam dentro de um sistema hierárquico que dá lugar a relações de poder, em que o masculino não passa a ser somente considerado como diferente do feminino, mas onde ocorrem as desigualdades. A diferença no poder tornou possível a ordenação da existência em função do masculino, enfatizando a importância e a supremacia dessa esfera. Ao contrário do homem, a mulher passa a ser

construída como uma subordinada - dominada e explorada - de maneira quase que inquestionável, até mesmo porque isso ocorreria devido à natureza.

Assim, a diferença biológica produz a desigualdade social sob a pretexto de uma suposta natureza feminina e masculina, perpetuados e reproduzidos nos espaços de aprendizado e nos processos de socialização (Carloto, 2001; Saffioti, 1992). O produzir e reproduzir incessantemente as desigualdades é que as tornam possíveis. Um dos pontos estratégicos para que isso ocorra, é garantir que elas pareçam naturais. Dessa forma, esta naturalização não é um processo espontâneo, ao contrário, ela precisa ser produzida (Saldanha, 2003).

Ao longo dos tempos as relações entre homens e mulheres, mantêm uma forma bipolar e excludente. À mulher é designada uma condição de inferioridade, reproduzida por formadores de opinião e por aqueles que ocupam as esferas de poder na sociedade. Ficher e Marques (2009) retratam essa desqualificação através de pensadores como Platão, em *A República*, V livro, que ilustrava a mulher como a reencarnação dos homens covardes e injustos. Aristóteles, em *A História Animalium*, em que afirmava ser a mulher fêmea em virtude de certas qualidades como, a mais vulnerável à piedade, a que chora com mais facilidade, a que é mais afeita à inveja, à lamúria, à injúria, que tem menos pudor e menos ambição, que é menos digna de confiança, que é mais encabulada (Alambert, 1986).

Rousseau afirma ser a mulher destinada ao casamento e à maternidade. Kant a descreve como pouco dotada intelectualmente, caprichosa indiscreta e moralmente fraca, tendo somente eficácia no encanto, numa virtude aparente e convencional. Esses são apenas alguns exemplos dos atributos concebidos à mulher que fomentaram a desigualdade, numa supremacia do masculino em detrimento do feminino (Alambert, 1986; Ficher & Marques, 2009).

Na ideologia da família burguesa se destacava a inclinação natural feminina para o lar e a educação das crianças, enfatizando o mito do amor materno, o mito da passividade da mulher e o mito do amor romântico. Através desses construtos imaginários se instaurava o poder masculino a partir da figura social do marido em que se fundamentava a dependência econômica, erótica e subjetiva da mulher (Alambert, 1986; Ficher & Marques, 2009; Saldanha, 2003). A questão cultural de se viver sob o modo do amor romântico, por exemplo, se sustentava na repressão da sexualidade feminina. Conforme enfatiza Costa (1999) firmou-se uma norma de conduta emocional que se constituiu também como um dos orientadores da subjetividade feminina produtora de vulnerabilidade e fragilização ante a dependência objetiva e subjetiva ao seu parceiro que, além de objeto amoroso, era também aquele que fornecia o seu reconhecimento, colocando em jogo a sua própria valorização (Ribeiro, 2013; Saldanha, 2003).

Apesar de hoje certas formas de discriminações serem menos visíveis isso não significa que não existam ou que não façam parte do cotidiano e da vida de homens e de mulheres. Ribeiro (2013) informa que o gênero pode ser entendido como o processo pelo qual a sociedade classifica e atribui valores e normas, construindo assim, as diferenças e as hierarquias sexuais, definindo o que seriam papéis masculinos e femininos (Borges, 2007). Portanto, a diferença entre os sexos pode apontar para uma relação de complementaridade ou de casta, dependendo da cultura, mas que possui como modelo uma relação de dois polos, na qual as características atribuídas a um dos sexos, estão em oposição às características atribuídas ao outro (Villela & Arilha, 2003).

A desigualdade do gênero, como em qualquer outra forma de discriminação, se alicerça na problemática do poder. O poder mantém e sustenta a sua eficácia nos discursos que o perpetua, através do aspecto econômico, social, político, simbólico, erótico e subjetivo dos sujeitos sociais. Possibilita ordenar, disciplinar, legitimar e definir os sujeitos de maneira

desigual tendo como resultado a sua subordinação nos espaços sociais, mas também em sua subjetividade, tornando possível o consenso de uma sociedade (Minayo, 2001; Saldanha, 2003).

Essa relação de poder efetiva, que se denomina de astúcia hegemônica, é a capacidade que os grupos de poder detêm para expor a sociedade seus interesses corporativos como se fosse um interesse geral (Minayo, 2001; Saldanha, 2003). Uma importante reflexão emerge desse contexto, pois, conforme propõe Saldanha (2003), a desigualdade mais do que seu efeito de discriminação externa, pode promover uma forma subjetiva de subordinação, em que o seu efeito mais completo, difuso e recorrente é a auto exclusão.

Assim, a ideia da diferença permeia discursos hegemônicos, estando presente em falas sobre as desigualdades de gênero, impedindo que se lide adequadamente com o que distingue homens e mulheres, com o que assemelha homens e mulheres e com as distintas experiências históricas (Ficher & Marques, 2009). Para Scott (1988 citada por Pinsky, 2009) os interesses que controlam ou contestam significados são produzidos discursivamente sendo relativos e contextuais assim, são disputados localmente dentro de campos de força discursivos que se sobrepõem, influenciam e competem uns com os outros, mas aparecem como verdades, exercendo uma função legitimadora de poder. A política, nesse aspecto, é o processo pelo qual jogos de poder e conhecimento constituem identidade e experiência, e estas, por sua vez, são fenômenos organizados discursivamente em contextos e configurações particulares.

De fato, é inegável o reconhecimento de que na contemporaneidade novas dimensões do feminino e do masculino surgem a partir do desafio a dicotomia possibilitando a conquista de novos espaços em termos de cidadania e de direitos (Ribeiro, 2013; Vaitsman, 2001). Porém, não se pode deixar de considerar também que, apesar dessas transformações e conquistas, ainda há o que Ribeiro (2013) denominou de abismo social entre os gêneros. As desigualdades relacionadas ao comportamento sexual de homens e de mulheres no âmbito

familiar e social, a assimetria na capacidade de tomar decisões e de efetivá-las e os poucos espaços onde possa manifestar queixas e resolver pendências, perpetuam a violência material e simbólica, o que tem impactado desproporcionalmente suas vidas (Saldanha, 2003).

Estudos sobre saúde também têm buscado identificar esses impactos na vida de homens e de mulheres com o objetivo de conhecer e compreender o universo masculino e feminino sob a perspectiva do gênero, obtendo-se assim, maiores possibilidades de enriquecimento da reflexão sobre saúde coletiva, podendo se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e seus determinantes no combate às desigualdades que os vulnerabilizam, pois, se entende que as relações sociais de gênero podem permear e influenciar as condições objetivas e subjetivas das práticas de cuidado à saúde e no acesso aos serviços, entre outros.

2.2.1 O GÊNERO NA PRÁTICA DE CUIDADO À SAÚDE

O gênero reescreve o biológico, mas não prescinde dele para analisar o processo saúde/doença, ao contrário, dá-lhe a dimensão social e cultural necessária para promoção à saúde (Souto, 2008, p. 178).

Durante muito tempo, as diferenças em saúde entre homens e mulheres foram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras que fomentaram sua inviabilidade baseados numa articulação rígida da masculinidade e da feminilidade (Korin, 2001). Para Aquino (2006) diversos estudos procuraram a institucionalização do gênero em pesquisas e nas políticas públicas de saúde, porém, considera que nesse percurso tenha ocorrido distorções conceituais a partir de generalização que apenas a reduziram a descrições das diferenças entre homens e mulheres numa simples substituição ao termo sexo.

Na década de 80, conforme Aquino, Barbosa, Heilbon e Berquó (2003) é que se inicia a criação de possibilidades históricas, políticas e culturais para a formação de um novo campo temático na Saúde Coletiva. Até então, se mantinha uma perspectiva materno-infantil, em que as mulheres eram estudadas com base quase que exclusivamente em teorias biológicas tendo por interesse a saúde das crianças. A diferença entre os sexos estava presente na maioria dos estudos, mas eram naturalizados, e assim, as desigualdades sociais eram normalmente avaliadas sob a perspectiva de classe social.

Contudo, alguns marcos foram importantes nessa trajetória incidindo mudanças significativas como, por exemplo, a grande queda da fecundidade que estimulou novos estudos sobre reprodução aliando a essas, as teorias socioculturais e sua relação com a saúde. A AIDS desafiou o enfoque epidemiológico tradicional das doenças infecciosas, demandando abordagens interdisciplinares e conferindo legitimidade aos estudos sobre sexualidade e às interpretações sócio antropológicas do fenômeno (Aquino et al., 2003).

Nesse contexto, se destaca também os movimentos sociais que passaram a influir nas políticas públicas, possibilitando debates sobre as desigualdades sociais. O movimento de mulheres teve papel fundamental na área da saúde ao dar visibilidade as iniquidades de gênero, defendendo a integralidade e a humanização da atenção, com abertura de espaços para a luta contra todas as formas de discriminação e opressão. Através dos estudos sobre a mulher e, posteriormente, dos estudos de gênero, se começa a contemplar as relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos - e entre pessoas do mesmo sexo - contribuindo para ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado (Aquino et al., 2003).

A ampliação dos estudos sobre a saúde de homens e de mulheres e seus determinantes, incluindo outras dimensões de suas vidas e experiências, compreendendo os seus desdobramentos e consequências possíveis de desigualdade de gênero para a saúde possibilitam também o redirecionamento de intervenções à saúde das pessoas e comunidades

conforme suas demandas. Busca-se dessa forma, aprofundar o conceito de saúde a partir das experiências próprias de vida em que as populações estão submetidas, tornando-se pertinente nesse contexto a problematização das desigualdades de poder nas relações sociais, ou seja, das questões de gênero (Rezende, 2011).

A perspectiva do gênero não se refere as diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres. Possui por finalidade identificar os significados para a diferença sexual em que os atributos masculinos e femininos são categorizados e valorizados diferentemente nas mais diversas culturas e sociedades transformando a diferença sexual em desigualdades nas mais variadas situações, como também no processo de adoecimento e de saúde (Ferraz & Kraiczyk, 2010; Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

Valores e sentidos diversos sob a constituição anatômica e a participação de homens e de mulheres na reprodução biológica, são produzidos pela cultura oportunizando a criação de conceitos polarizantes, dicotômicos e hierarquizados de feminino e masculino que originam modos distintos de viver, de adoecer e de morrer (Villela, Monteiro & Vargas, 2009). Dessa forma, se enfatiza a dimensão social nos processos de saúde-doença e nos recursos disponíveis para o seu enfrentamento, sendo o gênero um dos elementos intervenientes desse processo (Ferraz & Kraiczyk, 2010).

O gênero possibilita reinterpretar e resignificar a história e a identidade de homens e mulheres reescrevendo sua trajetória a partir do lugar de sujeitos. Diante disso, novos desafios são apontados para que a integralidade e a perspectiva de gênero permeiem as formulações e implantações de políticas públicas de saúde, as práticas de cuidados e a acessibilidade de saúde para homens e para mulheres (Souto, 2008). Propõe-se uma discussão que possibilite questionar os padrões hegemônicos e normativos da sexualidade, dos corpos, dos comportamentos, dos modelos biomédicos de cuidado, dos olhares heteronormativos, que são

naturalizados e reproduzidos, oportunizando o estado de vulnerabilidade ao adoecimento e ao agravamento de doenças.

2.2.2 O GÊNERO MASCULINO E ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS E NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Evidencia-se a naturalização de certas características que seriam tidas como comuns a homens e a mulheres que são reproduzidas nas crenças sociais sobre o papel e as funções masculinas e femininas com impactos negativos nas condições de saúde repercutindo em possíveis estilos de vida mais arriscados e na forma inadequada de cuidado à saúde. Para Ferraz e Kraiczyk (2010) algumas das consequências desses estereótipos são conhecidos. Cita como exemplo, o fato dos homens falecerem de doenças isquêmicas do coração - mais do que as mulheres - e que os riscos de cardiopatia já se mostraram associados a características que traduzem o padrão hegemônico de masculinidade, como a ambição, a agressividade, a competitividade, a dominação e o individualismo (Helman, 1987 citado por Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

Estudos constatarem que os homens, geralmente, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde e que morrem em média sete anos mais jovens do que as mulheres. Indica ainda o fato dos homens morrerem com maior frequência de causas externas como, por exemplo, homicídios, acidentes de trânsito, enquanto que a morbidade associada à violência, principalmente vivenciada no âmbito doméstico, é prevalente entre as mulheres (Ferraz e Kraiczyk, 2010; Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Schraiber; Gomes & Couto, 2005).

Contudo, apesar das taxas significativas nos perfis de morbimortalidade, ainda se observa a baixa presença de homens nos serviços de atenção primária, sendo bem menor sua frequência do que as mulheres. A literatura sobre o tema associa esse fato à própria

socialização dos homens em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, sendo também mais tendenciosos do que as mulheres a adotarem crenças e comportamentos que aumentam os seus riscos e menos propensos a se envolverem em condutas e atividades relacionados com a saúde e a longevidade. Percebe-se, dessa forma, a necessidade de se refletir sobre a masculinidade para o entendimento das condutas da saúde do homem (Courtenay, 2000; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

O padrão hegemônico atribuído aos sexos também é verificado na saúde mental em que as desigualdades também são manifestadas nos mais diferentes transtornos (Ferraz & Araújo, 2003). É o caso da depressão, que possui uma frequência duas vezes maior nas mulheres do que nos homens, estando muitas vezes associado a uma forma de depreciação social das características femininas e aos estereótipos de gênero, pois no diagnóstico mesmo quando há sintomas idênticos, a probabilidade desse transtorno ser confirmado para as mulheres é significativamente maior do que para os homens (Ferraz & Kraiczyk, 2010; WHO, 2002).

Esse fato foi observado num estudo sobre as barreiras no diagnóstico e tratamento de homens com depressão, a partir de um grupo focal em que os participantes - do sexo masculino com depressão - descreveram aspectos do gênero, ou seja, as características atribuídas ao universo masculino como incongruente com as suas experiências de depressão e com as crenças sobre comportamentos de procura de ajuda apropriada, o que interferiu no reconhecimento da doença e na vontade de se obter auxílio, pois, buscavam manter os modelos tradicionais de masculinidade (autoconfiança, força, controle, tenacidade e competência) para resolver seus problemas evitando os médicos e os psicólogos. A pesquisa identificou também o fato de que os prestadores de cuidados em saúde não possuem contato regular com esses usuários o que pode levar a um aumento na taxa de suicídio dessa população (Rochlen, Paterniti, Epstein, Duberstein, Willeford, & Kravitz, 2010).

Nos trabalhos do gênero masculino, os homens argumentam que os serviços de saúde são exageradamente feminilizados, tanto em termos dos profissionais, que são majoritariamente ocupados por profissionais do sexo feminino - o que parece dificultar a abordagem de alguns temas, em particular relacionados ao campo da sexualidade, de cuidados com o câncer de próstata, entre outros - como em serviços, pois os programas são voltados para o público feminino, denunciando que não têm espaço, nem estrutura física específica para o seu atendimento, prevenção e tratamento e nem horário para atenção à sua saúde (Giffin, 2002; Gomes, Schraiber et al., 2011; Silva; Furtado, Guilhon, Souza & David et al., 2012).

Em estudo sobre as concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde da atenção primária Machin et al. (2011) identificaram que as percepções de gênero explicitadas pelos profissionais não variaram nem em termos de profissão, nem em termos do sexo do entrevistado, sendo unânime a questão dos homens serem situados por esses no polo do não cuidado, referindo-se a eles como ausentes, pouco participativos e impacientes. Contudo, às mulheres foi atribuído o lugar do cuidado, da presença e da adesão às propostas dos profissionais. Embora reconheçam que os homens apresentem necessidades específicas, indicam que possuem dificuldades para atuarem com essa população devido a maneira como eles buscam os serviços, pois, só procuram cuidados para ações curativas.

Muitos prestadores de serviço em saúde não se encontram preparados para realizar campanhas preventivas, desenvolver atividades de cuidado e promoção a saúde, perpetuando a tradição de que o serviço da atenção primária são prioritários para as mulheres, as crianças e os idosos, afastando-se do público masculino por aspectos socioculturais e por sua incapacidade profissional de desempenhar um bom trabalho a essa população, potencializando os problemas relacionados a saúde do homem (Machin et al., 2011). Destaca-se ainda que nos serviços de atenção à saúde há pouco investimentos e conhecimento sob uma perspectiva de

gênero, o que acaba por reforçar aspectos como os de que os homens não são usuários por excelência (Gomes, Moreira et al., 2011; Gomes, Nascimento et al., 2007; Silva et al., 2012).

Já os usuários masculinos não negam que realmente procuram os serviços quando não conseguem lidar sozinhos com os problemas, mas se justificam através do fato de ser difícil o acesso aos serviços, pois, acreditam que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os prontos-socorros. Relatam ainda a falta de profissionais e de frequentes adiamentos das consultas ou exames, ou até da ausência de um urologista, que lhes parece profissional mais apropriado a suas demandas (Figueiredo & Schraiber, 2011; Schraiber, Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin, Silva & Valença, 2010).

Por sua vez, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) ao buscarem explicações quanto a pouca procura dos homens aos serviços de saúde, realizaram uma pesquisa em que entrevistaram 28 homens, sendo 10 com baixa escolaridade (Grupo I) e 18 com nível superior (Grupo II), dentre os quais, 8 eram profissionais médicos. Verificaram que os entrevistados de maior grau de escolaridade tiveram opiniões mais críticas sobre a temática, tendo posturas “politicamente corretas” sobre o cuidado como algo importante e necessário, mas alguns deles observaram que, mesmo considerando que os homens deveriam cuidar de sua saúde, nem sempre conseguiam agir de acordo com essa ideia, assim mencionam a saúde como uma situação ideal, porém este discurso não se traduz em suas vivências.

Ambos os grupos pesquisados informaram que procuram cuidados de saúde quando não conseguem mais lidar com a situação ante a dor ou a situação insuportável, principalmente porque lhes impede de trabalhar, mas que primeiramente tentam medidas de tratamento alternativas próprias. A farmácia, em especial, assume um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois, esta é vista como uma instância "semiprofissional", local onde se pode pedir uma recomendação sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas. Portanto, como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes

a ida à farmácia satisfaz esta necessidade mais rapidamente principalmente para as pessoas de baixa renda e escolaridade (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Pinheiro, Viacava et al., 2002).

Assim, com o objetivo de compreender a invisibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, refletindo sobre os mecanismos promotores de desigualdades presentes no trabalho em saúde, pesquisadores realizaram um mapeamento dos programas de atenção primária em cidades de quatro estados brasileiros: Pernambuco (Recife e Olinda); Rio de Janeiro (Rio de Janeiro); Rio Grande do Norte (Natal) e São Paulo (São Paulo e Santos) visando identificar a sua organização e o seu funcionamento, em sua forma usual. Consideraram a organização e a rotina dos serviços concluindo que as instituições de saúde têm uma influência importante na reprodução do contexto social de gênero que, por sua vez, tem repercussões na atenção oferecida à população (Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Silva, Gomes & Schraiber, 2010).

Verificou-se que os serviços de saúde destinam pouco tempo de seus profissionais a esses usuários e oferecem breves explicações sobre fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. Essas ações reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde. Contudo, apesar dessas estruturas sociais e institucionais ajudarem a sustentar e a reproduzir os riscos para a saúde dos homens se enfatiza que a baixa presença desses usuários e a pouca conexão com as atividades oferecidas pelos serviços de saúde, não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais que fazem os serviços, já que os homens, ao se comportarem conforme um padrão de masculinidade tradicional, perpetuam as crenças que os distanciam das práticas de prevenção e de promoção da saúde (Couto et al., 2010).

O imaginário sobre a masculinidade se transforma em um perigoso algoz, restringindo os homens a uma amarra cultural que os impede de adotar práticas de autocuidado. Gomes,

Nascimento e Araújo (2007) afirmam que, como o homem é visto como viril, invulnerável e forte ir para o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança, o que o aproxima do universo feminino, numa desqualificação da mulher mesmo que camuflada. Outra questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave, pois mesmo que pareça contraditório, para eles o não saber pode ser um fator de "proteção".

Um aspecto primordial que se incorpora a esse quadro é a forma e o horário de funcionamento dos serviços. Vários homens desistem de procurar os postos de saúde diante dos diversos obstáculos encontrados: não possuem mobilidade em sua vida laboral para marcar os atendimentos, esperar a consulta que se torna demorada, não há um dia para o cuidado a sua saúde, quando chegam ao posto percebem que há muitas mulheres para o atendimento o que lhes traz a sensação de perda de tempo ou de fraqueza. Dessa forma, se afastam ainda mais do cuidado, procurando o posto como último recurso, muitas vezes através da participação ativa de sua companheira e não por si mesmo.

O trabalho é uma dimensão importante para o homem, por isso trocar o dia de trabalho para ir ao médico, esperar para ser atendido muitas vezes é extremamente incômodo para o usuário. As pesquisas apontam a importância da relação do trabalho como a identidade masculina. Para os homens se sentirem honrados e reconhecidos como sujeitos sociais, o trabalho vale não só por seu rendimento econômico, mas assume um papel central, indicando seu rendimento moral, a afirmação de sua identidade masculina de homem forte que não pode adoecer (Figueiredo & Schraiber, 2011; Machado & Ribeiro, 2012; Sarti, 2004). O homem se reconhece pelo fazer, sendo importante estar realizando algo para sentir-se útil e respeitado, principalmente diante de outro homem e para o estabelecimento de suas relações sociais (Santos, 2010).

Autores argumentam que historicamente pouca atenção tem sido dada à forma como as crenças e a cultura do machismo pode impactar as decisões de saúde dos homens. Alegam que só recentemente se começou a analisar seus comportamentos de procura de saúde e como é influenciado pelos estereótipos de masculinidade, principalmente em homens latino-americanos, identificando que os aspectos relacionados ao gênero podem se tornar um grande obstáculo para se realizar uma triagem adequada e prevenir o câncer de próstata, por exemplo, pois, os homens apresentam relutância, medo, vergonha e o estigma que se entrelaçam nessa construção cultural (Getrich et al., 2012; Korin, 2001; Machado & Ribeiro, 2012).

De fato, Santos (2010) afirma que a resistência do homem em se submeter a exames que comprovadamente ajudam a reduzir os altos índices de mortalidade está associado à representação simbólica que o homem possui sobre o seu corpo. O corpo do homem e sua subjetividade são construídos para o domínio de si e do outro, para a formação de uma relação de oposição com o mundo, com as pessoas e até mesmo com amigas/os e parceiros/as amorosos/as (Miskolci, 2006, p. 688). Nessa construção, o corpo masculino estabelecerá sua relação para com o mundo através de padrões de masculinidade, assim há zonas proibidas, isto é, regiões que devem ser evitadas ao risco de expressar desvios de comportamento sexual (Santos, 2010).

Dessa forma, ainda que não a pratiquem em sua totalidade, Korin (2001) relata que, a maioria dos homens é cúmplice em sustentar um modelo de masculinidade normativa que é tão predominante que muitos crêem que essas características e condutas sejam naturais. Essa naturalização coloca em debate outro grande desafio que é a promoção de ações relacionadas a hábitos saudáveis, uma vez que essa população está mais suscetível ao álcool, ao fumo, as drogas e a alimentações prejudiciais que são culturalmente atribuídos ao universo masculino.

Notadamente, os homens são caracterizados como agressivos, insensíveis, emocionalmente fechados e negadores de sua saúde, o que aumenta sua vulnerabilidade às

doenças, principalmente pela distorção das relações de gênero. Para Kimmel (1996) e Korin (2001), a construção social da masculinidade é fundamentalmente homosocial, o que implica em dizer que os homens estão inseridos num processo contínuo de auto aprovação e aprovação perante outros homens. Esse processo social é ancorado no poder e na possibilidade de exercício permanente do controle (Santos, 2010).

Em uma sociedade que equipara sucesso, poder e força como características especificamente masculinas, os homens ficam confusos entre duas categorias mutuamente excludentes: papéis masculinos e papéis femininos tradicionais. Se decidem realizar seu papel masculino prescrito, comportando-se de forma inexpressiva e competitiva, então suas necessidades psicológicas básicas ficam insatisfeitas. Com frequência, isto resulta em condutas compensadoras, disfuncionais, agressivas e de risco, que predispõem os homens a doenças, lesões e morte, inclusive propiciando lesões graves nas pessoas que os rodeiam. Se forem satisfeitas as necessidades básicas, mas não as expectativas da sociedade, o homem pode terminar sendo considerado “pouco homem” pelos outros ou, inclusive, por si mesmo (Korin, 2001, p. 71).

Uma das características relacionada a essa dimensão de poder, corresponde à associação de um modelo de masculinidade com os atributos de força e virilidade. Nesse contexto, haveria uma sobreposição biológica dos homens em relação às mulheres, o que traria consequentemente uma desigualdade entre os gêneros e uma construção de padrões de masculinidades e de feminilidades que acarretam em prejuízos ao homem, a mulher e a sociedade (Santos, 2010). As atitudes dos homens relacionados à masculinidade hegemônica podem ser entendidas como, por exemplo, na ‘supressão’ de suas necessidades de saúde e na recusa em reconhecer sua dor e seu sofrimento, se posicionando como forte e com controle

físico e emocional, assim como se alia ao seu perfil o constante interesse em sexo e o comportamento agressivo, entre outros (Couto & Schraiber, 2005).

Torna-se necessário pensar sobre o quanto a cultura da valorização do sexo, por exemplo, como algo imperativo ao universo masculino pode explicar, em muitos casos, uma forma de negligência quanto ao risco de contrair doenças, bem como uma indiferença quanto a atitudes preventivas para si e protetoras em relação às suas parceiras. Diante da impossibilidade de dominar os impulsos sexuais, concebido como próprio ao homem, eles se sentem como que “obrigados” a não perder oportunidades, mesmo quando possuem relações afetivo-sexuais fixas. Devem manter um padrão de referência masculina de poder e de conquista, numa simbologia para a autoafirmação, virilidade e reconhecimento ante seus pares. “A masculinidade exige comportamentos em que se deve correr riscos, com conseqüente menor preocupação com o cuidado de si e de sua parceira” (Couto & Schraiber, 2005, p. 696).

Dessa forma, o padrão de masculinidade hegemônica é definido em oposição a comportamentos e crenças positivas em saúde, já que os cuidados em saúde estão associados ao feminino (Couto & Schraiber, 2005). “Desconsiderando suas necessidades de cuidado em saúde, os homens estão construindo gênero” (Couterney, 2000, p.1389). Para Connell (2005) a masculinidade hegemônica é um modelo idealizado culturalmente, em que a mulher é subordinada ao homem, que possui uma posição de dominação decorrente de um contexto histórico na qual foi estabelecida uma relação hierárquica entre os gêneros (Santos, 2010).

Na literatura atual se observa a inserção das palavras masculinidades e feminilidades no plural e não no singular. Korin (2001) e Santos (2007) expressam que sob o prisma social e político não há uma ideologia masculina linear e igual em todo o mundo. Existe uma abrangência etnográfica e cultural tal que se pode inferir que há uma variedade de ideologias masculinas, pois como a representação sobre o masculino não resulta de um fundamento

biológico, mas sobretudo de um processo cultural e social, as crenças e representações sobre o que é ser homem e o que é ser mulher variam bastante entre as diversas culturas. Para esses autores falar em masculinidade no singular sugere a ideia de uma representação e de um poder do homem, masculino, de uma forma homogênea. Ao se utilizar a noção de masculinidades, no plural, sugere-se que até pode existir uma forma de masculinidade hegemônica, mas que há outros tipos de masculinidade.

Portanto, masculinidades e feminilidades podem ser entendidas como construções sociais que variam espacialmente - de uma cultura para outra -, temporalmente - numa mesma cultura, através do tempo -, longitudinalmente - no curso da vida de cada indivíduo - e na relação entre os diferentes grupos de homens conforme sua classe, raça, grupo étnico e etário (Korin, 2001; Santos, 2007). Compreende-se assim que há vários tipos de estruturação das masculinidades, imbricados entre si hierárquica e assimetricamente. Diferentes padrões podem ser produzidos num mesmo contexto social, geralmente em torno de uma masculinidade hegemônica, de um modelo idealizado de ser homem que subordina outras formas de ser e de agir, porém mesmo esta não tem um caráter fixo, pois não existe sempre da mesma maneira e em todas as partes. Ela é uma masculinidade que ocupa a posição de hegemonia num modelo dado de relações de gênero (Connell, 1995).

Entende-se que a masculinidade é um conceito relacional, pois só existe em contrapartida de uma feminilidade, ou seja, nos processos e nas relações por meio das quais os homens e mulheres têm as suas vidas inseridas na dimensão do gênero (Connell, 1995; Santos, 2007). Ao se analisar as construções de masculinidade e saúde dentro de um contexto relacional, propõem-se identificar que os comportamentos de saúde são utilizados nas interações cotidianas, na estruturação social de gênero e no poder (Courtenay, 2000).

Propõe ainda que as práticas sociais que prejudicam a saúde dos homens, muitas vezes, são significantes de masculinidade e instrumentos que os homens usam na negociação

de poder social e status (Courtenay, 2000). A masculinidade hegemônica é aquela, específica em cada sociedade, mas que, acima de tudo, coloca o homem em uma situação nitidamente superior em termos de poder social em relação às mulheres, gerando uma dominação e uma subordinação não só em relação às mulheres especificamente, mas a tudo o que possa ser associado ao feminino, incluindo os homossexuais (Connell, 1995; Santos, 2007).

Diante do exposto, se percebe que a acessibilidade e a prática de cuidado a saúde masculina se encontram comprometidas, devido aos fatores aqui mencionados, entre eles a falta de acolhimento e de espaço específico nos serviços de saúde, dificuldade na marcação de consultas médicas, ambientes excessivamente femininos, (in)visibilidade masculina nos programas de saúde e oferta incipiente de ações e serviços voltados ao público masculino que constituem alguns desafios.

Vale salientar que, a maneira como os homens e as mulheres cuidam de sua saúde está intimamente relacionada à construção social de sua identidade. A construção social da qual tanto o homem quanto a mulher são submetidos desde a infância, promove comportamentos e condutas diferenciadas para ambos. Assim, a menina é estimulada a cuidar de si e do outro, através das brincadeiras de boneca, casinha e outras, comuns ao universo feminino, a associando a características como sensível e frágil. Já ao menino se incentiva a aventura em brincadeiras com armas ou jogos de guerra, que de alguma maneira o aproximam ao modelo hegemônico de masculinidade, até mesmo através de falas como, por exemplo, de que homem não chora, sendo ensinado desde cedo a não manifestar a dor, de evitar em pedir ajuda, disfarçando sua vulnerabilidade (Santos, 2010).

Portanto, as construções socioculturais sobre o gênero são fortemente marcadas nesse contexto e permeiam as práticas e os cuidados à saúde numa reprodução do que se considera como padrão masculino e feminino perpetuados pelos usuários, pelos profissionais e pela

população em geral, tendo como resultado as dificuldades e os desafios na promoção e prevenção da saúde para homens e para mulheres.

2.2.3 A SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO GÊNERO FEMININO

A saúde da mulher está historicamente vinculada ao desenvolvimento da medicina e da produção da tecnologia médica que foram responsáveis por avanços nas condições de saúde e sobrevivência de mulheres e de crianças, solucionando problemas da ordem da reprodução social. Porém, essa trajetória manteve sobre elas o controle médico, sobretudo ginecológico. A saúde sexual, não alcançou tanto o quanto, o desenvolvimento da saúde reprodutiva, assim a principal referência das práticas em saúde para as mulheres permanece vinculada a um corpo que reproduz, numa visão hegemônica da mulher como reprodutora, restritiva a mamas, colo e gestação (Medeiros & Guareschi, 2009; Pinheiro & Couto, 2013; Schraiber, 2008).

Foucault (2004) esclarece que os discursos formam os objetos de que falam, portanto, os discursos são práticas, na medida em que compõem sujeitos e corpos, assim como as formas de existência. Dessa maneira, o discurso sobre a saúde das mulheres faz com que se perpetue a ideia de quais as partes de seu corpo são principais ou não, quais procedimentos devem ser adotados e que condutas devem ser evitadas sendo esse, muitas vezes, o cuidado prioritário nas práticas em saúde para mulheres, deixando de lado sua integralidade assim como sua vulnerabilidade a partir das questões de gênero (Medeiros & Guareschi, 2009).

O corpo como um construto social é atravessado por múltiplos discursos, por meio de operações de classificação, agrupamento e diferenciação, práticas de significação que funcionam em determinados regimes de verdade e que marcam determinadas formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino. O corpo, como

marca da diferença das mulheres, está marcado como um corpo que reproduz (Medeiros & Guareschi, 2009, p. 36).

Sob a ótica do gênero feminino algumas questões são ressaltadas como o exagerado controle e medicalização do corpo feminino, sendo incluídas as dificuldades de acesso a serviços de saúde no que envolve deficiências qualitativas, devido à sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, pois, no imaginário social a mulher ocupa o papel de cuidadora do marido, de seus filhos e dos familiares, como algo próprio ao feminino (Costa & Aquino, 2000). Desde pequenas no processo de socialização, já citado anteriormente, as mulheres são incentivadas a produzirem, reproduzirem e consolidarem o lugar que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais de cuidado e pela prestação de serviços aos outros. Por esse motivo, muitos dos profissionais de saúde são também do sexo feminino, pois são tidas como cuidadoras por “excelência” (Hardy & Jiménez, 2001).

Estudos apresentam também que, devido a essa construção sociocultural concebido às mulheres como cuidadoras e preocupadas com a saúde, os serviços de atenção básica as reproduzem ao se dedicarem mais a população feminina, considerando-a como usuária privilegiada, tanto no sentido dessa estar mais presente, quanto no de ser o alvo preferencial das intervenções e estratégias. De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial é atribuído em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo as demandas associadas à gravidez e ao parto, fomentando ainda a ideia da mulher reprodutora na qual incidem as principais ações preventivas (Pinheiro, Viacava et al., 2002; Schraiber, 2005).

Contudo, se deve ter um olhar mais atento sobre essa presença nos serviços de saúde, pois, sob a perspectiva de sujeito social, que tem necessidades e demandas que vão além de cuidar de si e dos outros, a mulher passa a não ser contemplada. Pinheiro e Couto (2013) afirmam que apesar das mulheres terem mais acesso aos serviços e a assistência do que os

homens, isso não significa que não existam limitações. A atividade feminina de cuidado a saúde, conforme Scavone (2005), se inicia na contracepção, continua na gravidez, se intensifica com a vinda dos filhos e a acompanha ao longo da vida, com a atenção às pessoas idosas. Seus cuidados devem abarcar a prevenção das doenças, a administração do tratamento aos doentes de sua família e a manutenção cotidiana da saúde numa naturalização de suas atribuições quanto mulher.

Nesse processo, parece que elas dispõem de um tempo ilimitado para estar nos serviços de saúde, que podem esperar nas longas filas para marcar as consultas, para conseguir fichas, para acompanhar os demais familiares, como se elas estivessem sempre à disposição das equipes e dos horários de funcionamento. Na dimensão do trabalho, o que a mulher tem para fazer em sua casa, e os cuidados que ela dispõe aos demais, não é reconhecido como algo importante e sim, como uma obrigação, diferentemente das atividades externas que, comumente é desenvolvido pelos homens (Couto et al., 2010; Schraiber, 2005).

Desse modo, constata-se que a identidade de usuário caberia à mulher e não ao homem, conforme se expressa a equipe do programa. O “usuário eleito”, se assim podemos chamá-la, seria a mulher e na condição de dona-de-casa, pois é aquele usuário que é identificado como a pessoa que se coloca à disposição das ações do programa. Nota-se que dela se espera que possa estar, ao ser convocada, a qualquer momento na Unidade ou, quando vem ao serviço, pode adequar-se à dinâmica deste (Schraiber, 2005, p.54).

Ao mesmo tempo, essa mulher que é eleita como usuário preferencial que está à disposição e que é extremamente presente, pode passar a ser considerada como problemática, justamente por comparecer demais, em contraste com o comportamento masculino, que nesse aspecto é tido como melhor ante a sua menor demanda, pois, os homens irão procurar ajuda por um motivo plausível, ou seja, uma típica patologia médica e já com certo agravamento.

Assim, de participativa é transformada em difícil e complicada, por apresentar muitas queixas e procurar o serviço por “qualquer coisa”. Suas necessidades são desvalorizadas por serem consideradas como simples demais, ou porque são tidas como inadequadas para a assistência médica, já que são questões mais socioculturais (Schraiber, 2005).

Corroborando com essa ideia, Scott (2005) afirma que a mulher não encontra tanto espaço e acesso nos serviços como se imagina, pois, as ações privilegiam e, muitas vezes se restringem, a esfera reprodutiva priorizadas no campo materno-infantil ou no acesso a anticoncepcionais e, muito secundariamente, na evitação de infecções sexualmente transmissíveis. Persiste a visão da mulher, definida pelo papel que o imaginário social lhe atribui, como uma mãe zelosa - ou futura mãe - que controla o número de filhos e que se dedica às tarefas de casa.

Observa-se então, ante esse estereótipo, que nas práticas de cuidado à saúde, principalmente nas populações de baixa renda, existe um esforço para disciplinar as mulheres que não se enquadram no modelo esperado como é o caso das adolescentes grávidas, das mulheres que trocam frequentemente de parceiros, das que provocam o aborto, das que possuem orientação homossexual e das prostitutas, numa tentativa de fazê-las adequar-se aos padrões, estando inclusive sujeitas a práticas corretoras ou ao banimento à invisibilidade (Scott, 2005).

Os discursos dos profissionais e as práticas assistenciais, de maneira geral, centram-se no exercício hegemônico de uma clínica pautada em atos prescritivos e na produção de procedimentos sob a influência da estruturação tradicional do serviço numa lógica biomédica e de padrões relacionais de gênero (Pinehiro & Couto, 2013). Seus efeitos são percebidos na discriminação e no preconceito no que diz respeito a sexualidade feminina, por exemplo, o que dificulta tanto o acesso quanto a adequada atenção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (Giffin, 2002).

Pesquisas alertam que em todo o mundo, há uma prevalência de infecção pelo HIV em mulheres jovens de 15-24 anos - sendo essa taxa duas vezes maior que a dos homens jovens - o que indica que quase um quarto dos novos casos da doença ocorrem nessa população. Os autores afirmam que construtos sociais confluentes, incluindo a violência política e de gênero, a pobreza, o racismo e o sexismo, impedem a igualdade de acesso a terapias e cuidados eficazes, sendo os mecanismos para a manutenção dessa desigualdade de gênero e o HIV, o sexo transacional, o estupro e a violência doméstica. Incluem ainda o sexo intergeracional, a incapacidade de negociar o uso do preservativo e a diminuição do acesso aos cuidados (Richardson, Collins, Kung, Jones, Tram, Boggiano, Bekke & Zolopa, 2014).

Na literatura se encontra por diversas vezes a informação de que os serviços de saúde são espaços transitáveis pelas mulheres, onde elas estão habituadas, onde possuem melhor interação e comunicação com as equipes, que são considerados ambientes feminilizados, mas que na realidade funcionam sob a égide das relações de gênero e de poder, a partir da reprodução de padrões socioculturais de cuidados numa polarização da mulher ao universo doméstico e reprodutivo e do homem ao mundo público e da sexualidade.

Autores citam como exemplo, o inadequado desenvolvimento de métodos de controle da fecundidade masculina, numa notória desqualificação - e mesmo de temor, pois os homens são vistos como agressivos - por parte dos próprios profissionais na inclusão da participação dos homens nas decisões relacionadas à contracepção, através de seus discursos e práticas, responsabilizando unicamente as mulheres (Pinheiro & Couto, 2013).

Difícilmente os homens são convidados para participar das reuniões sobre métodos anticoncepcionais. Sendo assim, se realizam algumas ações aos jovens do sexo masculino - geralmente não casados - na procura de preservativos, mas não para as meninas jovens, pois há a crença de que esse tipo de abordagem poderia estimular as atividades sexuais das adolescentes que devem se “preservar”, ou seja, se manterem virgens (Scott, 2005).

Apesar de na atualidade se observar certas mudanças ideológicas dos gêneros sob a figura de uma "mulher independente" que controla sua fecundidade, que trabalha fora e que tem o seu próprio dinheiro e que muitas vezes é quem chefia a família (diante do aumento de desemprego masculino), Giffin (2002) afirma que na realidade se oculta o aprofundamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que estas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social. Há a incursão de ideias polarizantes com desqualificação do feminino numa atribuição de fragilidade, submissão, ausência de habilidade para determinadas atividades.

Em pesquisa com homens de baixa renda e escolaridade, Couto, Schraiber, d'Oliveira e Kiss (2006) identificaram que os participantes descreveram a mulher ideal como "inteligente, dinâmica, arrojada", desvalorizando aquela que não trabalha e, portanto, depende totalmente do homem. Fato esse observado por Giffin (1994) no seu estudo com grupos masculinos de camadas populares, demonstrando que ao longo das últimas décadas houveram mudanças significativas, porém não igualitárias para homens e para mulheres. Informa que nos anos 70 os homens consideravam as atividades extradomésticas das esposas algo tolerável apenas circunstancialmente, já nos anos 80 e 90, os homens consideram o trabalho como algo bom para a própria mulher, tendo alguns enfatizado que a mulher deve ter uma ocupação fora de casa e contribuir para o sustento da família.

Porém, as contradições apareceram no momento em que se apresenta ideias associadas à emancipação e autonomia feminina, sobretudo na esfera da sexualidade, ou seja, na busca da realização sexual. Muitos homens consideram que o excesso de liberdade da mulher pode ocasionar o desrespeito e a infidelidade delas. As incongruências também são percebidas no conceito de liberdade e autonomia que imaginam para a mulher, pois essa não pode esbarrar nas fronteiras do poder masculino estabelecido. Para eles, o exercício de sua própria liberdade depende da não interferência e do controle feminino no seu espaço e no seu tempo de lazer, já

a liberdade que entendem para as mulheres se refere à circulação delas no espaço público para fins de trabalho e de uma autonomia decisória nas questões domésticas (Couto, Schraiber, d'Oliveira & Kiss, 2006).

Voltando-se ainda para as ações de saúde, Souto (2008) afirma que as estratégias e os olhares permanecem direcionados para a saúde sexual reprodutiva da mulher, assim como já mencionado. Contudo, destaca que, mesmo ante a inserção do aspecto geracional nos serviços, numa tentativa de inclusão da abordagem às adolescentes e às mulheres de terceira idade, essa ainda é limitada. Para as meninas se aborda o campo da gravidez precoce e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) - mesmo assim, de forma muito precária e sutil devido aos aspectos morais relacionados a sexualidade feminina - e, para as mulheres na terceira idade centraliza-se na reposição hormonal, desconsiderando também a prática sexual de pessoas consideradas idosas não se efetivando campanhas preventivas para esse público.

Esses casos indicam que até mesmo as questões e as ações sobre a sexualidade estão repletas de preconceitos e estereótipos que negligenciam a saúde das mulheres a partir de critérios e padrões normativos sobre a feminidade e a sua sexualidade. Souto (2008) ressalta também a questão da violência que acontece nos próprios serviços de saúde. Cita como exemplo, as mulheres que provocaram o aborto e a forma desrespeitosa com que são tratadas, sendo punidas pela equipe através de maus-tratos, de humilhações, da demora aos cuidados necessários e, muitas vezes, na realização dos procedimentos sem anestesia, baseados num julgamento moral.

Nos estudos sobre gênero e saúde se tem verificado a incorporação desse importante aspecto, que é a violência de gênero. Observa-se, por exemplo, a dificuldade das mulheres para aderirem a certas práticas contraceptivas, o que geralmente não o fazem, por medo da reação de um parceiro violento. Esse problema é identificado principalmente nas estratégias de proteção das DSTs/ AIDS, através da sugestão ao uso de preservativos, pois esse tema

pode vir a suscitar dúvidas sobre a fidelidade na relação e por consequência a agressividade do companheiro (Giffin, 1994b).

A manifestação das diferenças de poder entre os homens e mulheres são reforçadas e disseminadas em diversos setores e grupos sociais que se consubstancia também na saúde através da violência física, psicológica e sexual, sendo considerado este um dos desafios à saúde coletiva. Um dos obstáculos identificados se refere ao reducionismo da abordagem biomédica ainda praticada na atualidade em que se atua sobre os danos físicos e mentais, a partir de tratamentos medicamentosos notadamente, mas não sobre a violência em si, separando a causa de seus efeitos e impedindo a perspectiva integral da saúde, muitas vezes, minimizando sua importância (Schraiber, d'Oliveira & Couto, 2009; Schraiber, d' Oliveira, Portella & Menicucci, 2009).

Outro desafio se refere ao fato de que as situações de violência não são reveladas facilmente, pelo contrário, são marcadas pela invisibilidade e pela vergonha (Couto, Schraiber, d'Oliveira & Kiss, 2006). Muitas mulheres, de acordo com Schraiber, d'Oliveira e Couto (2009), se sentem envergonhadas ou humilhadas, culpadas pela violência, temem por sua segurança e/ou a de seus filhos. Submetem-se a essas situações por acreditarem que não possuem domínio sobre suas vidas e esperam que o agressor mude.

Por vezes, protegem o parceiro por motivos econômicos e/ou afetivos, como também por medo. Inclusive, em certos contextos as pessoas do meio social mais próximo não estranham as ocorrências violentas ou não acreditam que devam interferir, sendo até mesmo legitimado em algumas culturas, através dos valores e das crenças preconizadas por estes (Schraiber, d'Oliveira, Portella & Menicucci, 2009).

A literatura indica a complexidade desse tema, pois há um entrelaçamento de diversas variáveis que incidem na violência como as construções históricas, sociais e culturais das questões de gênero com as desigualdades econômicas e raciais, das questões da esfera pública

com as da vida privada, entre outras, problematizando a essencialização que torna a mulher como universalmente vítima da violência de homens e estes, da mesma forma, fundamentalmente agressivos numa reprodução sociocultural das relações de poder e de hierarquia de gênero (Couto, Schraiber, et al., 2006). Giffin (1994b) esclarece que a violência é um fenômeno extremamente difícil, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais e que em muitas sociedades, o direito masculino de dominar a mulher é difundido como essência da masculinidade.

Com o objetivo de identificar as percepções dos homens e das mulheres de camadas populares sobre a violência, Couto, Schraiber, d'Oliveira e Kiss (2006) verificaram que para os homens o desemprego ou dificuldade financeira, o abuso de bebida alcoólica, o ciúme, a desconfiança e traição, a cobrança e a falta de compreensão da mulher, são os principais fatores promotores de atos violentos. Para as mulheres, a violência aparece principalmente no abuso de bebida ou de droga pelos homens, na má influência de amigos que afastam os homens da casa e das mulheres, na falta de diálogo, no ciúme masculino excessivo e na dificuldade da mulher em reagir.

Percebe-se que essas condutas e comportamentos são naturalizados ao universo masculino e feminino tornando-os mutuamente excludentes, potencializando as desigualdades na relação homem-mulher. Mesmo diante das mudanças ocorridas nos últimos tempos como a busca por relações mais igualitárias, a reorganização das relações de poder e a livre expressão do desejo, identifica-se que a incorporação dessas transformações ainda é problemática, sobretudo quando envolve a tradicional divisão sexual (Araújo, 2009).

Para Schraiber, d'Oliveira, Portella e Menicucci (2009) ao se adotar a perspectiva da violência contra a mulher como questão de gênero, tem-se por hipótese que as relações entre homens e mulheres se encontram sob conflito e as formas interativas em crise, isto é, sob

ameaça de ruptura da dominação tradicional. Dessa maneira, a violência surge como comportamento de reconquista do poder ou uma tentativa de prevenir sua perda.

Numa análise sobre estudos que contemplam essa temática, Schraiber (2005) identifica que a violência contra a mulher é reforçada a partir de interpretações sobre um *ethos* masculino numa associação da violência à própria construção da masculinidade, estabelecido no processo de socialização, em que ocorre uma prevalência do machismo, com crenças internalizadas sobre a autoridade dos homens e a vinculação de virilidade com violência (Greig, 2001). A violência passa a ser uma resposta as expectativas e as pressões sobre o desempenho de seu papel social, que oculta também a dificuldade em aceitar o direito a igualdade daqueles considerados por eles menos valorizados na escala social (mulheres, idosos, crianças, homossexuais etc.).

[...] em termos da prática concreta das relações, a ênfase tem sido posta em dois conjuntos de fatores: 1) os poderes e privilégios sociais dos homens nas sociedades e a consequente permissividade social para a violência dos homens contra as mulheres e 2) as experiências contraditórias de poder vividas pelos homens, especialmente na infância, que se transforma, na vida adulta, em terreno fértil para a utilização do recurso à violência na esfera privada (Schraiber et al., 2005, p.14).

Embora a violência possa ser estimulada de diferentes formas durante o processo de socialização, ela se torna um poderoso algoz na reafirmação de um determinado tipo de subjetividade masculina e na busca de reconhecimento e de inserção social. Nesses casos, os homens se envolvem mais diretamente em situações de violência, contra terceiros e contra eles mesmos, o que se torna uma grande desvantagem em termos de saúde, pois os colocam mais facilmente em situações de risco, especialmente nos espaços públicos o que é demonstrado nos altos índices de mortalidade. E na esfera doméstica, onde as assimetrias de

poder e a dominação masculina se expressam em atos violentos contra as mulheres há importantes repercussões na saúde delas (Schraiber et al., 2005).

A inclusão da perspectiva de gênero tem possibilitado o entendimento da violência nos diferentes contextos experienciados, se distanciando de explicações simplistas. Kaufman (1997) e Schraiber (2005) afirmam que na vivência cotidiana, direta ou indiretamente, a maioria das pessoas experimentam situações em que a violência está presente. Dessa forma, homens e mulheres são violentados ao presenciarem essas circunstâncias e ao responderem as demandas sociais na reprodução e perpetuação dessas condutas e atitudes. Os impactos das expressões da violência nas relações de gênero, assim como suas consequências para a saúde, refletem uma articulação real e simbólica entre a divisão e a naturalização dos lugares e papéis masculinos e femininos nos espaços físicos e socioculturais da vida real (Schraiber et al., 2005).

Diante do que foi apresentado, se ressalta a importância das relações de gênero na estruturação e na organização material e simbólica de toda a vida social, através da compreensão do exercício das feminilidades e masculinidades, apontando para as desigualdades de poder historicamente construídas em que se produz, reproduz e difunde atitudes e comportamentos na área da saúde. Concorde-se com Giffin (2002) quando alerta para a necessidade de se focar o gênero como relacional, mas também transversal, pois é um elemento interativo com classe social, raça/etnia, diferenças de geração, capital cultural, entre outros, e não uma condição única e isolada que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade entre as pessoas, mas como foi discutido até aqui, se torna fundamental na promoção da saúde de homens e de mulheres.

Portanto, o gênero se refere as relações sociais em que homens e mulheres estão iguais e mutuamente implicados, interagindo com outras dimensões do sujeito - classe social e cor/raça/etnia/religião - bem como com práticas cotidianas, como exercício da sexualidade e

trabalho, estabelecendo desigualdades também entre as pessoas do mesmo sexo (Villela, Monteiro & Vargas, 2009).

Refletir sobre gênero na prática e no acesso à saúde possibilita a conscientização do quanto as ações ainda estão subordinadas aos padrões normativos, hegemônicos e, por consequência, encapsuladores, a fim de se contemplar, assim como afirma Rezende (2011), novas iniciativas e redirecionamentos de acordo com as necessidades reais de saúde dos envolvidos nesse processo, impactando inclusive as políticas públicas voltadas para a redução destas desigualdades e, por consequência, as vulnerabilidades ao adoecimento.

2.2.4 PROGRAMAS ESPECIAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Conforme afirma Scott (1995) a igualdade e a diferença, na realidade, não estão numa franca oposição, mas sim numa relação de interdependência. A conquista da igualdade nem sempre é obtida a partir da eliminação da diferença, entretanto sim no seu reconhecimento. Nessa lógica, o que não é semelhante, por si só, não impede a igualdade. As diferenças existem, fazem parte da experiência, da formação e da construção dos sujeitos, contudo não podem ser produtoras de iniquidades.

O termo “diferença” pode ser usado positivamente - enfatizando a desigualdade escondida em um termo aparentemente neutro, pois, por exemplo, o termo “trabalhador” pode não dar conta das especificidades das experiências femininas - ou negativamente - justificando um tratamento desigual (Pinsky, 2009, p. 170).

As comparações generalizadas postas como inerentes às categorias de homem e de mulher, acabam por obscurecer e ocultar as diferenças entre as mulheres, entre os homens, as semelhanças entre homens e mulheres e as distintas experiências históricas. Na realidade, são as diferenças que proporcionam uma maior diversidade, que impedem o aprisionamento a simples modelos de oposição homem/mulher. A diversidade oportuniza o estabelecimento de

identidades individuais e coletivas que desafiam as identidades fixas, rígidas e essencialistas (Pinsky, 2009).

Dessa forma, a igualdade pode sim consistir na diferença (Pinsky, 2009). Depara-se então com o conceito de equidade, ou seja, de manter a igualdade na diferença ou manter a diversidade na igualdade. Com essa finalidade, a dimensão do gênero tem sido incorporada no SUS através de políticas específicas, numa tentativa de se obter igualdade e integralidade nas ações de saúde.

Uma dessas políticas é o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista, tendo como proposta uma atenção integral à saúde da mulher, numa tentativa de ampliação da concepção da saúde restritiva à atenção ao pré-natal e ao parto, como portadoras de múltiplas necessidades de saúde às quais o Estado deveria responder (Ferraz & Kraiczky, 2010). Há destaque também para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (Brasil, 2007), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (Brasil, 2008a) e a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Brasil, 2008b).

Entretanto, como um programa pioneiro o PAISM representou a possibilidade de um novo ciclo na saúde da mulher brasileira, colocando em pauta a integralidade no acompanhamento da saúde da mulher em todo o seu ciclo de vida e não apenas na gravidez. Significou o desenvolvimento de práticas educativas nos serviços de saúde que deveriam abordar os cuidados com o corpo numa perspectiva de fortalecimento da autonomia da mulher. Contudo, em seu período inicial - 1984 a 1989 - o programa tinha pouca expressão e pouca adesão dos governos, tendo se expandido somente após a implantação do SUS e de seus princípios, apesar de suas ações terem sido muito voltadas para a saúde reprodutiva (Souto, 2008).

Na Conferência Internacional de Desenvolvimento do Cairo, em 1994, a perspectiva do gênero passa a ser incentivada, colocando em pauta a saúde da mulher e do homem impulsionando o debate e o delineamento de políticas de saúde. Em 2004 foi formulada a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres orientando os gestores da saúde a identificarem as demandas e as necessidades das mulheres, considerando sua realidade local e os determinantes sociais e culturais (Martins & Malamut, 2013; Souto, 2008).

Percebe-se então a necessidade da inclusão da diversidade da condição feminina - mulheres negras, rurais, lésbicas - indo ao encontro de uma abordagem do gênero assim como da multidimensionalidade do ser humano, pois segundo Coelho (2006), se identificou que as causas e os fatores dos agravos a saúde e da morte das mulheres são em sua maioria devido a pobreza, o preconceito, a discriminação, a medicalização do corpo e a precariedade da assistência.

De fato, essas condições fazem com que um imenso contingente de mulheres, condicionadas pela situação de pobreza, pela falta de opções e de acesso a direitos sociais, não sejam beneficiadas pelo programa (Saldanha, 2003). Barbosa (2001) citando Denenberg (1997), afirma que esse desequilíbrio se deve, possivelmente, a complexos determinantes psicossociais associados ao papel das mulheres como cuidadoras da família, por sua relativa pobreza e até mesmo pela hostilidade com que o sistema médico se apropriar de seus problemas.

Já a PNAISH tem sido apontada como uma política pública de “vanguarda” no cenário mundial, sendo a primeira política pública de saúde voltada especificamente para os homens na América Latina e a segunda no continente americano, após o Canadá. Diante a sua recente institucionalização, a PNAISH ainda se encontra em processo de implantação e de implementação no território nacional (Carrara et al., 2009; Martins & Malamut, 2013).

Ao longo dos anos noventa, movimentos fortaleceram debates acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a população masculina, com enfoque de gênero. Schraiber, Gomes e Couto (2005), indicam que houveram alguns benefícios a partir da inclusão da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde, entre eles destacam o novo olhar para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Autores como Costa e Lopes (2012), Figueiredo (2005), Gomes, Moreira et al. (2011) e Martins e Malamut (2013) argumentam que o processo de construção da PAISM ocorreu a partir da luta e da reivindicação das mulheres e movimentos feministas que se manifestavam pela garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde, bem como pela criação de ações que levassem em conta suas singularidades e especificidades. Porém, como discutido anteriormente, as práticas continuam voltadas para a saúde sexual e reprodutiva.

Por outro lado, os autores enfatizam que, o delineamento da política de saúde para a população masculina não contou com o envolvimento dos homens que enquanto cidadãos e usuários não participaram ativamente do processo de construção do texto-base e dos debates sobre a implantação da PNAISH, fato esse que é observado ainda na atualidade pelo distanciamento dos mesmo dos serviços e das ações de saúde, sobretudo, da Atenção Primária (Gomes, Moreira et al., 2011; Martins & Malamut, 2013).

O texto-base da PNAISH foi elaborado e submetido a uma forma Consulta Pública virtual, no período de 09 a 29 de setembro de 2008 (Brasil, 2008c). Em seguida, o texto foi revisto e a PNAISH foi instituída no âmbito do SUS, no dia 27 de agosto de 2009, tendo sido lançada oficialmente em uma cerimônia no dia 27 de setembro de 2009, em Brasília - DF. (Brasil, 2009). Assim, questiona-se a efetividade dessa política que parece ter sido construída à margem dos desejos e interesses da população a que se destina e de sua realidade concreta (Martins & Malamut, 2013).

Observa-se que, apesar das conquistas obtidas a partir dessas políticas de saúde especiais ainda se depara com diversas barreiras e limitações. Perpetua-se os papéis sociais e culturais, de vitimização e culpabilização de homens e de mulheres pelo próprio adoecimento, revelando a necessidade e o desafio de se repensar o papel da organização e estruturação dos serviços de saúde (Martins & Malamut, 2013). Persistem também, as dificuldades reais de cuidado integral e de acesso aos serviços de saúde para homens e para mulheres conforme já foi descrito e evidenciado nesse capítulo.

Critica-se a falta de visibilidade, sobre o que Medeiros e Guareschi (2009, p.42) indicam como “diferença das diferentes mulheres” - assim como, diferença dos diferentes homens - apontando para o que nomeou de questão da intracategoria de gênero, que seriam as diferenças baseadas na idade, na raça/etnia, na sexualidade, na religião. Afirmam ainda que, muitos dos discursos utilizados, inclusive nessas políticas e que são claramente percebidas nas práticas dos serviços de saúde, é uma concepção deturpada de gênero vinculada a uma visão biologicista, marcada pela diferença anatômica dos sexos, o que promove uma desmobilização desse sujeito-cidadão.

As atribuições dos papéis hegemônicos, como afirma Souto (2008), permanecem no cotidiano das práticas de saúde onde não há uma abordagem relacional do gênero, ou seja, a inclusão dos homens e das mulheres, das masculinidades e das feminilidades e como essa relação constrói vulnerabilidades diferenciadas para ambos. Deve-se também considerar que, para que as desigualdades de gênero sejam combatidas no contexto do conjunto das desigualdades sociais, necessitasse de práticas de cidadania ativa para que a justiça de gênero se concretize, sobretudo pela responsabilidade do Estado de redistribuir riqueza, poder, entre regiões, classes, raças e etnias, entre mulheres e homens (Silveira, 2003).

2.3 A CENA RURAL: RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO

No contexto rural além dos aspectos já mencionados anteriormente sobre a saúde e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas nesses espaços, se identifica que aliado a pobreza, a falta de estrutura, a ausência de saneamento, a baixa escolaridade, a precariedade do ambiente físico, das extensivas secas, que resultam inevitavelmente em maior vulnerabilidade ao adoecimento, ao agravo das doenças e a falta de proteção para enfrentarem esses condicionantes, existe marcadamente a presença dos papéis sociais de gênero.

As relações sociais entre os sexos nas cidades rurais refletem as concepções de masculino e de feminino internalizadas por homens e por mulheres, estabelecendo normas que modelam a ordem social e que são expressas nas condutas e nos comportamentos da população, refletindo diretamente na qualidade de vida e na condição de se ter saúde, assim como, por exemplo, no acesso aos serviços e nas práticas de cuidado como já apresentado nesse capítulo. Mas há ainda algumas considerações a serem feitas sobre o gênero nas cidades rurais.

A representação do masculino e do feminino no Nordeste é influenciada por sua formação histórica, sua economia, seus costumes, suas crenças, seus valores, sua religiosidade e sua cultura. Encontra-se algumas especificidades partilhadas e disseminadas pelas pessoas dessa região, principalmente por aquelas que pertencem a áreas mais afastadas das capitais.

Existe no contexto rural, o que Scott (2010, p. 23) chama de “morais familiares”, que são construídas a partir das concepções de gênero e que são altamente valorizadas. Os homens têm a função de sustentar sua casa, sua companheira e sua prole a partir do dinheiro advindo de seu trabalho. Ele é o chefe da família e o ponto hierárquico familiar mais alto. A agricultura familiar, característica nessas regiões, conta com a participação de todos os membros na produção, mas conforme afirmam Barduni Filho, Delesposte e Carvalho (2010), a figura do homem é a principal, pois ele é considerado o que detém o conhecimento e a força para o plantio. O papel da mulher é de coadjuvante, de alguém que ajuda nessa produção.

Santos (2007) afirma que há uma matriz machista nessas localidades que compõem o “cabra macho nordestino” em que o exercer da masculinidade está relacionado a força, a independência, a valentia, a ideia de invulnerabilidade, sendo em sua maioria, homens violentos e que não levam desaforo pra casa. Os que não seguem esse estereótipo podem até mesmo ser rebaixado socialmente (Albuquerque Jr., 2003). Existem tarefas que são consideradas próprias a cada sexo: a elas ficam as responsabilidades pelo cuidado da casa, dos filhos, de outros parentes e de ajudar no roçado.

No contexto do sertanejo, está presente a divisão de papéis femininos e masculinos, na ordem familiar - em casa - e na ordem social - no trabalho ou na rua. A mulher, geralmente, é responsável pelo lar, realizando alguns trabalhos domésticos e quando necessário também se dispõe a ir à roça. O homem, de braço firme com sua enxada, desdobra-se para plantar sementes, que muitas vezes não germinam. Nesse sentido, cada um procura corresponder às atribuições de uma demanda inserida pela sociedade através da socialização. Embora haja algumas peculiaridades, com outras possibilidades de comportamento dessa descrição de cotidiano no sertão, essa descreve uma ação constante dos sujeitos que ali vivem (Martins & Chagas, 2006, p.129).

O trabalho das mulheres rurais, como apresenta Scott (2010) está tão ou mais “para além da dupla jornada” que é vivenciado pelas mulheres de áreas urbanas, pois é um trabalho contínuo, sem interrupções que vai do amanhecer ao anoitecer. Além de seu esforço na casa, as mulheres participam da agricultura, se responsabilizam pelo “terreiro” (quintal) onde podem realizar cultivos, tratar dos animais, especialmente aqueles destinados ao consumo direto da família (Faria, 2011; Heredia & Cintrão, 2006).

Nesses espaços, onde ocorrem a instabilidade climática devido aos períodos de seca e estiagem, com escassez de recursos naturais, com a não implementação e/ou mau uso das

políticas de crédito agrícola e assistência técnica, em que o transporte é precário, desenvolvem-se estratégias de complementação da renda familiar. Normalmente a mulher cozinha para fora, costura e realiza artesanato (Costa, Dimenstein & Leite, 2014).

Já a maioria dos homens vão para outras localidades em busca de trabalho, em funções temporárias e sazonais, retornando quando possível. Ocorrem com frequência as migrações juvenis em que os mais novos tendem a ir morar em outras cidades na busca de melhores condições de vida e de sustento, inclusive é comum as mulheres jovens irem trabalhar em casa de família (Costa, Dimenstein & Leite, 2014; Scott, 2010).

Contudo, o agricultor sertanejo nordestino que é definido “*como cuidador da terra, de mãos calejadas, de pele escura do sol diário, de chapéu de palha, voz forte, marcas expressivas na face, do trabalho na roça, ou seja, homem forte e provedor da família*”, em que sua honra e a virilidade perpassam por essas características que são internalizadas e cristalizadas a partir de um contexto histórico, social e cultural, na atualidade, se encontraria em plena transformação e ressignificação, conforme afirmam Martins e Chagas (2006, p. 125-126).

A transição de uma atividade especificamente rural, a agricultura, em que há o predomínio do masculino, para um outro lugar, que seria representado pelo feminino, no caso o artesanato, mais especificamente o bordado e a costura, oportunizaria uma tentativa de ruptura das fronteiras sexuais em que a figura simbólica do cabra macho estaria propensa a transformações, em um meio tão rígido e demarcado de funções sociais de gênero como é o sertão nordestino (Martins & Chagas, 2006). Mas, os autores alertam que essas modificações ainda são incipientes e muitas construções sociais e culturais sobre os homens e as mulheres e as relações de poder permanecem.

Outro ponto a ser destacado nesse universo rural, assim como Scott, Rodrigues e Saraiva (2010) denunciam, é a relativa invisibilidade da violência contra a mulher nessas

localidades. Fatores como a distância entre as moradias, o precário transporte e comunicações para localidades de difícil acesso contribuem para que as agressões permaneçam. A realidade experienciada por homens e por mulheres nessas localidades, que são marcadas por aspectos simbólicos e culturais, possuem em seu contexto geográfico, um grande complicador no enfrentamento da violência de gênero.

Pesquisas realizadas na realidade nordestina, comparando as áreas urbanas com as rurais, indicam que nessa última, os motivos das agressões eram porque as mulheres não cumpriram com suas “obrigações” domésticas. Na zona rural os papéis atribuídos ao homem e a mulher são muito rígidos, sendo assim, eles precisam exercer e cumprir o que é esperado. O homem muitas vezes vigia se sua esposa está realizando as tarefas, mas a ele é permitido sair, ter lazer, beber, ter relações extraconjugais. Elas não! Devem permanecer sobre o controle do marido sobretudo em sua sexualidade (Scott, Rodrigues & Saraiva, 2010; Schraiber et al., 2007).

Muitas mulheres morrem cotidianamente pelo simples fato de serem mulheres e por muitos homens acharem que elas são de sua propriedade. Amorim (2007) diz que a questão moral marca profundamente a identidade feminina de forma que a mulher, muitas vezes permanece casada mesmo sem o marido exercer a função de provedor e sendo violento, se submetendo ao poder masculino de forma que a moral familiar não seja questionada ou colocada à prova, até mesmo porque, ao homem é dado o poder de agir em nome de sua honra masculina.

Esse cenário revela que os caminhos a serem trilhados para a busca da equidade estão repletos de percalços. A rígida divisão dos papéis sexuais, a carga do trabalho doméstico, do trabalho agrícola, a violência de gênero são alguns dos agravantes que influem nos problemas de saúde, no adoecimento e nas situações de vulnerabilidade. Segundo Souto (2008) diversos são os desafios para que a integralidade e a perspectiva de gênero permeiem a formulação e a

implantação de políticas públicas e que essas sejam efetivas nas práticas de cuidado e no acesso aos serviços de saúde.

A pobreza, a carência de infraestrutura, de serviços básicos, de educação, de acesso a informação e de políticas públicas que atingem a maior parte da população rural, somam-se as desigualdades de gênero que se constituem enquanto fatores de vulnerabilidade não apenas em relação ao desenvolvimento social e econômico, mas em relação à saúde (Costa, Dimenstein & Leite, 2014; Heredia & Citrão, 2006).

Inclusive, Zanello e Silva (2012) questionam se nas práticas de cuidado à saúde não se está produzindo a medicalização da pobreza e das mazelas sociais, assim como se está perpetuando as desigualdades de gênero. Destacam ainda, a importância de se superar a fragmentação do ser humano ampliando o olhar para conceitos no campo de saúde, em especial, sobre o modelo de vulnerabilidade. Esse, se torna mais efetivo no combate às desigualdades por considerar os componentes econômicos, socioculturais, raciais e étnicos, relevantes na estrutura das disparidades sociais, além das relações de discriminação e preconceito sobre as vivências e experiências masculinas e femininas em seus contextos e espaços sociais, nos encontros nas práticas e na qualidade do cuidado ofertado nos serviços de saúde, de educação e de suporte social disponíveis.

As relações de gênero, conforme exemplifica Lima e Schraiber (2013), surgem como uma importante categoria articulada às vulnerabilidades individual, programática e social, que é expressa, por exemplo, na subordinação das mulheres ao sexo inseguro, às relações sexuais forçadas, a um modo de uso dos serviços em que essa subordinação e o comportamento de risco feminino não encontram nenhum apoio e, por fim, se demonstra individualmente na maior exposição à infecção a doenças sexualmente transmissíveis, na baixa autopercepção ao risco, na violência e no adoecimento em função da diminuição do cuidado de si mesma.

A vulnerabilidade em todos os três planos é perpassada por roteiros de gênero, conforme afirma Lima (2012), entre os quais destaca: a prática sexual como o dever da esposa; a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo; as relações amorosas incondicionais e para sempre; a maternidade como a prioridade da mulher na sociedade; a família como valor dos valores para a boa qualidade de vida e para os cuidados. Essas construções permeiam a vida social das mulheres criando situações em que as relações de gênero hegemônicas (vulnerabilidade de gênero no plano social), as concepções também hegemônicas de cuidar e relacionar-se com os serviços de saúde e as práticas profissionais (vulnerabilidade de gênero no plano programático) e as concepções de comportamentos individuais idealizados das mulheres, no adoecer e no cuidado de si mesma (vulnerabilidade de gênero no plano individual) constituem o efetivo comportamento cotidiano dessas mulheres.

Na vivência masculina também se encontra as vulnerabilidades perpassadas em seus três eixos por roteiros de gênero através da reprodução de um modelo de masculinidade hegemônica que tem como marcas indenitárias a heterossexualidade compulsória, as relações hierárquicas e opressoras de gênero, que compõem um quadro em que os homens heterossexuais historicamente concebidos como não vulneráveis e fortes, sendo assim, não precisam ir ao médico, não podem perder o dia de trabalho, os serviços de saúde são lugares para mulheres, tornam-se suscetíveis ao adoecimento a partir da incorporação desse modelo que é perpetuado inclusive no âmbito do cuidado a saúde.

Na construção social da normatividade para ser homem e mulher, o lugar simbólico da família e das parcerias amorosas organiza crenças e códigos de valores que podem favorecer a exposição de homens e de mulheres a situações de risco e de desproteção (Lima & Schraiber, 2013). Conforme já foi apresentado nesse trabalho a própria conduta dos profissionais e a dinâmica dos serviços de saúde apontam as vulnerabilidades para questões de gênero, pois

muitas vezes estes não conseguem modificar a limitação que a normatividade de gênero impõe à organização dos serviços. Essas questões ocorrem nas práticas de saúde dispendidas a população e no acesso aos serviços sem priorizar ou reconhecer as necessidades reais e as construções de vida das populações rurais em seus contextos, em sua rotina e em sua cultura.

A vulnerabilidade de homens e de mulheres rurais é expressa também na dificuldade de acesso às ações de saúde e está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades nas relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidarem com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo, como por exemplo, com os acidentes durante atividades que envolvem o manuseio com animais (chifrada de vaca, patada de cavalo, entre outros) e também em atividades em que o uso de objetos cortantes (foice, facão, machado, roçadeira, forrageiras, etc.) representa risco (Bonfim, Cocco da Costa & Lopes, 2013).

Outro aspecto a ser ressaltado são os encaminhamentos para centros maiores, em que um veículo do município transporta os pacientes, todavia, esse não vai até o interior nas áreas mais afastas, os chamados sítios, e chega muitas vezes à noite ou em horários que impossibilitam o deslocamento até a residência (Bonfim, Cocco da Costa & Lopes, 2013).

[...] as áreas rurais refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo e ainda potencializam certas características “crônicas” de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só o acesso geográfico está aí expresso, mas também aquele que é resultado das desigualdades nas opções e recursos assistenciais. Dessa forma, fatores sociais próprios do rural representam particularidades expressas nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, potencializados na perspectiva das iniquidades de toda ordem e de gênero em particular (Bonfim, Cocco da Costa & Lopes, 2013, p. 202).

Portanto, o conceito de vulnerabilidade torna-se fundamental por valorizar os contextos relacionais que os indivíduos mantêm em sociedade, no trabalho, nos espaços públicos de circulação, nas famílias e nos serviços de saúde. Aspectos individuais nessas relações sociais permitem que no plano de cada indivíduo, sejam desenvolvidas relações mais protetoras ou ao contrário de maior exposição à infecção e ao adoecimento. Desse modo, cada indivíduo está em interação contextual, derivando das qualidades desses contextos a capacidade individual de proteção ou risco (Lima & Schraiber, 2013).

Ante ao que foi exposto, sobre a saúde nas cidades rurais e sobre as relações sociais de gênero com suas disparidades nas práticas de saúde e no acesso aos serviços, pode-se pensar que para se caminhar num processo eficaz de promoção a saúde, é imprescindível conhecer a realidade, o contexto da população, sua dinâmica e suas experiências a fim de se formular estratégias e subsidiar o planejamento de ações que possam ser úteis a quem se destina. Por isso, se deve contar com os próprios sujeitos sociais com sua participação ativa na busca de soluções adequadas a seus espaços para se reduzir as vulnerabilidades em que se encontram.

Com a utilização do modelo de vulnerabilidade, considerando seus planos de análise, identifica-se as relações de gênero, em que se articulam os significados sociais da masculinidade e da feminilidade que influenciam na suscetibilidade ao adoecimento, ao agravamento à saúde e na falta de recursos para a proteção necessária. Esse aspecto é observado, nesse contexto regional tão específico como o rural, com sua tradição e cultura nordestina, com seus estereótipos de homens e de mulheres que, associado ao próprio ambiente geográfico, a falta de visibilidade e de investimento dos poderes públicos - nessas áreas há as piores condições de vida no que se refere ao acesso a bens, serviços, saúde, cultura, educação, informação, juntamente com a baixa renda, o desemprego, as condições de habitação e de alimentação, os aspectos sanitários-ambientais que são precários e insatisfatórios - acaba-se por perpetuar os perfis de vulnerabilidades, de exclusão e de iniquidades em saúde.

Assim, pensar sobre as peculiaridades dos homens e das mulheres residentes em zona rural, pode auxiliar a ir além das ações programáticas que fazem parte da estratégia da atenção básica de saúde, como o planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer, das ações sobre as doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. Sobretudo os serviços de atenção básica, que estão no meio rural ou que englobam regiões de características rurais, podem delimitar estratégias de enfrentamento desses problemas voltados à prevenção e promoção da saúde nesse contexto específico, ou seja, na cena real das pessoas e em suas demandas experienciadas.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS E MÉTODO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo Geral:

Analisar as vulnerabilidades ao adoecimento perpassadas pelas relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas.

3.1.2 Objetivos Específicos:

- Verificar como os elementos de vulnerabilidade individual se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;
- Identificar como os elementos de vulnerabilidade social se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;
- Verificar como os determinantes de vulnerabilidade programática se relacionam ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde da população em estudo;
- Comparar como os elementos de vulnerabilidades (individual, social e programática) entre homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas estão relacionados ao

cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde com base nas relações sociais de gênero.

3.2. MÉTODO

3.2.1 Característica do Estudo

Trata-se de um estudo que teve por abordagem a Análise por Triangulação de Método. Justifica-se a sua utilização, pois, a partir de todos os resultados obtidos através dos instrumentos empregados nessa pesquisa se analisou e articulou as diferentes unidades, variáveis e indicadores, se debruçando na interpretação dos dados, diante da complexidade do contexto investigado (Minayo, Assis & Souza, 2005). Com esse método se enfatiza a importância do diálogo e da articulação entre os dados empíricos, possibilitando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista na realização da pesquisa. Permite ainda a análise do contexto, da história, das relações, das representações, entre outros, do que se está estudando possibilitando abranger a visão de vários informantes e o emprego de uma multiplicidade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Dessa forma, o pesquisador pode recorrer ao uso de três ou mais técnicas com a finalidade de ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de estudo (Minayo, 2010).

3.2.2. População e Plano amostral

A população desse estudo foi constituída por moradores (homens e mulheres) de cidades do Estado da Paraíba. Embora caracterizem o ambiente rural os municípios que possuem menos de 25.000 habitantes (Travassos, Oliveira & Viacava, 2006), esse estudo foi desenvolvido com moradores de cidades que tinham até 10.000 habitantes, que corresponde a 147 (66%) cidades paraibanas.

Uma amostra representativa da população foi determinada por um processo de múltiplos estágios, como mostra a tabela 3:

Tabela 3 - Unidade amostral segundo seus estágios

Estágio	Unidade amostral	Seleção	P
I	Macrorregião de Saúde	Todas as quatro macrorregiões (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa)	rim eira me nte, lev ou- se em
II	Municípios com menos de 10.000hab.	Aleatória (pelo menos 02 municípios de cada macrorregião)	
III	Populares	Homens e Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e residentes no município.	

consideração a organização da assistência em saúde na Paraíba. Esta, desde 2002, está dividida em 04 macrorregiões assistenciais de saúde: João Pessoa, Campina Grande, Sousa e Patos e 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde (Figura 1). Cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios que englobam a base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se também em conta a oferta de serviços e as relações intermunicipais (Paraíba, 2011).

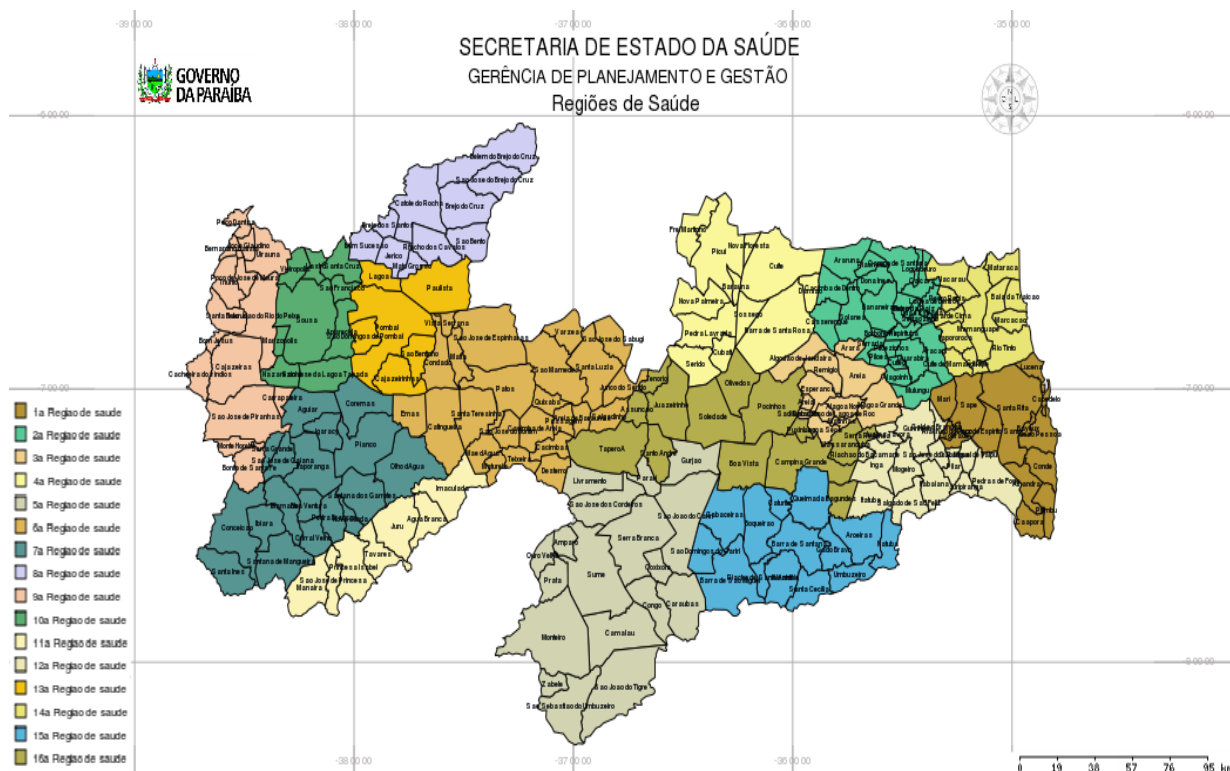


Figura 1 – Mapa das Regiões de saúde do Estado da Paraíba

Nota: Governo da Paraíba (2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população e a riqueza concentram-se nas duas maiores cidades do Estado, João Pessoa e Campina Grande, evidenciando a má distribuição da riqueza, resultante do processo histórico de ocupação do território paraibano. Conforme pode ser observado na Figura 2 e 3, comparando com o mapa das mesorregiões geográficas do Estado, as Macrorregiões de saúde de Sousa e Patos se situam no sertão paraibano, região mais castigada pela seca e com piores condições de vida, onde há o predomínio de uma estrutura deficitária das necessidades humanas básicas, como alimentação, qualidade da água, rede sanitária, saúde, habitação, educação, informação e acesso aos serviços, ou seja, deficiências centradas nas condições de moradia, na baixa escolaridade, na falta de renda ou renda mínima (muitas delas advindas exclusivamente dos programas de transferência de renda do governo), além das carências na oferta e no uso dos serviços de saúde (Queiroz, Remy, Pereira & Silva Filho, 2010).

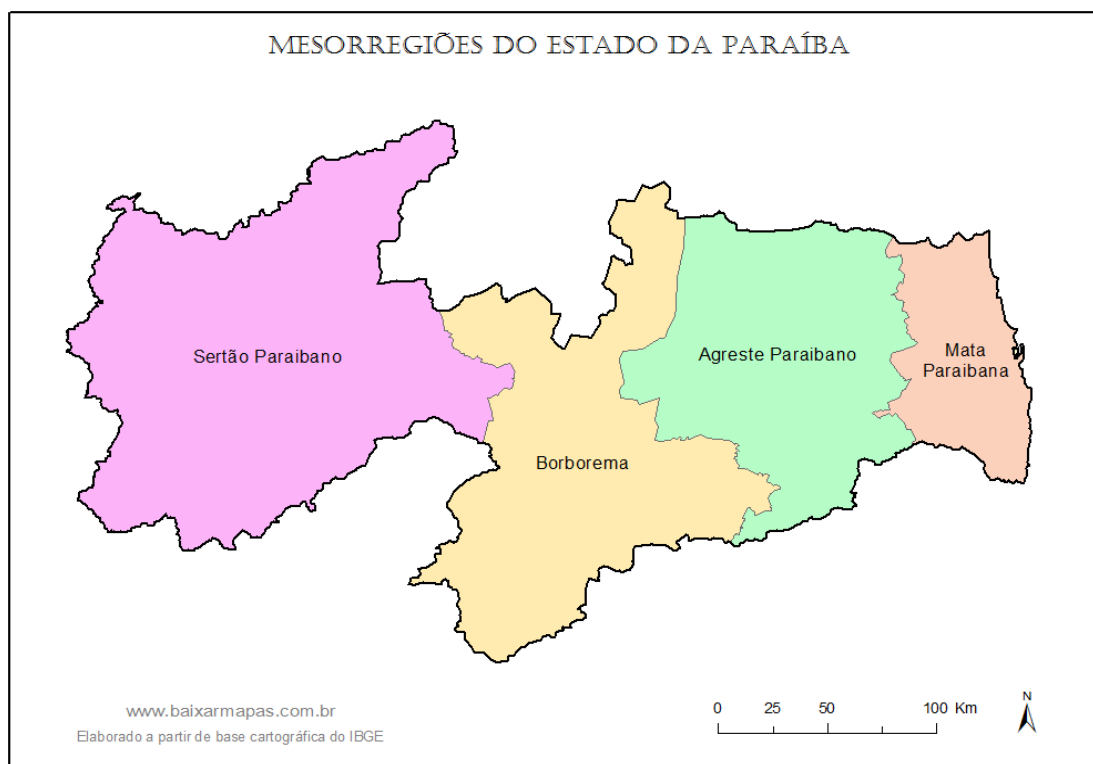


Figura 2 – Mapa das mesorregiões geográficas do Estado da Paraíba

Nota: Governo da Paraíba (2015)

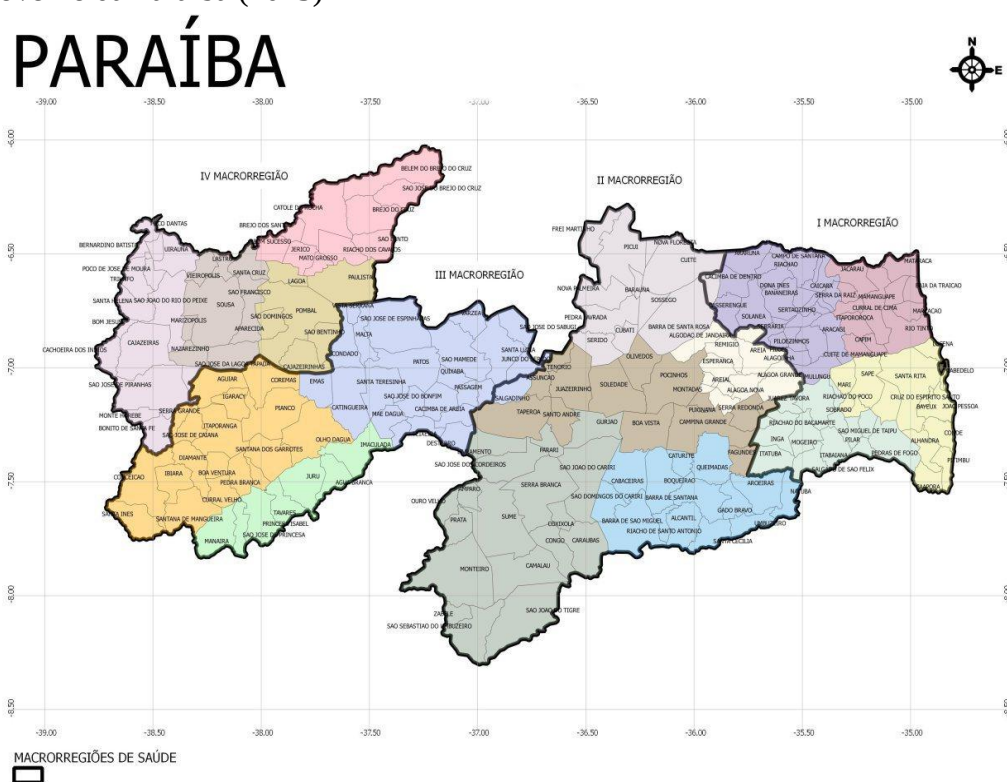


Figura 3 – Mapa das macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba

Nota: Governo da Paraíba (2015)

A primeira macrorregião polarizada pelo município de **João Pessoa** é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde, totalizando 64 (sessenta e cinco) municípios e uma população de 1.732.585 (Um milhão setecentos e trinta e dois mil, quinhentos e oitenta e cinco) habitantes, representando uma concentração de 29,14% dos municípios, com 47,82% da população do estado. A segunda macrorregião de saúde polarizada pelo município de **Campina Grande** é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde, totalizando 70 (setenta) municípios e uma população de 1.025.343 (Um milhão e vinte e cinco mil, trezentos e quarenta e três) habitantes, representando uma concentração de 31,39% dos municípios e 28,30% da população do estado. A terceira macrorregião de saúde polarizada pelo município de **Patos** é composta por 03 (três) Regiões de Saúde, totalizando 49 (quarenta e oito) municípios e uma população de 434.858 (quatrocentos e trinta e quatro mil, oitocentos e cinquenta e oito) habitantes, representando uma concentração de 21,53% dos municípios e 12% da população do estado. A quarta macrorregião de saúde polarizada pelo município de **Sousa** é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde, totalizando 40 (quarenta) municípios e uma população de 430.429 (quatrocentos e trinta mil, quatrocentos e vinte e nove) habitantes, representando uma concentração de 17,94% dos municípios e 11,88% da população do estado (Paraíba, 2011). A Tabela 4 a seguir apresenta estes dados detalhadamente.

Tabela 4 – Macrorregiões de Saúde, Regiões e Municípios do Estado da Paraíba

Macro	Regiões de Saúde (Habitantes)	Cidades
João Pessoa	1ª (11.537)	Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mari, Pitimbú, Riachão do Poço , Santa Rita, Sapé e Sobrado .
	2ª (100.776)	Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema , Cacimba de Dentro, Caiçara , Casserengue , Cuitegi , Dona Inês , Duas Estradas , Guarabira, Lagoa de Dentro , Logradouro ,

		Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serra da Raiz, Serraria, Sertãozinho, Solânea e Tacima (Campo de Santana).
	12 ^a (50.002)	Caldas Brandão , Gurinhém, Ingá, Itabaiana, Itatuba, Juarez Távora, Juripiranga , Mogeiro, Pedras de Fogo, Pilar, Riachão Bacamarte , Salgado São Felix, São José dos Ramos e São Miguel de Taipú .
	14 ^a (45.805)	Baía da Traição, Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima , Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape, Marcação, Mataraca, Pedro Regis e Rio Tinto.
Campina Grande	3 ^a (18.147)	Alagoa Grande, Alagoa Nova, Algodão de Jandaira , Arara, Areia, Areial , Esperança, Lagoa Seca, Matinhas, Montadas , Remígio, São Sebastião de Lagoa Roça
	4 ^a (54.687)	Baraúnas , Barra de Santa Rosa, Cubati , Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, Seridó e Sossêgo .
	5 ^a (54.590)	Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Livramento , Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro , Serra Branca, Sumé e Zabelê .
	16 ^a (22.250)	Assunção, Boa Vista , Campina Grande, Fagundes, Juazeirinho, Massaranduba, Olivedos , Pocinhos, Puxinanã, Santo André, Serra Redonda , Soledade, Taperoá e Tenório
	15 ^a (67.674)	Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Barra de São Miguel , Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Gado Bravo, Natuba , Queimadas, Riacho de Stº Antônio, Santa Cecília, São Domingos do Cariri e Umbuzeiro .
Patos	6 ^a (94.104)	Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueira, Condado, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'Água, Malta, Matureia, Passagem, Patos, Quixaba, Salgadinho, Santa Luzia, Santa Terezinha, São José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Teixeira, Varzêa e Vista Serrana .
	7 ^a (74.432)	Aguiar, Boa Ventura, Conceição, Coremas, Curral Velho, Diamante, Ibiara, Igaracy, Itaporanga, Nova Olinda, Olho D'Água, Pedra Branca, Piancó, Santa Inês, Santana de Mangueira, Santana dos Garrotes, São José de Caiana e Serra Grande .
	11 ^a (34.253)	Água Branca, Imaculada, Jurú, Manaira, Princesa Isabel, São Jose de Princesa e Tavares .
Sousa	8 ^a (38.614)	Belém Brejo Cruz, Bom Sucesso , Brejo do Cruz, Brejo dos Santos , Catolé do Rocha, Jericó, Mato Grosso, Riacho dos Cavalos , São Bento e São José do Brejo Cruz .
	9 ^a (57.644)	Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Joca Claudino (Santarém), Monte Horebe, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Helena , São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uirauna .
	10 ^a	Aparecida, Lastro, Marizópolis, Nazarezinho, Santa Cruz, São

	(46.414)	Francisco, São José da Lagoa Tapada, Sousa e Vieirópolis.
	13 ^a (14.707)	Cajazeirinhas, Lagoa, Paulista, Pombal, São Bentinho e São Domingos

Nota: Em negrito, as cidades com até 10.000 habitantes.

Desse modo, procurou-se nesse estudo abarcar todas as macrorregiões, selecionando, em seguida, de forma aleatória, pelo menos 03 municípios de cada macrorregião. Por fim, buscou-se abordar, também de forma aleatória não probabilística, homens e mulheres residentes nesses municípios.

Amostra:

Por se tratar de um estudo que é um segmento de uma pesquisa ampla que avalia a necessidade de saúde, o acesso aos serviços, a saúde mental e vulnerabilidades de homens e de mulheres residentes em cidades rurais da Paraíba, foi feito um recorte do banco geral, a partir de uma equiparação do número amostral considerando o sexo, respeitando o delineamento por macrorregião e cidades, utilizando o recurso de escolha aleatória do SPSS, ficando a amostra geral constituída por 697 participantes, sendo 334 homens e 363 mulheres, com idades variando de 21 a 89 anos ($M=43,9$ anos; $DP=14,65$). A divisão amostral está apresentada na Tabela 05.

Tabela 5 - Distribuição da Amostra por Macrorregião e Cidades

Macrorregiões	Cidades	N	Total
João Pessoa	Mataraca	60	182
	Sobrado	56	
	Caldas Brandão	66	
Campina Grande	Matinhas	40	219
	São João do Cariri	42	
	Seridó	41	
	Serra Redonda	55	
	Barra de Santana	35	
	Pilões	06	
Patos	Água Branca	32	180
	Diamante	03	
	Cacimbas	08	
	Ibiara	03	

	Olho d'Água	10	
	Junco do Seridó	08	
	Várzea	03	
	Manaíra	08	
	Emas	07	
	Quixabá	02	
	Condado	28	
	Juru	03	
	Nova Olinda	03	
	Malta	17	
	Desterro	09	
	Igaracy	03	
	Maturéia	04	
	São Mamede	03	
	Santana de Mangueira	01	
	Lagoa	06	
	Vista Serrana	19	
Sousa	São Bentinho	27	
	Belém do Brejo do Cruz	12	
	Aparecida	25	116
	São José da Lagoa Tapada	27	
	Cachoeira dos Índios	25	
		Total	697

Nessa amostra geral, se encontra a amostra qualitativa que foi constituída por 19 homens e 28 mulheres também de acordo com o delineamento por macrorregião e cidades. A divisão amostral qualitativa está representada na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da Amostra Qualitativa por Macrorregião, Cidades e Sexo

Macrorregiões	Cidades	Homens	Mulheres	N	Total
João Pessoa	Mataraca	1	2	3	
	Sobrado	1	3	4	9
	Caldas Brandão	1	1	2	
Campina Grande	Matinhas	2	3	5	
	São João do Cariri	2	4	6	
	Seridó	1	1	2	18
	Barra de Santana	2	3	5	

Patos	Condado	4	3	7	10
	Malta	1	2	3	
Sousa	São Bentinho	3	5	8	10
	Aparecida	1	1	2	
Total		19	28	47	

Os critérios de exclusão adotados foram os seguintes: (A) Recusa a participar do estudo; (B) Entrevistas com respostas inválidas; (C) Ter menos de 18 anos de idade; e (D) Residir na cidade há menos de 2 anos.

3.2.3 Instrumentos de Coleta de Dados

- a) **Questionário sociodemográfico** - com vista a caracterizar a amostra através das variáveis idade, sexo, escolaridade, atividade/profissão, estado civil e religião (Apêndice).
- b) **Questionário de Práticas e Acesso em Saúde** - questionário em que se aborda o estilo de vida, as práticas de cuidado com a saúde e o acesso aos serviços de saúde construído a partir dos estudos de Ribeiro (2013), Saldanha (2011), Saldanha, Carvalho, Diniz, Freitas, Félix e Silva (2008) e Saldanha, Silva, Tenório, Lima, Galvão e Amorim (2012) (Apêndice).
- c) **Observação e Diário de Campo** - utilização da observação e registro no diário de campo como método de coleta de dados em pesquisas, que consiste em um instrumento para o registro de informações que emergem do trabalho de campo e que posteriormente são utilizadas na análise dos dados. Foi realizada de forma assistemática (registro dos fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas), não participante (embora tenha contato com a comunidade, não se integra a ela) e naturalista (no local onde o evento ocorre), com o objetivo de captar e descrever a realidade observada.

Assim, as observações foram registradas em diário de campo de forma descritiva, ou seja, o texto buscou revelar e transmitir por meio das palavras as impressões, as percepções e as qualidades apreendidas sobre o objeto de estudo, de forma a representar o cenário e as personagens que dela participam. De forma geral, o diário de campo versa sobre as características particulares das práticas, como: data, local de realização, início e término da coleta, público da prática; e também foram descritos as facilidades e os desafios revelados para realização da coleta de dados, dentre outras observações sobre o cotidiano das práticas. As fotografias utilizadas foram meramente ilustrativas sem pretensões analíticas.

- d) **Entrevistas semiestruturadas** - baseadas no método das cenas conforme Paiva e Zuchi (2012), originalmente, utilizado para explorar aspectos da vida sexual cotidiana, foi adaptado pela pesquisadora para a identificação de situações de experiências relacionadas ao cuidado, práticas de saúde e acesso aos serviços de saúde de homens e mulheres, conforme é descrito a seguir:

A realização de entrevistas através da Técnica das Cenas permite considerar as três dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento, visto serem impregnadas de sentidos construídos historicamente, que se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais. Ao decodificá-las, se pode observar a violação e a negligência de direitos que aumentam a vulnerabilidade ao adoecer, assim como compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana (Paiva & Zuchi, 2012).

Nesse sentido, a produção de uma cena deve ser construída pela pessoa que fez parte dela, seguindo os seguintes passos (Paiva & Zuchi, 2012, p. 190-191):

1 – Produção da cena: A produção da cena é iniciada pelo pesquisador, que estimula a imaginação ativa do participante com perguntas que garantam a construção de uma narrativa dramática, recuperando a espontaneidade do vivido em um exercício mental e interno. O

pesquisador incita a atividade imaginativa, buscando o detalhamento do espaço da cena, a especificidade do horário, do tempo e do ritmo da ação, a descrição sobre como são e quem são os personagens relatados pelo participante. Estimula-se, então, a descrição do movimento que cada personagem presente na cena faz, fala ou sente, e a investigação sobre os sentidos da ação. No caso desse estudo, foi utilizada a seguinte instrução: Gostaria que você fechasse os olhos e lembrasse da última vez em que você ficou doente, pode ser aquela em que você considera que foi mais grave, ou a mais difícil. Lembrou? Diga onde você está? Que dia da semana e que horas são? Com quem você está? Fazendo o que? O que aconteceu? O que você sentiu? Você tinha tudo o que precisava? O que poderia ser diferente? Se você fosse homem, seria diferente? (Ao longo da narrativa, se fez perguntas de forma a se explorar a situação que estava sendo narrada pelo participante, possibilitando uma maior riqueza possível de detalhes). Ao final da narrativa, pediu-se que os participantes abrissem os olhos e imaginassem o personagem que viveu na cena narrada, à sua frente e se deu a seguinte instrução: Fale o que quiser para essa pessoa. Agora você é um profissional da saúde, atue como tal, o que você diria? Com a finalização da cena produzida pelo sujeito se iniciou a codificação.

2) – Codificação: Esse momento é o de compartilhamento da narrativa feita, de sua codificação para posterior decodificação. Pediu-se, então, que o(a) participante desse um título à cena mobilizada, a partir do qual se manteve uma conversa procurando não perder a sua dinâmica mais próxima de sua realidade experienciada na situação narrada. Dessa forma, organizou-se a memória por meio de uma cena, resumindo-a em um título, assim, se produz uma “chamada” que evoca a sinergia de elementos da experiência.

3) – Decodificação: O pesquisador, então, explorou e ampliou os detalhes da narrativa compartilhada (título). Buscou-se que o entrevistado falasse de outras dimensões, tais como os desejos, sentimentos, conflitos, valores em ação e antecedentes da cena. A decodificação

ampliou-se, até o cenário social e programático: o grau de acesso aos serviços de saúde e educação, orientação e saúde, ou quaisquer outros fatores relevantes naquele cenário e interação subjetiva, permitindo definir a quem responsabilizar ou entender porque a ação em saúde não se realiza, ou ainda, sugerir soluções para o problema. É importante ter em mente que a cena é única e nunca será a mesma depois de sua descrição; decodificá-la aumentará a probabilidade de modificá-la.

Além de coletar os dados, essa técnica pretende ampliar a compreensão sobre como a vulnerabilidade pessoal é produzida socialmente. Procura-se ampliar sua percepção e entendimento da experiência vivida e que foi narrada, indicando que o sujeito é detentor de sua vida cotidiana e sua capacidade de lidar com o que aprende sobre ela. A partir da conscientização, as pessoas podem reinventar as situações cotidianas e lidar com estas dimensões pessoais da experiência, conscientes das barreiras estruturais e da necessidade de mobilização social.

3.2.4 Procedimentos de Coleta de Dados

As seguintes providências foram tomadas para desenvolvimento do projeto:

- a) apreciação do projeto pelo Comitê de Ética recebendo parecer favorável - Parecer 316.559 - CEP, Unipê – (Anexo II);
- b) treinamento preliminar para a coleta;
- c) escolha aleatória dos municípios - obedecendo ao plano amostral anteriormente explicitado;
- d) viagem em equipe para as cidades selecionadas;
- e) construção do banco de dados (SPSS);
- e) transcrição e análise das entrevistas.

Os questionários quantitativos foram aplicados em lugares públicos como praças e logradouros ou nas residências dos participantes, de acordo com a disponibilidade dos

mesmos. A aplicação se deu de forma individual, sendo as respostas marcadas, pela pesquisadora ou por alguém da equipe de trabalho.

As entrevistas também foram realizadas nos domicílios, em lugares públicos como praças e logradouros com os homens e com as mulheres que se prontificaram a participar, em horário de sua disponibilidade. Cada entrevista foi conduzida e gravada pela pesquisadora com a devida autorização escrita dos componentes e, em seguida, transcrita na íntegra para possibilitar a análise dos dados.

Anterior à aplicação dos instrumentos, tanto dos questionários quanto das entrevistas, foram fornecidos os esclarecimentos éticos, assim como dos objetivos da pesquisa, garantindo aos participantes o anonimato e o sigilo das informações, respeitando a Resolução 466/2012 que envolve a pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). Também foram informados do caráter voluntário da participação, e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, recebendo cada participante uma via do mesmo (Anexo I).

Os registros no diário de campo foram feitos ao final de cada dia de coleta de dados pela pesquisadora, sempre datados, sinalizando o local, a situação observada e as condições que podem estar interferindo no fato.

3.2.5. Procedimentos de Apresentação dos Resultados e Análise dos Dados

Para análise do questionário sociodemográfico e questionário de práticas e acesso em saúde foram utilizadas estatísticas descritivas, com a utilização de medidas de posição (Média), de variabilidade (Desvio Padrão) e distribuição de frequências, além de medidas de associação (qui-quadrado e test t).

O conteúdo do diário de campo é analisado como complemento e contraponto dos dados recolhidos através da mobilização dos outros recursos técnicos selecionados. A utilização da observação permitiu captar relevantes impressões que estão além dos dados ou

que exemplificam esses subsídios levantados pelo uso do questionário e da entrevista. Revelou-se assim, como um privilegiado modo de contato com o real e de interação com os sujeitos, partilhando o espaço social da pesquisa. Sendo assim, as observações expressas no diário de campo se mostrou útil em associação aos outros métodos empregados, uma vez que permitiu captar a realidade concreta do campo e as especificidades dos participantes e locais dos estudos permitindo evidenciar seus desafios.

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processados em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993) em que, o material integral dos depoimentos, é sistematizado com base no destaque e identificação de categorias temáticas a posteriori, a partir de sínteses sucessivas, realizadas em duas fases: (a) Primeira Junção: realizada a partir das transcrições das entrevistas, a síntese se efetuou partindo de conteúdos comuns dentro de uma mesma entrevista; (b) Segunda Junção: realizada sobre os conteúdos identificados na primeira junção, uma segunda síntese foi realizada sobre os conteúdos comuns às diversas entrevistas. Esta sistematização é descrita conforme o esquema a seguir:

- Primeira Fase:

As transcrições foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de um mesmo depoimento, ou seja, de uma mesma entrevista, seguindo as seguintes fases:

A. Leitura Inicial: Nessa primeira leitura, que foi efetivada diversas vezes e em profundidade, identificou-se alguns pontos preliminares, ligados às Categorias Temáticas, realizando anotações a respeito de aspectos relacionados à situação (*rappport*, dificuldades de interação, disponibilidade e estado afetivo) e aos conteúdos propostos na entrevista.

B. Marcação: Foram selecionados trechos de conteúdos que corresponderem às Categorias emergentes, além de outros conteúdos também considerados relevantes.

C. Corte: Os trechos selecionados foram retirados do texto.

D. Junção: Os trechos selecionados foram agrupados por pessoa; ou seja, todas as anotações de uma mesma sessão foram dispostas em protocolos de análise.

E. Notação: Realizadas observações marginais sobre os trechos, comentando-os com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto das entrevistas.

F. Organização - Discussão: as observações marginais serviram como referencial para proceder à organização dos dados em uma segunda junção, em que foram agrupados os trechos de todos os participantes em relação a uma mesma Categoria Temática.

- Segunda Fase

Nesta etapa, as sessões não são consideradas individualmente e a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdo, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria em que se seguiu as seguintes fases, similares às primeiras:

G. Leitura Inicial: Realizou-se uma leitura para identificar os trechos cujos conteúdos são comuns, dentro de cada Categoria Temática.

H. Organização: Esses trechos foram então agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais, ou seja, em função de conteúdo específico de uma das Categorias Temáticas, em particular.

I. Notação: Quando necessário, ampliou-se as observações marginais relacionando-as às subcategorias, as primeiras notações foram ampliadas e relacionadas, entre si, dentro de uma mesma Categoria Temática.

J. Discussão Final e Redação: Realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram. As etapas realizadas para a análise dos dados podem ser observadas na tabela 6:

Tabela 7 - Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdo sobre o material transcrito nas entrevistas:

Primeira fase * (Participantes)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. Primeira Junção E. Notação F. Organização – Discussão
Segunda Junção – (Primeira Síntese)	
Segunda Fase ** (Conteúdos)	G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Discussão Final e Redação

*Conteúdos relacionados a várias categorias em um mesmo participante.

** Conteúdos de vários participantes em uma mesma categoria.

Após a análise e a apresentação dos resultados de cada instrumento utilizado nessa pesquisa, se realizou a Análise por Triangulação de Método, ou seja, se faz uso de três pontos de referência para adequar e articular as diferentes unidades, variáveis e indicadores diante da complexidade do contexto investigado, contribuindo para que os resultados obtidos possam ser examinados a partir de várias perspectivas (Minayo, Assis & Souza, 2005).

A análise das informações coletadas através da triangulação beneficia uma percepção de totalidade e, de particularidades, acerca do objeto de estudo apreendendo o significado que os sujeitos constroem sobre uma determinada realidade, favorecendo a integração entre os aspectos teóricos e empíricos, sendo essa articulação a responsável por imprimir o caráter de cientificidade ao estudo. Segundo Minayo (2010), esse processo de análise envolve duas etapas principais:

Primeira etapa: Refere-se à preparação e a reunião do material coletado, ou seja, das informações obtidas a partir dos dados empíricos e das narrativas dos entrevistados. Sendo

assim, foram realizadas as análises, a apresentação e descrição dos resultados: a) dos questionários Sociodemográfico e de Práticas e Acesso em Saúde; b) a organização e elaboração do Diário de Campo por macrorregião de saúde; e c) a análise e categorização das Entrevistas Semiestruturadas.

Segunda etapa: Compreende notadamente ao processo de análise em si. Com base nos objetivos do estudo proposto se efetivou a articulação de três aspectos fundamentais, sendo que o *primeiro* se refere às informações concretas levantadas com a pesquisa; o *segundo* compreende o diálogo com os autores que estudam a temática em questão; e o *terceiro* abrange à análise de conjuntura, que deve ser compreendida como o contexto mais amplo e mais abstrato da realidade estudada, ou seja, deve-se buscar para além das informações colhidas, identificar ideias e significados abrigados nas entrelinhas das transcrições e dos dados descritos, analisando-se não somente os subsídios que se obteve, mas também o contexto no qual as informações foram suscitadas, isto é, efetivar uma interpretação das interpretações (Marcondes & Brisola, 2014; Minayo, 2010; Minayo, Assis & Souza, 2005). A figura 4 ilustra a articulação dos três aspectos mencionados:

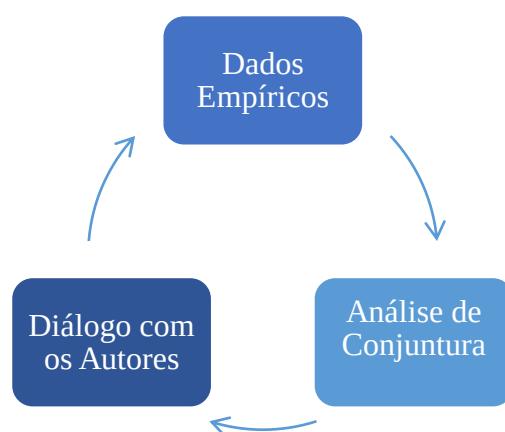


Figura 4 - Análise por Triangulação de Métodos

Adaptado de Marcondes & Brisola, 2014

Portanto, a Análise por Triangulação de Método destaca o diálogo entre os dados empíricos, os autores que tratam da temática e a análise de conjuntura, num contínuo movimento dialético.

3.2.6. Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos e submetido à avaliação do Comitê de Ética do Centro Universitário de João Pessoa - Unipê

Foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo elaborado está de acordo com a “Resolução no 466/12 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Este documento se constituiu da solicitação aos entrevistados para a participação no estudo, após terem sido informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e obtida a aquiescência - escrita e assinada - para participação, além de ser assegurado o anonimato.

Foram informados ainda que esse consentimento garante ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – RESULTADO DOS INSTRUMENTOS

Nesse capítulo, se contempla as etapas propostas pela Análise por Triangulação de Método. Portanto, primeiramente são apresentados e descritos os resultados obtidos por cada instrumento utilizado nessa pesquisa e, posteriormente, a articulação por triangulação propriamente dita com base nos objetivos do estudo proposto.

4.1.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, PRÁTICAS E ACESSO EM SAÚDE

Os resultados parciais, de caráter descritivo, apontam para um perfil dos participantes da amostra geral, ou seja, dos 697 sujeitos, com idade variando de 21 a 89 anos ($M=43,9$

anos; DP=14,5), 68% casados, tendo como atividade laboral principal para as mulheres ser dona de casa (32%) e para os homens a agricultura (33%). Embora prevaleça a escolaridade até o nível fundamental (48%), há maior número de mulheres com ensino superior comparado aos homens ($X^2= 16,323$ (df=4); $p=0,001$). Não obstante, os homens apresentam maior renda ($p=0,001$), ainda que na amostra geral, 57% ganham de um até dois salários mínimos, as mulheres recebem benefícios públicos, em destaque o Bolsa Família, e os homens recebem o Auxílio Doença (32% mulheres/15% homens). Os dados sócios demográficos estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 8 - Dados Sociodemográficos dos Participantes

Variáveis		Amostra Total (N=697)		Sexo (N)	
		N	%	Masc	Fem
Sexo	Masculino	334	48%	-	-
	Feminino	363	52%		
Faixa Etária	21 – 29 anos	145	21%	69	76
	30 – 49 anos	327	47%	143	184
	50 – 59 anos	107	15%	58	49
	60 – 89 anos	118	17%	64	54
Estado Civil	Casado *	475	68%	229	246
	Solteiro	133	19%	74	59
	Separado/Divorciado	50	7%	20	30
	Viúvo	35	5%	09	26
Escolaridade	Sem/escolar.	79	12%	52	27
	Fundamental	331	48%	157	174
	Médio	209	31%	94	115
	Superior	63	9%	23	40
Situação Laboral	Empregado	313	58%	172	141
	Desempregado	117	22%	59	58
	Aposentado	111	20%	64	47
Renda Mensal	Sem renda	02	-	02	-
	Menor 1 SM**	171	30%	60	111
	1 – 2 SM	329	57%	157	172
	3 – 4 SM	55	10%	40	15
	5 – 6 SM	09	2%	06	03
	Maior 6 SM	07	1%	06	01
Benefício Social (24% sim)	Bolsa Família	137	20%	31	106
	Auxilio Doença	11	2%	09	02
	Invalidez	07	1%	04	03

BPC***	06	1%	03	03
Garantia Safra	03	-	01	02

* Casamento formal ou coabitação

** Salário Mínimo

*** Benefício de Prestação Continuada

Em relação ao estilo de vida, a amostra geral indica que, o lazer para as mulheres se refere a ficar em casa (18%), encontrar as amigas (17%) e frequentar a igreja (13%), enquanto para os homens é sair para encontrar os amigos (24%) e jogar futebol (16%) ($p=0,001$). A atividade física regular foi relatada por 48% das mulheres e 44% dos homens, apresentando diferença estatística significativa em relação à modalidade, embora a caminhada seja citada em maior número (58%), os homens tem como segunda opção o futebol, enquanto para as mulheres é a academia ($X^2= 62,581$ ($df=3$); $p=0,001$). O tabaco é usado por 19% da amostra geral, sendo maior para os homens (58% - $X^2= 6,042$ ($df=1$); $p=0,001$) enquanto 44% são usuários de álcool, dos quais 63% são homens ($X^2= 68,699$ ($df=2$); $p=0,001$).

Tabela 9 - Estilo de Vida dos Participantes

Variáveis		Amostra Total (N=697)		Sexo (N)	
		N	%	Homens (N=334)	Mulheres (N=363)
Religiosidade	Alta	319	46%	125	194
	Média	318	46%	173	145
	Baixa	52	8%	31	21
Atividade Física	Não	386	55%	165	221
	Algumas vezes	133	19%	73	60
	Sempre	176	25%	95	81
Tipo	Caminhada	164	58%	74	90
	Futebol	67	24%	64	03
	Academia	40	14%	12	28
	Ciclismo	11	4%	08	03
Uso Tabaco	Sim	130	19%	75	55
Uso Álcool	Sempre	40	6%	38	02

Às vezes	261	38%	152	109
Nunca	391	56%	141	250

Os homens (15%) mais do que as mulheres (10%) declararam ter sofrido violência ($X^2= 3,996$ (df=1); $p=0,05$), na maioria física ($p=0,05$), sendo o agressor desconhecido para os homens (71%) e o cônjuge/parceiro para as mulheres (90%) ($X^2= 37,678$ (df=3); $p=0,001$), conforme pode ser visualizado na Tabela 9.

Tabela 10 - Vivência de Violência

Variáveis		Amostra Total (N=697)		Sexo (N)	
		N	%	Homens (N=334)	Mulheres (N=363)
Vitima	Sim	86	12%	50	36
Tipo	Física	44	63%	25	19
	Verbal	12	17%	07	05
	Sexual	05	7%	-	05
	Assalto	05	7%	04	01
	Psicológica	04	6%	03	01
Agressor	Conjuge/Parceiro	22	42%	03	19
	Desconhecido	22	42%	22	-
	Familiar Próximo	07	13%	06	07
	Filhos	01	-	-	01

Ainda de acordo com a amostra geral, a saúde foi vista como prioridade (35%), estando associada ao bem-estar (24%); a sua melhoria depende de comportamentos individuais (28%) e melhor estrutura dos serviços (22%). As mulheres procuram atendimento em menos tempo (últimos 6 meses; $p=0,001$), sendo a demora/mau atendimento (31%), a dificuldade de agendamento (16%) e a distância (16%) os maiores dificultantes para a prática e acesso em saúde.

Em relação aos exames preventivos, apenas 22% dos homens afirmaram ter realizado exame de próstata, enquanto 66% das mulheres afirmaram realizar consultas regulares ao ginecologista e ter feito exame de Papanicolau (85%), Ultrassonografia (53%) e Mamografia

(29%). O constrangimento em exames íntimos com profissional do sexo oposto foi relatado por 43% das mulheres contra 20% dos homens ($p=0,001$) da amostra geral.

4.1.2 – ANÁLISE DAS CENAS: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Após o processo de análise das entrevistas dos participantes da amostra qualitativa, ou seja, dos 47 sujeitos entrevistados, emergiram de suas falas categorias que foram organizadas conforme o modelo teórico das vulnerabilidades e dos objetivos contemplados nesse estudo. Destaca-se que, as variáveis de interesse foram os aspectos que dizem respeito às relações de gênero, o acesso ao atendimento, às práticas em saúde e à prevenção.

Com base nisso, no que se refere a **Vulnerabilidade Individual** emergiram duas categorias compostas por cinco e quatro subcategorias respectivamente. Assim, se tem a

Categoria I nomeada de **Cenários do Cotidiano Rural** em que há as subcategorias **Ausência de Trabalho**, **Ausência de Recursos**, **Ausência de Rede de Apoio**, **Violência** e **Sufrimento Psíquico**. Por sua vez, a **Categoria II** denominada de **Enfrentamento** emergiu as subcategorias **Álcool** e **Rede Privada** para os homens e **Cuidado com os Filhos** e **Religiosidade** para as mulheres.

Na dimensão da **Vulnerabilidade Social** há duas categorias compostas por três e quatro subcategorias respectivamente. Portanto, se tem a **Categoria III** nomeada de **Papéis de Gênero** em que emergiram as subcategorias **Homem Provedor**, **Mulher Cuidadora** e **Necessidades em Saúde**. A **Categoria IV** denominada de **Relações com os Serviços de Saúde** em que emergiram as subcategorias **Busca**, **Percepção do Atendimento**, **Constrangimento** e **Prevenção**.

A dimensão da **Vulnerabilidade Programática** indicou duas categorias sendo que apenas na primeira emergiram duas subcategorias. A **Categoria V** foi nomeada de **Serviço de Saúde** que aborda a experiência dos participantes quando utilizam os postos de saúde nas cidades rural pesquisadas, tendo como subcategorias **Atendimento** e **Acesso**. Já a **Categoria VI** foi denominada de **Assistencialismo Partidário**.

Na Tabela 11 está representada as categorias e subcategorias conforme as dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento a que estão relacionadas.

Tabela 11 - Classes Temática e Categorias de Análise

		HOMENS	MULHERES
CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vulnerabilidade Individual	Cenários do Cotidiano Rural	Ausência de Trabalho	Ausência de Trabalho
		Ausência de Recursos	Ausência de Recursos
		Ausência de Rede de Apoio	Ausência de Rede de Apoio
		Violência	Violência
		Sufrimento Psíquico	Sufrimento Psíquico

	Enfrentamento	Álcool Rede Privada	Cuidado com os filhos Religiosidade
	Papéis de Gênero	Mulher Cuidadora Homem Provedor Necessidade em Saúde	Mulher Cuidadora Homem Provedor Necessidade em Saúde
Vulnerabilidade Social	Relações com os Serviços de Saúde	Busca Percepção do Atendimento Constrangimento Prevenção	Busca Percepção do Atendimento Constrangimento Prevenção
	Serviço de Saúde	Atendimento Acesso	Atendimento Acesso
Vulnerabilidade Programática	Assistencialismo Partidário		

A seguir são descritos os resultados da análise categorial com base nos temas suscitados por classe temática:

1 - Vulnerabilidade Individual:

- a) A **Categoria I** foi nomeada de ***Cenários do Cotidiano Rural*** por abordar as condições concretas, a vida em cena desses homens e dessas mulheres e a forma como experenciam a sua realidade no contexto rural.

Nessa categoria, tanto os homens como as mulheres indicaram as dificuldades por eles experienciados no contexto rural principalmente no que se refere a ausência e as deficiências de recursos com que convivem diariamente, pois, sem a garantia de sustento, de estudo, de saneamento básico, de acesso a água tratada, de moradia adequada, de condições de ter

ingresso aos bens e serviços, de lazer, entre outros, há um comprometimento da qualidade de vida e no seu estado de saúde.

A ausência de infraestrutura, de recursos e de serviços disponíveis a população é uma queixa constante dos moradores das cidades rurais. Muitos relatam sentimento de impotência por não terem opções para suprirem suas necessidades e, mencionam principalmente o aspecto socioeconômico. Nesse sentido, emergiram as subcategorias *Ausência de Trabalho*, *Ausência de Recursos*, *Ausência de Rede de Apoio*, *Violência* e *Sofrimento Psíquico*.



Figura 5 - Categorizações das Vulnerabilidades Individuais da Categoria I: Subcategorias

Identificou-se nos relatos a subcategoria **Ausência de Trabalho** que foi citado por todos os participantes, tanto os homens quanto as mulheres, se sentem denegridos por não terem condições financeiras para arcarem com suas responsabilidades com os filhos e com a casa, de não poderem pagar um transporte para irem ao médico, para obterem o medicamento, a água e o alimento adequado.

“O que prejudica a saúde é a falta de trabalho, de estudo, não tem o que fazer a não ser passar necessidade...” (Entrevista Masculina 1 – 28 anos - III Macrorregião de Saúde).

“A pior coisa daqui é o emprego que não tem. Sem trabalho você não tem nada, nem comida, nem estudo, nem saúde”. (Entrevista Feminina 1 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

Afirmam que o recurso financeiro possibilita o cuidado com a saúde, mas prioritariamente oportuniza o cuidado com a vida, uma vez que sem capacidade financeira se fica dependente dos gestores das cidades para se ter alguma coisa, o que incomoda a maioria dos moradores entrevistados que se sentem inibidos e coagidos pelo clientelismo (cultura assistencialista) característico dessas cidades.

“A saúde é de primeira, pra quem apoia o prefeito, assim, vou até o meu prefeito, sabe trabalhei pra ele na campanha, a família tudinho da gente vota nele, ai fica bom. Vou lá e peço e tenho o carro pra ir até pra Sousa cuidar da saúde assim é mais fácil né, fazer o que, ajuda pra ter as coisas ...” (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“A Ambulância vem buscar, aqui tá bom. A enfermeira vem aqui quando a gente precisa isso tudo é meu vereador que é junto com a prefeitura, aí é melhor, mas antes era pior ainda até pra come tinha que pedir, mas com o bolsa família melhorou pra nós ...” (Entrevista Feminina 6 - 28 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Foi difícil criar esses meninos só. Ia pra roça, casa de família, pedir pra vereador...” (Entrevista Feminina 4 - 63 anos - I Macrorregião de Saúde).

A possibilidade de ter acesso aos recursos financeiros se dá através do trabalho, que foi pontuado pelos entrevistados como um bem precioso e o quanto sentem falta de ter uma

atividade reconhecida e que dê os frutos para uma vida digna. Contudo, o trabalho é enfatizado com algumas nuances diferentes para os homens e para as mulheres.

Os homens ressaltam a atividade laboral como um aspecto fundamental para a sua dignidade, respeito e possibilidade de manter sua família, que é a sua obrigação, sendo uma condição de notoriedade do papel masculino. Alguns mostraram elevada tristeza por terem ido trabalhar desde novo no roçado para acompanhar o pai, não tendo oportunidade de estudar. Por isso, percebem que ficaram sem alternativas para a vida, pois, cuidar da terra é o que sabem fazer e diante desse grande período de estiagem que vem se perpetuando no território paraibano, ficam angustiados com a situação em que se encontram.

“... é tanta carência, você trabalha desde cedo na roça, não tem estudo, também pra que não tem oportunidade pra fazer nada de diferente...a gente não tinha como estudar, era difícil, longe, e tinha que trabalhar pra ajudar os pais da gente. Eu queria ter aprendido alguma coisa, olha onde acabei...” (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Há entrevistados que se referem a dificuldade de trabalhar na terra que não é própria, que se submetem a ganhar pouco sem nenhum direito reconhecido, para tentarem não passar fome, mas mesmo assim a necessidade é elevada. Outros indicaram como estão desgostosos na velhice, porque trabalharam tanto nos roçados e agora se encontram impedidos de realizarem essa atividade o que o desvaloriza como homem, ressaltam muito que na velhice se perde tudo, deixa-se de “*ser gente*” segundo a fala de alguns entrevistados.

“A vida é pesada né, é difícil tem que trabalhar muito pro outro e ganha pouco, aqui no roçado tudo é difícil...não dava pra estudar era longe demais...que dizer tudo ainda tá longe né memo...mas agora tô velho não tem mais o que fazer e tenta trabalhar o quanto der ...” (Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Aqui os empregos quando se consegue um é tudo informal, não tem nenhum direito garantido, e normalmente é tudo pela prefeitura. Quando muda o prefeito quem é da trairagem (oposição) perde sua vaga e passa para outros da situação, é assim que tudo funciona por aqui...” (Entrevista Masculina 3 - 27 anos - III Macrorregião de Saúde).

“... agora tô veio, meus filho fora, sem condição de vive, não sou mais gente não”. (Entrevista Masculina 4 – 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Por outro lado, as mulheres, apesar de também trabalharem no roçado familiar, lamentam que os filhos tenham que ir embora da cidade em direção aos grandes centros urbanos para poderem ter condições de exercer uma atividade laboral, e dessa forma, não possam permanecer em sua terra junto à família. Além da preocupação por estarem longe, há a questão de muitos dos jovens que vão para as grandes cidades e não tiveram estudo, então temem pelo tipo de serviço a que se submetem. Relatam que a maioria dos jovens homens trabalham como auxiliares de pedreiros, em serviços gerais e as jovens mulheres em casa de família.

“Essa Paraíba veia não está com nada, sem recurso sem futuro. Meu marido foi três vezes para São Paulo, na terceira mataram ele lá. Vinha do trabalho. Normalmente os filhos sai para conseguir algo melhor e eu cuido dos netos. Só tenho duas filhas com estudo o resto ficou sem, nunca arrumou um emprego”. (Entrevista Feminina 5 - 56 anos - III Macrorregião de Saúde).

Ante a precariedade e a carência desses contextos, surgiu a subcategoria **Ausência de Recursos**. Nos municípios em que vivem, os participantes relatam não encontrarem soluções para que se modifique sua situação, descrevem as barreiras experienciadas que os impossibilitam de estudar, informam que as escolas são distantes dos sítios em que residem e,

como precisam trabalhar para obter o sustento de sua família, “*ir para a escola não é uma prioridade, pois, se precisa comer*”. Há dificuldade de irem ao posto de saúde que nem sempre funciona e além da distância desse serviço, ainda há falta de infraestrutura comunitária, condições inapropriadas de moradia e de estrutura sanitária nessas localidades.

“...olha as coisa daqui, sem limpeza, sem escola descente, sem trabalho bom, o roçado dá dando muito pouquinho, com essa seca...” (Entrevista Masculina 1 - 44 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Quem sofre somos nós do povo, sem emprego, ganhando pouco, sem direitos, sem saúde, sem estudo...poucos recursos pra viver”. (Entrevista Masculina 3 - 27 anos - III Macrorregião de Saúde).

“Eu vivi numa época que tudo era muito difícil, morava nos sítios não tinha como se estudar porque tinha que se andar mais de duas léguas acabava desistindo e indo ajudar os pais no roçado. Hoje as coisas são muito diferentes, tem coisa que não melhora nunca: a saúde e a educação é uma delas”. (Entrevista Masculina 3 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“A gente que mora longe no sítio, é que sofre mesmo ...” (Entrevista Feminina 3 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

A subcategoria **Ausência de Rede de Apoio** indica também uma situação constante no relato dos participantes. Na maioria das cidades pesquisadas, está ocorrendo o envelhecimento da população. Os mais jovens migram dessas localidades almejando melhores oportunidades e os idosos permanecem nas comunidades, alguns criando seus netos. Porém, se observou que muitos desses idosos estão sozinhos, sem apoio e sem cuidados adequados.

Reclamam da solidão, da desvalorização dos idosos e dos que não tem oportunidade de trabalhar.

As mulheres mais do que os homens se referiram a solidão, pois, os maridos saem para trabalhar em outros municípios, demorando para voltarem para casa. Elas se preocupam com a vida deles nas estradas, com os riscos que correm e pela distância. Falam da sobrecarga de terem que alimentar os filhos do roçado familiar e de ter que dar conta de tudo que acontece com eles e com o cotidiano. Quando precisam sair não tem com quem deixar as crianças. Contudo, os homens também relataram sentir falta dos seus herdeiros: das filhas por não estarem para cuidar deles e da casa, mas principalmente dos filhos homens, que foram embora e não ajudam mais no roçado. Verifica-se que, além da ausência de recursos, de infraestrutura comunitária, há a carência de rede de apoio. Principalmente no relato das mulheres há indicativos de se sentirem sozinhas e abandonadas, pois, a maioria informa que não contam com o apoio nem do companheiro.

“Adoecei devido a um estresse, problema de família; tenho filhos que foram para longe, moram longe, meu marido que viaja trabalhando, eu me preocupo porque aqui não tem trabalho pra eles ...” (Entrevista Feminina 3 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Tenho 10 filhos vivos, dois estão em São Paulo. Às vezes eu choro que meus filhos num vem nem aqui, já pejei para virem mas não querem ... quando comecei a ter filho, tive 13 filhos trabalhei de segunda a segunda, saia do resguardo e ia trabalhar e o marido procurando emprego nas cidades, ia e voltava e assim foi, sozinha com as crianças, cuidando da casa, hoje tô sozinha, homem não cuida de ninguém ...” (Entrevista Feminina 11 - 73 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Eu fiquei lá (no hospital) sozinha mesmo, meu esposo foi mais veio embora. Disse que não tinha o que fazer lá, e que tinha que ir trabalhar no outro dia, não podia ficar não...” (Entrevista Feminina 1 - 47 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Meus filhos foram pra fora aqui não tem trabalho, sem estudo, trabalha na terra tá difícil sem água, eles faz falta ia comigo no roçado, homem é mais forte, as menina foi ruim também, mas é que elas ajuda em casa, da comida da gente ...” (Entrevista Masculina 4 – 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Nas entrevistas se constatou também de forma alarmante a vivência da violência no cotidiano rural. Sendo assim, emergiu a subcategoria **Violência**, em que se identificou que os homens se envolvem mais diretamente em situações de violência, contra terceiros e contra eles mesmos, principalmente em brigas, o que os coloca numa grande desvantagem em termos de saúde, porque se expõe mais facilmente a situações de risco, especialmente nos espaços públicos. E na esfera doméstica, onde se encontram as assimetrias de poder, a dominação masculina se expressa em atos violentos contra as mulheres com repercussões na saúde delas.

“... bebia muito, sempre a distração é bebe, tu vai fazer o que, aí acontece as coisa, as briga, já apanhei e nem vi quem foi, só sei que dei também...” (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Saúde não sei o que é faz tempo, porque queria ter na vida sossego, paz e principalmente respeito. Sofro porque sou gorda e porque sou mulher. Há muitos anos apanho dele, já apanhei de corda. Ele é bruto e ignorante ...” (Entrevista Feminina 3 - 42 anos - II Macrorregião de Saúde).

“É um sofrimento, é tanta violência que não sei como estou viva ainda ...” (Entrevista Feminina 7 - 28 anos - II Macrorregião de Saúde).

Aliando-se esses fatores, há indicativos de que esses moradores se encontram em desvantagem estando vulneráveis diante das situações vividas em seu cotidiano, da não garantia de seus direitos e da ausência de recursos para a sua proteção, relatadas em suas entrevistas. Muitos sabem de seus direitos, do que deveria ser ofertado enquanto cidadão, mas também esclarecem que não tem a quem reclamar, pois, eles não são vistos, dessa maneira, a quem pedir ajuda para que a situação de modifique:

“Eu sei dos meus direitos, mas é complicado porque aqui a política prevalece e quem não é a favor de quem está no poder é negado os direitos, ninguém vem olhar fiscalizar isso, então fazem o que querem do jeito que querem”. (Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Pra quem pedir ajuda ... eles mandam em tudo, mascaram tudo e povo é quem sofre”. (Entrevista Feminina 2 - 37 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Viver nesse cenário descrito, fomenta diversos prejuízos para a vida e para a saúde dessas pessoas que, expressam em seu discurso, as aflições, as angústias, as amarguras, os temores experimentados em seu cotidiano. Assim, há a apresentação da subcategoria **Sufrimento Psíquico**. Os participantes relatam se sentirem desprezados, abandonados, desrespeitados, humilhados com sentimento de menor valia e perda de sentido de vida.

“A pessoa só fica bem de saúde quando tá se sentindo em paz. Mas como a pessoa fica em paz sem trabalho, sem comida, sem ter nada na vida, os filho longe, um sofrimento só”. (Entrevista Masculina 3 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Já sofri tanto, que não sei como estou viva ainda, mas também de que adianta uma vida assim, não tenho vontade de viver mesmo”. (Entrevista Feminina 3 - 42 anos - II Macrorregião de Saúde).

b) **Categoria II** - Dando continuidade a apresentação dos resultados da dimensão da Vulnerabilidade Individual, a Categoria II foi denominada de **Enfrentamento** e se refere a forma como os homens e as mulheres lidam e enfrentam as adversidades do seu cotidiano de acordo com a sua perspectiva de vida, seu estado emocional e suas atitudes em cena. Dessa forma, emergiram as *subcategorias* *Álcool* e *Rede Privada* para os homens, e *Cuidado com os Filhos* e *Religiosidade* para as mulheres.



Figura 6 - Categorizações das Vulnerabilidades Individuais da Categoria II: Subcategorias

Diante desse cenário, desse cotidiano marcado por privações e necessidades não supridas e de situações em que não se vislumbra possibilidades de mudanças, os participantes apresentam formas de enfrentamento que indicam a maneira como lidam com essas dificuldades. Na análise do conteúdo apresentado pelos homens, emergiu a subcategoria **Álcool.**

Os homens em sua maioria se utilizam da bebida como fuga de seus sofrimentos e aborrecimentos. Expressam essa atitude como um hábito, um lazer que traz alívio e momentos de felicidade. Percebe-se em suas falas um sentimento de desesperança e de insatisfação diante da falta de perspectiva de trabalho ou da baixa remuneração a que se submetem, principalmente por não conseguirem prover suas famílias e suas casas. Contudo, se verifica também que, na realidade, há uma valorização pela escolha dessa alternativa, pois, a bebida é creditada como uma diversão que faz parte prioritariamente do universo masculino, “*do cabra forte*” e valente.

“A diversão do homem é bebe, outro dia memo, os cabas tavam tudo bebendo acola e pelejaram, ai disseram: “tem um litro de cana germana, que eu vou comprar que é pra nós participar, pra nós bebe, e uns tira gosto, umas coisas que é pra nós bebermos a noite todinha; quando chegar uma nós trás outra, homem aguenta ...” (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Já no que diz respeito ao enfrentamento das dificuldades no acesso aos serviços e na prática de cuidado a saúde, os homens acreditam que a única possibilidade plausível é se possuir recurso econômico para poder financiar a saúde e ter ingresso a assistência particular, assim surge a subcategoria **Rede Privada**. Mas, para, quem não disponibiliza de condições para isso fica à mercê da sorte ou da morte.

“Pra ter saúde tem que ter dinheiro e quem tem vida senão fica aí sem nada esperando a morte vir né”. (Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

Por outro lado, as mulheres em suas narrativas deixam claro que possuem um grande objetivo que as mobilizam a enfrentarem as adversidades, que as impulsionam a lutarem e fazerem “*das tripa coração*”, assim, se tem a subcategoria **Cuidado com os Filhos**. Elas

procuram ultrapassar os mais diversos obstáculos a fim de dar, mesmo que seja pouco, o sustento dos filhos. Muitas esclarecem o quanto foi importante o Programa Federal Bolsa Família, que permitiu muitas vezes que os filhos não morressem de fome. Elas se lançam nas mais diversas tarefas, vão ao roçado, trabalham em casas de famílias, lavam roupa, cozinham para as casas, fazem artesanato, costuram, enfim, tentam fazer algo pelos filhos e sofrem muito ao vê-los crescerem nesse contexto.

“... só forte viu, 5 hs da manhã já tô cuidando dos meus bicho, crio galinha, cuido da casa. Eu faço tudo cozinheiro, varro casa e cuido do filho o jeito é cuidar né, eles precisam da gente, doe na gente vê eles sem condição nessa cidade ...” (Entrevista Feminina 6 - 74 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“.... eu arregacei as mangas e entrei na roça, enchi a casa de verdura de feijão, algodão. Eu adoro trabalhar, criei meus filhos assim. Lava roupa pra fora, costurava, fiz de um tudo, se sabe né por filho a gente faz das tripa coração ...” (Entrevista Feminina 4 - 65 anos - III Macrorregião de Saúde).

“... eu ia para a roça. E quando chegava em casa fazia os restantes, ia cozinhar e limpar casa dos outros ...” (Entrevista Feminina 3 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Sobre o enfrentamento no cuidado à saúde, emergiu a subcategoria **Religiosidade**. É comum as mulheres utilizarem-se de ervas para tratarem as doenças, pois, afirmam diversas dificuldades no acesso aos serviços de saúde, entre elas destacam a distância, a falta de transporte, a falta de médicos e a demora no atendimento. Nos relatos de agravamento de doenças, de morte dos filhos, de abortos, e da própria situação de vida em que se encontram, as entrevistadas justificam essas experiências com base na religiosidade, ou seja, em

provações divinas e fatalidades. Com base nessa mesma crença, esperam as mudanças e a melhora da vida, assim, “*quando Deus quiser*” tudo será diferente.

“Tive doze filhos só se criou 9 filhos. Um que adoeceu de tarde e o outro morreu de 3 horas da manhã e não soube do que, morreram porque Deus quis”. (Entrevista Feminina 5 - 56 anos - III Macrorregião de Saúde).

“... eu tive 11 filhos e Deus levou 02 e criou-se nove.... O primeiro eu não sei, acho que foi um medo que teve aí com 24 horas morreu. Acho que foi uma galinha que gritou e ele teve um susto, aí adoeceu”. (Entrevista Feminina 4 - 47 anos - IV Macrorregião de Saúde).

2 - Vulnerabilidade Social:

c) A **Categoria III** foi nomeada de ***Papéis de Gênero*** que aborda as experiências sociais para os homens e para as mulheres baseadas na percepção que possuem da diferença dos sexos. A naturalização de certas características que seriam tidas como próprias a homens e a mulheres, que são reproduzidas nas crenças sociais sobre o papel e as funções masculinas e femininas influem nas condutas, nas escolhas, nas expectativas e no estilo de vida com impacto nas condições e na forma de cuidado à saúde. Nesse sentido, emergiram as subcategorias *Homem Provedor, Mulher Cuidadora e Necessidades em Saúde*.



Figura 7 - Categorizações das Vulnerabilidades Sociais da Categoria III: Subcategorias

Na categoria ***Papéis de Gênero*** se verificou que as construções socioculturais sobre o que seriam os atributos do universo masculino e do feminino são fortemente delimitadas e valorizadas no contexto rural: o **Homem Provedor** e a **Mulher Cuidadora**. Os homens têm a função de sustentar sua casa, sua companheira e sua prole a partir do dinheiro vindo de seu trabalho. As mulheres têm que cuidar da casa, dos filhos e prioritariamente do marido. Mesmo que o homem não tenha trabalho, que o roçado não esteja garantindo o sustento familiar, ele tem um papel de destaque na família, é o chefe da casa e de todos que lá residem.

“Os homem não gosta dessas coisa de médico, de tá no posto direto, quem cuida da gente é a mulher né, minha mãe fazia e agora minha mulher. Isso é pra mulher, que os homem tão no roçado direto, não tem tempo pra isso não ...” (Entrevista Masculina 1 – 44 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Quem cuida dos filhos, quem acompanha é a mulher, porque ela fica mais em casa, o homem vai trabalhar fora e ela quem sabe de tudo essas coisas né, isso é pra mulher mesmo”. (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

O roçado familiar, é bem característico nessas localidades e conta com a participação de todos os membros no cultivo, mas a figura do homem é a principal, pois, ele é considerado o que possui a capacidade e a força para o plantio. O papel da mulher é sempre de uma ajudante, de alguém que auxilia nessa produção.

As atitudes dos homens relacionados à masculinidade também podem ser identificadas na subcategoria **Necessidades em Saúde** numa supressão e recusa em reconhecer sua dor e seu sofrimento, se posicionando como forte, viril, invulnerável e com controle físico e emocional. O comportamento por eles adotado é contrário a condutas positivas em saúde (sendo mais suscetível ao álcool, ao fumo, as drogas, a alimentações prejudiciais) já que os cuidados em saúde estão associados ao universo feminino. Inclusive há uma desvalorização em suas falas das mulheres, que são descritas como fracas, numa banalização da saúde delas.

Eles acreditam que as mulheres possuem mais necessidades em saúde, como se tivessem mais “coisas” para cuidar devido a fragilidade feminina, assim, atribuem mais adoecimento a elas, além de que essas necessidades estão associadas normalmente a questões da reprodução (ginecológico/maternidade).

“Homem só vai quando tá ruim memo, as mulher não vai mais pra essas coisas, tem que cuidar mais né, aí elas são mais complicada...tem uns troço pra fazer coisa de mulher né que homem não precisa...aí tem esses exame sempre e é elas que cuida das crianças, dos netos, é assim ...” (Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

“A mulher vai mais pro posto né....a mulher que sente mais as coisas, o homem é difícil sentir, pelo menos eu sou um”. (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“O homem é mais forte, porque o povo diz que depois dos quarenta anos o homem tem que fazer exame de próstata e a mulher faz exame de toque faz direto de seis em seis meses a maioria dos homens daqui não faz”. (Entrevista Masculina 5 - 36 anos - III Macrorregião de Saúde).

O interessante nas falas dos participantes foi que, os homens colocavam as mulheres como frágeis, que vão sempre ao posto, muitas vezes por besteira, que eles não precisavam disso, que não podem perder tempo nos serviços de saúde. Contudo, nas cenas elaboradas por eles, a maioria se referiu a sua condição de saúde, aos problemas que sentem e que possuem, que vão desde tristeza, nervosismo, sequelas do AVE (Acidente Vascular Encefálico) e hipertensão à consequência de acidente de moto e de carro, incidente no trabalho, prejuízos por conta do álcool e de brigas na rua. Mas, negam suas necessidades de cuidado a saúde, descrevendo que o homem é forte e tem que aguentar a pressão.

“Não ia pra medico não, nunca gostei, fica lá perde tempo...queria é diverti, toma cana, mas quando fiquei ruim memo, tombando, fui pro hospital. Achava que doença era coisa de mulher e não pra homem”. (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Por outro lado, as mulheres citam mais as condições da saúde dos maridos, dos filhos e de seus parentes, indicando o papel assumido, reproduzido e esperado da feminilidade, da mulher como cuidadora por excelência, voltada ao mundo doméstico e, o homem, preocupado com ele mesmo e pertencente ao mundo público.

“Quase não fico doente, eu nunca precisei, só alguém da minha família, minha mãe, meu pai, marido e filhos principalmente”. (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

Associa-se ao perfil esperado dos homens rurais que seja “*cabra macho*” que possua um constante e imperativo interesse em sexo e um comportamento agressivo. Nota-se nas falas dos homens uma negligência quanto ao risco de contraírem doenças, bem como uma indiferença quanto a qualquer atitude preventiva para si e protetoras em relação às suas companheiras. Mantêm um padrão de referência masculina de poder e de conquista que prejudicam sua saúde, e muitas vezes a de sua companheira, mas que são significantes de masculinidade e instrumentos que os homens usam na negociação de poder social e de status.

“Eu tive, mas ela não é doida de ter essa tal de doença venérea, isso é de homem, sabe né, o homem não pode ver uma mulher bonita né ..., mas a esposa da gente não, essa tem que ser direita, não pode ter essas coisas senão o caba tá na mal ...” (Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Aqui mulher é pra ter uma penca de filhos e fica cuidando, cuidando da casa, do marido que sai pra raparigar...” (Entrevista Feminina 2 - 25 anos - II Macrorregião de Saúde).

Essas características de sertanejo forte trazem identidade ao homem rural, por isso ter experiências que sejam incongruentes com as crenças sobre comportamentos masculinos interferem em sua subjetividade e em sua vida social, pois não conseguir adotar os padrões tradicionais de masculinidade os desqualifica, podendo ser considerado “*pouco homem*” pelos outros e, inclusive por si mesmo, principalmente se sua conduta se aproxima da fragilidade e sensibilidade depositada ao universo feminino:

“Foi muito ruim quando peguei a depressão, não podia fazer as coisas que o homem faz né... e essa coisa de emoção forte, não achei que tinha essas coisa pra homem não”. (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

Essa cultura de valorização do homem (macho), sexo forte e força para o trabalho, são perpetuados também pelas mulheres em suas falas. Elas relatam que os homens não adoecem, que as demandas deles são bem menores do que as delas, assim elas possuem mais necessidades em saúde, apesar de citarem mais as condições com a saúde dos maridos, dos filhos e de parentes. Entretanto, na realidade, os percebem como descuidados por não buscarem ajuda e por não se cuidarem, o que traz apreensão a elas, mas é próprio do homem não se preocupar com a saúde e é competência da mulher cuidar da saúde.

“... em relação a saúde quem é mais forte é o homem, porque o homem não adoece muito a mulher adoece mais”. (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

Como a função do cuidado é depositada ao feminino, quando não há alguma mulher que cuide delas e as acompanhe (mãe, amiga, nora, vizinha, sobrinha, prima, sogra) ficam sem apoio, porque isso não é papel do homem. Eles alegam e elas afirmam, a questão do trabalho, que eles não podem se ausentarem de suas atribuições para ficarem com as esposas e com os filhos. Assim, se identifica o quanto o social e as próprias relações de trabalho contribuem para essa situação: uma mulher se afastar de suas atividades para cuidar do marido e dos familiares é aceitável e esperado, mas um homem não.

“A fila, a espera que é muito grande, não é bem atendido. Ai às vezes o caba não vai mais por conta disso. Prejudica é o trabalho, né, que homem deixa de trabalhar”. (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“... as vezes ia pro posto mas não tinha médico e nos poucos dias que tinha era tanta fila que ia embora trabalhar. É ruim perde o trabalho. Um dia no trabalho comecei a me sentir bem mal, dor no peito sei que fiquei tão ruim fui às pressas pra Serra Branca,

quase enfartei pressão 20/12”. (Entrevista Masculina 3 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Eu por exemplo, tenho pouco tempo pra cuidar da minha saúde, porque cuido da minha família”. (Entrevista Feminina 2 - 37 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“... o marido tem que trabalhar né, não dá pra ele cuidar da gente! ” (Entrevista Feminina 1 - 47 anos - I Macrorregião de Saúde).

d) Já a **Categoria IV** denominada de **Relações com os Serviços de Saúde** indica a vivência dos participantes, segundo a concepção de gênero, com o cuidado, a prática, o acesso em saúde e a prevenção. Sendo assim, emergiram as subcategorias *Busca*, *Percepção do Atendimento*, *Constrangimento* e *Prevenção*.



Figura 8 - Categorizações das Vulnerabilidades Sociais da Categoria IV: Subcategorias

As concepções de gênero influem diretamente nas práticas de cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Os participantes em seus relatos indicam que os serviços de saúde são percebidos como um espaço prioritariamente feminino. Assim, na subcategoria **Busca**, as mulheres relatam que procuram se cuidar mais (delas mesmas e dos seus) e assim, frequentam mais aos serviços.

Suas práticas de saúde se iniciam na contracepção, continua na gravidez, se intensifica com a vinda dos filhos e as acompanham ao longo da vida, com a atenção às pessoas idosas. A procura pelos serviços de saúde está normalmente relacionada a supervisão do tratamento aos doentes de sua família e a sustentação cotidiana da saúde numa naturalização de suas atribuições quanto mulher. A integralidade feminina fica comprometida, pois há uma limitação de sua saúde aos aspectos reprodutivos, sendo até mesmo banalizado outras demandas. Afirmam ainda que, em sua percepção, os homens por serem mais fortes e acomodados somente procuram ajuda em estado grave, quando não possuem mais recursos disponíveis para que venham lidar com a dor.

“Quem cuida dos filhos, quem acompanha é a mulher, porque ela fica mais em casa, o homem vai trabalhar fora e ela quem sabe de tudo essas coisas né ... em relação a saúde quem é mais forte é o homem, porque o homem não adoece muito a mulher adoece mais”. (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Mulher é assim, tem que cuidar dos filhos, sobra tudo pra ela cuidar: mãe, família ...”
(Entrevista Feminina 2 - 37 anos - IV Macrorregião de Saúde)

“Os homens procuram mais cuidar quando acham que vão morrer. A mulher procura mais pela saúde. As crianças é a mesma coisa, é mais a mãe que procura e cuida”.
(Entrevista Feminina 4 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Com certeza o homem, só vai quando está nas ultimas. Porque eles não gostam, acho que são descuidados mesmo, e tem o trabalho né ...” (Entrevista Feminina 6 - 28 anos - I Macrorregião de Saúde).

“A gente vai no posto e eles lá ficam só falando de um exame que tem que fazer nem sei pra quê, um tal de citológico... e eu com dor, vatê ...” (Entrevista Feminina 1 - 33

anos - IV Macrorregião de Saúde).

Esse dado se confirma na fala dos homens que afirmam procurar um serviço de saúde quando a situação é insuportável, além de atribuírem às dificuldades encontradas no acesso ao serviço o empecilho a sua frequência, enfatizando a questão da demora no atendimento, a baixa resolubilidade, além dos aspectos de gênero já mencionados que o homem tem que trabalhar e que não dá atenção a essas “coisas” de saúde. Logo, eles preferem os serviços de emergência e urgência quando se faz necessário porque não podem perder tempo em postinhos como as mulheres fazem e “*podem*”.

“É ruim pra qualquer um, mas o homem procura menos, ele costuma tá muito ruim pra ir ao médico, mulher não, previne mais, se cuida mais, acho que porque ela pode fazer isso, pode esperar a maçada”. (Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“O trabalho no roçado é pesado, cansa mesmo. A mulher já fica em casa, cuida das meninas cansa menos né então tem mais tempo pra essas coisas”. (Entrevista Masculina 2 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

Sobre a subcategoria **Percepção do Atendimento**, no que diz respeito a questão de gênero, as mulheres acreditam que, os homens quando buscam o serviço são recebidos e atendidos com mais qualidade pelos profissionais de saúde, porque como não costumam frequentar os serviços quando vão, normalmente o caso é grave e precisa de atenção, além de que eles são mais bravos então, atendem melhor.

“A diferença quando eles atendem os homens é que eles são mais bravos, aí atendem melhorzinho”. (Entrevista Feminina 1 - 47 anos - I Macrorregião de Saúde).

Por outro lado, os homens afirmam que o atendimento para elas é melhor, porque o posto é estruturado para as mulheres, que é só prestar a atenção para ver que tudo no posto foi pensado para atender a elas, como por exemplo, não há medico urologista para a demanda deles, o horário de funcionamento que coincide com o do trabalho, os profissionais que são em sua maioria do sexo feminino e, acreditam que por elas sempre irem ao posto, fazem mais amizades, conhecem as pessoas que ali trabalham e que assim são melhor atendidas.

“... se fosse uma mulher ela seria atendida melhor porque vive no posto e conhece o pessoal de lá’. (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Se fosse uma mulher que tivesse com dengue e tivesse ido lá o atendimento teria sido melhor porque tem mais amizade com a enfermeira, elas vão muito ao posto, aí é mais facil pra elas...” (Entrevista Masculina 2 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

Ambos entrevistados, tanto os homens quanto as mulheres, indicaram se sentirem envergonhados ao serem examinados por profissionais da área de saúde do sexo oposto, dessa forma emerge a subcategoria **Constrangimento**. Contudo em suas narrativas, as mulheres se colocaram mais acessíveis quando é necessário serem cuidadas por esses profissionais. Elas não aceitam mesmo quando há uma restrição ou proibição por parte de seus companheiros que inibem e coíbem até mesmo uma consulta com um médico.

Os homens relataram serem mais envergonhados nesses casos, negando o atendimento com profissionais do sexo oposto. E, até mesmo quando é um médico do mesmo sexo isso pode ocorrer, porque sentem vergonha de perguntar e de falar sobre o possuem e sanar suas dúvidas por acharem que isso pode indicar fragilidade, os tornando “*menos homem*”, assim, as dificuldades em saúde estão relacionadas ao universo feminino e qualquer aproximação com esse contexto os desqualifica enquanto homem.

“Muitas vezes tive vergonha de contar pro médico o que sentia, isso não é pra homi, então nem ia ...” (Entrevista Masculina 1 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

De acordo com a subcategoria **Prevenção**, os homens procuram o posto por estarem doentes, se sentindo mal, não buscam cuidados se não tiverem algo que seja insuportável, então a precaução ante o adoecimento não é realizada. A prevenção é descaracterizada, pela falta de informação sobre a saúde do homem os levando a conclusões baseadas em sua percepção de gênero. Ser forte está ligado ao aspecto do sexo biológico, a mulher é subjugada por seu sexo que é frágil por isso tem que ser cuidada, que é um sinal de fraqueza da própria constituição feminina. Como ao papel feminino está caracterizado o cuidado com a saúde então elas procuram mais realizar cuidados preventivos, mas normalmente delimitado pela questão reprodutiva.

“Tu sabe né homem como é. Diz que o povo vai dar dedada (rsrsrsrs) não faz de jeito nenhum exame que os homem tem que fazer, faz outros exames hoje como de sangue por causa do enfarto, mas o de próstata não. Diz que isso não é coisa para homem é para boiola”. (Entrevista Feminina 4 - 47 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“As mulheres cuidam muito mais, elas têm que se cuidar por conta de ser mãe, o pré-natal é muito importante, sempre falam disso ...” (Entrevista Feminina 5 - 50 anos - IV Macrorregião de Saúde).

3 - Vulnerabilidade Programática:

e) A **Categoria V** foi nomeada de **Serviço de Saúde** que aborda a experiência dos participantes quando utilizam os postos de saúde nas cidades rurais pesquisadas, tendo como subcategorias *Atendimento e Acesso*.

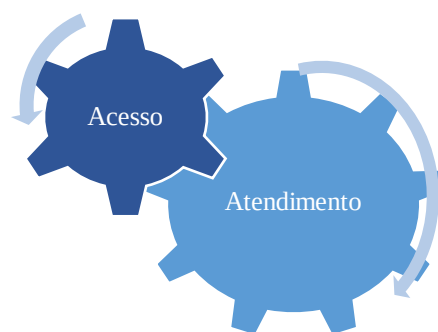


Figura 9 - Categorizações das Vulnerabilidades Programáticas da Categoria V: Subcategorias

Na subcategoria **Atendimento**, os serviços de saúde são descritos como ruins e de baixa qualidade. Os participantes narram as dificuldades de se conseguir o atendimento e quando os obtém são mal recebidos e tratados como ignorantes pela equipe de saúde, principalmente pelo médico, que os recebe de “*má vontade*”.

Referem-se também a ausência de profissionais nos postos, na demora do atendimento, na baixa resolubilidade para seus problemas, na ausência de medicamentos e de material em geral e, de não se ter a possibilidade de fazer exames na própria cidade. Os serviços são muitas vezes desacreditados pela população porque realizam muitos encaminhamentos e por não se conseguir os cuidados necessários.

“O setor de saúde é complicado porque além de não ter medicamento, a pessoa não é bem atendida”. (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“O atendimento é ruim, nunca tem nada, recebe mal e com a cara feia”. (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

A subcategoria **Acesso**, também indica as dificuldades no ingresso aos serviços de saúde que foram citadas pela maioria dos participantes. Relatam os obstáculos enfrentados para se conseguir ingressar nos serviços tendo sido destacados a acessibilidade dos serviços:

que são distantes ou não estão em funcionamento, os horários do posto que nem sempre está disponível o expediente completo e nem todos os dias da semana, a falta de profissionais nos serviços, a dificuldade para se obter uma ficha para serem atendidos, a fila e a demora para obterem essa ficha e a carência de socorro em situações de emergência.

Os homens apesar de relatarem que vão pouco aos serviços de saúde, foram os que mais reclamaram da estrutura e do funcionamento desses, inclusive culpabilizando essas instituições pelas barreiras encontradas que os impedem de buscar o serviço e assim, o cuidado a saúde. Entre os pontos citados está a demora no atendimento, as longas filas, a baixa qualidade com que são tratados pela equipe de saúde, a ausência de recursos no próprio posto, a falta de campanhas e de profissionais voltados a suas demandas e, principalmente o horário de funcionamento que não os contempla por causa de suas atividades laborais.

“O problema do postinho é uma questão de atendimento para conseguir uma ficha tem dormir na fila, tem que chegar de madrugada para quando amanhecer já estar na fila e eles atendem por ordem de chegada com limite de vinte fichas pessoas, e quem chegar a mais dessas vinte fichas mesmo estando doente não será atendido”. (Entrevista Masculina 4 - 67 anos - III Macrorregião de Saúde).

“Se tivesse um posto a noite seria melhor, porque o homem trabalha”. (Entrevista Masculina 2 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

As mulheres também enfatizam esses obstáculos no acesso aos serviços de saúde, sobretudo como são tratadas sem respeito pelos profissionais, pois, afirmam que a equipe de trabalho acredita, que elas possam esperar o tempo que for necessário para serem atendidas, que é sua obrigação estar disponível, mas suas atribuições com a casa, com os filhos e com os maridos não esperam, assim elas acabam ficando sobrecarregadas em suas tarefas diárias sem direito a colaboração.

“Pra falar com a medica tem que pega a ficha, as vezes consegue, as vezes demora muito, tem que ter paciência né, é isso que querem da gente, paciência...” (Entrevista Feminina 6 - 28 anos - I Macrorregião de Saúde).

“... aqui é difícil, um posto pra tudinho, tá sempre cheio, sem médico, todo dia um tumulto...” (Entrevista Feminina 4 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

Os poucos entrevistados que elogiaram os serviços, tendo sido uma minoria, são funcionários da prefeitura ou pessoas ligadas a ela. Mas, apesar de dizerem que gostam dos serviços e que lá possuem tudo de que precisam, nas cenas elaboradas fica claro que esse “*possuir tudo*” é ter facilidade no acesso ao carro da prefeitura e aos agendamentos para irem a outras cidades para se tratarem, para fazerem exames e para adquirirem a medicação. Pois, os recursos não estão disponíveis nas cidades que residem e sim nos municípios de referência para onde se deslocam a fim de terem acesso aos serviços de saúde.

“A última vez que eu tive um problema de saúde foi depressão, alguém que estava na gestão favoreceu alguma coisa...” (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

“... tenho transporte sempre que peço, tudo elas me dão, sou do lado deles sabe...” (Entrevista Feminina 4 - 65 anos - III Macrorregião de Saúde).

f) Diante dessas questões emerge a **Categoria VI** que foi denominada de ***Assistencialismo Partidário*** que indica a interferência da política no acesso ao serviço.



Figura 10 - Categorizações das Vulnerabilidades Programáticas da Categoria VI: Subcategorias

Dessa forma, se verificou nessa categoria que o ***Assistencialismo Partidário*** permeia todo o contexto rural. As pessoas que são ligadas as prefeituras recebem atendimento considerado bom, mas somente para quem é da “*situação*”, ou seja, de quem apoia o prefeito, os da “*trairagem*” que são os da oposição, são muitas vezes negados o acesso aos serviços, sendo impedidos através da negação do atendimento, da recusa de transporte, da negligencia dos medicamentos, não oportunizando as condições de realizarem as práticas de cuidado a saúde e sim dificultando ainda mais a situação, numa clara violação dos direitos dos cidadãos.

“Se eu sentir mal não procuro esse posto daqui que eu não sou atendido principalmente porque sou da oposição a esse prefeito...” (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Aqui tem saúde quem apoio a prefeitura senão eles mesmo matam”. (Entrevista Feminina 3 - 42 anos - II Macrorregião de Saúde).

“... botam aí o cartaz do mês da mama cor de rosa e não deixa a gente fazer o exame, dizem que não dá. Mas, é porque a gente não voto neles. Então pra que isso, nunca vai

dar nada mesmo”. (Entrevista Feminina 5 - 62 anos - I Macrorregião de Saúde).

Dentre o que foi exposto, se percebe que as condições de saúde de uma população não estão subordinadas exclusivamente aos aspectos da natureza, como no caso das cidades rurais paraibanas, que em sua maioria estão situadas no sertão sofrendo pela sua limitação no acesso a água devido as longas estiagens com dificuldade pelo seu ambiente escasso. Existem outros condicionantes fundamentais para que se tenha oportunidade e poder de decisão na busca pela saúde, entre elas estão o social, o econômico, o político e o programático que perfazem a qualidade de vida de seus moradores e as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver.

Portanto, saúde é a articulação de diversos indicadores que envolvem o subjetivo, o social, o econômico, o cultural e o institucional num contexto, numa realidade concreta, sendo essenciais para que, por exemplo, um potencial acesso se transforme em uso de serviços, para que se possa realizar práticas de cuidado e para que se concretize a prevenção, sempre se considerando o próprio sujeito um potencial agente transformador de sua realidade.

Como foi apontado na análise das cenas, na vida em cena, o produto da interação desses diversos fatores promove a suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento, predispondo as comunidades ao risco, assim como a carências de recursos para a sua proteção, integrando os três eixos interdependentes da vulnerabilidade.



Figura 11 – Categorização e integração dos três eixos interdependentes da vulnerabilidade:
Categorias

Entre os aspectos mencionados há ausência de trabalho, a falta de recursos e de rede de apoio social, a violência, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, a baixa resolubilidade desses serviços, assim como a qualidade ruim ou a ausência dos recursos técnicos e humanos, o assistencialismo partidário e as questões de gênero que foram bem enfatizadas.

Entender a importância da dimensão dos papéis sexuais no contexto rural, o seu sentido e a maneira como estabelecem uma ordem social, é descobrir como o gênero funciona nessas relações, dando um sentido à organização social dessa população, que analisadas em seu contexto respondem a situações concretas e específicas em que as diferenças sexuais são invocadas, guiando e perpassando suas construções, condutas, estilos de vida e práticas sociais, bem como o cuidado a saúde.

4.1.3 - DIÁRIO DE CAMPO: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E PERCEBIDAS NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS

Esse texto tem por finalidade relatar algumas vivências experienciadas pela pesquisadora autora dessa tese, no trabalho de campo durante a coleta de dados nas cidades rurais selecionadas. A observação dessas comunidades, de seus estilos de vida, de suas estruturas e o encontro com seus moradores proporcionou reflexões, questionamentos e até mesmo indignação, quando se presencia a vida real e concreta de homens e de mulheres que, apesar de todos os problemas enfrentados em seus territórios, ainda resistem e persistem. A partir do trabalho com a terra, erguem, constroem e reconstroem suas histórias, escritas num ambiente geográfico socialmente organizado.

Ao chegar nessas cidades, inicialmente se levou como bagagem o estereótipo comum da classe média, com os pré-conceitos que foram estruturados no decorrer da vida e de quem nunca se deslocou para o sertão, ou teve contato com cidades rurais. Perpetuava-se entre esses conceitos, muitos deles prontos e engessados como na maioria das pessoas, que o governo sustenta a não produção e o não trabalho da população através de programas sociais, como a exemplo do Bolsa Família, que foram sendo modificados após o contato com essas pessoas e com a sua realidade de vida.

No imaginário também se acreditava que aquelas pessoas, por pertencerem a municípios tão afastados, desconheciam muitos de seus direitos e que possuíam pouco conteúdo a ensinar e muita mais a receber de uma equipe de pesquisa da capital. Contudo, ao se estar na cena concreta de vida, com aquelas mulheres e com aqueles homens um novo horizonte se descortinou. Uma revelação da realidade, de suas nuances e de suas marcas estampadas nos rostos de quem dedicou sua vida ao roçado e de jovens e adultos que lutam para permanecer em sua cidade apesar das inúmeras dificuldades. Assim, ocorreu um bem-sucedido encontro com o equívoco.

A partir do relato de suas experiências se obteve um grande aprendizado: quantos sobreviventes da política e da governança do país, do descaso e do desconhecimento dos cidadãos elitizados e intelectualizados. Dentre as diversas trocas possibilitadas através das entrevistas realizadas, conteúdos surpreendentes eram expostos. Quando recebidos nesses diálogos se era acolhido e convidado a entrar em suas casas e, mais do que isso, em suas vidas.

Diante da obtenção de informações e da observação que foram suscitadas nas falas, nas elaborações íntimas dos narradores do que é vivenciado em seu cotidiano, se desvelou a forma como as pessoas lidam com a natureza, com a vida, como o outro, com as dificuldades, com a política e com as limitações territoriais, climáticas e de recursos disponíveis. No

verdadeiro diálogo com o outro as palavras não se tornaram meros signos e significantes da comunicação, até mesmo porque o seu sentido nem sempre é igual. Mesmo residindo no mesmo Estado, com o mesmo idioma, existem matizes próprios das pessoas em suas localidades e, dessa maneira, descobrindo e conhecendo o interlocutor, diversas palavras, expressões e realidades somavam-se ao repertório.

O impressionante desse ponto de descoberta é o potencial de seu alcance dialogal que se transforma em algo surpreendente: quantas similaridades e desigualdades compartilhadas entre as pessoas. Muitos foram os momentos de proximidade e de conhecimento, assim como de desencontros e de ausências. Diversos sentimentos eram confluentes: havia erupção de emoções, de desgostos, de revoltas, de superações, de lutas, enfim, de sobrevivência... todos expostos nesses encontros de desconhecidos (participantes e pesquisadora) que pareciam mais refletir o outro em seu olhar.

Que momento único estabelecido a partir da riqueza do diálogo como experiência e da capacidade de se relacionar com o próximo e por consequência consigo mesmo. Nesse campo de diálogos e de descobertas, na experiência vivida e percebida nesses locais, se realizou algumas observações dos relatos desses encontros que foram organizados por macrorregiões de saúde e que são expostos a seguir.

- **IV Macrorregião de saúde do Estado da Paraíba:** Como foi apresentado anteriormente no Método desse estudo, a quarta macrorregião de saúde polarizada pelo município de Sousa é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde, totalizando 40 (quarenta) municípios (77,5% deles com menos de 10.000hab) e concentração de 11,88% da população do Estado.



Figura 12 – Mapa da IV Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba

Nota: Governo da Paraíba (2015)

Nessa região encontra-se a caatinga como vegetação característica (típica caatinga xerofítica, onde se destaca a presença de cactáceas, arbustos e árvores de pequeno a médio porte), com trechos de Mata Caducifolia (plantas que perdem suas folhas nos meses sem chuva ficando só os galhos e o caule). Possuem lavouras temporária (áreas plantadas ou em preparo para o plantio de culturas de curta duração, via de regra menor que um ano, que necessitam de novo plantio após cada colheita) de milho, feijão, mandioca e cana-de açúcar e lavouras permanentes (plantio de culturas de longa duração, que após a colheita não necessitassem de novo plantio) de banana e algodão (IBGE, 2016)



Figura 13 – Lavouras permanente de banana em São Bentinho – PB

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Há poucos locais em que se encontra criações de bovinos e vacas ordenhadas que estão localizados em pequenas propriedades privadas. Existe uma maior representatividade de criação galináceo e caprino pela população em geral. Os principais cursos d'água nos municípios têm regime de escoamento intermitente, ou seja, diminuem de nível ou secam em períodos de estiagem.

As cidades dessa macrorregião onde foram realizadas a pesquisa eram bem pequenas e normalmente a população era receptiva, apesar de algumas pessoas se apresentarem desconfiadas, pois, temiam a legitimidade do estudo acreditando que poderia se tratar de um golpe já que há algum tempo ocorreu um "*golpe para roubar aposentadorias*" que fez vítimas nas comunidades rurais.

Os municípios visitados possuíam dois postos de saúde que se encontravam lotados de mulheres esperando por atendimento e poucos homens. Logo após o almoço o médico que deveria permanecer no posto foi embora, pois, precisava retornar para a cidade onde residia. Sendo assim, foi possível identificar que o médico trabalhava de terça a quinta no turno da manhã. No turno da tarde somente a enfermeira e as auxiliares ficam no posto que encerra

suas atividades às 15hs. Estava inclusive ocorrendo uma grande demanda de casos de dengue na região que acabava por sobrecarregar o serviço de saúde o que dificultava os diagnósticos a partir de exames adequados, até mesmo porque não há laboratório de análise nas cidades visitadas.

Segundo os moradores de um desses municípios, a saúde vem melhorando com a nova gestão, mesmo sem saberem explicar qual a melhora real. Muitos se referem que antigamente não havia nenhuma forma de cuidado, então ter pelo menos um posto que há um médico em algum dia da semana já é algo considerado positivo, apesar do muito que ainda precisa ser feito. Foi destacado que quando os médicos entram de férias, toda a equipe "*aproveita*" e entra de férias também, deixando o único postinho da cidade fechado. Quando se conversava com pessoas que possuíam uma condição de vida mais favorável elas informavam que nunca utilizavam o serviço de saúde da cidade, visto que há municípios maiores, como por exemplo Pombal, que ficavam próximas preferindo assim, se deslocarem até lá, pois, nesses lugares há mais estrutura, mais médicos e hospitais.

Em um desses locais visitados a secretária de saúde quis falar com a responsável pela equipe de pesquisa apresentando os dados epidemiológicos da cidade informando que o que estava de errado na cidade era de responsabilidade dos oito anos do governo anterior e que a atual gestão estava lutando e se encaminhando para as melhorias necessárias. Inclusive, o fato de uma gestão depositar a culpa no antecessor é algo comum e recorrente no discurso das pessoas ligadas a gestão municipal nas cidades estudadas. Contudo, se torna bem mais difícil de se utilizar esse argumento quando ainda é a mesma gestão que está na administração. Sendo assim, quem é ligado a prefeitura nesses casos culpabilizavam o Governo Federal pela falta de recursos.

Sobre os moradores, se observou nessas localidades que os homens em sua maioria trabalham em "sítios" ou viajando como vendedores ou caminhoneiros. As esposas relatavam

que por eles passarem muito tempo ausentes de casa devido ao trabalho, sabiam que seus maridos mantinham atividade sexual nessas viagens, mas acreditam que usam preservativos "por lá". Alegam que eles são seus companheiros, são casadas e não devem fazer uso dessas coisas com os maridos. Além de que os homens não iriam gostar de saber que as suas esposas querem que eles usem preservativos, afinal de contas, isso poderia suscitar neles suspeitas sobre a conduta da mulher, ou seja, que elas poderiam estar os traindo.

A prevenção é precária para homens e para mulheres. Poucas informações e campanhas são realizadas. Não existe espaço para conversar sobre a sexualidade, pois, isso é particular, não deve ser comentado. Muitas mulheres tiveram vários filhos (em torno de 9 a 11 filhos) nas condições mais precárias possíveis como no relato de uma delas "*no pé da serra minha filha nunca precisei de nada*" (sic). Essas mulheres ainda ajudam no roçado e são as responsáveis pelos cuidados e pela criação das crianças.

Encontra-se na narrativa de suas vidas diversos históricos de abortos e de filhos que morreram ainda crianças. Os motivos para as mortes são: de um susto que tiveram, acordou morto, febre e diarreia e outras doenças da infância que não foram cuidadas porque não foi possível levá-las as cidades mais desenvolvidas e que possuem um hospital. Esses municípios mais desenvolvidos são referências para as localidades rurais que não possuem uma estrutura de saúde adequada.

Nessa macrorregião as cidades de referências são Pombal, Patos e Sousa. Contudo, os problemas não se encerram somente em se ter algum local de referência para a saúde e a assistência, deve-se conseguir chegar até essas cidades. Além da distância entre os municípios, existem os problemas com o transporte (não se possui condução então tem que se pagar; o carro da prefeitura muitas vezes não está disponível e devido à falta de recursos financeiros muitos moradores dependem mesmo é da boa vontade de vizinhos para levarem até essas cidades). Há reclamações também sobre os atendimentos nessas cidades de

referência, pois, os hospitais estão sempre lotados e, informam ainda que, apenas são bem atendidos se chegarem de ambulância caso contrário ficam horas, às vezes dias, esperando por uma consulta.

As mulheres são muito preocupadas com a família e com sua saúde e dos maridos e filhos, elas reclamam que seus esposos não se cuidam só vão ao médico quando não tem mais jeito mesmo. Há vários casos de AVE, infarto, hipertensão entre os homens, mas conforme eles mesmos informaram, não gostam de ir ao posto, porque é muita gente um lugar que demora muito, cheio de mulher e de criança chorando e que por conta dessa estrutura perdem tempo, o que atrasa o seu trabalho, por um atendimento que não vão conseguir mesmo.

Caminhando por uma das cidades dessa macrorregião, se observa uma mulher que está gritando na rua atrás de seu marido, implorando para ele voltar para o posto de saúde porque ele estava com pressão alta (na verificação da enfermeira estava com PA: 20/12) e ela tinha pego uma ficha para ele, mas mesmo assim ele desistiu do atendimento. O esposo passou por ela com sua enxada para ir ao roçado, mostrando-se bastante irritado com a insistência da esposa que tentava segurá-lo até o momento em que foi bem grosseiro com ela a empurrando e deixando-a caída no chão falando bravo que precisava mesmo era trabalhar e não ficar naquela demora.

Ao abordar essa mulher ela começa a reclamar muito do horário do postinho que tem que se chegar muito cedo para ser atendida e que a tarde não tinha médico, por isso os homens que trabalham não têm como ir, e ela estava muito triste porque tinha se esforçado muito para conseguir aquela ficha e o marido desistiu por causa da demora. Alguns moradores diziam que tinha médico todo dia, outros que ele folgava na quarta e que não ficava o dia todo, mas o fato é que a cidade possui uma assistência bem precária e a própria população não conhece o seu funcionamento, como a exemplo do posto de saúde que não sabem informar os

horários e dias em que podem encontrar o médico. Diante dessas situações que são antigas no município, a população está acostumada a ir para outras cidades para obter ajuda.

A maioria relata que nesse governo municipal atual há um carro para o transporte, que é só ligar que conseguem, mas alguns entrevistados informaram que não é bem assim, principalmente para quem não é a favor do gestor que esteja atuando na região, às vezes é bem difícil e numa emergência mesmo o melhor é procurar alguém que tenha carro para pagar a viagem.

Grande parte da população vive do Projeto da Bolsa Família do Governo Federal, em torno de R\$ 120,00/mês para a sua sobrevivência e de sua família. Comumente, os jovens adultos saem das cidades para buscarem trabalhos em cidades urbanas. As mulheres costumam deixar seus filhos com suas mães para poderem ir em busca de trabalho e ajudar no sustento da família.

Foi presenciado em outra cidade dessa região uma cena absurda: um homem gritava e batia em sua mulher dentro do carro e ela não saía do veículo. Quanto mais ela ficava no carro mais ele ficava alterado e batia nela. Ante esse fato percebemos uma paralisia, uma falta de reação de todos que presenciavam a situação. Uma vizinha desse casal narrou que é comum esse fato na cidade, e em especial com aquele casal, que eles brigavam muito e que pouco antes ele já havia batido em sua própria mãe. Informaram ainda que ele se alterava por qualquer coisa e que já havia sido denunciado e preso uma vez, ficando retido na cidade de Pombal, mas retornava e a mulher não queria deixá-lo por nada.

Em diversas falas das mulheres da cidade se observou que elas se acham pouco valorizadas principalmente por seus companheiros. Elas trabalham, cuidam da casa, dos filhos, dos netos e ainda, em sua maioria, reclamam que seus maridos bebem muito. Eles saem muito cedo para o roçado e levam o almoço, assim as esposas também acordam de madrugada, para que eles possam levar a comida. Quando voltam no final da tarde, os

maridos esperam que esteja tudo feito: a janta tem que estar pronta, a casa arrumada e não querem se “*aperrear*” com os filhos ou netos. Saem e vão beber e voltam para dormir para no outro dia tudo se repetir.

Os homens, por sua vez, indicam insatisfação e falta de ânimo pela situação de suas vidas: trabalhar no roçado sem a garantia de que haverá uma boa colheita é desanimador. Ficam apreensivos com a seca, que pode colocar tudo a perder, principalmente pelo fato dessa região ser castigada por longos períodos de seca. O nordeste brasileiro possui mais de 1.400 municípios afetados por essa realidade. Na Paraíba mais da metade dos municípios sofrem com a seca prolongada e está em situação de emergência decretada pelo Governo do Estado. De acordo com o DNOCS (Departamento Nacional de Obras Contra a Seca), a estiagem atinge 170 dos 223 municípios do Estado (76,2% do total); dos 121 reservatórios existentes cinco já se encontram em estado crítico, com menos de 5% do volume total, e 22 estão em observação (Brasil, 2014; Paraíba, 2015).

Identifica-se que essa situação é agravada pela falta de investimento e de estrutura para melhorar o plantio e poder possibilitar recursos quando a situação ambiental é inevitável. Muitos seguem a tradição das gerações anteriores, sem modernidade e/ou a inclusão de tecnologias para ajudar no cultivo. Somente os grandes empresários latifundiários possuem essa condição. Sendo assim, acabam por se submeterem aos mais ricos e poderosos e vão trabalhar nas “*terras de outros*” de maneira informal e ganhando pouco. Mesmo assim, se percebe que não há grandes interesses nessas regiões que ficam isoladas e sem desenvolvimento e sem investimentos.

Perante o descontentamento e o fracasso de não ser o provedor de sua casa e por viverem em situação de pobreza, muitas vezes de miséria mesmo, o índice de alcoolismo é exacerbado. Recorrem a bebida com frequência e tentam se impor através da força e da violência para não se fragilizarem ainda mais diante do contexto social, pois, como não

conseguem ser os provedores por não obterem o suficiente para manter a sua casa e a sua família, não querem perder o “*controle de suas casas e de sua mulher*”, todos devem saber que eles é quem mandam. Há diversos relatos e indicativos de violência contra a mulher nessas regiões. Essas situações e esses discursos são alarmantes, pois, sabe-se que apesar das condições de vida e de trabalho desses homens isso não justifica suas ações de violência.

Alguns desistem do roçado e junto com seus filhos homens mais velhos vão para outros municípios maiores e urbanos em busca de seu sustento e de áreas de trabalho. Os que estão mais próximos de suas cidades permanecem durante os dias úteis trabalhando e retornam para seus lares nos finais de semana. Outros voltam apenas uma vez ao mês, isso quando não vão para a Região Sudeste, sendo que estes últimos retornam apenas uma vez ao ano. Quando voltam querem o seu lazer e seu descanso, sem se preocupar com crianças ou “*coisas do tipo*” que deve ficar a cargo da mulher. Há casos em que esses homens acabam formando outra família nessas locais abandonando de vez a mulher e os filhos que ficaram no sertão.

Contudo, há relatos de homens que cuidam dos filhos: um senhor que ficou viúvo muito cedo, pois, sua esposa faleceu de câncer e quando identificaram a doença já era tarde, informa que tudo era bem pior, não tinha nenhuma forma de assistência à saúde no município, “*nem posto, nem nada*”. Quando sua esposa veio a óbito, a filha mais velha passou a cuidar dos outros dois filhos menores enquanto ele trabalhava. Ele casou novamente, mas segundo sua fala “*para ter mais trabalho*”. Ela o traiu com o vizinho e agora quer tirar sua casa, estando com um processo em Pombal. Atualmente ele cuida de seus dois filhos de 15 anos e 10 anos de idade e de seu irmão que ficou cego quando criança porque “*caiu poeira em seus olhos quando ainda era bebê*” (sic). Sua filha casou e mora em outra cidade. Afirma que a vida é muito difícil, que teme pelos filhos, porque não há alternativas na cidade, só muita miséria e perda, inclusive de algo tão pobre como a sua casa.



Figura 14 – Cidade pesquisada na Paraíba – IV Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 15 – Visão lateral da casa de taipa apontada no relato do participante

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 16 – Cidade pesquisada na Paraíba – IV Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

- **III Macrorregião de saúde do Estado da Paraíba:** A terceira macrorregião de saúde polarizada pelo município de Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde, totalizando 49 municípios (75,5% deles com menos de 10.000hab) com concentração de 12% da população do Estado.

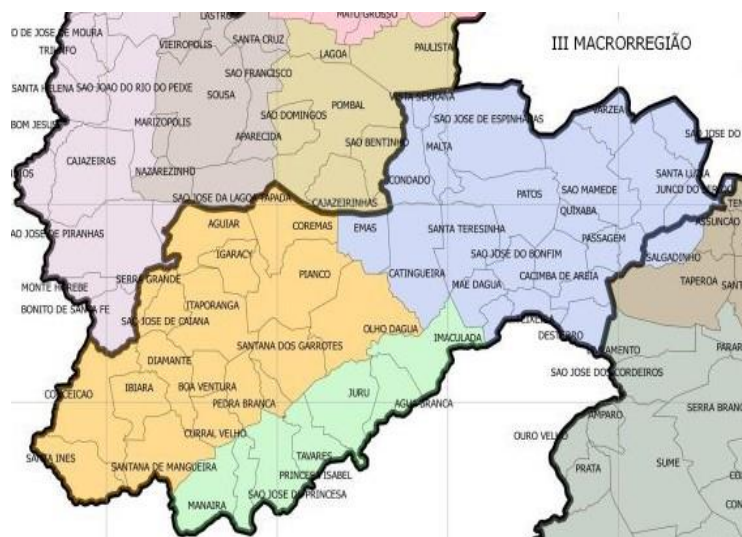


Figura 17 – Mapa da III Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba

Nota: Governo da Paraíba (2015)

As cidades pesquisadas nessa região também possuem a catinga-sertão como vegetação característica, tendo poucas lavouras temporárias que são utilizadas para a subsistência familiar principalmente de milho e de feijão; há lavouras permanentes de banana, goiaba, manga e coco. Todos os cursos d'água nesses municípios têm regime de escoamento intermitente (IBGE, 2016).

Em um desses locais visitados há extração de madeira que é utilizada como lenha. Existem poucos lugares em que há a criação de bovinos, vacas ordenhadas e mel de abelha que estão localizados em pequenas propriedades privadas. Há uma maior representatividade de criação galinácea, caprino e suínos pela população em geral para o seu consumo próprio e que circulam livremente pela cidade.



Figura 18 – Criação de animais bovinos em residências

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 19 – Animais circulam livremente nas ruas das cidades

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Os municípios nessa macrorregião eram também bem pequenos tendo como característica marcante suas íngremes ladeiras. Observa-se nesses locais pouca estrutura, poucos recursos e serviços. Em um desses locais apenas uma rua era calçada as demais eram de terra, por isso era grande a poeira principalmente quando as pequenas motos passavam. Aliás esse é um dos principais transportes nessas cidades. Os que possuem algum recurso utiliza a moto até para sua sobrevivência, levando passageiros para locais mais distantes na

cidade ou para municípios próximos. Em todos os casos encontrados, esses motoqueiros trabalhavam de maneira informal, inclusive vários não possuíam a habilitação.



Figura 20 – Cidade pesquisada na Paraíba – III Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Muitas casas são de taipa e havia grande número de crianças pequenas, de idosos e de mulheres, que reclamavam muito de doenças respiratórias por causa das condições das ruas e das moradias. Encontra-se nas falas dos poucos jovens da cidade o desânimo devido à pouca oportunidade de trabalho, de lazer, de cultura, de objetivo de vida, em sua maioria, não se interessam em estudar por estarem desmotivados diante da falta de estrutura e de ofertas de trabalho.

Em um dos dias de coleta, próximo a data de São Pedro, a população estava bem agitada e eufórica com a festividade do padroeiro do município que iria acontecer à noite em um local, organizado pela prefeitura, que se encontrava toda ornamentada e com várias barracas. Enquanto a festa tomava forma, muitas crianças corriam, havia música em diversos locais, principalmente nos bares onde os homens da cidade se encontravam desde cedo. Na parte central da cidade, em frente a uma praça, um carro anunciava a morte de uma das moradoras e o horário do enterro. Na Igreja os sinos tocavam e várias senhoras rezavam e cantavam suas novenas.



Figura 21 – Ornamentação para a festividade do padroeiro da cidade visitada

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Caminhando por essa cidade alguns homens relatavam que trabalhavam fora em outras regiões e que estavam no período de férias, retornando nesse período para aproveitarem as festividades do mês de junho. Contavam a saudade que sentiam do lugar onde nasceram, mas também a tristeza da falta de condições para se viver nesses locais. Relatavam que os que tinha sorte conseguiam sair de lá para poder ajudar os que ficaram, principalmente, as suas mães, a quem se referem com grande carinho.

As mulheres estavam, em sua maioria, nos pequenos salões da cidade ou no terraço de outras vizinhas se arrumando. Mesmo nessa euforia toda foi possível realizar a coleta, pois o povo era muito receptivo. Em uma das casas próximo de onde seria a festa estava uma mulher grávida de seu terceiro filho. Ela contava o quanto já havia sofrido com a falta de estrutura da cidade, as poucas oportunidades de trabalho e com seu marido que bebia muito o que causava grande transtorno ameaçando até bater nela e nas crianças.

Essa senhora relatou que sua filha de 16 anos, numa dessas confusões entre os pais, tentou se matar tomando medicamento, um rapaz que estava de carro na rua foi quem “acudiu” para poderem ir a Patos, onde ficou internada. Após esse episódio o marido parou de beber. Mas enfatiza que, o socorro a uma necessidade ou doença grave é muito difícil, assim

como a exemplo de sua vizinha que não teve “*sorte*” e morreu a caminho de Patos não resistindo provavelmente a um AVE (Acidente Vascular Encefálico).

Haviam moradores que pediam para falar, queriam que alguém ouvisse o sofrimento daquele povo que não tem recurso, que vivem à margem dos grandes centros. Informavam a precariedade na saúde, no saneamento, nas condições de vida, de moradia e de alimentação, que se aliavam a distância do município sentindo-se verdadeiramente desprezados pelo governo. Indicavam os problemas na cidade como, por exemplo, os esgotos a céu aberto correndo pelas ruas da cidade, a falta d’água, a privação devido ao clima seco e muitas reclamações sobre os serviços de saúde.

Na cidade pesquisada existem três postos de saúde, mas falta médicos, pois, esses profissionais não estão todos os dias nos serviços de saúde, não há equipamentos de diagnóstico e nem laboratório de análises. Os moradores criticam a forma de funcionamento desses postos: são extremamente cheios no dia em que os médicos vão, são mal atendidos e tratados de forma muito rude pelos profissionais. Reclamam da demora no atendimento, informando inclusive que é necessário chegar ao posto de manhã bem cedo para serem atendidos normalmente só a tarde e que não podem sair senão perdem a vez.

Queixam-se principalmente por não terem uma maternidade e um hospital em sua própria cidade tendo que se deslocarem para outras localidades. Verifica-se a falta de prevenção nesses locais, sendo a saúde considerada o tratamento de doenças já existentes. Os municípios de referência em busca de assistência à saúde, são as cidades de Patos e Campina Grande, que apesar da distância e da dificuldade de transporte é a alternativa que a população possui.

Relatam ainda que são mal recebidos, principalmente na cidade de Patos e que possuem muitos problemas de marcação de consultas com especialistas. Sendo assim, diante dos obstáculos enfrentados no acesso aos serviços de saúde, utilizam-se de recurso como: ir à

farmácia e se automedicarem, usarem chás e “*lambedores*”, esses últimos são remédios caseiros populares feitos normalmente com plantas (raízes, folhas, caule), mel ou açúcar e água. Uma senhora informou que curou um neto com seus lambedores. Ele foi criado por ela desde seus 3 anos de idade, e vivia muito doentinho e fraquinho, “*com um cansaço que não se acabava mais*”. Ele agora está com 15 anos de idade e está muito bem, segundo sua fala.

As tradições culturais são muito fortes nessas regiões, principalmente entre os idosos. Apesar das transformações ocorridas no espaço rural, se percebe que ainda são preservadas, por parte dos moradores, os seus costumes que se manifestam em suas festas, em seus “*causos*”, nos compadrios e em suas teias de relações sociais. Da mesma forma, se observa como são marcantes as relações sociais de gênero, do que é esperado socialmente dos homens e das mulheres.

Nessa localidade, assim como nas demais cidades selecionadas para a pesquisa, a maioria sobrevive da Bolsa Família e agradece essa iniciativa do Governo Federal, pois, antes se humilhavam aos vereadores e prefeitos para obterem o que comer e assim, mais poderosos esses políticos ficavam e mais aprisionavam a população. A ação do clientelismo, dessa influência do poder local, é algo muito presente na vida dessas pessoas. Um senhor veio perguntar como estava a questão política em João Pessoa, qual era a avaliação que se tinha do governo da Paraíba e imediatamente explanava a sua análise sobre o Estado, a gestão do governador e do prefeito, as rixas entre ambos gestores e o malefício que isso se tornava para a população.

Uma senhora ao narrar sua história, conta que seu esposo faleceu ainda quando jovens e ela teve que criar os 11 filhos sozinha e do roçado. Atualmente seus filhos foram para outras cidades e regiões, estando a maioria no Estado de São Paulo em busca de trabalho. Ela cria muitos de seus netos, inclusive há um com deficiência mental que é acompanhado pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em Patos tendo que se deslocar duas vezes por semana para

levar o neto ao serviço. Diz que as crianças de sua rua estão sempre doentes por causa da poeira: “... tá vendo essa rua moça (toda na terra) essa rua é calçada de 4 em 4 anos. Como tá vendo é só na promessa. E assim vivemos da promessa” (sic).



Figura 22 – Qualidade das ruas da cidade apontada pelos moradores

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Diversos históricos de abortos espontâneos são relatados, da mesma maneira como foi ressaltado esse evento nas demais cidades pesquisadas nas outras macrorregiões. Os motivos também são bem semelhantes: susto, falta de alimentação (passavam fome) e violência do companheiro. Crianças e idosos sofrem com a falta de assistência e de acesso aos serviços de saúde; os homens não encontram espaços nesses serviços que são reconhecidos como ambientes femininos devido a frequência delas nesses locais, a falta de horário adequado para os atendimentos aos que tem que ir para o roçado e a distância do posto de seus trabalhos. Inclusive se observou que um dos postos de saúde da cidade era todo pintado de cor-de-rosa com diversas gravuras de mulheres amamentando seus bebês, reforçando a polaridade entre o masculino e o feminino.

Foi espantoso também o número de relatos de mulheres com HPV (sigla para vírus do papiloma humano - Human Papiloma Virus), que foram identificados em seus discursos, mas muitas não sabem o que possuem, apenas se referem a umas “*feridinhas que a médica*

mandou queimar e cuidar porque podia ser perigoso”. Contudo, não sabem informar que tipo de risco correm com essa doença. A violência constatada nesses locais também foi alarmante. As mulheres são colocadas muitas vezes como objetos e propriedades de seus companheiros.

Uma das entrevistadas contou que quando nova um rapaz “*mexeu com ela*” contra a sua vontade (foi obrigada a ter relação sexual), mas como não tinha como se defender teve que se submeter a situação. Quando os pais descobriram o que havia ocorrido, forçaram um casamento, contra a sua vontade. Assim, teve que se unir a esse homem, a seu agressor, que permaneceu violento. Diante do sofrimento de viver com um abusador e alcoólatra, tempos mais tarde fugiu para outra cidade, pois, ele não permitia a separação tendo-a jurado de morte. Só retornou há dois anos atrás porque ele morreu, senão teria que permanecer longe dos filhos.

É impressionante a falta de ajuda a essas mulheres que ficam isoladas em suas dores e sofrimentos. A própria população perpetua essa violência, a partir das desigualdades de gênero naturalizadas nas construções e reproduções dos papéis tidos masculinos e femininos assumidos por homens e por mulheres, baseados na cultura e na tradição patriarcal formando verdadeiras cápsulas aprisionadoras. De forma geral, o que se identifica é um grande desamparo!

- II Macrorregião de saúde do Estado da Paraíba: A segunda macrorregião, polarizada pelo município de Campina Grande, é composta por 05 regiões de saúde, totalizando 70 municípios (60% deles com menos de 10.000hab.) com concentração de 28,30% da população do Estado.



Figura 23 – Mapa da II Macrorregião de Saúde do Estado da Paraíba

Nota: Fonte - Governo da Paraíba (2015)

A vegetação nesses municípios é típica do agreste formada por Matas Subcaducifólica (também conhecida como Mata do Brejo, com árvores de médio e pequeno porte) e Caducifólica. Há áreas em que há a presença também do cerrado e, em cidades localizadas em áreas de transição do sertão para o agreste, principalmente na área da Borborema, há uma maior presença da caatinga com uma formação do tipo arbustiva esparsa. Nesses locais a atividade agrícola é baixa devido à falta de água, predominando a criação caprina e a extração de lenha (IBGE, 2016).

Alguns municípios são recortados por rios perenes, porém de pequena vazão. Mas, outros são atravessados por rios intermitentes, ou seja, diminuem de nível ou secam em períodos de estiagem. Identificou-se que há alguns poucos reservatórios de água de pequeno porte localizados em sua maioria em áreas particulares.

Devido à carência de alternativas econômicas percebe-se a degradação do ambiente natural o que dificulta ainda mais as condições de vida no meio rural a partir de um empobrecimento do ecossistema (e da população por consequência) aumentando o clima de

desertificação.



Figura 24 – Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 25 - Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 26 - Cidade pesquisada na Paraíba – II Macrorregião de Saúde

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Os municípios dessa macrorregião visitados eram bem distantes. As atividades econômicas de algumas dessas cidades estavam relacionadas a extração de carvão vegetal, ao sisal ou agave e a produção de castanha-de-caju. Em sua maioria o acesso é através de estradas de terra, bem danificadas e esburacadas.



Figura 27 – Condição e estrutura das ruas

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Contudo, haviam locais com cenários naturais maravilhosos. Um verdadeiro presente da natureza por tamanha beleza. Vários locais com imensas pedras e muitas serras. Havia uma cidade em especial que para onde se olhava se via pés de tangerina e laranja. Entre o mato,

entre as pedras, não havia local ruim para surgir um laranjal. Inclusive essa é a principal fonte de produção desse município.



Figura 28 – Beleza natural da cidade pesquisada

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Ao caminhar pelas ruas da cidade, se encontra uma grande construção que seria um pátio a céu aberto para a festa da laranja, que segundo seus moradores atrai bastante turistas de vários locais. Contudo, o local em si estava extremamente destruído e com pouca estrutura para os seus habitantes. Existiam lugares na cidade rural em que o acesso era apenas de moto, a pé ou através de transportes de tração animal.



Figura 29 – Pátio onde ocorre a festa da laranja

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa



Figura 30 – Ruas onde o acesso só ocorre através de moto, a pé ou por tração animal

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Identificou-se um clima de medo entre as pessoas, que inicialmente estavam muito resistentes à pesquisa. Pessoas trancadas em suas casas evitando falar, o que não é comum nessas cidades onde a população costuma ser bem receptiva. Até que um comerciante avisou para que os próprios pesquisadores tomassem cuidado, pois uma gangue estava atacando os municípios pequenos, roubando e maltratando as pessoas, essa abordagem era realizada pela “*gangue da galega*”. A gangue recebeu esse nome porque antes de atacarem a cidade uma “*galega*” visita as pessoas e suas casas dizendo estar fazendo uma pesquisa para o governo, anota o que tem de certo valor e depois retorna com o grupo (três homens e uma mulher) à noite para realizar o furto.

Uma senhora contou que entraram em sua casa há 15 dias e o que não levaram quebraram, que teve muito medo, pois intimidam dizendo que irão matar. Um verdadeiro terror, um bando saqueando o que encontra pela frente, até porque é uma cidade simples com pessoas sem condições, em moradias precárias, ou seja, tiram de quem já não tem. O policiamento não existe, a única delegacia permaneceu fechada durante todo o tempo em que se realizava a coleta da pesquisa.



Figura 31 – Delegacia de Polícia

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Percebe-se que com o entardecer o clima fica ainda mais tenso e as pessoas concluem logo suas atividades para voltarem para a suas casas e se trancarem na esperança de se protegerem “*já que não há outra solução*”. O único colégio da cidade também fecha suas portas não tendo mais aulas à noite. Tudo se encerra as 18hs. Mas após um tempo nessa cidade as pessoas compreenderam que eram de fato pesquisadores devidamente identificados e permitiram acesso a sua vida e seus costumes.

A cidade possui dois postos de saúde que são bem distantes: um está no que seria o centro da cidade, que estava passando por uma ampliação, e o outro se encontrava na área mais rural. Porém, o que chamou a atenção foi o fato desse posto ficar localizado na estrada (na BR 101), com um acesso péssimo porque esse local é a própria entrada e saída da cidade que está em construção. Não há acessibilidade nesse trecho, mesmo a pé é dificultoso e perigoso. Na realidade não foi possível chegar até esse posto de saúde e se percebeu que ele estava desativado. Assim, apesar de se ter dois postos, apenas um se encontrava em funcionamento.

Os relatos dos moradores sobre a saúde eram bem contraditórios: alguns elogiavam o serviço, outros apresentavam diversas reclamações, mas o que se observa no âmago dessa

questão é a política. Os que elogiam dizem que quando precisam tem o carro da prefeitura e que vão para outras cidades fazer exames entre outros procedimentos. Em suas falas nem se dão conta de que na realidade eles não possuem um serviço de saúde primário adequado, pois tem que sair de sua cidade para outros locais em busca de cuidados que poderiam e deveriam ser efetivados lá mesmo, mas como conseguem o carro para levá-los acreditam que tudo está bem e assim, “*não dá pra falar mal da prefeitura*”.

Essa foi mais uma das cidades em que se verificou o poder da prática política clientelista. Ocorreu uma mudança recente de gestão no município, depois de vinte anos de domínio de um mesmo partido político e de uma tradição familiar de revezamento no poder legislativo municipal. Inclusive um senhor narrou contundentemente sobre os anos de perseguição política e das humilhações vividas por aqueles se colocavam em oposição ao prefeito, até mesmo o quanto isso repercutiu e ainda interfere no cuidado à saúde e na vulnerabilidade ao adoecimento.

“*Quem não está ao lado do que governa está do lado da morte, eles maltratam mesmo, impedem de receber medicação, de falar com o médico deixando sem ficha, não colocam o nome para o transporte...*”. Esse transporte é o carro da prefeitura que leva os paciente e usuários para outros municípios de referência, por exemplo: o CAPS que atende essa cidade fica em Lagoa Seca; muitos dos exames e dos especialistas serão encontrados somente em Campina Grande.

Uma moradora informa que já fazia três meses que tinha ido ao posto de saúde, onde realizou um exame citológico e até o momento não tinha retorno do resultado. Como estava precisando muito dessa informação foi para Campina Grande fez a consulta e o exame particular, já realizou o tratamento e no postinho nem a resposta ao exame chegou. Nesse caso essa mulher teve condição para financiar o seu cuidado à saúde, mas os que não podem, e que são a maioria da população dessas cidades, ficam abandonados. Como na fala da participante:

“Paguei alternativo, paguei a consulta, o exame e os medicamentos. Quem não pode pagar morre mesmo”.

A população reclama do atendimento no serviço, da demora no cuidado, da carência de equipamentos para exames e a ausência de um hospital. Uma senhora da área rural relatou que fez diversos empréstimos para cuidar da saúde, ou seja, para poder pagar o tratamento de que ela e seu esposo precisam, pois, são idosos e a aposentadoria de agricultores deles mantém seis pessoas, incluído um filho e três netos.

Critica ainda a falta de uma farmácia que deveria existir na zona rural, pois a locomoção deles é muito difícil e não tem como irem para outros lugares. Percebe-se em sua perna uma grande ferida e ela explica que fazem muitos anos que sofre com essa doença (desde de jovem) e que nunca houve um tratamento eficaz que a curasse, as dores que possui são insuportáveis e há diversos históricos de internação em Campina Grande e nesses momentos teme a amputação de sua perna. Em seu discurso se identifica a precariedade no acompanhamento e no cuidado da atenção básica, da falta de estrutura do município que piora o seu estado: a cidade é toda de terra, muito poeira, muita sujeira onde mora, poucos recursos inclusive de subsistência que agravam a sua doença.



Figura 32 – Falta de saneamento: esgoto a céu aberto

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Aliado a essas questões, se encontra as relações sociais de gênero que permeiam o cuidado à saúde agravando a vulnerabilidade ao adoecimento: essa mesma senhora informa que teve 13 filhos que sobreviveram e 7 que vieram a óbito. Para sustentá-los trabalhava de segunda a segunda no roçado junto ao marido, além de ter que cuidar deles e da casa. Seu marido tinha a crença de que quando não nascia um filho no ano a lavoura não seria boa, ou seja, não seria uma plantação fértil e assim iriam passar mais necessidade. Dessa forma, ela era obrigada a ter vários filhos e a todo ano engravidar. Quando ela tomava alguma medida preventiva para não ter outro filho o companheiro ficava furioso e a obrigava a suspender a medicação.

Com tantos filhos para criar tornava-se sempre mais difícil suas vidas e mais privações passavam. Ela não podia tratar da ferida de forma adequada (tendo se machucado no roçado) e nunca mais melhorou. Contudo, se percebe que não havia condições de higiene adequada (o saneamento na cidade é precário e há ainda a falta da água), e demorou a procurar o tratamento até mesmo pela dificuldade de transporte (pois na época não havia nem o postinho na cidade), por não ter com quem deixar as crianças, por estar sempre gestante e por ter que trabalhar.

Quando precisou fazer a cirurgia na perna ou quando tinha seus filhos, não possuía condição de ficar em repouso, “*quebrando sempre o resguardo*”. Ela acredita que se fosse um homem não estaria nessa situação e explica que o médico já informou que deverá operar novamente e ficar em casa de repouso para poder cuidar dessa perna, mas não realiza essa intervenção porque “*não tem quem faça as coisas de casa*”. Seu único filho que mora com ela, não faz nada porque é homem, “*eles não cuidam dessas coisas*” e assim, sozinha, não tem o que fazer. Explica que se essa situação fosse inversa, ela é quem cuidaria como fez quando o esposo precisou ser operado de catarata e pode ter o repouso esperado e necessário, pois ela

estava organizando tudo: mas como ela é mulher não tem quem faça, principalmente porque suas filhas casaram e foram morar em outras cidades.

A falta d'água é um fator que dificulta a busca por condições de saúde e é um agravante para as doenças nessa região. Inclusive isso foi observado em vários depoimentos. Já havia completado dois meses que a única forma de se obter água era através de caminhões que abasteciam as casas. Porém, esse serviço não era realizado por caminhões pipa, e sim um caminhão normal com vários latões e barris sem informações sobre a sua procedência. Essa água também não era distribuída a todos que precisavam e sim a quem podia pagar em média R\$ 7,00 reais por cada 20 litros.

Não chega água até as torneiras. A população é abastecida somente uma vez por semana quando isso é possível, mas na maioria das vezes ficam sem nada. Porém, a conta da água não deixa de chegar todo mês num valor em torno de R\$30,00. A alternativa encontrada por muitos moradores é um pequeno açude que fica na cidade. Acabam tendo que usar essa água para as suas mais diversas necessidades, contudo o problema é a qualidade desse açude: ele é poluído, não recebe nenhuma forma de tratamento, sua cor é bem escura e as pessoas o dividem com os animais. Essa situação implica no aumento das doenças, no prejuízo da lavoura e na criação dos animais.



Figura 33 - Açude que os moradores utilizam de suas águas mesmo estando inapropriado para o consumo

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Algo notório nesses municípios é como as pessoas se mostram muito desanimadas, sem perspectiva de vida diante da ausência de oportunidade de trabalho e de sustento. Aliás essa é uma demanda relevante verificada nas cidades visitadas: as condições para de ser ter saúde e qualidade de vida são atribuídas a possibilidade de se sobreviver com dignidade, ou seja, ao poder econômico que se possui. Os moradores dessas comunidades se percebem sem alternativas, se contentando com o mínimo que lhe é ofertado. Seus direitos são infringidos, mas para muitos é como se não houvesse soluções possíveis.

Quando se acreditava que a situação não poderia ficar pior, que o sofrimento já era espantoso o suficiente, depara-se com mais realidades impressionantes que causam indignação. Em outro município selecionado a impressão que se tinha era que se estava numa cidade fantasma, ela não tinha nem mesmo prefeitura (que está localizada num distrito que fica 18 km de distância). Essa cidade estava tentando emancipar o distrito para poder receber ajuda, serviços, estrutura e os programas do governo, pois, a tendência era de agravamento da situação de pobreza para o município uma vez que todos os serviços e comércios já estavam concentrados no distrito: *“Vai tudo pra lá, aqui não tem nada”*.

Mas, um dos poucos moradores de lá informou que havia sido negado pela presidenta Dilma essa emancipação e que suas esperanças de ter condições de viver estavam se acabando junto com o município. Informava que o governo devia pensar que eles possuem tudo, mas na verdade *“esse tudo”* está no distrito que fica distante para quem tem dificuldade para se locomover.



Figura 34 - Cidade pesquisada em que a prefeitura fica em um distrito

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Esse aspecto prejudica o acesso a todos os serviços necessários para a sua população, especialmente na saúde. O único posto de saúde está no distrito, necessitando assim de transporte para se deslocar para lá, mas outro problema é que os carros também ficam lá no distrito tendo poucas alternativas para os moradores da cidade que acabam tendo que contar com os favores de outras pessoas para que venham buscá-los. Porém, esse favor deve ser remunerado, como a grande parte da população não possui recurso financeiro ficam entregues à própria sorte. Essa foi uma das cidades em que mais se observou a utilização das práticas populares: chás, sucos, ervas, lambedores, além de se ter encontrado as rezadeiras (mulheres que são tidas como possuidoras de um dom especial, que num misto de fé e prática da medicina popular, mantêm viva uma tradição cultural com intuito de amenizar sofrimentos por doenças ou situações) e as parteiras. Doença se “*cura em casa mesmo*”

Observou-se a existência de uma única “bodega” (pequeno armazém ou estabelecimento que comercializa bebidas e alimentos) que vende o medicamento paracetamol escondido, pois, não existe farmácia também por ali. Quando há um caso urgente as dificuldades são enormes, porque sem transporte e com os serviços distantes restam poucas alternativas, por isso há muitos casos de óbito na cidade. Um senhor relatou que sua filha deu

à luz a seu neto, o parto foi acompanhado pela parteira, mas a mulher teve uma grande hemorragia. Conseguiram ir até o distrito com a ajuda de um amigo que mora lá e veio buscá-la, mas o transporte para Campina Grande (município de referência dessa região) não estava no local e a sua filha acabou falecendo.



Figura 35 - Condição das ruas da cidade

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

O serviço de saúde no distrito funciona de segunda a quinta-feira, mas somente no período diurno e só recebem pacientes até as 11hs. Há um médico duas vezes na semana para atender a população, nos demais dias a equipe de enfermagem é que recebem os usuários e realizam os encaminhamentos necessários em caso de urgência. Os medicamentos são distribuídos somente no distrito, isso quando há medicação, pois, em nossa visita os moradores estavam reclamando que nem remédio para hipertensão tinha na farmácia do posto.

Aliado a essas dificuldades de acesso aos serviços e de cuidado à saúde, existem as questões de ausência de trabalho; a grande evasão de jovens da cidade, a falta d'água que é uma constante nessas regiões (aspectos comuns as demais cidades estudadas e já mencionadas anteriormente); e a desvalorização dos idosos que são percebidos como incapazes. Identificou-se que a população idosa desse município se encontra em sofrimento diante do desamparo de cuidados e de proteção, morando normalmente sozinhos e em situações

precárias. Muitos reclamam que não tiveram oportunidade de estudar, pois, dedicaram a vida ao roçado e agora não possuem nenhum recurso ou condições para a sua sobrevivência, estando abandonados.

Em uma outra cidade, se percebe que há um pouco mais de estrutura: há cinco postos de saúde distribuídos nas áreas rurais do município, CAPS, farmácia e laboratório para exames clínicos apesar de terem relatos de que os exames demoram muito para serem feitos e muitos devem ser realizados em Campina Grande e da falta de médico diariamente tendo que se deslocarem para o hospital da cidade de Queimadas. O posto tem médico nas segunda, terças e quintas-feiras e funciona das 8hs às 15:30hs. Uma médica se desloca uma vez por semana para ir aos sítios (loais rurais distantes do posto).

No tocante à produção agrícola, os homens cultivam milho, feijão, mandioca, palma e capim para os animais, mas devido à seca a maioria está com baixa ou com nenhuma produção e também desempregados. Uma das alternativas das mulheres da cidade é a costura manual de bandeiras na tentativa de conseguir resistir a falta de recursos. Em alguns desses locais os sítios são mais desenvolvidos do que a própria cidade, mas relatam que um dos grandes atrasos que vivenciam na cidade é devido a política, guerra de poder entre famílias tradicionais que acabam massacrando a população: “*ou é da posição ou é da trairagem*”.

- I Macrorregião de saúde do Estado da Paraíba: A primeira macrorregião, polarizada pelo município de João Pessoa é composta por 04 regiões de saúde, totalizando 64 municípios (43,75% deles com menos de 10.000 hab.) com uma concentração de 47,82% da população do estado.



Figura 37 – Plantio e criação de animais em propriedades privadas

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

O terceiro município pesquisado, que se localiza na parte do Litoral Norte do Estado da Paraíba, possui uma vegetação que é predominantemente do tipo Mata Subperenifólia (constituída por árvores sempre verdes), com partes de Mata Subcaducifólia (que perde as folhas em determinado período do ano, geralmente quando há diminuição pluviométrica na área), mas apresenta também em determinadas áreas o cerrado. Nessa cidade todos os cursos d'água possuem um fluxo perene.

A economia desse município se concentra na pesca tradicional, atividades de pecuária extensiva e agrícolas de subsistência, com produção de cana-de-açúcar, um turismo ainda incipiente (possuindo algumas pousadas, bares e restaurantes). Há exploração mineral, com extração de ilmenita, rutilo, zirconita e cianita e mais recentemente, atividade de produção de energia eólica com a instalação de torres para produção de energia.

Durante o processo de preparação de coleta de dados para a pesquisa, no imaginário, se acreditava que as cidades mais distantes situadas no Sertão Paraibano seriam as mais precárias em condições de vida, e por consequência em condições de se ter saúde, devido a distância dos centros urbanos e por terem um clima seco. De fato, a precariedade existe e como já apresentado anteriormente, são inúmeras as dificuldades enfrentadas pela população.

Porém, quando se iniciou a coleta de fato nessa primeira macrorregião que por ser mais próxima da capital se esperava identificar possibilidades mais favoráveis ou no mínimo menos dificultosas do que as demais regiões. Contudo, a surpresa foi bem desagradável. Verificou-se municípios e a sua população verdadeiramente abandonados; parecia que quanto mais próximo da Capital, maior era o descaso.

Muitas pessoas vivendo em meio a grande miséria e em verdadeiro sofrimento. Falta praticamente tudo na maioria dos locais visitados: desde profissionais à medicamentos nos próprios postos da ESF (nem farmácia particular existe em determinadas cidades; há cidades em que a prefeitura não está localizada no município).



Figura 38 – Falta de estrutura nas cidades

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Nas entrevistas era notório o desespero daquelas pessoas diante à falta de condições em que vivem: não há investimento nas cidades, dessa forma não existe também campo de atuação e de trabalho para seus moradores; mulheres preocupadas com os filhos homens que se entregam a bebedeira diante da falta de oportunidades; o alarmante número de depoimentos de violência contra a mulher; a ausência de perspectiva de um futuro melhor; a falta de estrutura, de saneamento e de perspectiva de mudança de vida; existiram até mesmo declarações de falta de vontade de viver.



Figura 39 – Falta de saneamento e estrutura nas cidades

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Muitas pessoas da comunidade relatavam que não havia médicos na cidade diariamente, que há ausência de medicamentos, de exames, de profissionais, de saneamento, de programas do governo, mas *“que a saúde anda bem.... antes não tinha nada, nem o posto!*

A maior parte da população busca ajuda na capital do Estado (João Pessoa) tirando do pouco que ganham o dinheiro das consultas e dos remédios (isso para quem possui alguma renda). Há relatos de que em alguns municípios faltam quase todos medicamentos e que os médicos *“quase obrigam”* o paciente a comprar o medicamento na farmácia (quando existe uma na cidade) inclusive de marca específica. Como por exemplo o caso de uma família que possui como renda mensal um salário mínimo para o sustento de cinco pessoas e que possui

um gasto mensal de R\$ 210,00 em medicamento para diabetes. Os que não possuem condição financeira, nem que seja mínima, ficam entregues ao abandono e ao descaso.

Nas entrevistas também foram observados um elevado número de casos de mulheres com HPV e que tinham pouco conhecimento da doença e de suas consequências. A circunstância de vida é tão precária que durante a conversa com uma dessas mulheres ela fala que ter saúde e possibilidade de vida é "*ter comida na mesa*". Nesse momento chorou muito informando que sobrevive com R\$ 220,00 e que tem 10 filhos para sustentar. O marido é bem violento e pouco colabora para a manutenção da família, pois, não há trabalho disponível na cidade.

Numa outra entrevista, de uma mulher que também está com o vírus HPV, o médico solicitou uma colposcopia (procedimento em que é visualizado o colo do útero com a ajuda de um colposcópio, um instrumento com lentes de aumento, para diagnóstico de câncer) que já havia sido requisitado há 7 meses e ainda não tinha tido resposta sobre o agendamento do exame. Outra participante relatou que o médico ginecologista havia pedido R\$ 2.500,00 para a realização de uma cirurgia e que está juntando a quantia, mas que até aquele momento só tinha obtido R\$ 500,00.

Causa indignação a falta de acesso aos serviços de saúde e aos recursos necessários para a assistência dessa população que deveria ser proporcionada pela saúde pública. Existe um grande abismo entre a população e a garantia de seus direitos. Assiste-se ao definhamento das pessoas pela falta de cuidados e de práticas de saúde que seriam simples, mas que através de sua ausência conduzem os cidadãos até mesmo a morte. É impressionante os relatos dessa falta de cuidados. Existem muitas ocorrências de abortos e de crianças que morreram na primeira infância devido à falta de acesso aos serviços de saúde: quando adoecem não tem acesso a médicos, a hospitais ou até mesmo a uma farmácia.

Inúmeros são os casos de crianças, de adultos e de idosos que precisam se deslocar para outras cidades em busca de atendimentos para quadros que seriam simples as intervenções. Cidadãos mendigando por ajuda, sacrificando parte do seu salário para comprarem medicamentos que o serviço público não disponibiliza, principalmente devido a uma política perversa que subjuga as pessoas através de gestores corruptos e mercenários. Diversas foram as denúncias de humilhações e de perseguições políticas, que revoltam a população, mas que ao mesmo tempo causam muito medo.

Percebe-se a grande influência da política, inclusive nos discursos “benevolentes” de seus habitantes que temem represálias, afinal de contas “*se está ruim pode ficar ainda pior*” a situação dos moradores se o prefeito desconfiar que fazem parte da oposição, aí se perde tudo mesmo (apesar de não terem nenhuma garantia de seus direitos enquanto cidadãos).

Verifica-se municípios verdadeiramente abandonados pelo poder público vivendo o descaso de seus governantes que fazem com que sua população experencie a miséria, a precariedade e as vulnerabilidades ao adoecimento de forma ampla e complexa: “*A enfermidade assola essa cidade*”. Distritos maiores do que as próprias cidades, prefeituras distantes não só na realidade concreta por causa de sua localização, mas também de forma “subjetiva”: os gestores administram como se não devessem nada a sua comunidade. O poder é deles e servem a seus propósitos particulares, às suas necessidades e de seus familiares, subtraindo de quem não tem nem o básico para sobreviver.

Cidades fantasmas, sem estrutura, sem farmácia, sem comércio, somente um posto de saúde (mas segundo o relatório de saúde desses municípios há de dois a três postos só que não foram localizados, provavelmente pela distância em que se encontram). Posto de atendimento bonito externamente, pintado com a cor da atual gestão no município, mas que em sua dinâmica interna não há um funcionamento adequado: o serviço “*serve mais pra encaminhar pra Sapé e João Pessoa do que pra consultar e cuidar da sua gente*”. Falta todos os tipos de

medicamentos, falta material de sutura, faltam profissionais para atuarem no posto, falta equipamentos, falta até mesmo água.



Figura 40 - Imagem da antiga farmácia do município fechada há anos

Nota: Foto - Daniela H.A. Valentim de Sousa

Uma senhora que é acometida por um transtorno mental e que mora numa casa muito pequena de taipa, com uma renda proveniente do bolsa família, relatou que precisa do acompanhamento de um psiquiatra e de um psicólogo, mas que isso não é possível, pois, na cidade a prefeitura disponibiliza apenas um carro (que não atende a toda população) uma vez na semana e só no período da manhã para irem a João Pessoa. Como as consultas são demoradas e a terapia só tinha vaga no turno da tarde, ficaria sem condições de retornar para a sua casa. Então o jeito é ir levando a situação da forma que for possível, apesar de se sentir muito mal.

No encontro com essas comunidades eram notórias a incerteza e a insegurança do futuro vivida por elas. Numa casa se observou que uma de suas paredes tinha caído, assim ela ficava aberta e exposta para uma das ruas. A população é muito pobre, com baixo nível de escolaridade (a maioria nem era alfabetizada e os que seguiram os estudos não passaram do 5º ano do ensino fundamental), grande parte dos moradores sobrevivem do programa bolsa família ou de um salário mínimo. A ausência d'agua também foi uma constante nessas

idades. Muitos moradores só têm água encanada uma vez na semana e assim, precisam comprá-la para beber e para o seu uso em geral.

Assim como foi verificado nas demais macrorregiões de saúde do Estado, nas cidades rurais há mais pessoas vivendo nos sítios do que no centro da cidade. Os jovens adultos migram para áreas urbanas em busca de trabalho, ficando as crianças e os idosos. Os homens buscam pouco os serviços de saúde nos postos por não gostarem de esperar por atendimentos que possuem como resposta somente encaminhamentos, preferindo quando for necessário ir direto para o hospital das cidades de referências. Eles trabalham nos sítios (no roçado) ou vão para outras cidades, retornando nos finais de semana que são reservados para o seu lazer, que é beber.

Encontra-se nessas regiões muitas mulheres guerreiras assim como uma gestante que mora com o marido e três filhos numa casa de dois cômodos, com uma renda mensal de no máximo R\$ 250,00. Apesar de todas as dificuldades apresentadas e de seu pouco estudo, ela se mostrou muito entendida de seus direitos e seu senso crítico sobre a política local chamava a atenção. Inesquecível sua simplicidade e bom humor mesmo diante de tantas diversidades. A expressão de orgulho com que aquela mãe contava cada pequena vitória de sua vida tão sofrida: desde conseguir uma consulta médica até sua satisfação em, apesar de tudo, encontrar ânimo para ajudar na pastoral da criança da Igreja local.

Enquanto era entrevistada, o marido estava na “lida” (no trabalho do roçado) no próprio quintal de sua pequena casa, a filha de 3 anos só de calcinha brincando com umas bonequinhas de pano confeccionadas pela própria mãe, o de 11 anos saindo para jogar bola feliz da vida com a roupinha rasgada e o sapato bastante danificado e o de 6 anos chegando aos pulos depois de colher algumas frutas. Tanta pobreza, mas tanta vontade de viver. Esses encontros vivenciados trazem certamente pensamentos e sentimentos que conduzem a enxergar a realidade experienciada por essas pessoas com outros olhos.

As quatro Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba - De maneira geral, se pode identificar que nas quatro macrorregiões de saúde, as cidades rurais vivem uma situação de abandono, descaso e desumanidade, sendo essas condições uma constante encontrada nas falas e na experiência do que se observou da realidade de vida concreta das populações.

Em seus contextos de vida, foi que se verificou o quanto a política é um fator marcante nesses municípios. Nos discursos e no olhar atento da pesquisadora, se verifica claramente como a população está subjugada ao poderio dos governantes que ferem a dignidade humana. Muitos moradores que não votam no prefeito que está no “*poder*” ou em seus candidatos, são cruelmente perseguidos. E aqueles que não tem coragem de se oporem sofrem também, pois não lhe são ofertados os serviços e as condições de saúde, por exemplo, do que seria um direito conquistado e que consta na Constituição de nosso país

Há lugares tão esquecidos que até a estrutura física da prefeitura é em outra cidade ou num distrito. Sendo assim, os políticos nem naqueles locais precisavam comparecer. Muitos dos programas não são acessíveis a essa população pela distância em que se localizam, pois assim como a prefeitura, esses são alocados próximo ao poderio.

Em várias cidades não há a distribuição dos medicamentos garantidos, como para a hipertensão e a diabete. Os idosos gastam sua aposentadoria (que se sabe é pouco) em remédios para a sua sobrevivência. Porém, isso não é o único obstáculo, em muitas dessas cidades não há nem farmácia. Então, tem que se pagar para uma pessoa trazer os medicamentos necessários de outros locais mais desenvolvidos, ou então se custeia o transporte para ir buscar pessoalmente, pois os carros dessas prefeituras não são disponibilizados para a população em geral, alguns moradores entram na lista de passageiros e outros não.

Os princípios doutrinários, que são centrais e norteiam todas as demais ações em saúde, que são a universalidade, a equidade e a integralidade apresentam-se completamente

comprometidas nessas localidades, pois, não é garantindo a essa população o acesso universal aos bens e serviços que promovam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Diversos são os obstáculos econômicos, sociais e principalmente políticos que se interpõem a verdadeira possibilidade de se ter acesso aos serviços, e isso não é resultado apenas da cobertura dos postos nas cidades como foi exemplificado nesse diário.

Há desigualdades consideráveis no que se refere as oportunidades oferecidas para as pessoas cuidarem de sua saúde ou para permanecerem saudáveis, principalmente pelas disparidades sociais a que estão submetidas. Existe menos cobertura médica, as piores condições de se ter acesso a bens, serviços, cultura, educação e informação, o que ocasiona uma maior exposição aos riscos através da baixa escolaridade e renda, do desemprego, das condições de habitação e de alimentação, aspectos sanitários-ambientais que são precários e insatisfatórios nas cidades pesquisadas.

Não se possui investimentos para o desenvolvimento dos serviços nessas regiões e muito menos ações efetivas que se adequem ao perfil de necessidades e aos problemas da população, o que contribui consideravelmente para a manutenção das desigualdades sociais em saúde. Esses fatores prejudicam também o direito a integralidade, pois não são proporcionadas ações e a organização de serviços e de práticas de saúde condizentes a necessidade das pessoas centrada no sujeito-usuário-comunidade.

Para a maioria das pessoas ouvidas, a saúde básica é de difícil acesso e de pouca efetividade e resolubilidade. Identificou-se uma saúde que preconiza o curativo e o medicamentoso, desconsiderando a municipalização e a regionalização desse cuidado em que o Conselho de Saúde deveria administrar os recursos de acordo com as prioridades de cada município, mas nem sempre são aplicados conforme a necessidade real da população.

A violência e o medo são aspecto que fazem parte do cotidiano da população nas cidades rurais. Considera-se que a violação dos direitos dessas pessoas (desses homens e

dessas mulheres) que não podem ter acesso aos serviços de saúde e as práticas de cuidado adequados, conforme o que é preconizado na Constituição Brasileira e nos princípios do SUS, uma verdadeira violência. Contudo, se verificou que a ideia de que essas cidades são tranquilas e sem problemas, como por exemplo, de roubo e de assassinatos é equivocada, pois, esses acontecimentos tem feito parte da vida de seus moradores.

Aliás, a violência foi algo alarmante que se identificou nessas localidades, principalmente a violência contra a mulher. Muitos foram os relatos de mulheres vítimas da violência física e psicológica de seus maridos, que agem como seus donos e carcereiros. Uma mulher contou os anos em que suportou a brutalidade de seu ex-marido que a agredia constantemente a ponto de seu filho caçula nascer com a clavícula quebrada devido a uma agressão que sofreu no último mês de gestação.

Outra senhora narra que teve que ir embora fugida da cidade por não aguentar mais apanhar tanto do marido que a jurou de morte, deixando os filhos com as avós e só retornando com a falecimento desse algoz. A tristeza e angústia presente em seu discurso quando conta os anos de solidão e saudades dos filhos que, após os anos de ausência materna, guardam rancor da mesma e não a consideram com mãe. As perdas são enormes para essas mulheres.

Foi espantoso o relato de uma mulher de 42 anos de idade, Conselheira Tutelar do município, pós-graduada que sofre violência sexual do esposo há anos, tendo apanhado muito de corda. Diz que não há amor só obrigação. A participante possui doenças ginecológicas de forma recorrente e atualmente está no início da menopausa. Ela não pode ir a um médico homem, pois ele a proíbe, devendo sempre procurar uma médica, sem comentar o vivencia com o marido. Ela mesma teme muito as figuras masculinas diante de tanto sofrimento experimentado nessa relação. Afirma que não sabe como ainda está viva, porque já apanhou demais, porém não tem realmente vontade de viver, apenas leva a situação por causa de seus

três filhos. Durante a noite o marido dorme com uma faca debaixo do travesseiro a ameaçando e ordenando constantemente para que ela vá buscar água para ele.

Outra participante de 51 anos de idade, professora concursada e também pós-graduada narra as diversas agressões já sofridas por seu marido, que até arma em seu rosto já havia colocado. Quando insinuava que iria se separar, era ameaçada tendo inclusive tentado matá-la. Os discursos se convergem quando essas mulheres expressam sua baixa autoestima e a vergonha que sentem pela situação vivida por isso escondem seu sofrimento da família e temem pela vida de seus filhos. Afirmam que a sociedade é preconceituosa e que estão inseridas numa cultura que na realidade não as apoiam, não cuidam e não as protegem ficando, dessa maneira entregues ao medo, ao receio, a violência e a vergonha.

A violência marca a dificuldade de cuidados a saúde. Existem vários relatos de mulheres que não podem ir a médicos, pois os maridos não permitem. Não podem realizar determinados exames, não podem pedir para o companheiro usar preservativos, pois são ameaçadas como se elas tivessem outro homem. Muitas devem ter cuidado com suas vestimentas, com suas falas e com suas condutas. Mulheres subjugadas a seus maridos, aceitando que eles tenham relações extraconjugais, pois *“isso é do homem mesmo”*, algumas sem uma real noção de que podem contrair doenças sexualmente transmissíveis, até mesmo minimizando esses riscos.

São experiências como estas vividas no processo de coleta de dados que servem mais de lição do que todas as preleções que já foram recebidas em um curso. Essa é a vida: vida real de gente real! Vida Severina, sim. Mas, que pode ser feliz também, apesar de tudo! Isso nos mostra o quanto somos pequenos.

4.2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO: CENÁRIOS, ENREDOS E ATORES EM CENA

Os principais aspectos investigados nessa pesquisa contemplaram a vivência de homens e de mulheres nos espaços rurais paraibanos e, através de suas experiências, de seu contexto e de seus estilos de vida, se buscou analisar os principais elementos referente as vulnerabilidades (em seus eixos interdependentes individual, social e programático) ao adoecimento e ao agravamento de doenças perpassadas pelas relações sociais de gênero no cuidado, nas práticas de saúde e no acesso aos serviços de saúde.

4.2.1 - AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO PROGRAMÁTICO:

Entre os obstáculos verificados no que se refere aos determinantes de **vulnerabilidade programática** se destacaram: a distribuição geográfica; a disponibilidade de serviços; a adequação funcional dos serviços; qualidade dos recursos tecnológicos e humanos dos serviços de saúde e o assistencialismo partidário.

Foram identificados que a **distribuição geográfica** dos serviços de saúde (que é a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde) e a **disponibilidade de serviços** (que é a quantidade de serviços suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde) são um dos maiores dificultantes para a prática e o acesso em saúde no contexto rural, já que, diversos postos ficam afastados demais das comunidades, principalmente dos moradores dos sítios.

Observou-se nas cidades pesquisadas a existência de postos que estavam passando por ampliações sem realizar atendimentos a população; outros não se conseguiu chegar até o serviço devido ao péssimo acesso do local (que é a própria BR, ou seja, na estrada, onde não se tem acesso, mesmo a pé se tornou dificultoso e perigoso aproximar-se do posto) e, como foi descrito anteriormente no diário de campo, se percebeu que ele estava em construção, portanto, desativado.

Alguns dos serviços procurados não foram localizados, provavelmente pela distância em que se encontram ou até mesmo por sua possível inexistência. Apesar de algumas cidades terem em seus relatórios de saúde a descrição de dois a três postos, em muitos locais o que se encontrava era apenas um em funcionamento. Questiona-se então, como se pode ter acesso a cuidados em serviços distantes das residências das pessoas, desativados, em construção ou que não se sabe de sua localização.

Conforme o Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia da Saúde da Família no Estado da Paraíba (2009), elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) está presente nos 223 municípios do Estado da Paraíba com uma cobertura de, aproximadamente, 95% da população paraibana. Porém, fica notória a deficiência na gestão a nível municipal, bem como a ineficácia no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual e Federal da realidade desses serviços em que há uma ausência de fiscalização, já que o último relatório foi realizado em 2009.

Baseando-se nesse relatório, que reflete a disponibilidade das ESF por número de pessoas, há indicativos de que esses serviços atendem a cobertura populacional apresentada pelo Governo conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde que define cada equipe para 4.000 pessoas (Brasil, 2008; 2011a). Contudo, esse molde numérico não representa de forma efetiva a cobertura de atendimento das ESF à população paraibana, uma vez que não retrata as dificuldades experienciadas na realidade concreta das comunidades.

Isso implica em dizer que a Paraíba está de acordo aos parâmetros adotados pelo Governo, sob o aspecto da implantação numérica das ESF, mas não consegue concretizar e suprir as necessidades de atendimento da população como pode ser observado nesse estudo, pois, de fato, as pessoas não possuem acesso aos serviços até mesmo porque muitos estão registrados em relatórios, mas não estão em funcionamento.

A estruturação de um serviço necessita estar de acordo com a realidade do local e da população a que se destina a fim de se contemplar os princípios do SUS. Deve-se considerar desde sua localização, a distância a ser percorrida, as práticas ofertadas, os recursos disponíveis, a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma eles se comprometem com os problemas da população, a quem e como devem prestar o serviço, assim como se deve considerar os custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário (Assis & Jesus, 2012).

Diante disso, obstáculos também foram verificados na **adequação funcional dos serviços** que compreende a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e suas características, abrangendo também a forma de deslocamento e os custos na busca pelo cuidado a saúde. Entre as limitações apresentadas pelos participantes sobre a funcionalidade dos serviços de saúde, o horário e os dias de atendimento, a demora e a dificuldade de agendamento, bem como a impossibilidade de atendimento a consultas não-agendadas, foram enfatizadas. Em todos os municípios foi observado que ocorre uma mesma organização de atendimento:

“O postinho abre de segunda a sexta, mas não funciona sempre, o médico só três vezes na semana, quando vem e é de 8hs as 15 hs, mas fecha no almoço viu, de 11hs já não atende mais”. (Entrevista Feminina 1 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

Os médicos em sua maioria assumem contratos nessas cidades, mas não cumprem esse compromisso, comumente fazem uma compilação de atendimentos não estando todos os dias nos serviços de saúde. Em alguns relatos era informado que o médico vinha uma ou duas vezes na semana e nos demais dias não há outro profissional. Em alguns locais habitualmente no turno da tarde só se encontra nos postos a enfermeira e auxiliares, pois, os médicos atuam somente até as 11hs, o que prejudica o fluxo dos atendimentos, pois, recebem um número menor de usuários para poderem sair nessa hora. É assustador saber que não há outros serviços de suporte e de ajuda nessas localidades, estando a comunidade desprotegidas e desamparadas.

“Tomei dois soro lá. Não falei nem com o médico que ele não tava, a enfermeira que colocou lá ... mas tem que agradecer que pelo menos tinha soro né ...” (Entrevista Masculina 3 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Conforme o Ministério da Saúde a carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados nas ESF, exceto o profissional médico que poderá atuar em, no máximo duas equipes, podendo ser contratado por 20 ou até 30 hs semanais. Na jornada de 40 horas deve-se ter uma dedicação mínima de 32 hs da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, ser dedicada, até, oito (08) horas do total da carga horária para prestação de serviços na Rede de Urgência e Emergência do município, ou para atividades de apoio matricial, qualificação e/ou educação permanente, como a especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade (Brasil, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a).

Muitos profissionais abusam dessas brechas e não possuem uma regularidade e pontualidade nos postos o que provoca uma prática não efetiva nas comunidades, como por

exemplo, em um dos municípios pesquisados em que a prefeitura fica em um distrito (distante 18 km da cidade) e a ESF só atua na cidade com sua equipe completa duas vezes na semana no turno da manhã, recebendo os usuários somente até as 11hs. Portanto, os moradores mesmo tendo um posto na cidade precisam se deslocar até o distrito na tentativa de obter cuidado e mesmo assim, muitos apontavam que não eram atendidos justamente por morarem na cidade e terem que se dirigir ao posto estabelecido para o seu bairro, mas como vão a um serviço que não funciona adequadamente. Em outra cidade visitada, o posto de saúde só existia no distrito, na cidade não havia nenhum recurso ou serviço disponível à população.

Houve locais em que só se atendia um membro da família por dia, sendo assim, não eram acolhidos nos serviços duas pessoas de um mesmo grupo familiar. E, mesmo em posse das fichas, esperavam em longas filas correndo ainda o risco dos profissionais de nível superior não aparecem no posto ou irem embora antes do horário previsto.

“... o lado negativo é você tentar fazer a ficha para conseguir atendimento porque eles colocam esse limite de vinte fichas, e se você acordar de 6:30 você não tem mais médico tem que ser de 2:00 as 3:00 da manhã e muitos dormem lá, não é determinação administrativa municipal é do médico porque ele acha que aquele número já está bom pra ele, e ele só vem três vezes na semana e eles são muito faltosos falta um ou dois dias da semana porque se tivesse o atendimento diário de segunda a sexta não teria esse problema“... eles (médicos) têm clinicas particulares em Patos por isso essa correria pra atender logo, isso quando eles vem né”. (Entrevista Masculina 4 - 67 anos - III Macrorregião de Saúde).

Na atualidade se assiste um debate sobre a regulação da presença do médico nos serviços através do ponto eletrônico a ser instalado nas ESF. Contudo, não se sabe ao certo como isso será implantado, como será fiscalizado e nem quando chegará em localidades tão

distantes como nos contextos rurais e que mudanças implicarão essa tomada de atitude, sua repercussão e eficiência só poderá ser avaliada quando for efetivada de fato.

Inclusive, o horário de funcionamento é um dos grandes obstáculos para o acesso aos serviços apontados pelos homens. Nas entrevistas alegam que os serviços não possuem um horário adequado a rotina deles, ou seja, quando vão ao serviço a demora é grande, assim como a fila para conseguir uma ficha para os atendimentos, depois tem que se esperar pela consulta, o que se torna demorado, e como precisam trabalhar não podem esperar e deixam de realizar o cuidado.

“Eu trabalho de manhã aí vou no horário da tarde (no posto), quando chego não tem mais ficha e nem médico né...” (Entrevista Masculina 5 - 36 anos - III Macrorregião de Saúde).

A dimensão do trabalho é muito valorizada no universo masculino, por isso, trocar o dia de trabalho para ir ao médico, esperar para ser atendido muitas vezes é incômodo trazendo a sensação de perda de tempo. Como é apontado pela literatura, os homens se sentem honrados e reconhecidos como sujeitos sociais através de sua atividade laboral, que assume um papel central, uma afirmação moral de sua identidade masculina, fundamental em suas relações sociais e na percepção de si mesmo como útil, respeitado e de homem forte que não pode adoecer (Figueiredo & Schraiber, 2011, Machado & Ribeiro, 2012; Santos, 2010; Sarti, 2004).

“Se tivesse um posto a noite seria melhor, porque o homem trabalha”. (Entrevista Masculina 2 - 32 anos - III Macrorregião de Saúde).

“... as vezes ia pro posto mas não tinha médico e nos poucos dias que tinha era tanta fila que ia embora trabalhar. Não se pode perder o dia de trabalho”. (Entrevista

Masculina 3 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

Contudo, há outro aspecto a ser considerado nesse panorama. Devido à dificuldade de trabalho, ante o aumento constante das taxas de desemprego, a falta de oportunidade e de geração de renda nesses contextos, associadas as extensivas secas dessas regiões (tendo por consequência a redução da produção agrícola), muitos homens temem perder o pouco que lhes é oferecido. Dessa maneira, não querem correr o risco de perderem o emprego e receiam serem dispensados de suas atividades, por isso, não é bom perder um dia de trabalho, porque devem cumprir com “*suas obrigações*” senão outro é colocado em seu lugar. Então, aliado as questões de gênero há as questões econômicas e sociais na busca de cuidado em saúde.

“Se tivesse um horário diferente porque o posto de saúde daqui é só pela manhã por exemplo se tivesse um horário a noite seria diferente pros homens. Aí com certeza era mais fácil para a gente que trabalha, porque muitos patrões não quer deixar ir porque atrapalha o trabalho”. (Entrevista Masculina 1 - 47 anos - III Macrorregião de Saúde).

As mulheres indicam também as dificuldades para irem ao posto por conta dos horários de atendimento, pois, precisam chegar muito cedo para pegarem uma ficha, muitas vezes para serem atendidas no final da manhã e algumas somente no turno da tarde e, não podem sair senão perdem a vez. Assim passam o “*dia*” no posto, o que prejudica suas atividades. Muitas reclamam que tem as crianças, o almoço e a casa para cuidar e que demoram muito nos serviços.

Essa constatação sobre a atividade laboral sob a perspectiva do masculino e do feminino traz uma importante reflexão sobre o que Izquierdo (1999 citada por Carloto, 2001) denomina de espaço social do gênero. As atividades masculinas produtoras da existência estão alocadas em espaços distintos das femininas, que acabam por formar duas esferas: a pública e a doméstica, com uma desigual distribuição de responsabilidade. A autora afirma

que a separação dessas duas esferas, converte as atividades que se desenvolvem em cada uma delas em alienadas, uma vez que a diferença biológica é transformada em desigualdade social com uma aparência de naturalidade (Carloto, 2001).

A segregação nessas esferas de ação para homens e mulheres, que são valorizados de formas diferentes, é a demonstração social da desigualdade que fomenta também um ingresso desigual ao poder e aos recursos, o que hierarquiza as relações entre homens e mulheres (Veloso, 2001). Algumas dessas manifestações de disparidades são traduzidas na divisão do trabalho dentro do lar, na liberdade de escolha e na diferença de remuneração no mundo do trabalho (Santana & Benevento, 2013). Essa diferença na remuneração também pôde ser verificada nesse estudo em que, embora na amostra geral prevaleça a escolaridade até o nível fundamental, há um maior número de mulheres com ensino superior comparado aos homens, porém, esses ainda apresentam maior renda.

Os dados dessa pesquisa indicam a desvalorização do trabalho feminino, a desigual divisão das atividades dentro do lar e a falta de liberdade de escolha, ou seja, a elas é posto que podem esperar nas longas filas, quem não pode perder o trabalho é o homem. A “*tarefa*” diária na esfera doméstica das mulheres, “*o serviço da casa*”, não é reconhecido como uma atividade laboral, é como se fosse algo de menor valia, sendo um espaço considerado próprio do feminino e sem direito a colaboração do companheiro. Elas mesmas incorporam essa ideia como expressa uma participante:

“O horário que o postinho funciona para as mulheres é bom, mas pros homem não ... ele que tem que trabalhar”. (Entrevista Feminina 4 - 47 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Como pode ser bom esse horário de funcionamento para as mulheres se precisam estar lá logo cedo para ver se conseguem uma ficha, e muitas vezes não é nem para elas mesmas, e

sim para os filhos e familiares. Os próprios profissionais de saúde e os parceiros dessas mulheres (maridos) parecem acreditar que elas dispõem de um tempo ilimitado para estar nos serviços de saúde, que podem esperar nas longas filas para marcar as consultas, para conseguir fichas, para acompanhar os demais familiares, como se elas estivessem sempre à disposição das equipes e dos horários de funcionamento (Couto et al., 2010; Schraiber, 2005).

A concepção de gênero inscrita na ordem dos espaços, bem como a oposição entre o meio doméstico e o público, reflete os valores e padrões do corpo, as aptidões e possibilidades atribuídos e esperados do feminino e do masculino, estabelecendo paradigmas físicos, morais e mentais, cujas associações tendem a desenhar o “perfil da mulher” e a “performance do homem”, que estão presentes nos serviços de saúde, na sua estrutura, na conduta e na expectativa dos profissionais, e no funcionamento destes (Santana & Benevento, 2013; Suárez, 2000).

No mundo do trabalho, o que a mulher tem para fazer em sua casa, os cuidados que ela realiza aos demais, não é reconhecido como algo importante, diferentemente das atividades externas (da esfera pública) que, comumente é desenvolvido pelos homens no contexto rural. Nessas regiões é marcante a ideia de que as tarefas pelo cuidado da casa, dos filhos, de outros parentes são das mulheres, que ainda trabalham no roçado se responsabilizando pelo “*terreiro*” realizando o cultivo e tratando dos animais destinados ao consumo da família, ou seja, um trabalho contínuo e intenso. Como se percebe, não falta a elas atividades, mas mesmo assim são vistas como disponíveis, que podem se submeter ao funcionamento dos serviços.

“Vou lá para baixo faço uma ficha (no postinho), e espera que dá tempo de você morrer e voltar e não ser atendida”. (Entrevista Feminina 1 - 47 anos - I Macrorregião de Saúde).

Ainda sobre a questão da adequação funcional dos serviços de saúde, em situações de emergência no decorrer do dia os moradores relatam que, caso não possuam uma ficha, não são recebidos nas unidades básicas de saúde. Sendo assim, são obrigados a irem para outras localidades em busca de um hospital que acolham as suas demandas no horário de funcionamento da ESF, e que esse evento é semelhante ao que ocorre à noite e nos finais de semana, quando os postos estão fechados. Então, mesmo tendo um posto na cidade era como se não houvesse, pois, o acesso é dificultoso.

Diversas histórias foram narradas de mulheres que perderam os filhos, abortos e morte quando ainda crianças, porque não receberam cuidados adequados. Os motivos para as mortes foram de um susto que tiveram, acordou morto, mas que em suas falas se identificava que as crianças apresentavam febre, diarreia e outras doenças da infância que não foram tratadas porque não foi possível levá-las as cidades mais desenvolvidas e que possuem um hospital. Esses municípios mais desenvolvidos são referências para as localidades rurais que, não possuem uma estrutura de saúde que acolhe e atende as demandas locais.

“É tanto abandono, tanto descaso... já perdi dois filhos já, um com dois meses e outro com três meses”. (Entrevista Feminina 2 - 43 anos - III Macrorregião de Saúde).

“Quando começou esses sangramentos que não parava tive que ir por hospital em Patos porque aqui não se tem nada, não encontra o médico, não tem exame, não tem remédio o jeito é ir pra o hospital pra ser atendido”. (Entrevista Feminina 5 - 56 anos - III Macrorregião de Saúde).

Outras narrativas denunciam que homens e mulheres morreram por não terem conseguido chegar até os hospitais, pois, em sua cidade não tinha atendimento. Alguns desses casos eram quadros de hipertensão, diabetes, dengue, que não eram acompanhadas por suas unidades, e sim “*abandonados à própria sorte*”.

“... vou sempre a Campina Grande para me consultar com um cardiologista. Hoje mesmo fui no posto pra ver a pressão não tinha ninguém lá”. (Entrevista Masculina 3 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

Ante esses empecilhos ao acesso as práticas de saúde, os moradores têm que procurar por cuidados em outras cidades na expectativa de serem acolhidos e suas necessidades atendidas. Nesse momento, são experienciados outros problemas que agravam essa situação: o deslocamento é um deles, pois, além da distância entre essas cidades e o tempo que se gasta até os centros de referência, existem as dificuldades com o transporte. Grande parte da população não possui condução, então a opção é pagar um carro que os levem até os hospitais, mas há a ausência de recursos financeiros para arcarem com esse custo.

Surge então outra alternativa, que seria a utilização do carro da prefeitura, mas esse também muitas vezes não está disponível, está em outras “*diligências*” e comumente as ambulâncias estão quebradas ou em outras chamadas. Os carros das prefeituras não são disponibilizados para a população em geral, alguns entram na lista de passageiros e outros não. Assim, a única possibilidade para muitos é contar mesmo com a boa vontade de vizinhos para os levarem até essas cidades.

“Não tem ajuda, não tem ambulância, sempre não tem vaga na van...sempre a gente paga a passagem se quiser se cuidar né...quando dá vai, mas quando não, fazer o que né ...” (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

Portanto, se percebe que as pessoas sofrem e morrem nesses contextos rurais devido à falta de condições para as quais deveriam existir intervenções efetivas e eficazes nos próprios municípios, e que há um sobrecarga nos níveis de atenção terciário por abarcarem todos os tipos de demandas. Há inclusive reclamações também sobre os atendimentos nesses centros

de referência, pois, os hospitais estão sempre lotados e, os usuários informam ainda que, apenas são bem atendidos se chegarem de ambulância caso contrário ficam horas, às vezes dias, esperando por uma consulta.

“Fui para o hospital de Queimadas que é uma porcaria o atendimento, aqui não tinha médico, aí fui na cidade vizinha que não fica atrás no atendimento, péssimo como aqui”. (Entrevista Feminina 2 - 25 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Lá recebi remédio e voltei pra casa ainda me sentindo mal. Depois tive um AVC”. (Entrevista Masculina 1 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Outro problema elencado são os custos diretos e indiretos nessa procura por cuidados, como por exemplo, a necessidade de alimentação, de pagar o transporte (para se chegar até os hospitais assim como para o seu retorno), a obtenção de medicamentos e procedimentos e, se considerando que grande parte da população é de baixa renda, essas despesas se tornam incompatíveis com a capacidade de pagamento das pessoas aumentando sua vulnerabilidade, já que, muitas desistem de buscar os cuidados por se perceberem sem alternativas.

Principalmente na fala dos homens há indicativos dessa descrença no sistema de saúde público. Para a maioria deles, a forma de se ter acesso aos serviços e a prática de cuidado a saúde é através da rede privada, mas para isso é necessário ter recurso financeiro a fim de financiar essa assistência. Novamente apontam a importância de ser ter acesso a geração de renda fundamentado na força de seu trabalho que traz dignidade e valor a sua vida, estando estritamente relacionando ao seu papel de homem provedor, de sua performance e identidade de masculinidade. Mas como já foi apontado, ante a dificuldade e mesmo de ausência de recurso monetário, muitos desistem dos cuidados e se percebem entregues “*a sorte ou a morte*”, pois, não encontram “*alternativa para mudar essa situação*”.

“Pra ter saúde tem que ter dinheiro e quem tem vida senão fica aí sem nada esperando a morte vir né”. (Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

Já as mulheres se colocam de uma forma mais perseverante na procura pelo serviço de saúde, na busca pela assistência necessária, principalmente se esse cuidado envolver os filhos. Porém, quando não se tem alternativas, quando os serviços são distantes e não atendem a população, diante da falta de acesso aos serviços públicos de saúde e da ausência de recursos financeiros como já foi mencionado, muitas relataram que fazem uso de práticas populares como chás, sucos, ervas, lambedores, além de irem até as rezadeiras (mulheres que são tidas como possuidoras de um dom especial, que num misto de fé e prática da medicina popular, mantêm viva uma tradição cultural com intuito de amenizar sofrimentos por doenças ou situações), e as parteiras que se utilizam da cultura familiar e popular para realizarem o cuidado em sua comunidade.

Identifica-se claramente que os serviços de saúde não possuem uma acessibilidade e funcionalidade adequada as demandas da população. Não são fisicamente acessíveis em diversas localidades pesquisadas, assim como não conseguem dar conta das consultas espontâneas e muito menos das consultas não-agendadas, como também, não garantem um cuidado apropriado aos grupos minoritários, como às comunidades distantes. A fala dos participantes retrata a situação vivida, não é à toa que são denominados de pacientes, porque é preciso mesmo ter muita paciência:

“Para falar com a médica tem que pega a ficha, às vezes consegue, às vezes demora muito, tem que ter paciência né”. (Entrevista Feminina 6 - 28 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Eu senti dor mas tinha que trabalha né memo e depois é longe os sítios do posto quando cheguei já tava tudo fechado, e não tem medico sempre... paciência”.

(Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

Comprova-se que o princípio da universalidade nessas localidades é comprometido devido a distância geográfica dos serviços, os horários de atendimentos que não contemplam as pessoas que precisam se deslocarem por uma grande área até chegarem aos serviços, o seu funcionamento que incide em longas filas e num período de espera elevados, sem considerar as necessidades de alimentação e o tempo que as pessoas precisam para retornarem a seus lares e as despesas diretas e indiretas na busca desses cuidados que são incompatíveis com a renda das mesmas.

Aliado a esse panorama, há reclamações em relação a ausência e/ou a baixa **qualidade dos recursos tecnológicos** nos serviços de saúde. Nas cidades é relatada a falta de recursos que é alarmante, não há insumos, materiais, equipamentos de diagnóstico e, em muitos municípios, faltam laboratórios de análises e farmácia. Os poucos locais que possuem laboratórios os usuários falam da demora no retorno dos resultados.

Uma moradora, por exemplo, descreve que já fazia três meses que tinha ido ao posto de saúde, onde realizou um exame citológico e até o momento não tinha recebido o resultado. Como estava precisando muito dessa informação foi para Camina Grande fez a consulta e o exame particular, já realizou o tratamento e no postinho nem a resposta ao exame chegou.

Percebe-se através do relato dos residentes desses locais que é dificultoso o atendimento à população, mas quando conseguem a consulta os problemas ainda estão longe de serem solucionados de uma maneira eficaz. Expõem que não tem como se fazer os exames solicitados (que auxiliam e norteiam muitos diagnósticos), não possuem acesso a procedimentos e medicamentos imprescindíveis a terapêutica.

“Aqui não tem é nada, não tem equipamento nenhum, nem raio X, pra exames, nem medicamento, uma tristeza”. (Entrevista Feminina 3 - I Macrorregião de Saúde)

“O que impede de procurar um médico quando a gente tá doente é que não tem médico na cidade, não tem também um exame, não tem remédio, então pra que ir ...” (Entrevista Masculina 2 - 32 anos - III Macrorregião de Saúde).

Em algumas entrevistas era exposto que os postos só agendavam consultas com médicos especialistas e realizavam encaminhamentos para exames se os usuários tivessem condição de se deslocarem com recursos próprios, senão era impossibilitado a realização dessas marcações. Inclusive, os agendamentos a consultas são extremamente criticados, pois, muitas pessoas estavam há anos esperando por um exame ou consulta com especialista sem retorno algum.

“Um exame de endoscopia, faz dois anos e nada, ele (marido) o de próstata, mas não tem”. (Entrevista Feminina 5 - 62 anos - I Macrorregião de Saúde).

“... exame não estão fazendo não, só se tiver carro próprio para isso, se não tiver não marca não”. (Entrevista Feminina 1 - 47 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Faz uns sete meses tive ruim mesmo, o médico só passou requisição do exame pra fazer em outro lugar”. (Entrevista Masculina 4 - 67 anos - III Macrorregião de Saúde).

O princípio da integralidade e da equidade também estão comprometidos nesses contextos. Existem disparidades entre a demanda, a oferta e a capacidade de atendimento nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial, mantendo-se um modelo clássico de auxílio a doenças conforme a procura espontânea, com ausência de uma assistência integral, ante a deficiência de uma rede regionalizada de referência e contrareferência.

Conforme o sistema de referência e contrareferência (que é um mecanismo administrativo em que os serviços são organizados de maneira a possibilitar ao usuário o

acesso a todos os serviços existentes no SUS), esse deve ser realizado através das unidades básicas, sendo esse o primeiro nível de acesso de atenção à saúde que é regido por todos os princípios do SUS, inclusive a integralidade. Contudo, a atenção primária emprega uma tecnologia de baixa densidade, com insumos e equipamentos necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, mas deve garantir o fluxo de referência e contrareferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2011a; Dias, 2012).

Sendo assim, esse sistema é orientado por uma hierarquização dos serviços, a fim de adequar o acesso do usuário sistematicamente nos níveis de complexidade de atendimento secundário e terciário. O usuário atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando preciso é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade para ter acesso ao atendimento de que necessita. Ao ser finalizado esse atendimento especializado, o mesmo deve ser “contrareferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que se dê continuidade ao seu tratamento e acompanhamento (Brasil, 2011a; 2012a; Dias, 2012)

Observa-se, contudo, uma baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica, uma desarticulação entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema, conservando, portanto, muitos usuários excluídos do sistema, o que denota um grande comprometimento dos princípios de regionalização e hierarquização preconizados pelo SUS.

Constata-se no Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia da Saúde da Família que há pouco investimento financeiro do Estado da Paraíba na área da saúde, com indicativos de que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) não atende às necessidades dos municípios, principalmente no que se refere a exames complementares e procedimentos de média e alta complexidade (Paraíba, 2009).

Nesse relatório foram ressaltados a falta de planejamento do Estado para com a ESF, a precariedade do vínculo de contratação entre os profissionais e a administração. Averiguou-se ainda que não há equipes completas disponíveis para oferta do atendimento dentro da carga-horária prevista para funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), as Gerências Regionais de Saúde não acompanham efetivamente os municípios e, a deficiência na educação continuada dos profissionais vinculados à ESF. A atuação dos Conselhos Municipais de Saúde é pouco eficaz, que as Unidades de Saúde não possuem uma infraestrutura mínima para atender aos objetivos da Estratégia, de acordo com a Portaria nº 648/2006, apresentando insuficiência de equipamentos, insumos e medicamentos. Alerta ainda para um elevando descompasso das ações de prevenção e promoção da saúde (Paraíba, 2009).

Portanto, o que se tem como resultado é a ineficácia da saúde no Estado que é traduzida na baixa resolutividade do sistema de saúde; no agravamento das doenças e na sobrecarga dos serviços mais estruturados; na diminuição da qualidade do serviço prestado e elevação do tempo de espera para consultas; na sobrecarga dos profissionais que acabam por atuar com uma infraestrutura inadequada ao atendimento caracterizada pela insuficiência de equipamentos e insumos, não respondendo, assim, às necessidades dos municípios. Todos esses aspectos que foram apresentados em 2009 no Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia da Saúde da Família e permanecem sem apresentarem modificações favoráveis como pode ser verificado nesse estudo.

Observa-se que quadros que poderiam ser cuidados precocemente, prevenindo agravamentos a saúde, são minimizados em sua importância e até mesmo impedidos de serem cuidados devido a situações como essas que foram apresentadas. O que ocorre normalmente, é a piora do estado de saúde tendo por consequência a necessidade de busca por cuidados nos hospitais em estado de urgência e emergência.

Uma senhora relatou que estava com um mioma e quando procurava o posto sua necessidade era descaracterizada, como se o que ela estava sentindo não fosse nada demais e que o tempo solucionaria. Foi quando, o caso se agravou ante uma hemorragia, tendo que ser levada às pressas a outra cidade para ser examinada e então se descobriu sua situação e foi levada direto para a realização de sua cirurgia em Campina Grande em estado crítico. Assim como também um senhor que apresentava um certo desconforto, que foi se intensificando para dores, mas era dito a ele no posto a possibilidade de ser dengue diante do grande número de casos na cidade. À noite teve um AVE (Acidente Vascular Encefálico) e ficou com parte de seu movimento comprometido.

Nesse último relato foi descrito que os usuários que chegam ao posto de saúde são recebidos por um atendente que não é um profissional de saúde (um recepcionista), que avalia a gravidade ou não do caso. Estabelece-se uma prioridade para os atendimentos (se preenchem ou não o perfil para receberem a ficha) uma espécie de seleção de casos mais ou menos importantes. Como se pode verificar essa avaliação é bem falha, pois, como alguém que não é da área pode dizer se é grave ou não e, pior ainda, como se pode restringir o acesso a um serviço que deve ser universal, integral e equitativo, que deveria ser a principal porta de acesso a população, mas que na realidade está violando o direito do cidadão.

A falta de medicação também foi uma constante nas localidades pesquisadas, algumas inclusive sofriam ainda mais porque nessas regiões não existiam nem mesmo farmácia. Até remédios que os moradores denominam de básicos, como por exemplo para a hipertensão, não estavam sendo dispensados nos postos. Nos lugares que não possuem drogarias, algumas bodegas os vendem clandestinamente, normalmente paracetamol e dipirona, mas comumente as pessoas são obrigadas a se deslocarem até uma cidade próxima, o que aumenta o gasto na busca por remédios.

Quando não podem ir a outras cidades, como no caso de idosos em que o deslocamento se torna penoso e desgastante, eles pagam alguém para realizarem a compra de seus medicamentos. Portanto, além da despesa com os remédios, grande parte de suas aposentadorias são gastas na obtenção desses através de terceiros. Houve até mesmo uma senhora que afirmou ter realizado vários empréstimos para poder arcar com os custos de tratamentos a saúde e de uma cirurgia. Como o tempo de espera seria longo demais, o médico recomendou que ela pagasse a intervenção senão levaria anos até ser acolhida e sua situação iria piorar. Esse tipo de experiência foi relatado por muitas pessoas, que tiveram que arcar com os custos, porque não conseguiram realizar o cuidado e os procedimentos necessários através do SUS.

“Agora quando eu for fazer a cirurgia eu vou ter que pagar porque senão não se consegue fazer, porque vai demorar muito como o médico falou”. (Entrevista Masculina 5 - 36 anos - III Macrorregião de Saúde).

Então, aliado a dificuldade de não se ter um atendimento na própria cidade, das pessoas precisarem se deslocarem para outros municípios para serem atendidos nos hospitais, para adquirirem medicamentos e para realizarem procedimentos, tudo isso normalmente é custeado pelo próprio sujeito. Como muitos não tem recursos suficientes, ficam devendo “favores” a políticos, fazem empréstimos e, tantos outros que diante da falta de alternativa ficam entregues ao desamparo e a imprevisibilidade de seu estado de saúde e de sobrevivência.

Quando se conversava com as pessoas que tinham uma condição de vida mais favorável, ou seja, que possuem uma renda fixa, elas informavam que não utilizavam o serviço de saúde da cidade, visto que há municípios maiores próximos, preferindo assim, se deslocarem até lá, pois nesses lugares há mais estrutura, médicos e hospitais. A população, de

maneira geral, considera o acesso a saúde como adequado se tiver ingresso aos hospitais. Percebe-se esse fato como um indicativo que as ESF possuem uma baixa resolubilidade, pois, quando há a procura pelo serviço de saúde, esse não se mostra capacitado e preparado para acolher, cuidar e resolver as necessidades dos usuários, assim como encaminhar e articular esse cuidado até o nível da competência caso seja preciso.

Como muitos falam nas entrevistas e que foi descrito no diário de campo, os serviços são percebidos como inadequados às necessidades da comunidade, que servem mesmo para encaminhar (quando o fazem), pois, não há recursos em saúde nas cidades.

“...não tem (medicação) e se a pessoa não tiver dinheiro morre porque não tem não”.

(Entrevista Masculina 3 – 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“E tudo tem que ir pra outra cidade porque aqui não tem nada”. (Entrevista Masculina 7 - 48 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Ir pro posto pra que? Não vai ser atendido mesmo porque não tem nada, o médico vai encaminhar mesmo pra outro canto...” (Entrevista Masculina 2 - 32 anos - III Macrorregião de Saúde).

Portanto, conforme o que foi exposto anteriormente, a saúde nos contextos estudados é de difícil acesso e de pouca efetividade. O que se observa é que a dificuldade na busca pelo cuidado já existe no momento que o usuário tem que se deslocar para consultas, exames e acompanhamentos em locais distantes de onde moram, e principalmente, em outros municípios quando muitas demandas poderiam ser atendidas na própria atenção básica, que também deveria garantir o acesso aos usuários a outras unidades de referência, na média e na alta complexidade, conforme a necessidade das pessoas.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza um elevado grau de descentralização e capilaridade da atenção básica que deve estar próxima da vida das pessoas e ser o contato preferencial dos usuários. Ela é considerada a principal porta de ingresso ao sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Assim, as UBS deveriam estar instaladas perto de onde as pessoas residem, trabalham, estudam e vivem, exercendo um papel fundamental na garantia ao acesso a uma atenção à saúde de qualidade e com uma infraestrutura necessária ao atendimento (Brasil, 2012a).

Para isso, a Saúde da Família é considerada a estratégia fundamental de modelo assistencial que visa à melhoria da qualidade dos serviços, com objetivo de articular a atenção básica com importantes iniciativas do SUS da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Bizelli & Castanheira, 2011). As diretrizes prescritas na ESF dirigem-se para práticas orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto sociocultural e familiar, observando o usuário como parte de grupos e de comunidades, considerando ações importantes com a ampliação de ações intersetoriais, de vigilância em saúde e de promoção da saúde (Fertonani, et al., 2015).

Entretanto, assim como Fertonani et al. (2015) enfatizaram, diversos são os desafios para se efetivar um modelo assistencial de forma que atenda o que está prescrito no arcabouço legal e que garanta o direito de acesso a um sistema de saúde, em que seja de fato concretizado o cumprimento de seus princípios, sobretudo em um país continental como o Brasil, com espaços e contextos tão distantes e de difíceis acesso, e com elevadas dificuldades e desigualdades socioeconômicas, como as que foram investigadas nesse estudo.

O próprio Estado deveria garantir e fazer cumprir o sistema que ele criou, mas o que se verifica é sua omissão. Exime-se de sua responsabilidade indicando apenas que realiza

repasse para os municípios, mas não tem conhecimento das reais condições desses locais e se os recursos enviados são suficientes e/ou utilizados de forma adequada a comunidade proposta, pois há pouco controle sobre a existência e/ou qualidade dos serviços prestados nos municípios.

Ainda sobre o modelo assistencial, a **qualidade dos recursos humanos** dos serviços de saúde nesses municípios também foi apontada pelos participantes como um dos grandes fatores dificultadores no cuidado a saúde. Foi destacado não somente a irregularidade desses profissionais nos serviços, já indicado anteriormente, mas a má qualidade no atendimento dispendido a população, tendo sido ressaltado principalmente os médicos.

A reclamação mais comum expressa nos relatos é de como eles são mal atendidos, que são tratados como incapazes, não sendo esclarecido ao paciente sua doença, o tratamento a ser realizado, desconsideram inclusive a forma como o usuário se sente em relação ao próprio tratamento.

“Só disse (o médico) que eu estava perdendo a visão, mas não deu solução para nada, só diz que a sinusite come a visão da pessoa, mas não é glaucoma nem catarata. O que fazer então?” (Entrevista Masculina 3 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“... o que pode ser diferente é eles atenderem como tem que ser, direito que ninguém é animal. Quando vai falar eles ficam zombando da sua cara”. (Entrevista Masculina 1-35 anos - I Macrorregião de Saúde).

De forma geral, algo que chamou atenção nos diálogos estabelecidos com os participantes é a dinâmica relacional da população do contexto rural com os profissionais de saúde, ou seja, o processo intersubjetivo na busca do cuidado e na utilização dos serviços. Como a população estudada apresenta em sua maioria uma escolaridade até o nível

fundamental, eles sentem que são maltratados e mal recebidos pelos profissionais de saúde e, um dos motivos que apresentam para esse fato é por não terem estudo.

Segundo a percepção que os entrevistados possuem, os prestadores de serviço parecem acreditar que os usuários não possuem capacidade para entenderem o que os “*doutores*” falam, ou até mesmo que eles não precisam entender apenas fazer o que lhes mandam, inclusive foram relatados episódios em que os usuários foram considerados incapazes de compreenderem os ensinamentos dos profissionais, ou seja, ignorantes do saber.

Em muitos depoimentos há indícios de que o acesso a informação sobre o seu próprio corpo e sobre a realidade em que vivem é limitado ou até mesmo negado. Como, por exemplo, uma participante que relata estar com “*feridinhas*”, que seriam machucados em suas partes íntimas, acredita que seja no útero, mas não sabe explicar ao certo, porque a médica disse que não era nada, iria tratar das feridas e ela ficaria boa. Não foi informado a possibilidade de gravidade da doença, que pelas características há indícios de que se trata de HPV (sigla para vírus do papiloma humano - Human Papiloma Virus), a forma de contágio e a possibilidade de evolução dessa doença e a necessidade do acompanhamento sistemático a realização de exames preventivos, além do tratamento que deve ser realizado em seu companheiro também. Assim, a entrevistada acredita que o que possui não é tão importante e nem realizou mais exames para se certificar que o tratamento foi eficaz.

“A médica nem explicou o que era. Mas já passou. Nem fiz outro exame para saber. Não precisou. Estou bem”. (Entrevista Feminina 5 - 30 anos - II Macrorregião de Saúde).

Identifica-se que além da negação de informações corretas e coerentes no que se refere ao próprio corpo e estado de saúde, há a presença de elementos que promovem um conhecimento deturpado que oportuniza a vulnerabilidade ao adoecimento e ao agravamento de

doenças perpassadas por roteiros de gênero que são assimilados e reproduzidos, inclusive pelos próprios profissionais de saúde.

A cultura histórica do amor romântico e o patriarcalismo estabeleceu como herança uma norma de conduta emocional que se constituiu também como um dos orientadores da subjetividade feminina produtora de vulnerabilidade e fragilização ante a dependência objetiva e subjetiva de seu companheiro que, além de objeto amoroso, também é quem fornece o seu reconhecimento enquanto mulher, ainda ancorada na repressão da sexualidade feminina e na hierarquização do poder masculino (Costa,1999; Ribeiro, 2013; Saldanha, 2003).

Nessa cultura é estabelecido para a mulher a prática sexual como o dever da esposa, que as relações amorosas devem ser incondicionais e para sempre, a maternidade como uma prioridade da mulher na sociedade e a família como valores para a boa qualidade de vida (Lima, 2012). A relação de poder do homem sobre a mulher é bem enfatizada nessas regiões, de tal modo, que nos contextos estudados observou-se que a esposa não pode se opor ao parceiro: elas não podem pedir aos companheiros para fazerem uso de preservativos, pois, são ameaçadas como se elas tivessem outro homem; outras não podem ir a médicos, porque os maridos não permitem; não podem realizar determinados exames já que “*pertencem*” a um homem.

Observa-se nessas regiões um aspecto indicado em estudos sobre gênero e saúde, que já era apontado por Giffin (1994b), ou seja, a **violência**. Na zona rural os papéis atribuídos ao homem e a mulher são muito rígidos. Existe uma notória dificuldade das mulheres a aderirem a certas práticas contraceptivas, como a sugestão ao uso de preservativos por medo da reação de seus parceiros, pois, esse tema pode vir a suscitar dúvidas sobre a fidelidade na relação e o que pode implicar numa reação violenta por parte do companheiro.

O homem, muitas vezes, vigia e cobra de sua esposa as tarefas domésticas determinando esse espaço como sua obrigação. Porém, ele tem direito a sair, a ter lazer, a ir beber com “os *cabra*”, ter relações extraconjugais. Mas, elas devem estar sobre “*rédeas*”, ou seja, sobre o controle do marido, principalmente no que se refere a sexualidade. Inclusive, na amostra geral quando se investigou o estilo de vida dos participantes, foi indicado que o lazer para as mulheres é estar em casa, encontrar as amigas e frequentar a igreja, enquanto para os homens é sair com os amigos e jogar futebol. Dessa forma, é expresso os espaços e condutas esperadas para homens e mulheres. A possibilidade de lazer para elas está sempre associada ao que é compatível com seu papel de mãe, esposa e filha, diferentemente dos homens que majoritariamente tem nos encontros com seus amigos e no jogo de futebol, livre circulação no ambiente público que representam uma espécie de qualidade do “homem macho” (Andrade, et al., 2009, p. 41).

Sobretudo na esfera da sexualidade, ou seja, na busca da realização sexual, as disparidades entre homens e mulheres são bem evidentes. Muitos homens consideram que o excesso de liberdade da mulher pode ocasionar o desrespeito e a infidelidade delas. Assim, a liberdade que entendem para as mulheres se refere a participação delas no espaço público para fins de trabalho e/ou de uma autonomia para a resolução de questões domésticas. Por sua vez, para eles o exercício de sua própria liberdade depende da não interferência e do controle feminino no seu espaço e no seu tempo de lazer (Couto, Schraiber, d'Oliveira & Kiss, 2006).

O perfil do homem nesses contextos é naturalizado por um constante e imperativo interesse em sexo e um comportamento agressivo. Nota-se nas falas dos homens uma negligência quanto ao risco de contraírem doenças, bem como uma indiferença quanto a qualquer conduta preventiva e protetora para si e para suas companheiras. Há a manutenção de um padrão de referência masculina de poder e de conquista que prejudicam sua saúde, e muitas vezes a de sua companheira, mas que são significantes de masculinidade e de poder

social, aceitos e esperados (Couto, Schraiber, d'Oliveira & Kiss, 2006). Eles podem ter a conduta que desejarem, são livres para realizarem suas escolhas, mas a liberdade e autonomia que imaginam para a mulher, não pode esbarrar nas fronteiras do poder masculino estabelecido:

“Eu tive, mas ela não é doida de ter essa tal de doença venérea, isso é de homem, sabe né, o homem não pode ver uma mulher bonita né ..., mas a esposa da gente não, essa tem que ser direita, não pode ter essas coisas senão o caba tá na mal ...” (Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

Um dos obstáculos identificados nesses locais que se refere a abordagem preventiva, principalmente no campo da sexualidade, é a ausência ou o reducionismo de suas ações. Não é esclarecido as pessoas sobre formas de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, além de que os homens não são incluídos na participação desse cuidado. A própria conduta dos profissionais, a dinâmica e o funcionamento dos serviços de saúde, apontam as vulnerabilidades para questões de gênero, pois, muitas vezes estes não conseguem modificar a limitação que a normatividade de gênero impõe à organização dos serviços e ao cuidado aos usuários.

Assim como afirmam Pinheiro e Couto (2013) a própria equipe de saúde parece não ter preparo para lidar com as questões de gênero, indicando muitas vezes temerem os homens que são tidos como agressivos, insensíveis, emocionalmente fechados e negadores de sua saúde, perpetuando-se a cultura de “*isso é do homem mesmo*”. Então, os prestadores de serviço através de seus discursos e práticas, agem como se não houvesse o que se fazer por eles e acabam por responsabilizar unicamente as mulheres por seu cuidado em saúde (Pinheiro & Couto, 2013), até mesmo porque “*isso é de mulher*”

“Aqui mulher é pra ter uma penca de filhos e fica cuidando, cuidando da casa, do

marido que sai pra raparigar...” (Entrevista Feminina 2 - 25 anos - II Macrorregião de Saúde).

Há incursão da desigualdade relacionadas ao comportamento sexual de homens e de mulheres no âmbito familiar e social, a assimetria na capacidade de tomar decisões e de efetivá-las e os poucos espaços onde possa manifestar queixas e resolver pendências, perpetuam a violência material e simbólica, o que tem impactado a vida de homens e mulheres, que se tornam vulneráveis ao adoecimento (Saldanha, 2003).

Como em qualquer outra forma de desigualdade, sua base está na problemática do poder que mantém e sustenta sua eficácia nos discursos que o perpetua, sendo disseminando através do aspecto econômico, social, político, simbólico, erótico e subjetivo dos sujeitos sociais. Oportuniza assim ordenar, disciplinar, legitimar e definir os sujeitos de maneira desigual tendo como resultado sua subordinação nos espaços sociais, mas também na subjetividade, tornando possível o consenso de uma sociedade que perpetua esses construtos em seu cotidiano, em suas atividades, em suas práticas e em sua vida (Minayo, 2001; Saldanha, 2003).

Voltando-se ainda para a questão da qualidade dos atendimentos nos serviços de saúde dos contextos estudados, participantes narraram também que os profissionais tratam os usuários com ironia, com desprezo ou até mesmo desqualificando o seu sofrimento, utilizando-se de medidas paliativas, sem que lhe sejam ofertados o cuidado, a atenção e a orientação que poderia ser realizada no próprio serviço, os desconsiderando como os verdadeiros construtores e autores de sua história.

Pesquisadores como Carvalho e Hirata (2013) denunciam que muito se tem falado sobre atendimento aos usuários, principalmente nos serviços de saúde públicos, mas que a humanização preconizada nesses encontros (entre profissionais e usuários) não sai do discurso teórico. O que existe é a pouca, ou a inexistente, prática dessas ações por parte dos

profissionais que atuam nesses locais. Ressaltam que as reclamações dos usuários que utilizam os serviços de saúde comumente incidem em todas as fases do atendimento, desde a recepção do serviço até a dispensa pós-atendimento.

Segundo os autores supracitados, as escassas ações propostas pelos órgãos controladores dos serviços de saúde apontam em primeiro lugar para os direitos do usuário, o que é louvável, mas não divulgam e fiscalizam o cumprimento desses direitos de forma efetiva, ou seja, não colocam de fato em prática. O que se tem como resultado é uma ínfima, ou nenhuma, melhoria no atendimento ao usuário (Carvalho & Hirata, 2013).

Questiona-se como se pode estabelecer uma prática de cuidado sem escuta, sem acolhimento, sem diálogo, uma vez que o acesso à informação é necessário para o envolvimento das pessoas no processo de promoção da saúde, pois, o corpo, a dor e a necessidade estão nelas. A aceitabilidade pelo cuidado (entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e práticas destes serviços) também abrange o subjetivo, o social e o cultural, inclusive a informação é essencial para que um potencial acesso se transforme em uso de serviços e em práticas de cuidado a saúde (Assis & Jesus, 2012).

Atuar em uma unidade de saúde básica não é o exercer de uma medicina simplificada e sim uma medicina na comunidade. Priorizar a saúde coletiva é ter conhecimento da realidade concreta das pessoas, de suas experiências de vida, de saúde e de doença, possibilitando a construção de metas e pactos, tendo como foco a qualidade de vida através da participação ativa de seus atores (usuários) sobre a organização do sistema local de saúde, utilizando-se inclusive da cultura da comunidade.

Porém, o que se identifica é uma saúde que preconiza o curativo e o medicamentoso. A assistência oferecida ainda é centrada na prática médica individual, o que converge em uma manutenção do modelo biomédico e um distanciamento de uma clínica ampliada, ou seja, que

envolva aspectos que ultrapassem os limites biológicos do corpo doente. Sendo assim, ao não se fornecer um atendimento integral ao usuário, se perpetua o modelo tradicional no qual o profissional da saúde é o detentor do conhecimento, e pode ocorrer ainda que o saber trazido pelo paciente, muitas vezes não seja considerado significativo para a terapêutica (Bizelli & Castanheira, 2011; Leite & Vasconcellos, 2006).

Autores como Reis e Fradique (2003) afirmam que mesmo antes do encontro com o profissional, muitas vezes o usuário já construiu uma narrativa pessoal sobre o seu problema de saúde ou sobre uma determinada atitude ou ação preventiva. Suas expectativas sobre a doença, por exemplo, podem coincidir ou não com o tratamento e com as recomendações feitas pelo médico. Porém, diante da falta de comunicação, da falta de integração do sujeito no processo considerando seus saberes, as indicações feitas pelos profissionais tornam-se uma imposição que muitas vezes não lhe faz sentido algum (Leite & Vasconcellos, 2006).

Assim, uma transmissão de conhecimento verticalizada, apoiada nos saberes científicos e técnicos, deixa de lado a complexidade de um sujeito e de seu grupo desconsiderando todos os fatores que refletem em sua adoção de comportamentos e de modo de vida, inclusive a sua subjetividade (Câmara, Melo, Gomes, Pena, Silva et al., 2012; Lara, Brito & Rezende, 2012).

“O setor de saúde é complicado porque além de não ter medicamento, a pessoa não é bem atendida. Não entende nadinha do que fala, diz que tem que come direito, não come carne de charque, mas não sabe o que eu vivo...nem querem sabe né...”
(Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

De fato, o que um atendimento integral propõe é o desenvolvimento e a ampliação do cuidado pelos profissionais da saúde a partir da articulação de suas ações com uma visão abrangente do ser humano, considerando seus sentimentos, desejos, aflições e racionalidade.

Essa articulação compreende duas dimensões essenciais: a primeira é a dimensão focalizada, que se refere ao compromisso e a inquietação da equipe de saúde de um serviço em efetivar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas ao atendimento, observando também suas condições de vida, capacidade de acesso a toda tecnologia da saúde que o beneficie, tudo isso pautado no vínculo estabelecidos entre usuário e equipe/profissional firmados na confiança (Leite, et al., 2014).

Já a segunda dimensão é a ampliada, em que se estabelece uma articulação intersetorial, ou seja, nas redes entre os serviços de saúde e outras instituições, oportunizando o acesso as várias tecnologias que estão distribuídas em diferentes serviços (Leite, et al., 2014). Assim como enfatizam Carvalho (2004), Carvalho e Hirata (2013), a saúde não deve ser concebida como uma área restrita de recuperação da saúde através da consulta, do remédio, do especialista, do exame, entre outros, mas a saúde deve ser garantida por ações que diminuam o risco das pessoas ficarem doentes ou de terem agravamentos, ou seja, agir no que as tornam vulneráveis oportunizando o acesso aos recursos de todas as ordens para que se protejam. Sendo assim, a saúde e a sua promoção são o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se justapõem de forma particular em cada sociedade e em circunstâncias específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Nas falas de alguns participantes, se verificou que o “*ser atendido bem*” muitas vezes é colocado como um favor que lhes é ofertado e não um direito conquistado. Uma senhora conta ser bem recebida no serviço, que consegue encontrar soluções para os problemas de saúde no seu município:

“... sou bem atendida aqui, tudo precisa calma e paciência porque demora mesmo”.

(Entrevista Feminina 5 - 56 anos - III Macrorregião de Saúde).

Contudo, na cena elaborada por essa participante, se verifica um desconhecimento de cuidados que não foram e que permanecem sem serem ofertados no serviço de sua cidade e que deveria atender a ela e a sua família. Seu marido realizava um acompanhamento a saúde na cidade de Patos para “*cuidar do coração*” e faleceu, ele não recebia assistência onde moravam, sempre tinha que se deslocar para a cidade de referência para ser tratado. Ela perdeu também dois filhos, um estava doente e cuidava dele através de práticas populares, isso porque não tinha médico e assistência no local, muitas vezes não tinham dinheiro para pagar o transporte para outra cidade, além de estarem distantes do próprio posto, pois moravam em um sítio. O outro filho não deu tempo de socorrer e veio a óbito. Mas, diante desses fatos, se apoia na religiosidade, na crença de que “*morreram porque Deus quis*”

Percebe-se em sua narrativa a utilização de argumentos numa tentativa de justificar e/ou amenizar seu sofrimento. Refere-se a fatalidades, a provações divinas e até mesmo de uma certa culpabilização de si mesma e dos moradores da cidade sobre a falta de saúde. Diz que as pessoas são descuidadas, minimiza ou não identifica as dificuldades no acesso ao cuidado nos serviços de saúde e a baixa qualidade desse cuidado quando são recebidos nos serviços.

Compreende-se assim, o resultado obtido no questionário quando se perguntava sobre que coisas poderiam melhorar sua saúde e, apesar dos participantes viverem e relatarem as inúmeras dificuldades para se obter o cuidado em saúde e se ter acesso aos serviços já apontadas nesse estudo, para a amostra geral a melhoria da saúde depende primeiramente de comportamentos individuais e, em um segundo plano, na melhor estrutura dos serviços. Quando se realiza a entrevista é que se percebe que muitos moradores nem se dão conta de que na realidade eles não possuem um serviço de saúde primário adequado, acreditam que tudo está bem, e na maioria das vezes, utilizam o mesmo argumento “*antes não tinha nada*”.

Diante do que foi exposto, se percebe a importância do acesso a informação. O usuário tem o direito de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços deveriam assegurar esse conhecimento. Contudo, assim como alertam Leite, et al. (2014), para ser uma informação de fato, ela deve ser compreendida, por isso a mediação humana (mediação pelo profissional de saúde) também é fundamental, pois, o que é informação prestada a um indivíduo pode não ser entendida por outro da mesma forma, por isso se precisa de adequação à pessoa que se está informando, para que o conteúdo tenha sentido para quem a recebe.

Portanto, não há uma única fórmula e maneira de se informar os usuários sobre algo, pois, esses são únicos, e assim deveriam ser considerados, sem padronizações, e sim, se considerando seus valores, suas expectativas psicológicas e sociais, analisando não só a informação apropriada com base científica para o seu caso, mas a melhor alternativa para aquela pessoa em seu contexto, em seu cotidiano em sua realidade (Carvalho & Hirata, 2013; Leite, et al., 2014).

Deve-se reafirmar a saúde como direito humano fundamental em que os governos sejam responsabilizados pela saúde de seus cidadãos e que a população participe ativamente do processo de decisões. Para isso, se enfatiza a formação dos cidadãos, a partir de discussões e ações coletivamente identificadas e construídas baseadas na educação e na circulação democrática de informações e, com a abertura de áreas acessíveis à participação política, em especial a nível local, implicando no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e prioridades da população, mas que também possam ser continuamente avaliadas e revisadas e adequadamente monitoradas (Ayres, Paiva & França Jr, 2012; Sícoli & Nascimento, 2003).

Contudo, para que esse usuário, essa comunidade se envolva nesse processo, para que reivindique e lute por seus direitos, para que possa exercer sua autonomia e sua cidadania, deve-se considerar o seu empoderamento. Mais uma vez, Leite, et al. (2014) advertem sobre a

importância da mediação dos profissionais de saúde nesse contato com os usuários, pois, esse encontro pode vir a favorecer a aquisição de conhecimentos necessários para que as pessoas entendam e possuam condições de tomarem decisões que afetem a si e/ou sua comunidade. Enfatizam ainda que, o empoderamento da informação desperta as pessoas para um processo de reflexão e de autotransformação possibilitando mudanças em suas percepções e em seus papéis, ou seja, os usuários passam da categoria de receptores passivos, para serem ativos e participativos no processo de apropriação.

Contudo, se identificou que há um aspecto fundamental nos contextos estudados que compromete o acesso e o cuidado a saúde, inclusive nessa possibilidade de transformação e participação das pessoas no processo de apropriação proposto, que foi o **assistencialismo partidário**.

Identificou-se a disputa de partidos políticos e/ou dos governantes e sua influência no poder local e na vida das pessoas. Diversas narrativas denunciam o poderio dos gestores nessas cidades, que através de seu controle possibilitam ou inibem o acesso das pessoas aos serviços que são públicos, numa clara violação dos direitos dos cidadãos, numa completa impunidade ante os descumprimentos da legislação das diretrizes da saúde e numa completa omissão do Estado.

Os participantes, em sua maioria, relatam interdições no acesso ao atendimento nos serviços de saúde, na não dispensação de medicamentos, na negação de transporte para as cidades de referência, as negligências nas práticas de cuidado à saúde por parte dos profissionais desses serviços e na recusa de encaminhamentos. As pessoas sofrem punições por não serem da “situação”, ou seja, por não serem aliados dos gestores locais que estão no poder. São punidas através de embargados no acesso a qualquer serviço ou direito que tenha que ser mediado pelo setor público municipal, como por exemplo não possibilitando e/ou dificultando qualquer alternativa de realizarem os cuidados a saúde, sendo até mesmo

perseguidos e humilhados, pois, são considerados da “*trairagem*” como não apoiam o gestor precisam padecer para “*criarem vergonha e votar em quem manda e pode tudo*”.

“Se eu sentir mal não procuro esse posto daqui que eu não sou atendido principalmente porque sou da oposição a esse prefeito... Eu sei dos meus direitos, mas é complicado porque aqui a política prevalece e quem não é a favor de quem está no poder é negado os direitos, ninguém vem olhar fiscalizar isso, então fazem o que querem do jeito que querem”. (Entrevista Masculina 2 - 50 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Aqui tem saúde quem apoio a prefeitura senão eles mesmo matam. Não tem ajuda, não tem ambulância, sempre não tem vaga na van ...” (Entrevista Feminina 3 - 31 anos - I Macrorregião de Saúde).

Lamentavelmente, o Sistema Público de Saúde que é uma conquista de décadas de luta de um movimento, o Movimento da Reforma Sanitária, e que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 que possui como característica essencial a Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado (Brasil, 1990a), mas que na realidade é prejudicado por atuações de políticos contrárias a essa essência, com intermediações abusivas aos usuários no acesso aos serviços públicos de saúde.

Esse poderio, denominado na literatura de clientelismo, é alicerçado numa relação de troca, mediada pela política do favor. É a forma como os líderes políticos canalizam para seus próprios fins as instituições e os recursos públicos que são permutados principalmente por votos e por concessões de benefícios. Essa lógica de ação político-administrativa contamina as relações Estado-Sociedade e comprometem a eficácia social das políticas públicas, ou seja, dos programas ou projetos e das ações voltadas para setores específicos da sociedade, destinada à população, que deveria se beneficiar deste direito. O assistencialismo partidário

expressa um jogo dissimulado de uma contratualidade não-explicita, disfarçadas de ajuda e de bondade, que reduz a favores, direitos sociais e políticos (Seibel & Oliveira, 2006).

“... minha filha precisou fazer um exame e a prefeitura cobriu então não tenho do que reclamar não...” (Entrevista Feminina 10 - 57 anos - II Macrorregião de Saúde).

As facilidades obtidas pelas pessoas estão vinculadas principalmente a um assistencialismo pautado em favores individuais, mas diferentemente da fala apresentada pela participante, há o que reclamar, porque as dificuldades e os problemas são reais nesses lugares: não há cuidado em saúde, não há qualidade do serviço e nem resolução dos problemas de fato. Os entrevistados que elogiavam a saúde nos municípios pesquisados trabalhavam na ou para a prefeitura, para os vereadores e em troca recebem “benefícios” por estarem “*do lado da situação*”. Contudo, na cena narrada é mostrado as ausências de recursos nesses locais, pois, o auxílio que obtém está relacionado a encaminhamentos e ao carro da prefeitura para irem efetuar os cuidados a saúde nas cidades de referência.

“Precisei tinha carro para me levar para João Pessoa. Sempre tinha pra mim, fui levado para João Pessoa para pegar medicamento... alguém que estava na gestão me atendeu me deu assistência fiquei bom. Em troca a gente vota neles né”. (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

Essa prática que se refere a habilidade do político em operar como um intermediário entre sua “clientela” e os recursos públicos, possui aspectos que a fertilizam, entre eles os autores se destacam: a união de desigualdades e de assimetrias de poder com uma aparente roupagem de solidariedade e; a combinação de exploração e de coerção em que o gestor passa a ter uma ação mais direta sobre a população (Pase, Müller, & Moraes, 2012; Seibel & Oliveira, 2006, p.138).

Sendo assim, essa ação se fortalece especialmente a partir de necessidades sociais das pessoas, notadamente das que são excepcionais e imediatas, como por exemplo na doença, uma vez que, esse estado torna as pessoas mais frágeis fisicamente e emocionalmente deixando-as também mais suscetíveis a exploração do clientelismo por precisarem da “dádiva do favor” concedido pelos os que “amparam os desprovidos” na intermediação entre o usuário e os serviços públicos de saúde. Reforça-se assim, “as figuras do pobre beneficiário, do desamparado, do desprovido e necessitado”, em que suas demandas são reduzidas a subordinações devido a sua condição de pobreza, que é produzida pela estrutura social capitalista vigente (Pase, Müller, & Moraes, 2012; Seibel & Oliveira, 2006, p. 138).

Desse modo, o clientelismo constitui um ato de troca entre pessoas que, por um lado, administram ou que têm acesso aos que deliberam a concessão de um serviço que é essencialmente público, por isso não pode ser acessado através do mercado e, de outro lado, os que necessitam desse serviço (Pase, Müller, & Moraes, 2012; Seibel & Oliveira, 2006). Essa “troca” compromete as políticas de saúde, pois, há uma intermediação absurda que denigre a universalidade e a equidade, a partir de uma ação seletiva do governo de inclusão ou de exclusão social, ou seja, há uma filtragem de quem pode ter acesso ou não aos serviços (Seibel & Oliveira, 2006).

Nesse contexto, as relações entre Estado e sociedade passam a ser organizadas com base “no personalismo, na reciprocidade de benefícios e nas lealdades individuais” que são cobradas através de votos nas eleições, retroalimentando essa prática que se volta contra a população, pois essa fica à mercê do assistencialismo dos administradores num completo empobrecimento da democracia (Pase, Müller, & Moraes, 2012; Seibel & Oliveira, 2006, p.138).

Uma reflexão proposta por Pereira de Farias (2000, p. 60 - 61) sobre o clientelismo, é que se acredita que as pessoas não se dão conta desse mecanismo de manipulação do voto, de

que não possuem consciência dessa engrenagem. Porém, o autor alerta que os sujeitos não só percebem esse processo eleitoral como tendem também a participarem dessa estratégia, numa perspectiva de “diminuição de riscos” para si e para a sua família. Sendo assim, não há uma ação encoberta e oculta, mas uma “prática defensiva” dominante da população, pois, *“não existe um governo que atenda a todos”*, então não existe vantagem concreta em se romper com esse esquema, até mesmo porque, os que não estão no poder hoje poderão estar amanhã e assim vir a favorecer os seus clientes-eleitores.

A própria fala dos entrevistados indica o conhecimento dessa prática, pois afirmam que *“só se consegue as coisas quem está do lado da prefeitura”*, *“pra quem pedir ajuda, eles mandam em tudo”*, *“aqui só participa das coisas, só tem saúde se for do lado do prefeito”*. Assim, possuem a percepção da maneira pelas quais são eleitos seus representantes. O que ocorre é uma fragilização da população, da solidariedade de classes, das organizações populares. Como afirma Pereira de Farias (2000, p.63) o desafio a ser enfrentado é o de *“converter os benefícios materiais e os espaços democráticos em meios de fortalecer a capacidade reivindicatória e a independência política das classes populares”*. Como se percebe, não é tarefa pouca.

Autores como Seibel e Oliveira (2006, p. 144) expõem que essa relação manifesta um jogo dissimulado e uma cumplicidade quanto ao caráter ético no manejo das demandas da clientela. O resultado último dessa troca é *“a reedição histórica de uma relação socialmente perversa e excludente, já que desqualifica as demandas sociais e suas possibilidades de transformação em políticas sociais de cunho democratizante e alicerçador da cidadania”*.

Sendo assim, após apresentar as dificuldades experienciadas no acesso, na utilização e no cuidado nos serviços de saúde devido a estrutura, o funcionamento, a disponibilidade e/ou a ausência de qualidade e de recursos desses serviços, e do assistencialismo partidário nesses contextos rurais, se identificou aspectos relacionados a vulnerabilidade em seu eixo social que

será exposto a seguir.

4.2.2 – AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO SOCIAL:

No que se refere a **Vulnerabilidade Social** a dimensão de gênero foi destaque nas práticas e no cuidado à saúde de homens e de mulheres nos contextos rurais. Nesses locais, as relações sociais entre os sexos refletem as concepções de masculino e de feminino internalizadas por homens e por mulheres que formam um sistema simbólico de significações que relaciona o sexo a conteúdos culturais, estabelecendo normas e valores que modelam a ordem social, sendo essas expressas nas condutas e nos comportamentos da população, com influência direta na qualidade de vida e na condição de se ter saúde.

Encontra-se algumas especificidades partilhadas e disseminadas pelas pessoas dessas regiões, especialmente na delimitação e divisão do mundo público e do mundo privado que é bem valorizado. Os homens têm um discurso voltado para o mundo público, do trabalho e do lazer externo ao lar, enquanto as mulheres centram-se no mundo privado, tendo o espaço doméstico e o cuidado como referência para a sua atuação. Assim, há a composição dos **Papeis de Gênero** esperados: do **Homem Provedor** e da **Mulher Cuidadora**, e dessa forma, há distintas distribuições de tarefas, de relação de poder e diversificada experiência social.

Apresenta-se naturalizado ao sexo feminino uma série de “*afazeres*” relacionados ao papel que a mulher ocupa na ordem social, como por exemplo, é concebido a ela a responsabilidade pelos cuidados dos filhos, da casa, dos parentes e prioritariamente do marido. Esse papel recebe uma carga simbólica de um atributo social da condição feminina, o de cuidadora. Ao sexo masculino é depositado a função de prover sua casa, sua companheira e sua prole a partir do dinheiro advindo de seu trabalho. Ele é o chefe da família e o ponto hierárquico familiar mais elevado.

“A mãe que cuida, mulher faz essas coisas de casa, das criança...homem não, ele tem que trabalha...” (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

“Mulher é assim, tem que cuidar dos filhos, sobra tudo pra ela cuidar: mãe, família, casa e marido ... ele cobra muito das coisa que quê, a comida por exemplo ...” (Entrevista Feminina 2 - 37 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Estabelece-se assim, o que Scott (2010, p. 23) nomeou de “morais familiares”, em que há uma rígida divisão de papéis e funções relacionados a dimensão do gênero que são assimilados, naturalizados e reproduzidos pelas pessoas. O homem é o personagem principal na configuração familiar rural. Ele é o detentor do conhecimento e da força do trabalho necessário para o plantio, a ele é outorgado o poder sobre sua casa, sua família e especialmente sobre a sua mulher, numa perpetuação da cultura patriarcal.

A agricultura familiar característica nesses locais, utiliza-se da participação de todos os membros na produção, porém, a mulher sempre é considerada uma ajudante, pois, quem manda é o homem, mesmo que sua contribuição seja pequena nesse roçado. Corroborando com o que se observou nesses contextos, Villwock, Germani e Roncato (2016) destacam que comumente o trabalho realizado pela mulher na agricultura não é reconhecido como um trabalho e sim como uma forma de auxílio e/ou como mais uma de suas tarefas domésticas.

Nessa divisão sexual do trabalho, apoiadas culturalmente nas relações de poder patriarcais, ocorre a determinação de funções e atividades consideradas próprias aos homens e às mulheres e o lugar que cada membro ocupa na hierarquia familiar. Além da responsabilidade ao homem de prover, é ele que assume a tomada de decisões sobre a vida de todos os familiares, sendo que na maioria das vezes, as mulheres ficam em segundo plano não sendo consultadas sobre qualquer escolha, portanto, sem direito a opinião (Barduni Filho, Delesposte, & Carvalho, 2010; Forlin, & Mirales, 2014).

No mundo rural, as atividades domésticas desempenhadas pelas mulheres são consideradas “leves”, assim compatíveis com sua condição física, pois, são consideradas também “*fracas*”. Enquanto os homens atuam nas lavouras e na agricultura, principalmente como empregados e/ou contratados de donos de terras, em que o trabalho é tido como “*pesado*”, sendo a atividade dos “*fortes*”, o que lhe traz certo status social. Por sua vez, o trabalho doméstico, não possui relevância social ou econômica, levando a mulher há uma situação de desvalorização com elevado impacto sobre a sua autoestima (Villwock, Germani, & Roncato, 2016, p.11).

“Aqui mulher não serve pra nada, tem os filhos e cuida só, cuida da casa, do marido que vive na bagunça com os outro. Sobra tudo pra gente cuida, inclusive esse roçado aí e esses bicho, logo cedo tô na lida. Ele (marido) não ajuda em nada em casa, quer a comida pronta...briga, fica bravo... Não gosto de depender do marido, quero me aposentar para ser gente”. (Entrevista Feminina 5 - 50 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Há uma perpetuação da ideia de que é o homem quem determina as possibilidades de sobrevivência da família, estando esse conceito presente na comunidade de forma que, os homens são enaltecidos por possuírem um trabalho produtivo e as mulheres premidas pelo trabalho reprodutivo. Contudo, em um olhar mais atento se percebe que o trabalho feminino não possui nada de leve ou tranquilo.

Assim como foi apontado no diário de campo e narrado nas entrevistas, a jornada de trabalho das mulheres se inicia logo cedo, de madrugada. Como os maridos costumam sair muito cedo para o roçado e levam o almoço, assim as esposas acordam também de madrugada, para que eles possam levar a comida “*novinha*” e para prepararem o café da manhã. A partir daí, cuidam do roçado familiar, dos bichos que criam no terreiro, arrumam a

casa, cuidam dos filhos (dos netos e de outros familiares se houver), lavam roupa e ainda, muitas delas, ajudam costurando, fazendo faxina, confeccionando e vendendo artesanatos, cozinhando para fora, entre outros. Quando seus companheiros voltam no final da tarde, esperam que esteja tudo pronto: a janta feita, a casa arrumada e não querem se “*aperrear*” com os filhos ou netos. Saem e vão beber e voltam para dormir para que no outro dia tudo se repita. O ofício dessas mulheres ultrapassam a dupla jornada, suas atividades são executadas do amanhecer ao anoitecer sem folga ou férias.

De fato, conforme afirmam Villwock, Germani e Roncato (2016, p. 11) são essas mulheres que conservam as competências e “habilidades necessárias aos diferentes tipos de cultivos e criação de diversas espécies de animais de pequeno porte, bem como o manejo do gado leiteiro, no espaço da agricultura familiar”. Além de que, são elas que produzem os artesanatos e favorecem sua família com os frutos advindos de seus terreiros. Mas apesar de todo esse esforço, são elas que possuem menos conforto, menor possibilidade de lazer e de diversão, são as que sofrem maiores restrições à participação na vida pública, não recebem nenhum tipo de compensação financeira e são desvalorizadas socialmente (Buarque, 2005).

Portanto, as atividades femininas consistem, especialmente em fornecer cuidados e se ocupar dos outros e de tarefas tidas como domésticas de forma gratuita e/ou com uma baixa remuneração. Nesse sentido, conforme expressam Andrade, et al. (2009), ao se ter como símbolo social o tempo de lazer, sendo esse um reflexo da organização e do estilo de vida das pessoas, se percebe que para essas mulheres suas possibilidades de vivência e de bem-estar são reduzidas. No Nordeste rural, a estrutura familiar se revela com um delineamento pautado num modelo patriarcal, em que as atividades laborais das mulheres se tornam invisíveis sendo consideradas obrigações, além do forte controle sobre sua sexualidade e liberdade (Araújo, 2014), já apontadas anteriormente.

Especificamente no Nordeste, Brilhante, et al., (2015) afirmam que o estabelecimento das relações de gênero é singular em virtude das características conferidas ao nordestino e por ele introjetadas na constituição de sua identidade cultural. Os homens são descritos a partir de atributos relacionados à virilidade, a força, a independência, a valentia e a violência, representados pela figura do “cabra macho”. Sendo assim, como indica Vasconcelos (2009), especialmente o homem do sertão nordestino é destacado como um “macho”, então não é um homem qualquer, mas sim um homem tido como viril, forte e rude, que não leva desaforo pra casa, numa manutenção e reedição do poderio patriarcal (Santos, 2007).

“Os homem não gosta dessas coisa de médico, nois não precisa dessas coisa não, somo forte, “cabra macho não tem frescura, nam....” (Entrevista Masculina 7 - 48 anos - II Macrorregião de Saúde).

A constituição social da masculinidade estabelece uma identidade regional nordestina, no qual não há espaço para construções diferenciadas do “*cabra macho*” (Vasconcelos, 2009), de tal modo, que os homens estão inseridos num processo contínuo de auto aprovação e aprovação perante outros homens o que com frequência, resulta em condutas compensadoras, disfuncionais, agressivas e de risco (Korin, 2001) como, por exemplo, na negação de suas necessidades de saúde e na recusa em reconhecer sua dor e seu sofrimento, se colocando como forte e com controle físico e emocional (Couto & Schraiber, 2005)

Alia-se a esse perfil o constante interesse em sexo e a naturalização de um comportamento agressivo. Assim, os que não seguem esse estereótipo podem até mesmo serem rebaixados socialmente, pois, características não condizentes com esse padrão são, em geral, analisadas de forma negativa e pejorativa pela própria comunidade, sendo até mesmo reconhecidas como não-masculinas, mas femininas ou homossexuais (Albuquerque Jr., 2003; Costa-Junior & Maia, 2009; Couto & Schraiber, 2005).

A partir dessa perspectiva, se identifica os valores e os significados dados a diferença sexual em que há a criação de conceitos polarizantes, dicotômicos e hierarquizados de masculino e de feminino. Nesses contextos onde há um imperativo do ser “*cabra macho*” e “*mulher de respeito*” os indivíduos vivenciam a concepção binária “homem versus mulher”, que estabelece o alicerce para a constituição das subjetividades masculina e feminina (Brilhante, et al., 2015, p.472). Assim, a mulher é concebida como fraca, sensível, vulnerável, dependente e cuidadora por excelência, tendo como espaço o mundo doméstico. O homem, ao contrário, é tido como forte, insensível, controlador, invulnerável, força para o trabalho, provedor, sendo seu ambiente o mundo público.

“A mulher porque é mais fraca e o homem mais forte”. (Entrevista Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

As próprias mulheres incorporam esses valores. Em suas narrativas afirmam que são mais fracas do que os homens, porque eles quase não vão ao médico, as demandas deles são bem menores do que as delas, e dessa forma elas possuem mais necessidades em saúde e vão mais aos serviços na busca de cuidado das “*coisas de mulher*”. Entretanto, apesar de falarem que realizam esse cuidado, que é mais preventivo na questão ginecológica, citam mais as condições de saúde dos maridos, dos filhos e de parentes, na elaboração das cenas. Descrevem várias viagens ao posto de saúde em busca de ficha e de cuidado para os demais e não para elas. Informam a preocupação que possuem com a falta de cuidado dos maridos e com a forma como esses “*levam a vida*”, e falam também que não é próprio do homem se preocupar com a saúde, pois isso é competência da mulher, o “*homem se preocupa mesmo é com a lida*”. Portanto, novamente os papéis de gênero são indicados, assumidos e reproduzidos: a mulher cuidadora por excelência, voltada ao mundo doméstico e, o homem, preocupado com ele mesmo e pertencente ao mundo público.

Nessa produção sociocultural, intensamente marcada nessas regiões, a diferença sexual é transformada em desigualdades nas mais variadas situações, dando origem a modos distintos de viver para homens e para mulheres, perpassando também as práticas e os cuidados à saúde numa reprodução do que se considera o padrão normativo masculino e feminino no processo de saúde-doença e de prevenção (Ferraz & Kraiczyk, 2010; Schraiber, Gomes & Couto, 2005, Villela, Monteiro & Vargas, 2009).

Nesse sentido, as **Necessidades em Saúde** são enfatizadas de forma diferenciada para homens e para as mulheres, assim como as concepções de gênero influem na prática de cuidados a saúde, na utilização desses serviços e dessa maneira, na **Relação com os Serviços de Saúde**, ou seja, na **Busca** e na **Prevenção**.

Os homens indicam uma supressão e recusa em reconhecer suas necessidades de saúde, numa procrastinação desse cuidado. Qualquer conduta mais próxima de um cuidado ou uma preocupação com a saúde os aproximam do universo feminino o que pode ser considerado uma fraqueza, já que a mulher é tida como “*problemática*” e “*cheia de coisas*”.

A natureza da mulher é reconhecida pelos homens por sua “*fragilidade*” estando essa relacionada ao aspecto biológico da própria constituição feminina, por isso acreditam que há tantas campanhas de cuidado às mulheres, pois, se “*pode ver que para os homens isso não existe*”. Descrevem que elas sempre estão nos serviços de saúde por conta das “*coisas de mulher*” que estão relacionados aos aspectos reprodutivos/ginecológicos, sendo então os postos reconhecidos prioritariamente como femininos, pois “*até médico específico elas têm*”, porque acreditam que as mulheres precisam muito mais do que os homens, uma vez que eles são fortes, resistentes e “*duros da queda*”, diferentemente delas:

“Homem só vai pra essas coisa de médico quando tá ruim, e não por qualquer besteira.

As mulher não, vai por qualquer coisa, mais também elas são problemática, cheia de coisa pra cuidar... tem que cuidar mais né...pode ver tem um monte de propaganda

pras mulhê ir par fazer isso e aquilo...homem não, não precisa disso não. Nos posto tem médica só pra elas, exame só pra elas, nois não...hum, homem é duro na queda, tem que tá muito ruim mesmo” (Entrevista Masculina 4 – 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

Os estereótipos de masculinidade conduzem os homens a adotarem crenças e comportamentos que aumentam os seus riscos, estando também menos propensos a se envolverem em condutas e atividades relacionados a saúde, a prevenção e a longevidade. Assim possuem mais atitudes inapropriadas a saúde: fumam, bebem, se alimentam de forma inadequada, se envolvem em brigas e em discussões com terceiros, entre outros.

Esses dados foram constatados na amostra geral desse estudo em que a utilização de tabaco e de álcool em sua maioria são realizados por homens, além de que eles declararam mais do que as mulheres terem sofrido violência na forma física, em que o agressor é um desconhecido. Afirmaram nas entrevistas envolvimento em brigas, discussões e em acidentes de moto e de carro.

O que se identifica é que a necessidade em cuidar da saúde e a prevenção não é reconhecida como uma demanda masculina, e sim como algo apropriado ao universo feminino (Courtenay, 2000; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007), como é apresentado nessa fala:

“Achava que doença era coisa de mulher e não pra homem. ” (Entrevista Masculina 2 -45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

De fato, os entrevistados apontam vários fatores para justificar o seu distanciamento das práticas e dos serviços de cuidado à saúde, entre eles destacam o horário de funcionamento dos serviços e a demora no atendimento que interferem em suas atividades laborais, que já foi mencionado anteriormente e que também se refere a dimensão do gênero.

O trabalho, como foi visto, assume uma importância central ao possibilitar que os homens “*exerçam com suas obrigações*”. Ser um trabalhador atribui ao homem uma virtude moral dignificante perante os outros, dando-lhe reconhecimento social (Ferretti, et al., 2014).

Mas o principal argumento utilizado pelos participantes está fundamentado na sua autopercepção de necessidades de cuidados “*homem é forte não adoece*” e na noção de que esta prática é uma ocupação do feminino, ou seja, de que “*isso não é para o homem*”. Portanto, no que se refere a saúde, polarizam o cuidado à saúde associando a sua realização ao feminino e o não-cuidado ao masculino (Couto, Pinheiro, et al., 2010; Ferretti, et al., 2014)

“Mulher vai muito ao médico, por tudo tá no posto, sei não o que acontece com elas. ... homem não gosta mesmo de tá indo pra médico, como é forte não precisa né, mulher não é fraca, tem muitas coisa pra cuida, deve ser por isso. Pra o homem o trabalho no roçado é pesado, cansa mesmo. A mulher já fica em casa, cuida das meninas cansa menos né então tem mais tempo pra essas coisas e elas tem o que cuidar ...” (Entrevista Masculina 5 - 55 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Já o homem é mais forte em relação a doença aí não vai muito não...e não vai por qualquer besteirinha...” (Entrevista Masculina 5 - 36 anos - III Macrorregião de Saúde).

Observa-se o quanto esses construtos socioculturais ofuscam a realidade e encarceram as pessoas a modelos que trazem prejuízos à saúde e a vida de uma forma geral. Como afirmam Costa-Junior e Maia (2009) e Korin (2001) as prescrições acerca do que é ser homem não influem apenas nos comportamentos interpessoais a serem seguidos e esperados socialmente, mas também determinam a maneira como os homens reconhecem e lidam com seus corpos, que são significados como corpos resistentes de potência e de invulnerabilidade, sendo assim, estão capacitados a encararem qualquer desafio, estando especialmente

vinculados ao desempenho para o trabalho. Assim, seus corpos são percebidos, erradamente, como resguardados de possíveis problemas orgânicos ou psicológicos não necessitando de cuidados (Connell, 1995; Courtney, 2000; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Korin, 2001).

Um dos participantes expressou as dificuldades enfrentadas devido a crenças como essas que foram mencionadas. Ele apresenta um quadro de depressão e não se conforma por ter essa doença. Acredita que esse transtorno é comum as mulheres, pois está associada as emoções, aos sentimentos e a uma fragilidade, sendo que essas características não são aceitáveis para o universo masculino. Dessa forma, experimenta um grande conflito e o temor de que os demais amigos descubram o que ele tem, porque pode ser considerado “*pouco homem*”, já que esse quadro não condiz com as expectativas da masculinidade. Até mesmo porque, como afirma, os homens “*devem ser sempre fortes*” e dinâmicos. Nesse sentido, esses construtos interferem no reconhecimento da doença dificultando a procura por auxílio e a adesão ao tratamento na tentativa de manter os modelos tradicionais de masculinidade.

Na cena elaborada o entrevistado indica a negação de seu estado de saúde, pois se observa que ele inicia falando que teve depressão, mas depois afirma que ainda se sente mal, indica ainda em sua fala o abandono do uso da medicação e de qualquer forma de ajuda afirmando que quer se livrar dessa condição:

“Eu tive uma depressão, mas não sabia que isso era de homem, não entendi nada sabe ... eu falando com o médico ele disse a depressão vem da ansiedade, através do medo ou até de uma alegria muito grande, através de uma emoção, ele disse que a depressão vem por causa disso. Só que não acreditava nisso não, isso não é pra homem: sentir esses troço, essa coisa de emoção. Fiquei muito nervoso, não conseguia dormir não queria comer, comprei o fortificante que o médico mandou e nada de melhorar... fui pra Patos e lá falaram que era depressão, mas esse troço...porque homem não tem disso, é estranho sabe, mas vou me livrar disso, fico assim não! ” (Entrevista

Masculina 1 - 35 anos - I Macrorregião de Saúde).

O que foi narrado por esse participante e que perpassa a fala dos demais homens entrevistados corrobora com o que foi indicado por Machim, et al. (2011) em que se verifica que para os homens recusar e negar a dor, o sofrimento e a existência de vulnerabilidades, é essencial para manter e reforçar o conceito de força do masculino e a de distinção com o feminino. Nesse contexto, ser saudável incide na perspectiva de negar e se contrapor a qualquer forma de fraqueza, sofrimento ou doença (Ferretti, et al., 2014).

Da mesma maneira como foi identificado na pesquisa realizada por Costa-Junior e Maia (2009), nosso estudo também constatou que mesmo quando os homens realizam um cuidado à saúde, normalmente devido a limitações em sua vida social e econômica ou por apreensões com o caráter funcional do corpo, os valores de masculinidade parecem ainda determinantes na busca por esse cuidado, uma vez que seu objetivo é o de conservar o status de virilidade, força e desempenho social (Connell, 1995).

Assim, o que prevalece é a máxima de que *“homem que é homem não liga pra saúde”* porque *“o importante é trabalhar”*. Não possuem tempo a *“perder com essas coisas de saúde”*, nem com a deles e nem com a de seus familiares, pois *“homens não precisam ir a médicos”*, o que promove o retardamento do diagnóstico, numa clara desqualificação da prevenção e de sua importância. Mas, quando a situação fica insustentável e insuportável buscam ajuda, normalmente numa fase em que o caso já é grave, sendo comumente encontrados nas urgências e emergências dos hospitais.

A literatura aponta algumas das consequências desses modelos tradicionais de masculinidade à saúde dos homens, entre elas destacam que: os homens cuidam menos da saúde porque têm elevada preocupação com o trabalho e dificuldades em se ausentar de suas atividades; negam, omitem e ocultam o seu estado de saúde com elevada dificuldade de reconhecimento de que precisam de cuidados; procuram por assistência médica apenas diante

de situações insuportáveis principalmente ante a dor ou a imposição de limites a sua vida social e laboral; adoecem de modo mais severo, pois a práticas em saúde e a prevenção são distantes do cotidiano masculino; possuem uma expectativa de vida sempre menor quando comparada a das mulheres; há uma maior mortalidade masculina devido ao risco de se envolverem em eventos fatais, sejam eles intencionais ou não, especialmente em ambientes externos; apesar das mulheres apresentam mais doenças crônicas do que os homens, tais acometimentos são mais severos para eles; devido a seus comportamentos violentos e danosos, envolvem-se mais em casos de homicídio e de suicídio, com aumento na incidência de mortes ou de hospitalizações (Connell, 1995; Costa-Junior & Maia, 2009; Courtenay, 2000; Ferraz & Kraiczyk, 2010; Figueiredo, 2005; Gawryszewski, et al., 2004; Korin, 200; Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Pinheiro & Couto, 2013; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002).

Percebe-se que não são poucos os prejuízos decorrentes dos valores dessa cultura masculina que são naturalizados e reproduzidos pelos homens que, ao seguirem esses padrões, são conduzidos a terem maiores comportamentos de risco, a negligenciarem sua saúde e a realizarem poucas práticas preventivas (Costa-Junior & Maia, 2009). As consequências desse estereótipo foram observadas nos dados coletados, em que, apesar dos participantes negarem suas necessidades de saúde, de se perceberem como mais fortes e que não adoecem, que não procuram assistência médica por “*bobagens*” como acreditam que as mulheres comumente fazem, apontando-as como fracas e que por isso precisam de mais cuidados, em suas falas, contudo, eram recorrentes a referência a sua condição de saúde, sendo notório o sofrimento que experienciam, mas que parecem que não se dão conta disso (ou não podem), porque essa condição é incongruente com o universo masculino, o que os aproximariam da fraqueza feminina.

Como foi indicado nas cenas elaboradas pelos participantes, a maioria descreve possuírem e sentirem diversos problemas que vão desde tristeza, nervosismo, sequelas do AVE (Acidente Vascular Encefálico), hipertensão, diabete, catarata, à consequência de acidente de moto e de carro, incidentes no trabalho (sendo mais comum nesses locais machucados devido ao manejo de enxadas, chifradas e patadas no pastoreio dos animais, picadas de insetos, entre outros), prejuízos por conta do álcool e de brigas na rua. Mas, contestam essas necessidades, expondo que o homem é forte e tem que aguentar a pressão. Além de não realizarem a prevenção que poderia evitar o adoecimento e as condições severas e críticas das enfermidades.

“Eu sou o seguinte, ele passou um medicamento e nem chegou a terminar todo quando eu fiquei bom parou de sangrar parei de tomar, ele passou 15 dias de repouso com oito e já estava trabalhando”. (Entrevista Masculina 6 - 53 anos - III Macrorregião de Saúde).

“... tinha que ter voltado pra fazer uns exames que a doutora passou e não fui fazer não” (Entrevista Masculina 1 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Não sou muito chegado ao médico não, mas o médico disse que se eu tivesse indo antes não estava assim com o pulmão manchado” (Entrevista Masculina 3 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Antes de ter o infarto não fazia nada e nem fazia exame nenhum porque o povo diz que é coisa de boiola”. (Entrevista Masculina 5 - 55 anos - II Macrorregião de Saúde).

Percebe-se que para eles não é concebido o cuidado de si e nem o cuidar dos demais membros familiares, de tal maneira que a rede de apoio familiar é realizada pelas mulheres,

elas que cuidam e que acompanham quem precisa de suporte porque isso é papel delas. Eles argumentam, e elas também se apoiam, na justificativa da vida laboral dos homens, informando que esses não podem se afastarem do trabalho para acompanhar a família no cuidado à saúde, numa limitação de possibilidades e de potencial nas relações familiares de suporte, de afeto, de companheirismo e de partilha da vida. Assim, elas reproduzem essa dimensão do gênero, afirmando que “*eles não entendem dessas coisas, são desorientados*”, naturalizando esses construtos, apesar de assinalarem sentimentos de solidão, de sobrecarga e de falta de apoio dos maridos. Identifica-se, portanto, o quanto o social e as próprias relações de trabalho colaboram para essa situação, pois, uma mulher se ausentar de suas tarefas para cuidar do marido e dos familiares é admissível e esperado, mas um homem não.

“A muié que cuida de mim fia é o jeito né. Ela sempre falava pra eu ir... isso é coisa de muié mesmo...” (Entrevista Masculina 1 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Observa-se que de maneira geral os homens são educados para serem fortes, viris, independentes, agressivos e invulneráveis, então o adoecer é uma limitação imposta que prejudica o exercer dessas características, pois, como afirmaram Ferretti, et al., (2014, p.72), estar enfermo é necessitar de cuidados e de alguém, estando frágil e dependente, sendo esse aspecto incongruente à figura do masculino internalizada e construída histórica e culturalmente, em que “demandar cuidados de saúde é algo que desmerece esses sujeitos criados para assistir e prover”.

Por um lado, se é dado ao homem como primazia a esfera produtiva, por outro, é concebido às mulheres a esfera reprodutiva. Como enfatiza Rosa (2015), as atribuições reprodutivas não são apenas aquelas vinculadas à reprodução (gestação) em si, mas também àquelas relacionadas ao desempenho parental, de criação, de educação e de cuidado, que são agregados a imagem feminina como uma aptidão inquestionável, uma espécie de altruísmo de

servir ao outro sem pedir nada em troca. Deste modo, o cuidado é posto como uma função prioritária e natural para o feminino.

Nessa perspectiva, a prática à saúde e a prevenção são consideradas como pertencentes a esfera feminina, pois são tidas como “cuidadoras por natureza”, sendo essa concepção reproduzida nas condutas e posturas das mulheres ante as necessidades de saúde. Destaca-se por exemplo, que elas procuram mais os serviços de saúde, possuem práticas mais efetivas na busca pela prevenção, estão mais propensas a adotarem comportamentos e atividades com menor risco à saúde e relacionadas a longevidade, e que reconhecem suas necessidades de saúde procurando assistência de forma mais precoce e mais efetiva.

De fato, nos dados desse estudo, com base na amostra geral, se verificou que as mulheres procuram atendimento em menos tempo se comparado aos homens, tendo em média buscado assistência nos últimos 6 meses e que elas realizam consultas regulares ao ginecologista tendo 66% da amostra feito os exames preventivos como o Papanicolau (85%), a Ultrassonografia (53%) e a Mamografia (29%). Acredita-se, portanto, que as mulheres possuem uma condição de saúde mais favorável conforme esses parâmetros.

Contudo é preciso ter um olhar mais atento sobre a saúde feminina, pois, ao se debruçar em suas particularidades, se observa que muitas vezes elas convivem diariamente com limitações que impedem uma prática de cuidado à saúde apropriada. Percebe-se, por exemplo, que as demandas postas ao feminino estão associadas à gravidez, ao parto e a certas características fisiológicas do sistema reprodutivo. São, por assim dizer, limitadas a úteros, ovários e mamas como prescrição acerca do que é ser mulher sendo persistentemente resumidas a um conjunto de elementos vinculados à reprodução biológica da espécie. Essa imperativa função destinada a elas, oportuniza uma negação da sexualidade feminina como uma atividade independente da procriação e corrobora também para a ocultação de outras necessidades de saúde, como por exemplo, as relacionadas a saúde mental e ao trabalho

(formal, informal e/ou doméstico) (Monteiro & Willela, 2005). Portanto, a principal referência e oferta em saúde para as mulheres é relativa a um corpo que reproduz, numa visão hegemônica da mulher como reprodutora (Medeiros & Guareschi, 2009; Pinheiro & Couto, 2013; Schraiber, 2008).

“... a mulher tem mais coisa pra cuidar, o preventivo todos os anos, tem o citológico né, faz pré-natal essas coisas assim de mulher mesmo e só...” (Entrevista Feminina 8 - 74 anos - II Macrorregião de Saúde).

Autores apontam lacunas quanto a integralidade proposta nas ações de cuidado a saúde feminina que, a princípio deveria realizar à promoção, prevenção e recuperação da saúde de mulheres, de maneira sistemática, abarcando todas as fases da vida, mas o que se encontra nos serviços de saúde é uma focalização em cuidados relacionados à reprodução. Denunciam que a proposta de integralidade, na realidade ancorou-se numa assistência clínico-ginecológica e educativa, detendo-se em aspectos como a contracepção, atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, no controle de doenças transmitidas sexualmente e do câncer cérvico-uterino e mamário prioritariamente. Assinalam ainda que, são diversos os desafios a serem enfrentados para que haja um cuidado integral a mulher, destacando entre estes, o distanciamento existente entre a formulação de propostas e políticas públicas e a sua concretização efetiva (Ayres & Kalichman, 2016; Mattos, 2001; Monteiro & Willela, 2005; Ramalho, et al., 2012).

Como foi apontado anteriormente, a literatura e os dados colhidos nesse estudo indicam que os homens cuidam menos da saúde porque têm elevada preocupação com o trabalho, buscando ajuda principalmente quando o adoecimento traz prejuízos e impedimentos para a sua vida social e/ou laboral. Contudo, as pesquisas apontam também que as mulheres possuem deficiências qualitativas no cuidado a sua saúde, principalmente devido à sobrecarga de trabalho que possuem e pela falta de tempo para cuidarem de si mesmas, até

porque, elas são colocadas como responsáveis pelo cuidado do marido, de seus filhos e dos familiares (Costa & Aquino, 2000). Ficam assim, limitadas ao papel de cuidadoras, porém nem sempre esse cuidado é ofertado a elas mesmas, devido a demanda de sua rotina e de suas atividades diárias.

Inclusive estudos indicam que as mulheres são mais acometidas por doenças crônicas e que sofrem maiores restrições e impedimentos no exercício de suas atividades cotidianas por motivo de saúde do que os homens. Elas apresentam frequentemente doenças crônicas não fatais, como por exemplo, lúpus eritematosos, artrite reumatoide, sinusite crônica, problemas digestivos, anemia, problemas de tireoide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema, fibromialgia entre outras, além de transtornos mentais e emocionais (Costa, 2015; Pinheiro, 2002). Contudo, apesar desses problemas terem um baixo risco de morte, em contrapartida produzem diversos sintomas incômodos e na maioria dos casos, avançam para quadros incapacitantes.

Esses dados suscitam hipóteses sobre os possíveis efeitos cumulativos do exercício de múltiplos papéis cobrados, absorvidos e executados pelas mulheres e o quão pesado e estressante pode se tornar a carga de responsabilidade a elas atribuídos. As consequências sociais e de saúde produzidos por esses acúmulos podem inclusive encaminhar as mulheres a esses quadros crônicos e debilitantes. Mas não se verifica nos estudos sobre a saúde feminina um debruçar sobre essa problemática, pois ainda há pouca visibilidade no campo da saúde feminina que não estejam vinculados a aspectos reprodutivos/ginecológicos e maternos.

“Aparece mais doença nas mulheres do que no homem, aí ela tem que se cuidar mais, mulher sofre mais né ... muitas coisa pra fazer, dia após dia, sofrido viu. ” (Entrevista Feminina 3 - 45 anos - III Macrorregião de Saúde).

Verificou-se a presença dessas limitações impostas pela dimensão do gênero ao

feminino, em que as mulheres não conseguem realizar um cuidado adequado a sua saúde. Uma das participantes, por exemplo, destacou que não tem tempo para cuidar de si e nem para adoecer, está submetida ao papel de cuidadora familiar em que lhe é depositada a responsabilidade pelos seus pais, principalmente de sua mãe que possui um problema cardíaco severo e sua irmã que é deficiente mental. O pai não colabora com esse cuidado porque isso não é papel de homem, então espera que a filha resolva tudo sobre a saúde da família, assim como da casa (na limpeza e na realização da alimentação) e no cuidado a ele também.

Relata se sentir “*impossibilitada de viver*” e mergulha em hábitos como fumar e beber. Não recebe apoio de ninguém, e ainda como agravante da situação, seu ex-marido não assume os dois filhos que possuem, então ela sobrevive da aposentadoria da mãe e da irmã e do bolsa família no valor de R\$102,00. Informa que passam por muita privação, pois tem que comprar a medicação da mãe e da irmã e ainda alugar um carro para irem à cidade de referência para que sejam assistidas pelo médico e para que tenham acesso aos exames, procedimentos e medicamentos necessários. Mas em sua fala indicou que o “*pior*” em sua condição é não ter apoio e cuidado de ninguém, de “*estar só para tudo e não ter quem olhe por você*”, inclusive já se percebe doente. Embora não informe o que está acontecendo, apenas reforça que não possui condição para se cuidar, não quer nem “*procurar porque não vai ter como tratar mesmo*”.

“Eu não tenho tempo pra adoecer. Minha mãe é doente do coração e minha irmã é deficiente. Tenho que cuidar delas ... não tenho tempo pra cuidar da saúde, principalmente porque sou mulher sou obrigada a cuidar de tudinho, mas não tem quem cuide da gente mesmo sabe ... acho que nem tempo para morrer eu tenho”
(Entrevista Feminina 6 - 31 anos - II Macrorregião de Saúde).

Em outro caso elucidativo, uma entrevistada relata as dificuldades por ela experienciadas e que a impede de realizar o tratamento necessário para a sua problemática. Informa que não possui condições de tratar da sua perna de forma adequada porque tem que cuidar da casa e do marido. Assim, não tem como se afastar das atividades cotidianas para poder ficar de repouso, pois não tem quem a ajude nas tarefas. Afirma que precisa fazer uma cirurgia, mas como não pode permanecer “*o mês todo deitada*” não tem como realizar o procedimento e, acrescenta que se fosse homem poderia repousar, pois o homem recebe os cuidados da mulher. Fala que seu marido cobra muito as “*coisas da casa*”, como por exemplo, uma boa comida e limpeza e “*aí se não fizer, é muído grande*”, nesse momento desabafa o quanto se sente desvalorizada, e a percepção de que “*mulher não tem vez pra nada*”

“Ninguém me ajuda, sou sozinha, às vezes passo três dias de febre e não tem vem quem vem aqui nem tirar uma colher ... Se fosse homem conseguia ficar deitada e repousar, porque ele não está nem aí pra mim. Meu marido já foi operado de próstata e hérnia e eu cuidei direitinho”. (Entrevista Feminina 11 - 73 anos - II Macrorregião de Saúde).

Foram ressaltadas também nas entrevistas realizadas, o controle e a limitação da saúde feminina a aspectos ginecológicos, promovidos pelos próprios profissionais de saúde. Uma participante narra sua chegada ao serviço de saúde, com fortes dores, que estavam ficando insuportáveis e os profissionais, conforme seu relato, a trataram com desprezo, como se ela estivesse “*arrumando problema*”, sua percepção era de que eles estavam debochando mesmo dela. Começaram a lhe falar que essas dores eram comuns em mulheres, que ela comparecesse no serviço no próximo mês para realizar o citológico, que são exames para mulheres e não deram muita credibilidade a usuária. Ela teve que arrumar um carro para ir à cidade de referência para ter assistência e foi constatado que estava com uma crise de

apendicite, mas no posto de saúde “*só falam que essas coisas de ginecologia, de mulher e que dói mesmo*”.

Essa fala suscita alguns questionamentos sobre as falhas na assistência recebida, como no acolhimento, na atenção, na compreensão e no cuidado ofertado pelos profissionais no serviço de saúde, entre eles destaca-se: como um quadro de dor pode ser considerado normal. Onde é dito que mulher tem que ter “*dores mesmo*” e, como um quadro de apendicite pode ser confundido com possíveis dores associados a aspectos ginecológicos sem uma investigação apropriada.

“A gente vai no posto e eles lá ficam só falando de um exame que tem que fazer nem sei pra quê, um tal de citológico... e eu com dor, vatê ...” (Entrevista Feminina 1 - 33 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Portanto, de modo geral, se verifica que apesar das mulheres utilizarem mais os serviços de saúde do que os homens, elas não possuem uma acessibilidade de fato, pois muitas vezes elas passam por esses serviços despercebidas e desacreditadas pela equipe. Elas são comumente restringidas a cuidados associados aos aspectos ginecológicos/reprodutivos sobre a qual incidem as principais ações de saúde. A abordagem dos profissionais, de acordo com as falas das participantes, aponta para uma banalização das demandas trazidas pelas usuárias e se identifica o quanto muitos destes profissionais permanecem arraigados a visão limitada da saúde feminina, ignorando a integralidade em suas atuações. Há então, uma desqualificação e desatenção a demandas relatadas pelas usuárias que não estão vinculadas a função reprodutiva.

Nesse sentido, Pinheiro e Couto (2013) denunciam que muitos profissionais em sua prática se centralizam num exercício hegemônico de uma clínica alicerçada em atos prescritivos e na produção de procedimentos sob o imperativo da estruturação tradicional do

serviço sob a égide da lógica biomédica e de padrões de gênero. Scott (2005) corrobora aos dados relatados nesse estudo, ao enfatizar que a mulher não possui tanto acesso nos serviços como se pensa, até mesmo porque as ações concebidas ao feminino privilegiam e se restringem a esfera reprodutiva, priorizando o campo materno-infantil ou o uso a anticoncepcionais e, muito secundariamente, a evitação de infecções sexualmente transmissíveis.

Como afirmam Pinheiro e Couto (2013), Scavone (2005) e Schraiber (2005) os cuidados femininos à saúde, contemplam a prevenção das doenças, a administração do tratamento aos doentes de sua família e a manutenção cotidiana da saúde numa naturalização de suas atribuições quanto mulher que, se inicia na contracepção, continua na gravidez, se intensifica com a vinda dos filhos e a segue ao longo da vida, com a atenção às pessoas idosas.

Portanto, conforme o que é apontado na literatura, as mulheres costumam ser consideradas usuárias preferenciais e participativas por estarem à “disposição” dos profissionais de saúde, ou seja, por serem presentes nos serviços. Parece que no imaginário social, da comunidade em geral e da equipe de saúde, elas possuem um tempo ilimitado para irem nos serviços, que podem aguardar nas longas filas para marcar as consultas, que é concebido a elas madrugarem e passarem o dia para conseguir uma ficha e que devem acompanhar os familiares. Sendo assim, elas possuem a “obrigação” de cuidar e de estar disponível as equipes, aos familiares e aos horários de funcionamento dos serviços (Couto et al., 2010; Schraiber, 2005). Pois, uma mulher deixar suas atividades para executar essas ações é esperado e tido como natural, já o homem se afastar de suas atribuições para realizar o cuidado é considerado estranho e não pertencente a suas funções.

Porém, elas podem facilmente passarem de usuárias privilegiadas à problemáticas e chatas, exatamente por comparecerem demais, por apresentarem muitas queixas e por

procurarem o serviço por “*qualquer coisa*”, em contraste com o comportamento masculino, já que os homens procuram ajuda por motivos mais “aceitáveis”, ou seja, devido a uma típica patologia médica e com certo agravamento. Assim, novamente as necessidades femininas são desvalorizadas por serem consideradas como simples demais, ou porque são avaliadas como inadequadas para a assistência médica, já que são questões mais socioculturais (Schraiber, 2005).

A percepção de que os serviços de saúde são espaços transitáveis pelas mulheres, onde elas estão habituadas, onde possuem melhor interação e comunicação com as equipes, que são considerados ambientes feminilizados, pode estar bem equivocada, pois muitos na realidade funcionam sob o crivo das relações de gênero e de poder, a partir da reprodução de padrões socioculturais de cuidados numa polarização da mulher ao universo doméstico e reprodutivo e do homem ao mundo público e da sexualidade.

Na literatura fala-se da invisibilidade dos homens nos serviços de saúde, mas a presença das mulheres nesses locais não significa que elas sejam realmente vistas. Além dos exemplos indicados anteriormente, se verifica a invisibilidade das questões femininas notadamente na **Violência de gênero**, que se refere a violência exercida em um contexto de desigualdades de gênero alicerçadas numa matriz hegemônica, em que os princípios predominantes de feminilidade e masculinidade esculpem-se, a partir de disputas simbólicas e materiais expressos nos diversos espaços sociais (Cocco da Costa, Lopes & Soares, 2015), tema que tem sido destacado com um dos grandes desafios na saúde coletiva.

Da mesma forma como denunciam Cocco da Costa, et al. (2015), Schraiber, d' Oliveira e Couto (2009) e Schraiber, d' Oliveira, Portella e Menicucci (2009), a expressão das assimetrias de poder entre os homens e mulheres são vigorosas e estão difundidas em diversos setores e grupos sociais, assim como essas desigualdades se formalizam e se institucionalizam

nas diferentes organizações, e que inclusive vem se consolidando também na saúde através da violência física, psicológica e sexual, o que foi observado também em nosso estudo.

Uma das barreiras apontadas pelos autores é o reducionismo da abordagem biomédica, em que as ações são voltadas sobre os danos físicos e mentais, a partir de tratamentos medicamentosos prioritariamente, mas não sobre a violência em si, abstraindo a causa de seus efeitos, muitas vezes, minimizando sua importância.

“Não há conversa com ele. Tenho doenças ginecológicas de forma recorrente, e nem tenho como falar nada com ele porque não aceita, fica inclusive com raiva se vou ao médico e mencionar algo de nossa vida, me chama de vadia. Então tratamento é difícil mesmo porque ele não vai fazer. Inclusive não vou a médicos homens porque tenho medo deles pela frustração do que vivo com meu marido. Não faço os exames necessários e nem posso pedir para ele usar camisinha então corro sempre o risco de algo grave”. (Entrevista Feminina 3 - 42 anos -II Macrorregião de Saúde).

É comovente e assustador o depoimento dessa participante e das demais mulheres que sofrem violência perpetrada por seus maridos, que na realidade são seus algozes. Elas encontraram na elaboração da cena, proposta pela pesquisa, a oportunidade para falarem de seu sofrimento e de sua dor. Quanta necessidade, maltrato e privação essas mulheres se encontram envolvidas. Apresentam em suas falas os diversos problemas de saúde que possuem e destacam as recorrentes doenças ginecológicas e as infecções urinárias. Os esposos (carcereiros) não realizam os cuidados indispensáveis para a recuperação delas, sendo extremamente violentos, inclusive nos depoimentos descrevem que muitas vezes são estupradas, agredidas verbalmente e fisicamente e ainda impedidas de obter ajuda.

Mas elas vão ao serviço para tratar a doença ginecológica, desde que seja uma médica que irá atender. Contudo, algo que se tornou inquietante durante a escuta de suas narrativas

era o fato de que, diante de tanta doença recorrente e contínua, a equipe de saúde não identificou que há algo errado? O que parece acontecer é que a premissa difundida pelo ditado popular de que “em briga de marido e mulher não se mete a colher” é levado a termo nesses locais e serviços, pois tudo indica que os profissionais fingem não perceber a violência.

Na pesquisa realizada por Cocco da Costa, et al. (2015, p. 164), identificaram que os gestores, os profissionais e os trabalhadores dos serviços de saúde de contextos rurais, não possuem a consciência da cronificação e cristalização da dimensão simbólica, histórico-social da violência contra as mulheres, em especial, das mulheres rurais. Para a maioria dos profissionais entrevistados a violência contra a mulher é o resultado, do que as autoras denominaram, de “destino de gênero”, que é o processamento da naturalização e da normalização dos fatos e de suas causas, justificado pelo poderio masculino e pela sujeição feminina em sua “funcionalidade” social. Tal constatação é reproduzida culturalmente e ideologicamente no social, numa “permanência inconsciente” desses construtos nas práticas profissionais.

As autoras destacaram ainda que, essa naturalização dos estereótipos de gênero e da violência, trilha pela inabilidade desses profissionais de atuarem sobre ela na dimensão paradigmática e programática da saúde, recorrendo assim a desconsideração desses episódios e ao comodismo de “deixar tudo como está”, em vez de transformá-los em responsabilidade técnica e social, o que impede a ação sobre a violência e seu reconhecimento como inaceitáveis (Cocco da Costa, Lopes & Soares, 2015, p.165).

“Pra mim não há saída, não há vida quanto mais saúde” (Entrevista Feminina 3 - 42 anos - II Macrorregião de Saúde)

Como foi narrado no diário de campo, é impressionante a falta de ajuda a essas mulheres que ficam isoladas em seus sofrimentos. A própria população e os profissionais de

saúde acabam por perpetuar essa violência, a partir das desigualdades de gênero naturalizadas nas construções e reproduções dos papéis tidos masculinos e femininos assumidos por homens e por mulheres, baseados na cultura e na tradição patriarcal formando verdadeiras capsulas aprisionadoras.

Para Schraiber (2005) a violência contra a mulher é reforçada a partir de interpretações sobre um *ethos* masculino numa associação da violência à própria constituição da masculinidade, formado no processo de socialização, em que ocorre uma prevalência do machismo, com crenças internalizadas sobre a autoridade dos homens e a vinculação de virilidade com violência (Greig, 2001). A violência passa a ser uma resposta as expectativas e as pressões sobre o desempenho de seu papel social, que oculta também a dificuldade em aceitar o direito a igualdade daqueles considerados por eles menos valorizados na escala social (mulheres, idosos, crianças, homossexuais etc.).

Em muitas falas das participantes, a concepção de saúde está relacionada a ter paz, sossego e a não sofrer. Indicam em suas histórias o subjugamento ao masculino, o tratamento como objeto e propriedade dos homens, a baixa autoestima e a desvalorização. Não negam a dor e o sofrimento, mas parecem se resignarem, se colocando como fracas, impotentes e vulneráveis, suportando até os impedimentos ao autocuidado por ciúme e por posse dos maridos:

“Saúde não sei o que é faz tempo, porque queria ter na vida sossego, paz e principalmente respeito. Sofro porque sou gorda e porque sou mulher. Queria muito que meu marido mudasse, ele é muito agressivo, rude, não tem como conversar com ele só obedecer”. (Entrevista Feminina 8 - 74 anos - II Macrorregião de Saúde).

Nesse sentido, constata-se que as mulheres nesses contextos rurais são submetidas diariamente a limitações devido à concepção de gênero que comprometem sua vida social,

laboral e sua saúde. Observa-se que, os papéis atribuídos ao gênero estabelecem valores diferenciados e hierarquizados para homens e mulheres, legitimando as condutas e os comportamentos considerados como masculinos e femininos.

No que se refere a elas, os papéis tradicionais de mãe, esposa e cuidadora são altamente valorizados e difundidos, sobrecarregando-as de responsabilidade na criação dos filhos, no cuidado da casa, dos familiares e na agricultura familiar. Em sua maioria, são destituídas de autonomia e da possibilidade de escolha e decisão, inclusive sobre o seu próprio corpo e sua vida.

Os homens por sua vez são destacados como fortes, dominadores, chefe da família e responsável pelo provimento material e detentores do poder decisório sobre sua família. São atribuídos a eles um constante e imperativo interesse em sexo e um comportamento agressivo, aliado a negligência em sua saúde e no cuidado aos membros da família, a baixa procura pelos serviços e por práticas de saúde, com ênfase na vida pública e laboral.

O que se percebe é que há sérios prejuízos para homens e para as mulheres devido a manutenção, perpetuação e reprodução dos papéis de gênero que são naturalizados e normatizados nos contextos pesquisados.

Da mesma forma como não há condutas preventivas e existe uma dificuldade na adoção de práticas de autocuidado de maneira geral pela população masculina, eles também utilizam menos os serviços de saúde de nível básico o que ocasiona um maior desfavorecimento do estado de saúde quando se trata desse grupo. Os homens normalmente se utilizam de medidas de tratamento alternativas próprias, sendo assim, comumente buscam as farmácias que assumem uma relativa importância na relação que estabelecem com sua saúde, pois esta é vista como uma instância "semiprofissional", local onde se pode pedir recomendações e tentar aliviar a dor sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas. Eles também buscam assistência nos prontos socorros por serem atendidos mais rapidamente e

pela possibilidade de falarem de forma mais breve e superficial, seus problemas de saúde (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Pinheiro, Viacava, et al., 2002).

A baixa procura pelos serviços de saúde pela população masculina, como informam Ferretti, et al. (2014), está vinculada a questão do gênero e ao conceito reducionista de saúde que os homens possuem, pois consideram como saúde a ausência de doença, o que os conduzem a buscarem os serviços apenas quando enfermos. Para Figueiredo (2005) essa falta de busca pelos serviços de saúde, principalmente para a prevenção, abarca três aspectos importantes que são, as histórias e experiências anteriores de aprendizagem dos homens que são educados para serem fortes e invulneráveis; a forma como os serviços são estruturados e organizados para atender as especificidades masculinas; e a ausência de vínculo constituído com os homens nos serviços de saúde.

Depara-se nesse ponto com um aspecto importante da relação de homens e de mulheres com os serviços de saúde, que é a **Percepção do atendimento**, do cuidado e da assistência a eles oferecidos, ou seja, a avaliação que possuem desses espaços que podem reforçar a polarização masculino versus feminino.

De acordo com a percepção dos homens entrevistados a organização, a estrutura e a assistência ofertada nos serviços de saúde, contemplam prioritariamente o feminino. Os participantes enfatizaram a dificuldade em frequentarem os postos quando não há médicos específicos para as suas demandas (médico urologista), não há horário adequado para o atendimento deles (já apontado anteriormente), e que toda a estrutura do serviço foi pensada para ao cuidado do feminino. Percebe-se também em suas falas um certo constrangimento de irem aos serviços, em que há muitas mulheres e crianças, assim sentem-se encabulados, como se esse não fosse um local adequado a eles, relataram até mesmo o incômodo em ter nos postos profissionais que majoritariamente são mulheres, então como falar de sua “*situação com as mulheres, mesmo sendo elas profissional de lá*”.

De fato, observou-se que muitos dos postos de saúde nas cidades estudadas eram organizados em função da clientela feminina. Havia várias gravuras representando a maternidade através do aleitamento materno, da vacinação, do acompanhamento pré-natal, ou seja, do cuidado feminino aos filhos, alguns eram até mesmo pitados de cor-de-rosa.

“... é só olha o posto de saúde pra ver que é pra mulher, olha ai ... por isso atende mais mulher, porque as mulheres se cuidam mais e os posto são pra elas mesmo ...”
(Entrevista Masculina 7 - 48 anos - II Macrorregião de Saúde).

Na pesquisa realizada por Barreto, et al. (2015), sobre a avaliação dos homens da assistência recebida nos serviços de saúde, foi verificado que a população masculina não encontra práticas de cuidado adequadas para a resolução de suas demandas de saúde, assim como o que foi observado em nosso estudo. São ofertadas nos serviços abordagens simplistas pautadas em cuidados focalizados a grupos específicos, especialmente as femininas. O principal defeito indicado no atendimento é a falta de atenção, de compreensão, de compromisso e de diálogo por parte dos profissionais sugerindo a ausência de vinculação com o usuário, informando sentirem o descaso dos trabalhadores de saúde por eles, os usuários (Barreto, et al., 2015).

Sendo assim, considerando que a população masculina já possui dificuldades na busca pelos serviços de saúde, tanto para a o cuidado ante o agravamento de seu estado de saúde como para a prevenção, devido a questões relacionadas ao gênero (já apontadas nesse estudo), imagine o quanto mais prejudicado e desafiador se torna esse quadro quando não há um acolhimento, uma escuta, uma assistência adequada a demanda, uma comunicação clara com esse usuário. Essa falta e/ou falha na estrutura, na organização, na adequação dos serviços as demandas específicas para os homens que procuram o atendimento, aliado a ausência de

vinculação e de capacidade de melhor informação e de acolhida por parte dos profissionais de saúde, acabam por repelirem ainda mais a participação dos homens no cuidado a saúde.

Em nosso estudo, os participantes apontaram em suas cenas que, devido a essa estrutura e funcionamento dos serviços, e pela busca e presença maior das mulheres nesses locais, acreditam que elas fazem mais amizades com as pessoas e com os profissionais de lá, assim conhecem mais os que ali trabalham, “*entendem mais desse assunto de saúde*” e dessa forma, são melhor atendidas pelas equipes. Observou-se que, eles não percebem e não encontram espaços nesses serviços devido a prioridade feminina no cuidado ofertado, a falta de horário adequado para os atendimentos aos que tem que ir para o roçado e a distância do posto de seus trabalhos. Então esses serviços não são para eles e sim feito para a mulheres, reforçando os estereótipos de gênero.

Por sua vez, as mulheres informam que, na percepção delas, como os homens adoecem menos e quando vão procurar ajuda o caso é grave, eles são melhor recebidos pelos profissionais, até mesmo porque como são bravos, a equipe os temem mais, assim atendem “*melhorzinho, senão levam grito*”. Como já mencionado anteriormente, a presença das mulheres nos serviços de saúde não indica boa qualidade na assistência ofertada, tanto que a percepção que elas possuem é que os homens são melhor recebidos e atendidos nos serviços. O que se verifica que há falhas, lacunas, dificuldades e falta de vínculo, diálogo e compreensão por parte dos prestadores de serviços e da equipe de saúde de uma forma geral.

A própria conduta dos profissionais, a dinâmica e estrutura dos serviços de saúde indicam vulnerabilidades relacionadas ao gênero, pois muitas vezes estes não conseguem modificar a limitação que a normatividade de gênero impõe à organização dos serviços. Verifica-se que a prevenção é precária para homens e para mulheres nesses locais, sendo a saúde considerada o tratamento de doenças já existentes. Há poucas informações e campanhas realizadas, não existe espaço para conversar sobre determinados assuntos, como por exemplo

sobre sexualidade, e o cuidado ofertado não é adequado nem para os homens e nem para mulheres. As práticas de saúde dispendidas a população não priorizam ou reconhecem as necessidades reais e as construções de vida das populações rurais em seus contextos, em sua rotina e em sua cultura.

O acolhimento é uma ferramenta fundamental de intervenção dispendida na qualidade da escuta e de compreensão das demandas, possibilitando a construção de vínculos, o reconhecimento e a compreensão cada vez maior das necessidades de saúde das pessoas e das formas possíveis de atendê-las fornecendo encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial mediados, sobretudo, pelo diálogo, articulando os avanços tecnológicos com um bom relacionamento a partir da interação com seus usuários (Cavalcanti, et al., 2014; Teixeira, 2005).

Para Costa e Lopes (2012) o acolhimento enquanto elemento relacional deve ser considerado indispensável nas ações de saúde, pois pressupõe uma atitude ética de cuidado e de interesse pelas necessidades do outro, de sensibilidade, de respeito ao usuário, como também de avaliação de riscos e vulnerabilidades que se concretizam nas práticas de saúde. Esse acolhimento conduzido por uma boa receptividade assegura a conquista de confiança e segurança dos usuários, enfraquecendo as dificuldades dos pacientes de se expressarem para o profissional, diminuindo seu constrangimento. Portanto, as práticas de saúde precisam ser pensadas e identificadas como estratégias potenciais de desenvolvimento, como um caminho para se assegurar a cidadania da comunidade rural (Cavalcanti, et al., 2014).

O **Constrangimento** foi mencionado por ambos entrevistados, tanto os homens quanto as mulheres, relataram se sentirem envergonhados ao serem examinados por profissionais da área de saúde do sexo oposto. Contudo, apesar das mulheres (43%) mais do que os homens (20%) na amostra geral, indicarem vergonha em realizarem exames íntimos com profissional do sexo oposto, nas cenas elaboradas elas se colocaram mais acessíveis e disponíveis quando

é necessário serem cuidadas por esses profissionais. Verificou-se nas falas que elas não aceitam mesmo quando há uma restrição ou proibição por parte de seus companheiros que inibem e coíbem até mesmo uma consulta com um médico (homem).

As mulheres em suas falas não indicaram problemas em serem examinados por profissionais do sexo oposto, podem até sentir vergonha, mas como a saúde é importante, fazem exame e o acompanhamento sem restrições. O que as impedem mesmo é o autoritarismo de seus maridos que inibem o cuidado trazendo prejuízos a saúde delas devido a limitação imposta pela concepção de gênero, o que já foi mencionado anteriormente.

Por outro lado, os homens em suas narrativas relataram serem mais envergonhados nesses casos, negando o atendimento com profissionais do sexo oposto. E, até mesmo quando é um médico do mesmo sexo, alguns indicaram se sentirem constrangidos, porque sentem vergonha de perguntar e de falar sobre o possuem e sanar suas dúvidas por acharem que isso pode indicar fragilidade, os tornando “*menos homem*”, pois como indicado anteriormente, as dificuldades e necessidades em saúde estão relacionadas ao universo feminino e qualquer aproximação com esse contexto os desqualifica enquanto homem.

“Muitas vezes tive vergonha de contar pro médico o que sentia, isso não é pra homi, então nem ia ...” (Entrevista Masculina 1 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Percebe-se a necessidade de os profissionais de saúde ter um olhar acolhedor e diferenciado para seus usuários, de maneira que se crie oportunidade de cuidados e de práticas de saúde mais igualitárias e adequadas as demandas de homens e de mulheres considerando em suas ações a dimensão do gênero. Assim, se possibilitaria a criação de estratégias e de instrumentos para que busquem mais os serviços, para que haja a utilização equitativa das práticas, que se não se tenha uma visão reducionista voltada para a doença, evitando-se ações centradas em práticas meramente curativas e sim que se realize um cuidado

integral, tendo como foco a saúde como um todo, atendendo as necessidades individuais e coletivas de seus usuários e comunidade (Olivieri, 2015).

Estabelecer relações próximas, claras e de confiança com os usuários e com a população com que se trabalha, a ponto de sensibilizar-se com o seu sofrimento tornando-se uma referência para eles, num processo de troca que potencialize a construção de autonomia e de empoderamento. Reduzem-se assim, os constrangimentos, as concepções errôneas de saúde, as percepções distorcidas sobre o corpo e os papéis de gênero, a partir de negociações consensuais sobre as necessidades e as responsabilidades que passam a ser compartilhadas nesse encontro de sujeitos em que se reconhece o outro como detentor de poderes, de direitos e de saberes promovendo a saúde e a prevenção (Costa & Lopes, 2012; Deslandes, 2004; Merhy, 2006; Olivieri, 2015; Rocha, 2006; Sichieri et al., 1993).

A partir do que foi apresentado nesse item, se percebe que as concepções de gênero ditado, naturalizado e reproduzido na sociedade influencia os hábitos, as condutas, os comportamentos, as escolhas, as atitudes e concepções de homens e de mulheres de maneira geral, conduzindo não somente a modos de estar na vida, mas maneiras de se caminhar na vida, assim como modos de adoecer e de morrer.

Reconhecer as peculiaridades dos homens e das mulheres residentes nesse contexto regional tão específico como o rural, com sua tradição e cultura nordestina, pode auxiliar no estabelecimento de ações e de práticas que ultrapassem os aspectos programáticos das estratégias da atenção básica, indo além de questões como o planejamento familiar, pré-natal e de doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes.

Sobretudo esses serviços podem identificar as relações de gênero que se articulam aos significados sociais da masculinidade e da feminilidade que oportunizam a suscetibilidade ao adoecimento, ao agravamento à saúde e a ausência de recursos para a proteção necessária das pessoas. O enfrentamento desses problemas voltados à prevenção e promoção da saúde deve

ter como base a cena real das pessoas em suas demandas e necessidades, de forma que não se perpetue nos próprios serviços as desigualdades e as limitações relacionadas a dimensão do gênero e que auxilie no acesso aos recursos para a superação dessa vulnerabilidade.

4.2.3 – AS VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NO EIXO INDIVIDUAL:

No plano individual da vulnerabilidade, concebe-se uma pessoa como sujeito de direitos dinamicamente em suas cenas, ou seja, no contexto rural, abrangendo as condições reais de vida das pessoas. Dessa maneira, os obstáculos verificados nesse eixo referem-se aos **Cenários do Cotidiano Rural** com destaque para as ausências: **ausência de trabalho, de recursos** e de **rede de apoio**. Viver nesse cenário fomenta diversos prejuízos para as pessoas, entre eles foram suscitadas nas entrevistas o **sofrimento psíquico** e a **violência**. Porém, estar nesse cenário também faz com que as pessoas desenvolvam maneiras de lidarem com essas adversidades de acordo com as perspectivas de vida, estado emocional e atitudes em cena, tendo-se assim, o **Enfrentamento** de homens e de mulheres em seu cotidiano.

No que se refere aos **Cenários do Cotidiano Rural**, durante a observação das comunidades e seus estilos de vida, algo notório e estarrecedor foi a falta de estrutura e a deficiência e/ou carência de recursos. Ao se estar na cena concreta de vida, com aqueles homens e com aquelas mulheres pode-se adentrar na realidade experienciada por eles. Nos rostos e nas mãos estão as marcas de uma vida dedicada ao roçado e à luta permanente, ante as inúmeras dificuldades enfrentadas ao descaso e abandono que se encontram.

Não há garantia de sustento, de estudo, de saneamento básico, de acesso a água tratada, de moradia adequada, de ingresso aos bens e serviços, de lazer, entre outros, o que gera um comprometimento da qualidade de vida e do estado de saúde da população, descrito

no diário de campo, indicando o estado de vulnerabilidade dessa população e de impossibilidade de proteção devido à falta de recursos para isso.

A **ausência de recursos, de infraestrutura e de serviços disponíveis** a população é uma queixa constante dos moradores das cidades rurais, muitos relatam sentimento de impotência por não terem opções para suprirem suas necessidades e de sua família. Assim, nos locais visitados se verificou que a população de maneira geral associa o estado de saúde e de vida digna, a possibilidade de se ter recurso financeiro, ou seja, atribuem a qualidade de vida ao aspecto socioeconômico. Dessa forma, tantos os homens quanto as mulheres entrevistadas indicaram a valorização do trabalho como principal fonte de acesso aos recursos e às condições de se ter saúde, mas principalmente de ser ter vida.

Relatam que saúde é não passar tanta necessidade, poder comprar alimento e água, ter condição de manter a família, de pagar um carro que conduzam até as cidades de referência e assim ter assistência adequada, condição de comprar medicamento, de fazer os exames, enfim, a possibilidade de superar as dificuldades através do esforço de seu trabalho que dá acesso ao dinheiro. Mas como suprir essas demandas diante da **ausência de trabalho** e com uma terra com pouca ou nenhuma produção devido à seca.

Percebe-se que os moradores desses contextos passam por muitas privações. De fato, sem uma atividade laboral que possibilite uma autonomia financeira elas se tornam presas fáceis dos gestores das cidades de quem passam a depender para terem “*alguma coisa pra botar na boca pelo menos*”, o que incomoda a maioria dos moradores entrevistados que se sentem inibidos e coagidos pelo assistencialismo partidário já apresentado nesse capítulo.

Portanto, a atividade laboral foi um fator apresentado como determinante, pelos homens e pelas mulheres, para a possibilidade de se ter uma vida digna e não apenas “*ir sobrevivendo*”, pois se sentem denegridos e humilhados em não poderem manter a casa e a família. Todos os participantes se referiram a dificuldade por não terem trabalho na cidade

e/ou de ganharem muito pouco no que exercem, mas reclamaram muito de não terem alternativa, pois a maioria trabalha com a terra e nesse período prolongado de estiagem ficam sem condições de cultivar até o próprio alimento o que aumenta a penúria por que passam.

Contudo, se observou que na amostra geral 58% dos participantes declaram estar empregados, o que em um olhar superficial esse dado parece contraditório às falas de ausência de trabalho apontado nas entrevistas. Mas na realidade o que se verificou é que mesmo muitos não tendo uma ocupação informam que estão empregados, porque é uma “*desonra*” não ter uma atividade laboral, principalmente para os homens que, mesmo passando necessidade se dizem trabalhando, já que cultivam a terra. Assim, a maioria se declara agricultor, mesmo que não esteja realizando essa atividade na atualidade.

Eles normalmente estão em atividades informais, trabalhos esporádicos em terras de outros proprietários em tempo de colheita, estão como boias-frias sempre em busca de uma alternativa. Contudo, mostram em suas cenas a tristeza de não poderem cultivar sua terra, de não serem remunerados adequadamente e de não terem seus direitos garantidos, submetendo-se a situações como essas para “*tentar não passar fome*”, mas a necessidade é elevada.

Outros indicaram amargura por não terem outra atividade que não seja o cultivo da terra, porque desde crianças são encaminhados para trabalhar no roçado ajudando o pai. Esse aspecto é relevante na fala dos homens, pois um dos prejuízos percebidos e que está relacionado ao papel de gênero, ocorre desde cedo através da socialização. Os homens são conduzidos a corresponderem às atribuições de masculinidade e expectativas da comunidade rural traduzida na figura do homem sertanejo, “de braço firme com sua enxada, que se desdobra para plantar sementes, que muitas vezes não germinam” (Martins & Chagas, 2006, p.129) e, mesmo que existam algumas peculiaridades e outras possibilidades de condutas e comportamentos, essa descreve uma prática constante do sertanejo nordestino (Martins & Chagas, 2006).

No cotidiano do sertão é comum os filhos homens desde crianças serem levados pelos pais para ajudarem e aprenderem a “*lida*”, ou seja, o plantio da terra. Muitos abandonam os estudos e não desenvolvem outras atividades, ficando limitados ao papel que lhes foram concebidos. Por isso, muitos participantes declararam se sentirem sem alternativas para a vida, pois cuidar da terra é o que sabem fazer e diante desse grande período de estiagem que vem se perpetuando no território paraibano, ficam angustiados com a situação em que se encontram.

Em pesquisa sobre o trabalho precoce e o processo de escolarização de crianças e adolescentes, Sousa e Alberto (2008) apontam que há uma prevalência do gênero masculino no setor informal de rua (espaço público), esclarecendo que esse aspecto está relacionado a fatores socioculturais (concepções de gênero), uma vez que os meninos são inseridos em atividades externas, com concessão da família para determinadas ocupações, locais e/ou horários de trabalho, enquanto as meninas são inseridas comumente nas atividades domésticas.

Contudo, não significa que as meninas não trabalhem precocemente, pois no cotidiano doméstico são iniciadas desde pequenas a cuidarem da casa e em sua maioria são responsáveis pela criação dos irmãos mais novos para que os genitores possam ir para roça e cumprir com seus afazeres. Alberto (2002) alerta para o fato de que, como as atividades domésticas são depositadas ao feminino, muitas vezes se incorre no erro de não ser considerado como trabalho precoce. Além de que, comumente, as meninas estão inseridas na exploração sexual comercial sendo vítimas de violência (Sousa & Alberto, 2008).

No relato dos entrevistados, o trabalho precoce no geral é narrado como sendo motivado por questões de gênero, em que o homem tem que aprender a cuidar da terra para depois prover sua família. Mas se percebe também a influência da necessidade financeira e de sobrevivência que fazem com que crianças e adolescentes assumam essas atividades: “*Era*

preciso ajudar no roçado para se ter comida em casa”. Assim, a dificuldade de manutenção familiar estava presente nos relatos dos entrevistados indicando o quanto a pobreza também é um elemento decisivo para a inserção precoce no trabalho:

“Eu vivi numa época que tudo era muito difícil, morava nos sítios não tinha como se estudar porque tinha que se andar mais de duas léguas acabava desistindo e indo ajudar os pais no roçado” (Entrevista Masculina 3 - 51 anos - II Macrorregião de Saúde).

“A vida é pesada né, é difícil tem que trabalha muito pros outro e ganha pouco, aqui no roçado tudo é difícil...não dava pra estudar era longe demais...os pais levam a gente logo cedo pra cuidar do roçado, sem dinheiro tinha que ajudar, pra poder viver né ...” (Entrevista Masculina 4 - 56 anos - II Macrorregião de Saúde).

A problemática do trabalho precoce, conforme Santos (2011) está associada historicamente aos excluídos da sociedade, especialmente os pobres. Percebe-se que o aspecto socioeconômico contribui para que crianças e adolescentes assumam atividades laborais, a partir do desemprego estrutural resultante das configurações do trabalho e de um sistema de produção que impelem os trabalhadores para as camadas mais pobres, refugiando dessa maneira a precarização das condições de trabalho, a exploração e o trabalho informal. De fato, a pobreza colabora significativamente para que as famílias se utilizem da mão de obra de crianças e adolescentes para o sustento familiar.

As consequências do trabalho precoce são indicadas nas falas dos participantes, assim como foi demonstrada na pesquisa de Santos (2011) que, dentre os danos verificados, se destaca o severo prejuízo da escolarização. O trabalho diminui a oportunidade de aprender e de estudar, e dessa maneira, de ter uma formação e qualificação adequada, o que colabora para perdas de oportunidades futuras, pois quando na fase adulta sofrem impedimentos para a

obtenção de emprego, não tendo a possibilidade de se inserirem em atividades profissionais socialmente apreciadas, assumindo ocupações informais com baixa remuneração ou encontram-se desempregados, sendo excluídos inclusive de uma condição cidadã mais digna e socialmente participativa (Santos, 2011; Sousa & Alberto, 2008).

De fato, não são poucas as marcas cravadas na subjetividade dessas pessoas devido a perda da infância, pois lhe são negados ou limitados as vivências e experiências necessárias para o desenvolvimento pleno, como o brincar, o estudar e o ser protegido, o que traz efeitos para a construção da própria identidade (Santos, 2011; Sousa & Alberto, 2008).

Por outro lado, as mulheres também estão atuando em trabalhos informais e mal remunerados. Contudo, o que fica evidente é a dimensão de gênero nas relações de trabalho já discutida, em que o homem possui uma atividade que lhe caracteriza como trabalhador mesmo que não dê retorno e sustento para a vida. Porém, as mulheres que estão operando nos trabalhos produtivos como no roçado familiar e em atividades consideradas como doméstica, não são reconhecidas e valorizadas como trabalhadoras, sendo limitadas a ajudantes do trabalhador masculino e/ou exercendo atividades ditas domésticas.

Mais uma vez o trabalho da mulher não é visível, apesar de ser fundamental dentro da organização familiar, pois como afirmam Scott (2010), Torres e Rodrigues (2010) elas são atuantes nos trabalhos rurais através do plantio e colheita da terra, do cuidado com as crianças, aprontam as refeições, organizam e limpam a casa, lavam roupas e louças, cuidam do terreiro e dos animais de pequeno porte, carregam ferramentas, limpam os roçados, participam de mutirões (Torres & Rodrigues, 2010), e mesmo assim, suas atividades são consideradas obrigações domésticas, auxiliares dos maridos.

Outro aspecto apontado nas cenas elaboradas, foi a elevada preocupação das mulheres com as consequências da ausência de trabalho para os maridos e, principalmente para os filhos, que é o afastamento familiar. Com a dificuldade de trabalho eles se deslocam para

outras cidades, normalmente em direção aos grandes centros urbanos para terem condições de exercer uma atividade laboral, às vezes em funções temporárias e sazonais, retornando quando possível, outras se estabelecendo definitivamente nesses locais com dificuldade para voltarem a cidade natal. Muitas mulheres relataram suas angústias por terem os filhos longe, mas se preocupam também porque, como muitos desses jovens que vão para as grandes cidades não estudaram temem pelo tipo de serviço a que se submetem.

Observou-se nas cidades pesquisadas que os homens em sua maioria trabalham em “sítios”, mas os que desistem do roçado costumam ir junto com seus filhos homens mais velhos para outros municípios maiores e urbanos em busca de seu sustento, atuando como vendedores, caminhoneiros, auxiliares de pedreiros e em serviços gerais. Os que estão mais próximos de suas cidades permanecem durante os dias úteis trabalhando e retornam para seus lares nos finais de semana. Outros retornam apenas uma vez ao mês, isso quando não vão para a Região Sudeste, sendo que estes últimos regressam apenas uma vez ao ano. Há casos em que esses homens acabam formando outra família nessas locais abandonando de vez a mulher e os filhos que ficaram no sertão.

As jovens mulheres também migram na busca de sustento, comumente trabalhando em casa de família deixando seus filhos com suas mães. Algumas indicaram o sofrimento ao terem migrado para outras regiões, muitas vezes para cuidar dos filhos dos patrões deixando os seus. Narram os prejuízos desse afastamento, as perdas por não terem participado do crescimento deles, além da submissão e da violência sofrida nessas “casas de família”, narrando o descaso, a humilhação, o assédio pelo qual passaram e quando voltaram para casa, os filhos as “rejeitaram” por que não foram criados por elas. Muita tristeza e angústia em suas falas, em seu olhar!

Percebe-se a complexidade que esse tema envolve, pois, só ter trabalho para pagar “coisas” não é o suficiente para o bem-estar das pessoas e nem inibe os prejuízos

experimentados na busca e manutenção de um “emprego”. A dificuldade está na baixa oferta (ou na ausência) de trabalhos dignos que contemplem todos os cidadãos; está na precarização das condições de trabalho; está na impossibilidade de qualificação das pessoas através do acesso ao estudo para futuramente assumirem atividades adequadas que as satisfaçam enquanto seres humanos dotados de competências e habilidades; está num sistema que em vez de proteger e promover os indivíduos, ao contrário, oportuniza e incentiva o trabalho informal, a exploração e a humilhação; está na ineficiência das políticas públicas que é um dos grandes dilemas enfrentados na atualidade, pois a não garantia dos direitos dos cidadãos, torna cada vez mais distante a possibilidade de uma sociedade mais justa e igualitária.

Muitos caracterizam a ausência de recurso monetário a partir da deficiência de renda e de poder de consumo dos sujeitos, o que distinguiria os ricos dos não ricos. Contudo, Moura Jr., et al., (2014) esclarece que essa concepção é inapropriada e insuficiente para explicar as diversas experiências de pobreza e de discriminação que abrangem as privações sob os mais amplos aspectos, sejam estes relacionados à saúde, à educação, a políticas de geração de emprego e renda, ao esporte e ao lazer.

A pobreza é uma condição marcada pela privação severa das necessidades humanas básicas, como por exemplo, a alimentação, acesso e/ou a qualidade da água, a rede sanitária, a saúde, a habitação adequada, a educação e o acesso a informação (Queiroz, Remy, et al., 2010). Portanto, não depende exclusivamente da renda em si, mas igualmente do acesso aos bens, aos recursos e aos serviços, como por exemplo, no ingresso aos serviços de saúde e no acesso a práticas de cuidado a saúde adequadas a população e à suas necessidades. Ante esses fatores, se percebe que os moradores das cidades rurais pesquisadas possuem prejuízos graves em todos esses indicadores, assim como foi exposto no diário de campo.

Mesmo ante a existência de uma quantidade significativa de direitos constitucionais, Lustoza (2013) afirma que as políticas públicas perpetradas no Brasil ainda estão muito

precárias e distantes para contemplar todos os cidadãos de maneira eficaz, o que implica num abismo social, elevando a desigualdade e a dominação por parte de elites econômicas. O contraste existente entre a igualdade contida na lei e a realidade de desigualdade e exclusão, evidência duas possibilidades segundo Soares da Silva, (2006) que são: a inexistência das políticas públicas através da omissão estatal e/ou a sua insuficiência através do desrespeito ao princípio da eficiência, o que tornam os direitos uma abstração, alimentada por meros ideais, que são impotentes para alterar a ordem social.

É preciso identificar as necessidades peculiares das comunidades inseridas em um determinado contexto social e cultural, oportunizando uma leitura ampliada e multidimensional da condição de pobreza, de exclusão e discriminação para se buscar de fato alternativas eficientes para cada realidade (Moura, et al., 2014). Dessa forma, como alertam Oliveira e Amorim (2012) é necessário romper com a estrutura de exploração e de culpabilização aos pobres pelas mazelas sociais que os coloca numa posição de problema social, o que fragmenta a coletividade incentivando a isenção de responsabilização do Estado.

Assiste-se o quanto a política de ajuste neoliberal prejudica e inibe os avanços constitucionais de 1988, através da redução de investimentos nas políticas públicas que, na década anterior, marcaram importantes conquistas e expansões de direitos e de serviços, ao instituir o tripé da Seguridade Social - Saúde, Previdência e Assistência Social. Mais do que nunca se faz presente uma condução político-econômica, introduzida no governo FHC (Fernando Henrique Cardoso) a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995), que prioriza a redução de gastos nas políticas sociais, reverenciando os preceitos da ortodoxia neoliberal (Menezes & Leite, 2016).

Essa tática que renuncia ao modelo estatizante e adota um padrão gerencial de promotor e regulador, assim como afirmam Menezes e Leite, (2016, p.125) “cujas características são a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, com redução de

custos e a produtividade”, colabora com a omissão, o abandono, o descaso e a precarização dos serviços públicos, a falta de transparência, a corrupção e a exploração aos trabalhadores. Comprova-se na prática, a desresponsabilização do Estado reproduzindo as propostas neoliberais que acatam as sugestões do Banco Mundial (BM) e de outras agências de cooperação internacional, que orientam para o fim da saúde como direito e de seu caráter público, universal e igualitário para o Brasil, num lastimável retrocesso e desrespeito aos direitos duramente conquistados, acobertado por ilusórios discursos de busca por eficiência (Menezes & Leite, 2016).

Esse panorama alicerçado numa lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e de subordinação da política social que se perpetua nos últimos anos no país, restringindo os direitos sociais e expandindo o espaço do mercado para atender aos interesses do capital (Menezes & Leite, 2016), acarreta na precariedade e na carência de recursos que são constatados nos municípios pesquisados, o que gera mais necessidades.

Especialmente, nos dias atuais se depara com as perspectivas de redução de gastos públicos através da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 241). Essa proposta estabelece um patamar de gasto públicos com um congelamento do orçamento durante 20 anos, ou seja, até 2037 mesmo que o País cresça, a saúde, a educação e a assistência não poderão receber recursos superiores ao valor aplicado em 2017, instituído como teto e corrigido anualmente apenas pela inflação. Congelar recursos públicos para os direitos fundamentais dos cidadãos equivale a negar esses direitos, que reverberará em graves consequências para a área social, com destaque para a saúde (em tela nesse estudo). Um doloroso futuro desponta, pois se já se assiste nos noticiários a degradação da saúde, os inúmeros casos de falta de acesso e de assistências, hospitais sucateados, falta de equipamentos, de insumos, de médicos, de recursos em saúde, imagine ante esse absurdo patamar imposto. Pensa-se também nas consequências

dessa ementa para as cidades rurais, onde já se constatou tantas dificuldades no acesso e no cuidado à saúde, não é possível imaginar o quanto pior poderá ficar.

Já se verifica desigualdades consideráveis no que se refere as oportunidades oferecidas para as pessoas cuidarem de sua saúde ou para permanecerem saudáveis, principalmente pelas disparidades sociais a que estão submetidas. Depara-se com uma baixa cobertura médica; com más condições de se ter acesso a bens, serviços, cultura, educação e informação, o que ocasiona uma maior exposição aos riscos através da baixa escolaridade e renda; com o desemprego; com condições inapropriadas de habitação e de alimentação; com a péssima qualidade sanitário-ambientais, que são precários e insatisfatórios; e com a ausência de infraestrutura comunitária nas cidades pesquisadas.

Não se possui investimentos para o desenvolvimento dos serviços nessas regiões e muito menos ações efetivas que se adequem ao perfil de necessidades e aos problemas da população, o que contribui consideravelmente para a manutenção das desigualdades sociais em saúde. Esses fatores prejudicam também o direito a integralidade, pois não são ofertadas ações e organizações de serviços e de práticas de saúde condizentes a necessidade das pessoas, centrada no sujeito-usuário-comunidade.

“Quem sofre somos nós do povo, sem emprego, ganhando pouco, sem direitos, sem saúde, sem estudo...poucos recursos pra viver”. (Entrevista Masculina 3 - 27 anos - III Macrorregião de Saúde).

Nesse sentido, se torna fundamental compreender a interdependência entre as condições socioeconômicas, características das regiões estudadas, seus padrões culturais, experiências, histórias de vida e seus impactos na saúde integral das pessoas e da comunidade. Entende-se o individual enquanto relacional ou intersubjetivo com o social e nos contextos de interações, ou seja, nos cenários das “experiências concretas da intersubjetividade e com as

relações sociais que estão na base das situações de vulnerabilidades e de negligencia ou violação dos direitos humanos” (Ayres, et al., 2012, p.13).

Compreende-se que a pobreza vai além da possibilidade ou não de renda, ela está associada ao não acesso aos bens e serviços, a não garantia dos direitos, a falta de recursos para a proteção, a ineficiência das políticas públicas, a falta de infraestrutura básica, a carência de recursos físicos, humanos, sociais e ambientais, a carência de rede de apoio, a exploração do trabalho, a exclusão social, a distância e característica geográficas assim como a destruição ambiental, a fragilização social com a desmobilização e recuo nas experiências de controle social e participação popular, as privações nas diversas áreas e âmbitos da vida, a violência, entre outros aspectos, que fomentam a vulnerabilidade e a exposição ao risco, com desdobramentos subjetivos.

Outro aspecto verificado nos contextos estudados se refere a **Ausência de rede de apoio** principalmente para os anciãos. Na fala dos participantes idosos existe a possibilidade de um quadro depressivo, que pode ser consequência de sua desvalorização e de sentimento de menor valia, por não terem mais condição de atuarem no roçado, o que para o contexto em que vivem dignifica o homem sertanejo. Com o processo de envelhecimento eles ficam impedidos de realizarem o cultivo na lavoura, fato que nos locais em que vivem os desqualificam enquanto homens. Dessa maneira, ressaltam em suas cenas que na velhice se perde tudo, deixa-se de “*ser gente*”.

Dentre as perdas identificadas pelos idosos (homens e mulheres) ante o envelhecimento, em sua pesquisa Herédia (2010) destaca: o declínio físico com restrições corporais e a diminuição da capacidade funcional, o que os encaminham para um quadro de dependência; as perdas psicológicas, que se referem a possibilidade de alterações na estabilidade das relações entre os membros familiares, que nem sempre são favoráveis, entre elas enfatizam a mudança dos papéis desempenhados pelos pais e pelos filhos; e os prejuízos

sociais, com ênfase no trabalho que para alguns é percebida como o término da vida social. As consequências diante dessas perdas são a tristeza, a depressão, os vícios, o adoecimento e o isolamento que refletem as dificuldades experienciadas com as mudanças que o envelhecimento impõe, corroborando com o que foi percebido na fala dos entrevistados, que indicam sobretudo tristeza e solidão.

Como comentado anteriormente no que se refere ao universo masculino, a honra e a virilidade do sertanejo nordestino perpassam pelas características do cuidador da terra, do trabalho na roça, do homem forte e provedor da família, que são internalizadas e cristalizadas a partir do contexto histórico, social e cultural (Martins & Chagas, 2006). Portanto, não corresponder a esse estereótipo os desqualificam enquanto homem, percebendo-se dependente de outros, o que pode aumentar o seu sofrimento e o sentimento de impotência e de tristeza.

Foi constatado e descrito no diário de campo que, de fato, em muitos locais pesquisados há a desvalorização do idoso que são tratados como incapazes por serem improdutivos e por “*darem trabalho*”. Observou-se que a população idosa nesses contextos se encontra em sofrimento diante do desamparo de cuidados adequados, de apoio e de proteção. Como os mais jovens migram dessas localidades ansiando melhores condições de vida, os idosos permanecem nas comunidades, normalmente sozinhos ou em alguns casos criando seus netos, mas em situações bem precárias, sinalizando uma ausência de rede de apoio social, tanto no que se refere a grupos de convivência e grupos de idosos, quanto se verifica uma fragilidade no suporte e no apoio familiar.

O envelhecimento rural, de acordo com Moraes, Rodrigues e Gerhardt, (2008), apresenta um aumento de vulnerabilidade se comparado com o envelhecimento urbano, pois os autores destacam que os idosos rurais estão inseridos em um contexto de maior pobreza, isolamento, residências mais precárias, limitações de transporte, apresentam maiores

problemas de saúde com quadros mais severos, um maior consumo de álcool e elevada dificuldade de acesso aos recursos sociais e de saúde que são marcantes nas cidades rurais.

Estudos apontam a importância da proteção e do apoio para a vida e para saúde, pois se sentir amparado e cuidado pelas pessoas, grupos e instituições oportuniza a promoção à saúde, impactando positivamente na saúde. Em especial a família é considerada como um núcleo fundamental de apoio, pois há entre seus membros a possibilidade da cooperação econômica, de convivência, de divisão de responsabilidades favorecendo as pessoas (Canesqui & Barsaglini, 2012).

A rede social pode ser compreendida como um dispositivo de ajuda formado por pessoas e suas funções numa determinada situação, ou seja, numa cena experimentada. Esse suporte pode proporcionar o apoio instrumental, que é ajuda em alguma necessidade, que pode ser por exemplo, financeira, na divisão de responsabilidades, na prestação de informação, ou seja, de maneira geral depende o que se faz preciso e necessário para aquele sujeito num determinado momento e necessidade. E o apoio emocional que é a ajuda afetiva, de aprovação, de reconhecimento, de valorização, de integração e de preocupação com o outro e que é tão necessária quanto a instrumental, pois conduz a uma melhor qualidade de vida, sendo importante para a manutenção da saúde mental e de fortalecimento das pessoas para o enfrentamento de situações complexas e estressantes (Silva & Tavares, 2015).

Como a cultura baliza os significados, os valores e as regras das trocas e das retribuições entre as pessoas e grupos sociais, se percebe novamente a influência dos papéis de gênero e o seu prejuízo para a rede de apoio nos contextos estudados. As mulheres mais do que os homens indicaram o sentimento de desamparo e de ausência de apoio, principalmente dos maridos, como anuncia a fala de umas das participantes sobre os homens que “*não cuidam das mulheres*”, porque “*homem não cuida de ninguém*”. Relatam que cuidam de

todos, que estão ao lado de seus filhos e companheiros, mas “*eles estão preocupados com seus problemas e sua vida*”, numa clara divisão de papéis, de espaço, de funções e de poderes.

Muitos dos suportes necessários são oferecidos, ou deveriam ser pelos componentes familiares, porém diante de questões tão aprisionantes e encarceradoras quanto os padrões normativos de gênero, se percebe o grande desafio a ser enfrentado, pois as mulheres são as cuidadoras por excelência ficando sobrecarregadas, sem auxílio dos maridos tendo que exercer diversas atividades, sem valorização ou amparo.

Os homens, por sua vez, são os provedores que devem ser cuidados e servidos, mas perdem em qualidade devido ao distanciamento de características tidas como femininas, a exemplo da afetividade e da sensibilidade, tendo que corresponder sempre a atributos de força, de invulnerabilidade e de independência.

Eles até descrevem a ausência que sentem do apoio de seus herdeiros, mas em seus relatos há também a vinculação aos atributos do gênero: as filhas fazem falta para cuidar deles e da casa e os filhos homens fazem falta para ajudar no roçado, mas sempre comentam que contam com a esposa para cuidar deles. Mas quem cuida delas? Assim, ao seguirem as expectativas da comunidade rural e das concepções de gênero, se perde a possibilidade de partilhar a vida, de contribuir com a divisão de responsabilidades e de dar e receber apoio, cuidado e valorização.

Como afirma Diniz (2006) as mulheres permanecem sendo formadas e educadas para se sacrificarem a fim de contemplar e atender as necessidades familiares, em especial, os projetos de vida dos maridos e dos filhos. Dessa forma, o exercício e a dedicação ao cuidar do outro, negligenciando suas próprias necessidades, inclusive as de saúde, passam a ser características prioritárias femininas, de tal forma, que as mulheres se tornam invisíveis. Os homens, ao terem que assumir e cumprir com a responsabilidade da provisão, são posicionados mais numa função e numa aquisição de encargo social, na aceção de garantir a

subsistência da prole, do que de envolvimento afetivo com a família, num referencial de masculinidade hegemônica, o que implica em ser um homem forte, capaz, provedor e afetivamente distante o que também favorece quadros de vulnerabilidade e de desproteção ao masculino que se afastam de condutas de cuidado e de prevenção à saúde (Freitas, et al., 2009).

Esse aspecto é percebido na fala de alguns participantes idosos que declaram sofrem por não poderem mais “*lutar pela vida*”. Reclamam da sobrecarga de uma vida de luta para poder manter os filhos, percebendo que tanto empenho e dedicação ao trabalho não trouxe os frutos esperados, pois estão sem recursos e condições para viverem, ou como um entrevistado expressou “*para morrerem com dignidade*” e o “*pior*” é que se encontram sozinhos e doentes.

“... é tanta carência, você trabalha desde cedo na roça, não tem estudo, também pra que não tem oportunidade pra fazer nada de diferente ... e ainda ficamo aqui sozinho” (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Porém, se observou algo interessante no contexto rural que são as teias de relações sociais femininas. Há uma aproximação entre as vizinhas, amigas, irmãs, sobrinhas, mães e comadres que acompanham seus parentes e amigas para os serviços de saúde, por exemplo, que colaboram na casa e no cuidado com os filhos dividindo as amarguras e a solidão feminina. Enfim, se encontra a beleza da cooperação apesar de se deparar com barreiras tão espessas como a do gênero que interfere no que é esperado socialmente dos homens e das mulheres, prejudicando a ambos.

Além da solidão apontada pelas mulheres entrevistadas, outro aspecto estarrecedor que foi observado nos contextos estudados é a **violência**, já mencionado anteriormente nesse capítulo e que perpassa todos os eixos de vulnerabilidade. A literatura indica a complexidade da violência contra as mulheres, devido a interação de variáveis, como as construções

históricas, sociais e culturais das questões de gênero, com as desigualdades econômicas e raciais, com os aspectos da esfera pública e da vida privada, entre outras, questionando a essencialização que torna a mulher universalmente vítima da violência de homens e estes, da mesma forma, fundamentalmente agressivos numa reprodução sociocultural das relações de poder e de hierarquia de gênero (Couto, Schraiber, et al., 2006).

No Nordeste, assim como Brilhante, et al. (2015) esclarecem, o exercício das relações de gênero assume características muito peculiares em virtude das concepções atribuídas ao nordestino e por ele introjetadas na formação de sua identidade cultural. Dessa forma, essa região é fortemente marcada pela violência de gênero contra a mulher, associadas às relações de poder, decorrentes do papel ocupado culturalmente pelo sexo masculino.

Os relatos de violência conjugal apresentados nesse estudo possibilitam verificar, assim como afirma Furtado (2015, p. 239), que nesse fenômeno há uma interligação de diversos construtos de “ordem individual, social e programática que, de acordo com a trajetória de vida de cada mulher, das crenças sociais e culturais compartilhadas e do suporte social existente”, esculturam as relações de poder e de opressão através de fatores como a pobreza extrema, os papéis patriarcais tradicionais e a invisibilidade social e institucional desse evento.

Sendo assim, a violência é um fenômeno extremamente difícil, com profunda sedimentação nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais em que o direito masculino de dominar a mulher é propagado, cristalizado e cronificado como essência da masculinidade e dever da feminilidade (Giffin, 1994b).

Depara-se com outro desafio verificado nas regiões pesquisadas e mencionado nas falas das participantes que é a falta de denúncia da violência. Os discursos se convergem quando as mulheres narram em suas cenas a violência experienciada, indicando baixa

autoestima e vergonha pela situação vivida. Muitas ocultam seu sofrimento da família, mas o fazem especialmente por temerem pela vida de seus filhos. Expressam em suas falas que a sociedade é preconceituosa que não as apoiam, não cuidam e não as protegem permanecendo, dessa forma entregues ao terror de uma vida de violência e de sofrimento.

“Temo por mim e por meus filhos, se o deixar ele vai nos matar, já avisou isso”.

(Entrevista Feminina 3 - 42 anos - II Macrorregião de Saúde).

Assim como os autores Couto, Schraiber, d'Oliveira e Kiss (2006), e Schraiber, d'Oliveira e Couto (2009) apontam, e que também se constatou nas falas das participantes, as mulheres que sofrem violência indicam elevado sentimento de vergonha, humilhação e constrangimento, sendo comumente engessadas pelo medo a não rompem com essa situação, sobretudo pelo receio da segurança de seus filhos.

Inclusive, assim como foi descrito no diário de campo quando se presenciou a cena absurda de um homem que gritava e batia em sua mulher, se observou uma certa banalização desse fato que parecia algo corriqueiro que não causava estranhamento nas pessoas. Em situações de violência, principalmente a doméstica, parece que as pessoas acreditam que não devam interferir, além de que existe em algumas culturas e contextos a legitimação da violência através de seus valores e de suas crenças, como destacam Schraiber, d'Oliveira, et al. (2009).

A dimensão da violência contra as mulheres nos contextos rurais desponta, significativamente o poder, a dominação e a autoridade investida ao homem numa posição social de agente da violência expressos em atos violentos contra as mulheres e, inversamente a mulher é situada sob o prisma do servir, da subordinação e da obediência (Cocco do Costa, et al., 2015). Assim, as diferenças são transformadas em desigualdades a partir de relações assimétricas e hierárquicas de poder, historicamente construídas em que se produz, reproduz e

difunde atitudes e comportamentos, que são estimulados de diferentes formas durante o processo de socialização, modelando a subjetividade e se estabelecendo nos espaços físicos e socioculturais da vida real (Schraiber, et al., 2005).

De acordo com o Relatório da Comissão Permanente Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher (CPMI-VCM, 2013) que se utilizou de dados e informações obtidos através dos Governos dos Estados, Tribunais de Justiça, Ministérios Públicos e Defensorias Públicas, no período de 2007-2011, se verificou que o Estado da Paraíba ocupa 7º lugar no ranking nacional de homicídios de mulheres, com taxa de 6,0 homicídios femininos/100 mil mulheres, sendo João Pessoa a 2ª capital mais violenta, com a taxa de 12,4. Outros dois municípios – Cabedelo e Santa Rita – estão entre os 100 mais violentos do país.

O relatório ainda aponta deficiências do estado no combate a violência, destacando: a rede paraibana de atendimento que ainda é muito precária e pouco abrangente, estando os serviços concentrados na capital e na região metropolitana, deixando a maior parte do território sem cobertura; A ausência de serviços de proteção e de assistência a mulher na região do Brejo, no Cariri e na Zona da Mata; O sistema de registro de ocorrências não dispõe de um campo específico para a violência doméstica; O sistema de informações da polícia ainda não consegue captar dados estatísticos confiáveis; Não há uma nítida e articulada política para o enfrentamento das mortes violentas de mulheres no estado; Os únicos dois juizados de violência doméstica e familiar existentes no estado são insuficientes para a demanda no estado; Que é preocupante o quadro de precariedade da Defensoria Pública que não está presente em 47 comarcas; E que existe no estado apenas um Núcleo Avançado de Atendimento à Mulher, localizado na capital (CPMI-VCM, 2013).

Sendo assim, se verifica a falta de assistência e de cobertura no que se refere a violência contra a mulher, que já é precário na capital, sendo inexistente nas localidades rurais. Deste modo, um dos grandes complicadores da violência doméstica no universo rural,

assim como afirmam Scott, Rodrigues e Saraiva (2010) é a sua invisibilidade devido a distância entre as moradias, a falta de assistência e de medidas protetivas, o precário transporte e comunicação para localidades de difícil acesso que contribuem para que as agressões permaneçam.

Portanto, esse cenário revela que os caminhos a serem trilhados para a busca da equidade, estão repletos de percalços. A rígida divisão dos papéis sexuais, a carga do trabalho doméstico, do trabalho agrícola, a violência de gênero são alguns dos agravantes que influem nos problemas de saúde, no adoecimento e nas situações de vulnerabilidade da mulheres rurais.

Nesses contextos estudados em que a precariedade e as ausências fazem parte do cotidiano rural através de aspectos apresentados, como por exemplo, o desemprego, o emprego precário, as desintegrações sociais, o baixo poder aquisitivo, a iniquidade, a opressão, a ausência ou ineficiência de redes de apoio ou de suporte social (formais e informais), a violência e a exclusão por gênero, são elementos que combinados agem sinergicamente aumentando a suscetibilidade e a vulnerabilidade (Costa-Couto, 2007), com diversos prejuízos para a vida e para a saúde das pessoas.

“As coisa aqui é ruim, ruim de vive, a doença é falta do que come mesmo...”
(Entrevista Masculina 4 – 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Com relação a saúde o problema aqui é a falta, falta tudo água, moradia, comida, trabalho, ajuda...” (Entrevista Feminina 9 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

Os eventos de vida como as perdas, o envelhecimento, a violência, a exclusão, as iniquidades, as desigualdades sociais, as desvantagens, as assimetrias, a ausência de recursos, a indisponibilidade de serviços de saúde, as carências ambientais e sociais e a falta de política sanitária, mostram uma realidade cruel para essas pessoas que permanecem carentes de

atenção e de cuidado por parte dos gestores municipais, estaduais e federais tornando-os vulneráveis e desprivilegiados, e que são traduzidas nos relatos dos participantes e descrito no diário de campo através do **sofrimento psíquico**.

Os entrevistados indicam aflições, angústias, amarguras e temores experimentados no cotidiano rural. Expressam em suas cenas que se sentem desprezados, abandonados, desrespeitados, humilhados com sentimento de menor valia e perda de sentido de vida, sendo seu sofrimento invisível aos gestores e a população de uma forma geral.

Comumente se escuta comentários sobre as pessoas que são beneficiadas por programas sociais do governo federal, a exemplo do Bolsa Família, sendo consideradas oportunistas e desocupadas, como se tivessem uma vida tranquila e adequada. De fato, a renda recebida na forma de Bolsa Família promoveu alterações e impactos na vida das pessoas, sobretudo nas das mulheres, que relatam se sentirem mais autônomas e não presas aos favores dos políticos, em condição de dar algo para os filhos, mas esse auxílio não as retirou da condição de pobreza. Somente estando lá nos cenários reais, na realidade concreta para se ver suas penúrias e amarguras!

“Tudo aqui é muito ruim. Estudo, saúde....queria sair. É uma vida sem futuro aqui....Como cuidar da saúde, como ter vida aqui sem ter condições....” (Entrevista Feminina 6 - 31 anos - II Macrorregião de Saúde).

“Sem trabalho, sem dinheiro, sem estudo tudo é bem difícil, mas a gente daqui não tem muita oportunidade mesmo, sempre foi difícil, nunca fui bom mesmo da saúde...Aqui é uma miséria só, falta de trabalho, de estudo, não tem o que fazer a não ser passar necessidade...não tem o que de jeito, tamo é abandonado nessa desgraça de vida”. (Entrevista Masculina 1 - 47 anos - III Macrorregião de Saúde).

Estudos relacionados à saúde mental em populações rurais vêm indicando que os residentes dessas áreas, de maneira geral, correspondem a uma parcela significativa da população que possui um risco considerável para o desenvolvimento de problemas emocionais, psíquicos e de saúde em geral devido às condições de vida e de trabalho a que estão submetidos, com destaque para a vulnerabilidade econômica e psicossocial, como a classe social, a pobreza, a baixa escolaridade, o gênero e a situação laboral como fatores que potencializam o desenvolvimento de transtornos de caráter psicossomáticos (Costa, Dimenstein, & Leite, 2014; Furtado, 2015; Silva, Dimenstein, & Leite, 2013; Zanello & Silva, 2010).

Nesse sentido, a combinação de riscos como os de carências estruturais, ambientais e econômicas, e as deficiências no cuidado e na oferta dos serviços de saúde integral formam um cenário que impactam a qualidade de vida promovendo o sofrimento psíquico, que reflete as precárias condições de vida e situações de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticas dessas comunidades (Furtado, 2015), com repercussão no estado geral de saúde da população rural.

“A pessoa só fica bem de saúde quando tá se sentindo em paz e isso a gente aqui não tem faz é tempo, a vontade é de desistir sabe, tudo ruim, sem condição pra nada, abandonado nessa vida...” (Entrevista Masculina 4 - 63 anos - IV Macrorregião de Saúde).

Autores afirmam ainda que, para as mulheres além desse contexto, há agravantes devido a carga do trabalho doméstico e agrícola, a violência de gênero e as crenças culturais enraizadas em ideologias de dominação masculina como o pensamento patriarcal-capitalista, o que intensifica a situação de vulnerabilidade das mulheres em relação à saúde mental

(Costa, Dimenstein, & Leite, 2014; Furtado, 2015; Silva, Dimenstein, & Leite, 2013; Zanello & Costa, 2015).

De maneira geral, a exigência social para que homens e mulheres cumpram com os padrões de gênero preestabelecidos é considerado um elevado fator promotor de sofrimento psíquico e, dessa forma, de vulnerabilidade ao adoecimento, conforme expõem Zanello e Costa (2015). No que se refere aos homens, o sofrimento em relação a produtividade laboral, no prover a família, além da ênfase dada a sexualidade tendo que provar constantemente sua virilidade, são aspectos motivadores de tensões e conflitos. Já as mulheres, que são destinadas a docilidade, a devoção e ao recato, seu sofrimento é assinalado especialmente pela exigência no cuidado materno, em ter que dar conta dos afazeres domésticos, do roçado familiar e ainda servir ao marido, numa existência marcada pelo silenciamento. Sendo assim, homens e mulheres se tornam prisioneiros da opressão do gênero (Zanello & Costa, 2015; Zanello & Silva, 2012).

Sofro muito sabe fia, é tanta tristeza, solidão, tanta falta e violência então, aff...a gente apanha...não queria uma vida assim não, não dá vontade de vive não... (Entrevista Feminina 5 - 30 anos - II Macrorregião de Saúde).

Ante esse cenário de dor, de privação e de sofrimento, nos enredos narrados pelos participantes, há referência ao enfretamento, que é a maneira como as pessoas lidam com as adversidades no cotidiano rural, respondendo aos obstáculos conforme a perspectiva de vida, o estado emocional, as trajetórias de vida e as atitudes em cena, que nesse estudo se apresentam diferenciados para homens e para mulheres.

Os homens indicaram em suas entrevistas que utilizam prioritariamente do álcool para aliviar seu sofrimento. Relatam a bebida como uma forma de lazer, de encontro com os amigos que oportuniza momentos de felicidade em que “se esquece dos problemas”. Sendo

assim, a busca dessa substância parece acobertar sentimentos de desesperança, de insatisfação e de descontentamento perante o fracasso de não serem provedores de sua casa e por estarem nessa situação de pobreza e de precariedade. Ressaltam em suas falas a falta de perspectiva de trabalho e/ou a baixa remuneração a que se submetem.

Como foi descrito no diário de campo e foi denunciado nas falas dos participantes, os homens recorrem frequentemente a bebida e quando voltam para casa se impõe através da força e da violência para não se fragilizarem ainda mais diante do contexto social, pois, como não conseguem ser os provedores por não obterem o suficiente para manter a sua casa e a sua família, não querem perder o “*controle de suas casas e de sua mulher*”, todos devem saber que eles é quem mandam. Seus discursos são alarmantes, pois, sabe-se que apesar de suas condições de vida e de trabalho esses fatores não justificam seus atos violentos. Portanto, o consumo do álcool acarreta consequências que não prejudicam somente seus usuários, mas abrangem as mulheres interferindo no contexto familiar e no crescimento e desenvolvimento dos filhos (Medeiros, et al., 2013).

Pesquisas como os de Ferreira, et al. (2011) e Pinsky, et al. (2010) constataram que os homens, quando comparados as mulheres, consomem bebidas alcoólicas em maior quantidade e frequência, notadamente se envolvendo em episódios de violência ou conduta socialmente reprovada por conta de seu uso exacerbado, notadamente expressos em atos violentos com suas companheiras. Outro prejuízo devido a ingestão elevada de álcool se refere a mortalidade precoce dos homens devido a acidentes de trânsito ou em envolvimento de brigas (Ferreira, et al., 2011). Estudos indicam ainda que o álcool é um fator relevante de vulnerabilidade ao adoecimento, como por exemplo ao HIV (Toledo, et al., 2011; Atanázio, et al., 2013).

Identifica-se sobretudo nas falas dos entrevistados, que há uma valorização pela escolha dessa alternativa, pois o uso do álcool é considerado como uma diversão e um lazer que faz parte prioritariamente do universo masculino, “*do cabra macho*”, forte e valente. Há

indicativos nos relatos dos participantes de que o homem tem que ser resistente à bebida, esse sim é “*macho, porque homem é assim*”. Então, assim como afirmam Alves e Cantarelli (2010) aquele que não acompanha esse ritmo, tem sua masculinidade também colocada à prova, sendo a ingestão de álcool reconhecida como uma dimensão simbólica da masculinidade.

“... bebia muito, sempre a distração é bebe, tu vai fazer o que...” (Entrevista Masculina 2 - 45 anos - IV Macrorregião de Saúde).

“Homem não que saber de nada dessas coisa não...que é diverti, toma cana...” (Entrevista Masculina 7 - 48 anos - II Macrorregião de Saúde).

Percebe-se que no meio rural existem muitos bares e escassos ambientes onde os residentes possam se encontrar, o que favorece a utilização de bebidas alcoólicas, fato esse que também foi verificado por Monteiro, Dourado, Graça Junior e Freire (2011) destacando ainda que os bares nessas comunidades rurais possuem a função de espaço de socialização e de descontração. Estar com “*os cabra pra beber*” é uma ação de base social, que opera como um apoio à estrutura social existente e compartilhada, oportunizando as interações sociais e fortalecendo a identificação e a solidariedade coletiva. Autores alertam para o fato de que o uso ao álcool é uma alternativa que pode ser potencializada devido à falta de outras possibilidades de lazer, o que caracterizaria a sua grande aceitação (Amorim da Silva & Araújo Menezes, 2016; Monteiro, Dourado, Graça Junior, & Freire, 2011).

Mas, esse evento não ocorre só nos bares, pois o álcool é naturalizado também entre os familiares. É comum os adultos fazerem uso da bebida em casa ou levar os filhos, principalmente os filhos homens, para os acompanharem no encontro com os amigos. Assim, através da socialização, desde de pequenos, vão sendo estabelecidos as formas de lazer e as concepções de masculino e de feminino. A literatura indica que há uma complexidade de

fatores que incitam o consumo do álcool e que podem vir a convergir para dependência dessa substância, entre eles destacam a influência de situações vivenciadas, da trajetória de vida desde a infância e a adolescência, os antecedentes familiares de alcoolismo, a exclusão social, a ausência de rede de apoio social, familiar e educacional, a inadequada qualidade de vida e as condições socioeconômicas precárias (Monteiro, Dourado, Graça Junior, & Freire, 2011; Zalaf & Fonseca, 2009).

Em pesquisa realizada por Fachini e Furtado (2012) sobre as expectativas em relação ao uso de álcool entre homens e mulheres, jovens e adultos, se identificou que dentre as expectativas positivas sobre o álcool, a principal é o seu potencial para facilitar a sociabilidade através da desinibição e do relaxamento, contribuindo para o estabelecimento de relações intrapessoais. Há destaque para o fato de que entre os homens ocorre uma maior variedade de expectativas positivas relacionadas ao uso de álcool do que as mulheres e, de acordo com Cavariani, et al. (2012), quanto maior são as expectativas positivas referentes ao uso de álcool maior será a sua frequência e seu padrão de uso.

Cavariani, et al. (2012) em seu estudo também identificou que o uso de álcool acontece de forma diferenciada para os homens e para as mulheres, sendo a sua utilização concebida e julgada de forma mais negativa e severa para as mulheres. Portanto, como argumentam Amorim da Silva e Araújo Menezes (2016), e que foi percebido também em nosso estudo, a utilização do álcool pode ser decorrente de questões socioculturais referentes aos papéis de gênero, em que a bebida não é considerada uma atividade adequada para as mulheres, mas que pertence ao repertório masculino.

Outro dado verificado sobre o uso do álcool é que esse não ocorre exclusivamente quando os homens estão de folga, eles mencionam que utilizam a bebida para trabalhar, antes de comer, antes de dormir, quando estão alegres, quando estão tristes, parecendo mais uma ferramenta, uma bengala para a sobrevivência na tentativa de atenuar as dificuldades diárias.

“A gente precisa né, a cana dá uma forcinha pra tudo... (Entrevista Masculina 7 - 48 anos - II Macrorregião de Saúde).

Dessa maneira, as desvantagens em que os moradores desses contextos rurais se encontram, como por exemplo, a insegurança socioeconômica, o desemprego ou o emprego precário, a falta de estrutura comunitária, a restrição de opções de lazer, a localização geográfica, as relações de gênero, entre outras, que relacionadas aos aspectos sociais, culturais e individuais como as histórias e trajetórias de vida, interferem na frequência, na finalidade e no padrão de uso do álcool. Da mesma forma esses fatores, conforme afirmam Amorim da Silva e Araújo Menezes (2016), podem conduzir os mais jovens a fazerem uso da bebida alcoólica cada vez mais precocemente.

Por outro lado, as mulheres utilizam-se como estratégias de enfrentamento a **religiosidade**. Com suas práticas e seus costumes e pela aceitação da vontade de Deus, as mulheres rurais buscam auxílio no (sobre)viver, pois conforme suas falas “*Deus sempre ajuda*”. Diante das vivências em cenários com tamanha privação e precariedade, e mesmo diante do agravamento de doenças e das dificuldades enfrentadas no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, as participantes fazem menção às provações divinas e às fatalidades. Com base nessa mesma crença, esperam as mudanças e a melhoria de vida, assim, “*quando Deus quiser*” tudo será diferente. Nesse sentido, a fé não é apenas uma esperança, ela é uma certeza estampada no olhar dessas mulheres, que as amparam no caminhar da vida.

A religiosidade manifestada em seus ritos e em seus jargões, conforme Ferraz (2004), é também a simbologia da resistência e resiliência da comunidade sertaneja que se estende ao mundo social na região nordestina, de tal forma que a prática religiosa e de vida se tornam inseparáveis e entrelaçadas na cultura regional. Sendo assim, as “manifestações de vida sociocultural passam a ser compreendidas como fatos, com características próprias, associada

à vida e à capacidade de criar e recriar o próprio cotidiano a partir de elementos presentes na tradição e no universo social” (Ferraz, 2004, p.16).

“ ... a vida é difícil aqui, mas Deus me segura ...” (Entrevista Feminina 9 - 24 anos - II Macrorregião de Saúde).

A crença de pertencer e de fazer parte de um propósito maior e que passa a ser expressa na religiosidade, possibilita a estruturação de sentido e de significado para a existência, oportunizando uma melhor aceitação para consigo, para com o outro e para com a vida, despertando nas pessoas processos subjetivos capazes de ressignificar as adversidades, suscitando estratégias de atuações e competências mais resilientes junto à realidade vivida (Chequini, 2007).

Para Rodrigues dos Santos (2013), a religiosidade nessas localidades se apresenta não como uma mera submissão as leis da natureza e de Deus, ou numa ideia de passividade em que Deus vai prover em todas as dificuldades, mas está relacionada a acreditar na justiça e na generosidade divina que estaria acima dos homens, uma vez que sofrem a exploração do homem pelo homem e o abandono dos governantes.

O que se observa nas falas e nas expressões religiosas utilizadas pelas mulheres é que ante a falta de disponibilidade de recursos de proteção, ante a ausência de perspectivas concretas para que a situação experienciada seja alterada e, como há não alternativas de soluções para os problemas no seu cotidiano, poder contar com a misericórdia e ajuda superior as auxilia no amenizar do seu sofrimento e no enfrentar das adversidades, sendo portanto, uma forma de alento para a sua dor e uma maneira de resistir e não desistir.

Porém, dentre as formas de enfrentamento indicado pelas mulheres em suas entrevistas se identificou que, o que mais as mobilizam e motivam é o **cuidado com os filhos**. Conforme foi descrito, elas buscam ultrapassar os mais diversos obstáculos a fim de dar, mesmo que seja

pouco, o sustento para os filhos. Enfatizam em suas falas o quanto o Programa Federal Bolsa Família as ajudou para que seus filhos não morressem de fome.

Em pesquisa no sertão da Paraíba, Pires e Jardim (2014) chamam atenção para o fato de que, mesmo no caso de famílias muito pobres, a mulher que recebe o benefício pelo Programa Bolsa Família reserva uma quantia, mesmo que pequena, para ser utilizada com a própria criança numa expressão de valorização e preocupação com os filhos investindo o que podem para a melhoria de vida deles. Contudo, em situações de extrema pobreza o dinheiro é consumido por toda a família com a alimentação, fato esse que também foi notado nesse estudo.

Como pôde ser verificado, as mulheres empregam diversas e variadas alternativas na busca pelo alimento de seus filhos. Dessa forma, elas estão presentes em atividades, que vão desde atuarem no roçado, no corte da cana-de-açúcar, no trabalho em casas de famílias, lavando roupa e cozinhando para fora, até na confecção de artesanatos e na costura. Enfim, procuram fazer algo pelos filhos e sofrem muito ao vê-los crescerem num contexto de tamanha privação.

A preocupação com os filhos as fazem lutar para superar as barreiras e as dificuldades, para isso “*fazem das tripas coração*”, no cumprimento do atributo feminino a elas instituído e fundamentado em questões relacionadas à introjeção dos papéis de gênero, em especial, o papel de mãe que se torna prioritário, ou seja, o papel da mulher como cuidadora por excelência. Sendo assim, as mulheres rurais correspondem as exigências e expectativas da feminilidade circunscritas no contexto cultural a que estão inseridas.

Autores como Meyer (2011), Pizzinato, et al. (2016) afirmam que a associação das atribuições de gênero ao sexo biológico no Ocidente teve inerente relação com a concepção de família nuclear burguesa do século XVIII, legitimando entre outras concepções, a vinculação da reprodução sexual com a noção de maternidade, considerando o papel de mãe

como algo inato às mulheres, de maneira tal que sobre elas recai a responsabilidade pela criação e cuidado dos filhos.

A visão de ser mulher permanece permeada por ideias, deduções e representações estabelecidas ao longo da história da humanidade, que terminam por influenciar os valores e as crenças, sobre o mito da maternidade através do qual se reivindica delas tempo, cuidado, responsabilidade e dedicação aos filhos como algo inato ao sexo feminino (Valentim de Sousa & Dias, 2014).

Nesse sentido, o papel de cuidadora a elas conferido também se constitui uma delimitação social do feminino que pode inclusive distanciar as mulheres de planos e projetos de vida que não apreciem esta forma tradicional de exercício do feminino. Inclusive há o preconceito às mulheres que não correspondem a esses critérios e padrões normativos no exercício da maternidade, sendo então estigmatizadas (Pizzinato, et al., 2016).

“Olha, mulher é pra cuidar né, tem os filho, as que não sabe cuidar de filho presta não, né gente não, eu mesma não trabalho não, fico em casa e cuido deles e da casa sabe...”
(Entrevista Feminina 8 - 74 anos - II Macrorregião de Saúde).

Assim, corroborando com o que foi apontado por Furtado (2016), as participantes desse estudo também indicaram o cuidado com os filhos como um fator significativo e de centralidade em suas vidas. Sendo assim, os filhos constituem uma primazia da função feminina. São por eles que lutam, pois eles dão “*sentido*” e significado ao seu viver. Verificou-se ainda, que a preocupação e o cuidado com os filhos se perpetuam quando crescidos, casados e em suas migrações, ou seja, o papel de boa mãe se faz fortemente presente e estabelecido nas mulheres rurais entrevistadas.

Percebe-se então que, as distinções socialmente estabelecidas entre o masculino e o feminino que se manifestam nas entrevistas dos participantes, no que se refere a construção social da normatividade do ser homem e ser mulher, o lugar simbólico da família e das

parcerias amorosas nos contextos estudados, constituem crenças e códigos de valores que podem favorecer a exposição de homens e de mulheres a situações de risco e de desproteção, diante de condutas e comportamentos assumidos e praticados pelos sujeitos.

4.2.4 – RELAÇÕES DE GÊNERO E VULNERABILIDADES AO ADOECIMENTO NAS CIDADES RURAIS PARAIBANAS

Diante do exposto, se pôde verificar os elementos de vulnerabilidades individual, social e programático entre homens e mulheres residentes em cidades rurais paraibanas e sua relação ao cuidado, as práticas em saúde e no acesso aos serviços de saúde com base nas relações sociais de gênero.

Na vivência masculina se encontra as vulnerabilidades perpassadas em seus três eixos por roteiros de gênero. Através da reprodução de um modelo de masculinidade hegemônica (vulnerabilidade de gênero no plano social), “*do cabra macho*” que tem como marcas indenitárias a heterossexualidade compulsória, as relações hierárquicas e opressoras de gênero, a primazia pela produtividade laboral, o papel de provedor e a pertença ao mundo público, compõem um quadro em que os homens são concebidos como invulneráveis, fortes, independentes, controladores, valentes, insensíveis e rudes.

Sendo assim, há a expectativa e a naturalização masculina de comportamentos agressivos, violentos e de ousadia, com negligência quanto ao risco de contraírem doenças, bem como uma indiferença a atitudes preventivas, de cuidado e de prática a saúde. Entre eles se destaca as concepções de que não precisam ir ao médico, que não podem perder o dia de trabalho, que os serviços de saúde são lugares para mulheres, com indicativos de constrangimento nas relações de cuidado a saúde, pois qualquer conduta mais próxima de um cuidado ou de preocupação com a saúde os aproximam do universo feminino o que pode ser considerado uma fraqueza. Negam suas necessidades de saúde e de prevenção, que não são

consideradas demandas masculinas, numa supressão e recusa em reconhecer a dor e o sofrimento, posicionando-se como fortes e com controle físico e emocional.

Dessa maneira, a relação dos homens com os serviços de saúde (vulnerabilidade de gênero no eixo programático) é profundamente prejudicada, pois o cuidado pertence às mulheres, eles apenas buscam o serviço quando a situação é insuportável, portanto são encontrados em maior frequência nos serviços de urgência e emergência, alegando as dificuldades no horário de funcionamento dos serviços básicos de saúde que são incongruentes com sua rotina, principalmente por conta do trabalho, e devido à adequação e funcionamento desses serviços que são avaliados pelos homens como de má qualidade, demorados e com baixa resolubilidade. Apontam aspectos dos serviços de saúde enfatizando que esses são estruturados e pensados para as mulheres, que não se sentem acolhidos e com espaço adequado para eles, que não há médicos qualificados às necessidades masculinas, além das inúmeras dificuldades enfrentadas para o ingresso aos serviços.

Essas concepções de comportamentos individuais (vulnerabilidade de gênero no plano individual) associadas aos cenários de vida com diversas precariedades e ausências incitam nos homens entrevistados a descrença no sistema de saúde público, em que para maioria, a forma de se ter acesso aos serviços e a prática de cuidado é através da rede privada, mas como é preciso ter recurso financeiro a fim de financiar essa assistência, eles se posicionam ainda mais distantes das práticas de cuidado à saúde, numa procrastinação de suas demandas e necessidades.

Enquanto atores dinamicamente em suas cenas, ou seja, no contexto rural, se verifica que os estereótipos de masculinidade conduzem os homens a adotarem crenças e comportamentos que aumentam seus riscos. Suas atitudes em cena são inapropriadas à saúde, entre elas se destaca que fumam e principalmente fazem referência ao uso da bebida alcoólica com principal ferramenta de enfrentamento das dificuldades estando associada ao lazer e a

diversão. Foi identificado também que se envolvem em brigas e em discussões com terceiros, em acidentes de moto e de carro e que são violentos com suas companheiras.

No que se refere a vivência feminina as relações de gênero hegemônicas da “*mulher de família*” refletem um sistema de significações que relaciona o sexo a conteúdos culturais, estabelecendo normas e valores que modelam a ordem social (vulnerabilidade de gênero no plano social). Dessa forma, há destaque para concepções femininas relacionadas a prática sexual como o dever da esposa, em que há a subordinação das mulheres ao sexo inseguro e em alguns casos a relações sexuais forçadas. Verifica-se a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo, as relações amorosas incondicionais e para sempre, a maternidade como a prioridade da mulher na sociedade e na família como valor dos valores para a boa qualidade de vida.

O ambiente feminino é o privado, com centralidade no espaço doméstico e no cuidado como referência para a sua atuação. Apresenta-se naturalizado ao sexo feminino uma série de “*afazeres*” como a responsabilidade pelos cuidados dos filhos, da casa, dos parentes e prioritariamente do marido. A rede de apoio é composta principalmente pelas mulheres que acompanham ao médico os familiares, as amigas e vizinhas e ainda exercem a assistência necessária, ou seja, são as cuidadoras por excelência, mas não contam com os homens para cuidarem delas.

Apesar das mulheres estarem presentes em diversas atividades, assim como no cultivo da terra, principalmente no roçado familiar, elas são consideradas ajudantes, pois, quem manda é o homem. No que se refere a atividades laborais, elas não são reconhecidas e nem valorizadas, e quando remuneradas seu salário é menor do que dos homens. Há elevada desvalorização social da mulher, com ausência de liberdade e de escolha, menor possibilidade de lazer e de diversão, sofrem maiores restrições à participação na vida pública e ainda são

consideradas fracas, sensíveis, vulneráveis, dependentes e com muitas demandas em saúde devido a sua constituição biológica.

Essas concepções, também hegemônicas apresentam-se no cuidar de si mesmas na forma de se relacionar com os serviços de saúde e nas práticas profissionais (vulnerabilidade de gênero no plano programático). As demandas postas ao feminino estão associadas a aspectos fisiológicos do sistema ginecológico/reprodutivo, numa limitação da mulher que são persistentemente resumidas a um conjunto de elementos vinculados à reprodução biológica da espécie que favorecem a ocultação de outras necessidades de saúde.

Apesar das mulheres utilizarem mais os serviços de saúde, elas não possuem uma acessibilidade de fato, pois muitas vezes elas passam por esses serviços despercebidas pela equipe, pois comumente ações de saúde propostas pelos profissionais centralizam-se nos aspectos reprodutivos, priorizando o campo materno-infantil ou o uso de anticoncepcionais e, muito secundariamente, a evitação de infecções sexualmente transmissíveis, numa visão limitada da saúde feminina, ignorando a integralidade em suas atuações. Nos relatos de constatou que muitas mulheres estão subordinadas a violência de seus maridos e expostas a riscos de adoecimento, mas mesmo assim não encontram nenhum apoio nos serviços de saúde.

As entrevistadas também narraram as diversas dificuldades encontradas na busca pelos serviços de saúde e em seu ingresso. Informam que precisam chegar muito cedo para pegarem uma ficha, muitas vezes para serem atendidas no final da manhã e algumas somente no turno da tarde, reclamam da demora no atendimento, a baixa qualidade no cuidado e na estrutura ofertada, declaram os prejuízos e a sobrecarga de trabalho por terem que ficar o dia todo a espera de um atendimento, *“como se tivesse todo o tempo do mundo”* para estarem à disposição do serviço, além de se sentirem mal recebidas e tratadas pela equipe de saúde.

Em seus comportamentos individuais (vulnerabilidade de gênero no plano individual) demonstram deficiências qualitativas no cuidado de si mesma e o prejuízo a sua saúde, principalmente devido à sobrecarga de trabalho que possuem e pela falta de tempo para cuidarem de si mesmas. Enquanto sujeitos dinamicamente em suas cenas, ou seja, no contexto rural, se verifica que os estereótipos de feminilidade conduzem as mulheres a adotarem crenças e comportamentos que aumentam seus riscos. Indicam maior exposição à infecção a doenças sexualmente transmissíveis, uma baixa autopercepção ao risco, a violência e no adoecimento em função da diminuição do cuidado de si mesmas. Suas vivências estão pautadas no silenciamento de suas dores, parecem se resignarem, colocando-se como fracas, impotentes e vulneráveis, suportando até os impedimentos ao autocuidado por ciúme e por posse dos maridos.

Os papéis tradicionais de mãe, esposa e cuidadora são valorizados pelas participantes, porém esse cuidado não é ofertado a elas mesmas, devido a demanda de suas atividades diárias, numa negligência a suas próprias necessidades. Amparam-se na religiosidade, que incentiva o recato, a abnegação, o silêncio, o sacrifício, buscando contemplar as necessidades dos filhos numa devoção familiar.

Portanto, analisando o âmbito rural como um contexto de representação, de simbologias, de práticas e de ações, repleto de elementos subjetivos, sociais, culturais e programáticos, se identificou a importância de entender seus cotidianos vividos e suas experiências nas peculiaridades e particulares, ou seja, em seus cenários, com seus enredos, com seus atores e na cena da vida real.

Com base nas relações sociais de gênero, se conclui que homens e mulheres tornam-se suscetíveis ao adoecimento a partir da incorporação de padrões hegemônicos e normativos da sexualidade, dos corpos, dos comportamentos, dos modelos biomédicos de cuidado, dos

olhares heteronormativos, que são naturalizados e reproduzidos, oportunizando o estado de vulnerabilidade ao adoecimento e ao agravamento de doenças.

De maneira resumida, a existência da dimensão de gênero traz diferenças de acesso aos bens e serviços de saúde e no enfrentamento do adoecimento. Os homens procuram menos os serviços estando mais suscetíveis a doenças graves e às mulheres é incorporada a concepção de cuidadora, então é ela que acompanha os membros familiares que precisam de cuidados médicos ou de serviços de saúde. Aos homens é atribuído o espaço público, de virilidade sexual, de primazia da atividade laboral, com procrastinação do cuidado à saúde, tendo como lazer o uso do álcool, que se tornam fatores relevantes de riscos, de violências e de adoecimentos. No que se refere às mulheres, “destinadas” ao espaço doméstico, muitas permanecem em relacionamento afetivos abusivos, violentos, subjugadas ao masculino, submetendo a privações, a desvalorização de seu trabalho e de suas atividades, tendo como imperativo o cuidado com a casa, com os filhos e com o marido, em detrimento de si mesmas.

O reconhecimento da dimensão de gênero possibilita identificar o quanto essas características concebidas como masculinas e femininas promovem impactos negativos nas condições de saúde repercutindo em estilos de vida mais arriscados, na forma inadequada de cuidado à saúde e na menor disponibilidade de recursos para a sua proteção. Sendo assim, as construções socioculturais sobre o gênero são fortemente marcadas nesses contextos e permeiam as práticas, os cuidados e o acesso aos serviços de saúde numa reprodução do que se considera como padrão masculino e feminino perpetuados pelos usuários, pelos profissionais e pela população em geral, tendo como resultado as dificuldades e os desafios na promoção e prevenção da saúde de homens e de mulheres pertencentes a cidades rurais paraibanas.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma longa caminhada foi percorrida até esse ponto. Assim como na vida, me deparei com curvas sinuosas, barreiras, obstáculos, momentos de impedimentos, desvios, alterações de rotas, dias de sol e dias de chuva. Mas carregava a certeza de que sempre um novo dia desponta no horizonte e com ele novas oportunidades também surgem.

Estações de encontros e desencontros, de alegrias e de choro foram vividas. Contudo, o mais importante do caminho é o próprio caminhar! Sem dúvida o esforço tem suas recompensas e as vitórias superam as batalhas perdidas. Esse é o sentimento de finalização dessa tese. Mais do que apresentar e descrever resultados obtidos em uma pesquisa, esse estudo possibilitou um belo encontro com o inesperado.

O caminho escolhido teve por curso a partilha, que foi trilhada com os moradores dessas cidades rurais paraibanas, formando impressões experienciadas por uma pesquisadora, aliás experienciadas por uma mulher cidadã, que aqui tentou representá-las na melhor forma possível, pois essa pesquisa escrita do lugar do sujeito que aprende, tem em seu andamento os limites e as fronteiras do conhecimento do ser aprendente que sou!

As melhores palavras e expressões podem ter se perdido em alguma direção, mas de fato o sentimento de gratidão a esses homens e mulheres, e a necessidade de dar voz a eles, me faz acreditar que se não foram as mais apropriadas, pelo menos tiveram a função de entoar as aspirações, a esperança, as privações, as belezas, a coragem, a resistência e os medos dos participantes, o que termina por transcender o efeito meramente informacional de dados colhidos e analisados.

Ao trabalhar com essas fontes orais, a condução utilizada foi de respeito e de cuidado, pois não se deve conceber as falas como vozes do meramente ocorrido. É preciso estar atento para os silêncios e seus sentidos, para as interferências, para os olhares, para as expressões, para o sentimento que está entrelaçado as palavras. Portanto, essa tese se baseou nessa premissa: do deixar-se conduzir na aventura do encontro com o outro e com o diálogo: em seus cenários, na análise de seus enredos, na atuação de suas cenas.

Sua montagem surgiu do desafio de ir a novos lugares, respirar outros ares e beber em outras fontes e no calor das narrativas. Nos contextos rurais se buscou compreender as produções de uma realidade social concreta, a partir do movimento de seus atores sociais que possibilitam vincular a materialidade do contexto vivido à subjetividade, que passa a ser expressa em suas ações, práticas e atitudes em cena, indicando na apropriação dos espaços sociais os lugares definidos de masculinidade e feminilidade, as representações simbólicas das relações de poder aonde se constroem suas histórias e emoções.

No percorrer de seus cenários somos dirigidos às formas e modos de vida, aos seus conflitos, a suas dinâmicas relacionais, a seus muros simbólicos e reais, assim como suas aberturas e fronteiras. Contemplou-se os estilos de vida, práticas de saúde, acesso aos serviços e, as vulnerabilidades que estão em seus repertórios sociais, programáticos e individuais, reconhecendo nessas dimensões, a masculinidade e a feminilidade que compõe as duas caras da mesma realidade relacional, em que uma carece de sentido se não se refere à outra.

Nesse aspecto, as relações de gênero no contexto rural, se estabelecem no centro de relações de poder que dá lugar a um sistema hierárquico, em que o masculino não passa a ser somente considerado como diferente do feminino, mas onde ocorrem as desigualdades nas mais variadas situações, como também no processo de adoecimento e de saúde, refletindo as concepções de masculino e de feminino internalizadas por homens e por mulheres que compõem as normas e modelam a ordem social expressas nas condutas e nos comportamentos das pessoas.

A perspectiva do gênero possibilitou identificar como as diferenças sexuais são invocadas, norteiam e perpassam as relações sociais nas cidades estudadas. A presente tese veio afirmar que no contexto rural as concepções de gênero promovem formas diferenciadas de cuidado, de práticas de saúde e de acesso aos serviços de saúde, acentuando a vulnerabilidade de homens e de mulheres ao adoecimento e ao agravamento de doenças e, de maneira intrínseca, na menor possibilidade de recursos e de condutas para a sua proteção.

Assim, de maneira geral, se observou que o exercício da masculinidade está associado a força, a independência, a valentia, a ideia de invulnerabilidade, sendo em sua maioria, homens considerados fortes, ou como usam em suas expressões “*cabra macho*” que “*não leva desaforo pra casa*”. Eles são os “chefes” da casa, só que seu poderio se estende para além da função do prover (função premente do homem), ou seja, ser o chefe significa ser o detentor do poder, ser dono de sua família, principalmente de sua mulher, que lhe deve obediência e

servidão. Há ainda imperativos de uma sexualidade viril e de produtividade laboral, que são altamente valorizados pelos entrevistados.

Ante essas características, adotam condutas de negligência a saúde e comportamentos de risco, em que o cuidado e a prevenção não são identificados como uma prática usual masculina, da mesma forma como também estão menos propensos a se envolverem em atividades relacionados a saúde e a longevidade. Apresentam uma baixa procura pelos serviços de saúde, que está vinculada a questão do gênero e a um conceito reducionista e empobrecido de saúde, pois para eles a saúde está relacionada a ausência de doença, assim somente buscam os serviços quando enfermos.

O estilo de vida e de lazer, são fatores relevantes no risco de adoecimentos, no envolvimento em acidente, brigas e na possibilidade em adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, numa indiferença ao perigo de contaminarem suas companheiras. Inclusive há uma naturalização da desvalorização ao feminino, em que a mulher é considerada como inferior, fraca e vulnerável, por isso precisam cuidar tanto da saúde. Além de que, não reconhecem as atividades realizadas pelas mulheres, principalmente as tarefas domésticas e de atuação no roçado familiar, como trabalho e sim como uma obrigação e ajuda familiar.

No que se refere as mulheres, o exercício da feminilidade consiste, especialmente em fornecer cuidados, em se preocupar e em se ocupar dos outros e de tarefas tidas como domésticas, de forma gratuita e/ou com uma baixa remuneração. Seus estilos de vida e de lazer revelam que para essas mulheres suas possibilidades de vivência e de bem-estar são diminuídas através da falta de liberdade, de autonomia e de tomada de decisões, sendo que essa última fica a cargo dos homens. Suas atividades laborais se tornam invisíveis, e ainda vivem sob forte controle de sua sexualidade.

Apesar da prática à saúde e a prevenção serem consideradas como pertencentes a esfera feminina, sendo essa concepção reproduzida nas condutas e posturas das mulheres

rurais que, de fato buscam mais os serviços de saúde, visam a adotar comportamentos e atividades com menor risco à saúde e pertinentes a longevidade, reconhecem suas necessidades de saúde e dessa maneira procuram assistência de forma mais precoce e mais efetiva, se verificou as limitações impostas aos feminino, relacionadas a dimensão do gênero, que promovem deficiências qualitativas no cuidado a saúde.

Uma das principais limitações constatadas é a referência e oferta em saúde associadas a um corpo que reproduz, numa visão hegemônica da mulher como reprodutora, que inibe uma prática integral de assistência. Outra questão observada é que as mulheres rurais estão limitadas ao papel de cuidadoras, o que demanda elevado tempo de sua rotina diária à dedicação aos filhos, ao marido, aos familiares e nas atividades domésticas, assim como na agricultura familiar, que as sobrecarregam e dessa forma, acabam sem tempo para cuidarem de si mesmas.

Observou-se nesses contextos que as crenças culturais enraizadas em ideologias de dominação masculina como o pensamento patriarcal-capitalista corroboram fortemente para a violência de gênero, que intensifica a situação de vulnerabilidade das mulheres nas cidades rurais. Foram estarrecedoras e alarmantes a quantidade de casos e as narrativas sobre as violências sofridas pelas mulheres, assim como constatar o seu desamparo, a falta de assistência, a invisibilidade e o terror que vivenciam. Percebe-se, portanto, que as mulheres nesses contextos rurais estão submetidas diariamente a limitações devido à concepção de gênero que comprometem sua vida social, laboral e sua saúde.

Refletir sobre o gênero nesses cenários possibilitou identificar o quanto esses padrões normativos e hegemônicos relacionados a masculinidade e a feminilidade, com atribuição de características e de papéis tidos pertencentes aos homens e as mulheres, funcionam como verdadeiras cápsulas aprisionadoras. A dificuldade dos homens em assumirem suas fragilidades não significa que eles não sofram e que não possuam necessidades e, as mulheres

mesmo assumindo suas necessidades e seus sofrimentos não significa que recebam cuidados adequados ou que obtenham soluções para suas demandas.

A rígida divisão dos papéis sexuais, naturalizado e reproduzido nesses contextos, sob a tradição e cultura nordestina do “cabra macho” e da “mulher de família”, influenciam os hábitos, as condutas, os comportamentos, as escolhas, as atitudes e as concepções de ser homem e ser mulher, oportunizando diversos prejuízos para os homens e para as mulheres no cuidado a saúde, no acesso aos serviços, assim como na prevenção e promoção da saúde nesses locais.

Em contrapartida, o gênero por seu caráter relacional, interage com aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos, entre outros, não podendo ser abstraído da realidade dos contextos em suas situações de vulnerabilidade, ou seja, não se pode ocultar as desigualdades sociais provenientes de fatores como a pobreza, a carência de infraestrutura, de serviços básicos, de educação, de acesso a informação e a ausência ou ineficiência de políticas públicas nesses locais, pois essas se somam as desigualdades de gênero compondo as vulnerabilidades, não apenas em relação ao desenvolvimento social e econômico, mas em relação à saúde. Apresenta-se assim, os cenários de vida, ou seja, as condições concretas e cotidianas desses homens e dessas mulheres e a forma como experenciam a realidade que estão inseridos, inclusive no que se refere as práticas de saúde e no acesso aos serviços.

As dificuldades no ingresso aos serviços de saúde e sua utilização pela população rural foi amplamente destacada nesse estudo, indicando a menor disponibilidade de serviços, a sua distribuição geográfica em que as pessoas precisam percorrer grandes distâncias, a falta de transporte e a baixa renda. Demonstrou-se através dos relatos dos moradores, os obstáculos experimentados na busca pelo cuidado a saúde, enfatizando aspectos como a inadequação funcional dos serviços, a baixa qualidade das práticas em saúde, a carência e a má qualidade

de recursos tecnológicos e humanos, os problemas para se ter ingresso aos diferentes níveis de saúde e a baixa resolubilidade desses serviços.

Os princípios do SUS nessas áreas estão comprometidos devido ao isolamento geográfico, os horários de atendimentos que não contemplam essas pessoas que precisam se deslocar por uma grande área até chegar aos serviços, as longas filas e o período de espera para os atendimentos, sem levar em consideração a necessidades de alimentação e o tempo que os usuários necessitam para retornar a seus lares, a dificuldade de agendamentos, a falta de acolhimento, o não cumprimento dos dias e horários de funcionamento, ausência de profissionais nos serviços, tratamento diferenciado aos usuários devido ao clientelismo, entre outros. Esses fatores, se agregam à precariedade do vínculo dos profissionais com os usuários, a ausência de profissionais comprometidos com a comunidade, que respeitem e cumpram com os dias e horários de atendimento e a uma infraestrutura deficitária.

Entre os aspectos de suscetibilidade ao adoecimento nos cenários do cotidiano rural, se verificou a falta de renda, ou renda baixa, que constitui um elemento relevante de vulnerabilidade. O desemprego foi bem enfatizado pelos participantes, eles narram o desespero que se encontram diante das privações em que vivem, a dificuldade e sofrimento de não poder manter a família, além de não poderem cultivar o próprio alimento devido ao longo período de estiagem, o que tem aumentado a penúria dessas pessoas.

Os contextos pesquisados, em sua maioria, se encontram em situação de pobreza, não só pelo seu baixo poder aquisitivo/monetário e sim pelas privações severas de necessidades humanas básicas a que sua população está submetida. Entre elas se destaca a escassez de alimentação, ausência de acesso e/ou a qualidade da água, carência de rede sanitária e, as ausências e deficiências na área da saúde, da habitação, da educação e no acesso a informação.

De fato, se observou um conjunto de déficits centrados nessas localidades, como no abastecimento e na qualidade de água dessas regiões, nas inadequadas condições de moradias em que grande parte das casas ainda são de taipa, na baixa qualidade do ambiente do entorno dos domicílios com ruas sem pavimentação, na degradação do meio ambiente que acentua o clima de desertificação, na ausência de infraestrutura sanitária, na baixa escolaridade e/ou baixa qualificação profissional, na carência de postos de trabalho, na precarização das condições laborais e no trabalho informal, na ausência de lazer e de infraestrutura comunitária, logo, estão mais vulneráveis e possuem menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger.

Lamentavelmente, se constatou que um dos maiores prejuízos no acesso ao cuidado a saúde se deve a atuação de políticos. O clientelismo nessas regiões inibe e, muitas vezes coíbe, o acesso aos serviços de saúde dos usuários que não compartilham da mesma posição e de apoio ao prefeito, sendo esse assistencialismo político oportuniza elevada desvantagem e comprometimento à saúde dos moradores nas cidades rurais pesquisadas. Os relatos dos participantes deflagraram as intermediações abusivas no acesso e/ou a negação de ingresso aos serviços públicos de saúde, numa clara violação dos direitos, realizada justamente por aqueles que deveriam garanti-los.

Sendo assim, se verifica que nesses contextos, as pessoas estão volvidas a diversos obstáculos que influem diretamente nas possibilidades de cuidados a saúde, assim como no acesso aos serviços. Para se pensar em produzir saúde nesses locais, se faz necessário responder aos problemas sociais, políticos, econômicos e administrativo, considerando também os aspectos físicos, ambientais e culturais que venham a favorecer a saúde e o bem-estar com ações que se voltem às mudanças sociais.

Inicialmente, os dados aqui apresentados, não se mostraram tão diferenciados de outros estudos sobre o fenômeno, mas acredito que o diferencial dessa tese está no fato de

mostrar o contexto real de vida dessas pessoas, confirmando a importância de se considerar o indivíduo em sua organização de vida cotidiana, coletiva, em sua realidade concreta e em seus impedimentos.

Dessa maneira, tendo como lócus as cidades rurais paraibanas com menos de 10.000 hab., onde existe pouca visibilidade, e com base no modelo de vulnerabilidade, que oferece suporte para indicar as condições subjetivas, sociais e institucionais no enfrentamento do adoecimento, nas concepções de saúde e de doença, na utilização dos serviços de saúde, a partir das experiências reais e concretas do cotidiano desses homens e dessas mulheres, apontou-se a influência dos fatores culturais, sociais, econômicos e intersubjetivos que permeiam as práticas de saúde.

Com o método das cenas proposto, se teve acesso as particularidades, as sensações e aos sentimentos experimentados pelos participantes, em sua vida concreta e em seu espaço real. A variável gênero não acobertou os demais fatores de suscetibilidade ao adoecimento e sim indicou estar agregada a eles. Destacou o quanto significativo se apresenta a desigualdade social no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde. Compreende-se assim, que muitos comportamentos tidos como individuais, suas atitudes de vida e assim, de sua saúde, são na realidade respostas às condições sociais das pessoas em seus territórios, principalmente no que se refere as diferenças de renda, a escassez de recursos, a falta de infraestrutura comunitária, as condições inapropriadas de moradia, o desemprego, a falta de acesso à informação e a educação, a falta de segurança, entre outras.

Tem-se por exemplo, a epidemia do zica vírus, da dengue e da chikungunya que se apresenta potencializado na região Nordeste. Esse é mais um evento experienciado pelas pessoas que estão vulneráveis às doenças devido a suas condições socioeconômicas, aos problemas de condições de moradia e de saneamento, de falta d'água, ou seja, situações a que os menos favorecidos estão submetidos diariamente. Portanto, essas pessoas permanecem

com menor probabilidade de se protegerem e mais suscetíveis as doenças que as vitimizam diante da desigualdade social em que estão imersas.

Através do modelo teórico de vulnerabilidade, foi possível constatar o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento nos contextos rurais paraibanos estudados. Esse modelo se mostrou relevante ao advertir como o indivíduo, sua família e sua comunidade estão predispostos e expostos ao risco de adoecimento e de agravos à saúde e descortinou as carências experimentadas, a falta de recursos e de proteção nos três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos de vida, ou seja, os individuais, sociais e programáticos.

Revelou também sua importância à saúde coletiva, a partir de uma pesquisa que teve como centralidade as pessoas, em seus cenários e em suas atitudes em cena, ou seja, naquilo que fazem, os cuidados, as vivências, as possibilidades, os recursos e o impacto na sua condição de saúde. Procurou-se assim, compreender os significados e sentidos, as manifestações, as ocorrências e os fatos, bem como os sentimentos e os assuntos que modelam as vivências humanas sem escamotear o contexto.

Os conteúdos obtidos dão notoriedade à situação de vulnerabilidade dos indivíduos residentes em municípios rurais em meio às desigualdades experimentadas. Faz questionar também o quanto se está progredindo para a superação dessas desigualdades, sobretudo nas práticas de saúde. Mas, infelizmente, o que se percebe de acordo com os dados obtidos são ações de saúde ainda alicerçadas em práticas simplistas e reducionistas do modelo biomédico, que distancia o social da saúde, como se um pudesse ser dissociado do outro. Portanto, ainda há muito que se caminhar a fim de se proporcionar uma saúde acessível, que seja de fato universal, equitativa e integral.

Algo que foi observado nesse estudo e que gera perplexidade, é a possível resignação de profissionais ante a naturalização de cenas, numa legitimação das desigualdades a questões

naturais ou a impossibilidade de mudança: “o que se há de fazer? ”. Essa posição cega os profissionais, pois se não enxergamos as peculiaridades, as demandas e as necessidades das pessoas e de suas comunidades, se naturalizamos conteúdos e situações, tendo por esconderijo a justificativa de que isso ou aquilo faz parte da cultura, das normas sociais e/ou da crise econômica que se vive, é ir nos moldando, aceitando e compactuando com elas. Nos acostumar com certas condutas, em certas situações e em determinados contextos é torná-las cada vez mais habituais, elas deixam de nos assustar, ou seja, passam a ser consideradas como parte do repertório natural, onde se estabelece um perigoso cárcere e uma patológica paralisação.

Enquanto profissionais precisamos refletir sobre nossas ações em saúde e questionar “quem estamos sendo e o que estamos fazendo” em nossas práticas e em nosso encontro com os usuários, pois esse estudo denuncia, por exemplo, ações de saúde arraigados a construtos sociais de gênero perpetuando suas desigualdades ou minimizando sua importância. Torna-se fundamental reorganizar a rota, transformar nossa ineficácia em capacitação gerando ações transformadoras, contribuindo para a mudança de realidades como essas.

Nesse sentido, se enfatiza a importância dos profissionais de saúde e sua mediação no contato com os usuários, ou seja, esse encontro pode vir a favorecer a aquisição de conhecimentos e informações necessárias para que as pessoas entendam e possuam condições de tomarem decisões que afetem a si e/ou sua comunidade. Possibilitar encontros de discussão, de problematização auxiliando as pessoas a refletirem sobre suas escolhas e na busca de alternativas e de soluções.

De forma inseparável, esse cenário faz questionar também a formação dos profissionais de saúde, se estão preparados para atuarem nessas localidades. Inclusive no que se refere ao psicólogo, parece que seu papel nos programas sociais ainda é incerto, pois sua atuação parece ainda pautada numa clínica individualista. Talvez, se pudesse pensar em

práticas de intervenção através de capacitação itinerantes para os profissionais, aliados aos Conselhos regionais e federais de saúde, numa forma mais personalizada de conhecer e reconhecer as necessidades nos territórios de atuação e de partilha numa troca de experiências em atuações bem-sucedidas que superaram as dificuldades, demonstrando as formas de enfrentamento utilizadas. Outra contribuição pertinente é se evocar a mobilização social nesses territórios, garantir acesso às informações e aos direitos e, conjuntamente, se buscar concretizar objetivos e soluções que beneficiem a comunidade.

Contudo, se sabe que enquanto limitação desse estudo, é o não conhecimento da realidade dos profissionais nesses contextos, pois se teve acesso as experiências e relatos dos usuários. Sendo assim, se torna fundamental identificar as particularidades e peculiaridades dos profissionais que atuam nos municípios rurais, conhecer os obstáculos enfrentados em suas ações de saúde. Sugere-se também a possibilidade de se aprofundar em aspectos como o acolhimento, barreiras comunicacionais, o contato com os usuários e a percepção das relações de gênero em suas atuações, para se comparar e adicionar aos aqui apresentados. Torna-se também pertinente, pesquisas com populações em fases específicas, a fim de se contemplar suas peculiaridades, assim estudos sobre práticas e acesso a serviços com adolescentes, crianças e idosos são igualmente importantes, como também as formas de acesso à informação sobre saúde e seus obstáculos nos contextos rurais.

A partir dos encontros experienciados, mais do que paralisar frente a uma realidade que não se conhece, servem para impulsionar a construção de profissionais cientes de sua importância na melhoria das condições de vida e de saúde do povo. Sem querer desconsiderar e/ou menosprezar os consultórios e as salas de aula, longe disso. Porém, quantas pessoas que se afirmam paraibanos desconhecem o que essas pessoas estão vivendo.

Espera-se construir nessa trajetória uma história junto a essas pessoas, dar voz e reconhecimento a elas. Uma história que, de alguma forma nos torne pessoas melhores e mais

capazes. Uma trajetória que se abra para novas análises. Assim como canta Milton Nascimento, se referindo aos cantores, também nós, enquanto profissionais, enquanto gente (profissional e gente não podem ser dissociados jamais) devemos ir aonde o povo está:

“Com a roupa encharcada e a alma
Repleta de chão
Todo artista tem de ir aonde o povo está
Se for assim, assim será
Cantando me disfarço e não me canso
De viver nem de cantar”



REFERÊNCIAS

Alambert, Z. (1986). *Feminismo: o ponto de vista marxista*. São Paulo: Nobel, pp 131.

Alberto, M. de F. P. (2002). *A dimensão subjetiva do trabalho precoce de meninos e meninas em condição de rua em João Pessoa - PB*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

- Albuquerque Jr., D.M. (2003). *Nordestino: uma invenção do falo, uma história do gênero masculino* (nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento.
- Almeida, B.L.F., Xavier, S.M.A.A., & Assunção, G.R. (2007). *III Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís - MA, 28 a 30 de agosto 2007. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/29ffef792606a307adc3Bernadete_Sandra_Geniely%20Ribeiro%20Assun%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Almeida, C. (2002). Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), 23-36.
- Alves, M. de F.P. & Cantarelli, J. (2010). Ser um homem de respeito: masculinidade, sexualidade e relações de gênero na perspectiva de homens rurais de um município da Zona da Mata pernambucana. P. Scott & R. Cordeiro (Orgs.) *Agricultura familiar e gênero: práticas, movimentos e políticas públicas*, (pp. 301-320). Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Alves, V.S. (2005). O modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 39-52.
- Amorim, P.B. (2007). *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva das mulheres neopentecostais moradoras da zona rural de Lajinha/ Minas Gerais*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade. Centro Universitário de Caratinga, Minas Gerais.
- Amorim da Silva, R. & de Araújo Menezes, J. (2016). Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 493-504.
- Ando, N.M., Targa, L.V., Almeida, A., Silva, D.H.S., Barros, E.F., Schwalm, F.D., Savassi, L.C.M., Breunig, M., Lima, M.C., Amaral Filho, R., & Horta, T.C.G. (2011). Declaração de Brasília “O conceito de rural e o cuidado à saúde”. *Revista Brasileira medicina farmacia comunidade*. Florianópolis, 6(19), 142-144.
- Andrade, R.J., Botelho, M.I.V., Fiúza, A.L., & Pereira, E.T. (2009). Relações sociais de gênero no meio rural brasileiro: a mulher camponesa e o lazer no início do século XXI no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, 23(1), p.39-49.
- Aquino, E.M.L. (2006). Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(N Esp), 121-132

Aquino, E.M.L., Barbosa, R.M., Heilborn, M.L., & Berquó, E. (2003). Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública*, 19 (supl.2), Rio de Janeiro, 198-199.

Araújo, G.M. (2014). *Relações de poder e a resiliência das feministas rurais no Nordeste. XVIII Encontro Internacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas Sobre Mulher e Relações de Gênero*. Tema: Perspectivas Feministas de Gênero: Desafios no Campo da Militância e das Práticas. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, PE. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/18redor/18redor/>

Araújo, M. F. (2009). *Gênero e família na construção de relações democráticas*. In: T. Féres-Carneiro, (Org). Casal e família: permanências e rupturas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 9 - 23.

Assembleia Legislativa da Paraíba (2013). *Carta da Paraíba: SOS Seca*. Disponível em: http://www.famup.com.br/arquivos_publico/doc/carta%20de%20joao%20pessoa.pdf.

Assis, M.M.A., & Jesus, W.L.A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865-2875.

Atanázio, E.A., Matias dos Santos, J., Dionísio, L.R., Silva, J. da, & Saldanha, A.A.W. (2013). Vulnerability to alcohol use: a study with adolescents from the public and private school systems. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 9(1), 11-17.

Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.

Ayres, J.R.C.M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.

Ayres, J.R.C.M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Comunicação*, 8(14), 73-92.

Ayres, J.R.C.M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, 10 (3), 549-560.

Ayres, J.R. C.M. (2012). *Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba, Juriá.

- Ayres, J.R.C.M., Calazans G., Salletti Filho, H.C., & França Jr, I. (2006). Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y.M. Carvalho, (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec: Fiocruz, pp.375-417.
- Ayres, J.R.C.M., França Jr., I., Calazans G., & Salletti Filho, H.C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: R. Barbosa, & R. Parker, (Orgs). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 50-71.
- Ayres, J.R.C.M., França Jr., I., Calazans, G.J., Saletti Filho, H.C. (2003). O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia, & C. M. de Freitas. (Orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.117-139.
- Ayres, J.R.C.M., & Kalichman, A.O. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(8), 1-13.
- Ayres, J.R.C.M., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde: Uma introdução. In: V. Paiva, Ayres, J.R., & Buchalla, C.M. (Orgs). *Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp. 9-22.
- Ayres, J.R.C.M., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. In: V. Paiva, J.R.C.M. Ayres, & C.M. Buchalla, (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp.71-94.
- Baracho, M. (2013). Iniquidades reafirmam urgência por debates sobre um modelo social mais igualitário [Internet]. Recife (PE). *Portal DSS Nordeste*; 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/02/estados-do-nordeste-apresentam-perspectivas-de-ampliacao-do-servico-de-saneamento>
- Barbieri, T. (1991). Sobre la categoria de género - una introducción teórico-metodologica In: S. Azeredo, & V. Stolcke, (Orgs). *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/DPE, 25-46.
- Barbosa, R.M.S. (2001). *Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 310 p.

- Barduni Filho, J., Delesposte, A.G., & Carvalho, A.L.F. (2010). *As novas perspectivas das relações de gênero no meio rural: o papel feminino em re(construção)*. Encontro da Rede de Estudos Rurais, Curitiba. Anais: Mundo rural, políticas públicas e atores em reconhecimento político. Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFPR. Disponível em:
http://www.gerar.ufv.br/publicacoes/AS_NOVAS_PERSPECTIVAS_DAS_RELACOES_DE_GENERO_NO_MEIO_RURAL_O_PAPEL_FEMININO_EM_RE_CONSTRUCAO.pdf
- Barreto, M.S., Arruda, G.O., & Marcon, S.S. (2015). Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3), 1-8.
- Barroso, M.G.T. (2007). Resenhas: Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança. Carvalho S.R. *Cad. Saúde Pública*, 23(1), 241-246.
- Beheregaray, L. R., & Gerhardt, T. E. (2010). A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 201-212.
- Bellenzani, R. (2012). Saúde e direitos: vulnerabilidades à saúde sexual juvenil em comunidades litorâneas brasileiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 459-479.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., do Val, L. F., ... & Pereira, É. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1326-1330.
- Bispo Júnior, J.P., & Sampaio, J.J.C. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública/Pan Am J Public Health*, 23(6), 403-409.
- Bizelli, S.S.K., & Castanheira, E.R.L. (2011). *Saúde na Roça: expressões da qualidade das práticas de atenção primária*. São Paulo, Cultura Acadêmica, 146 p.
- Bleger, J. (1989). *Temas de Psicologia*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bonfim, E.G., Cocco da Costa, M., & Lopes, M.J.M. (2013). Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital*, 13(2), 193-205.

- Borges, A.L.V. (2007). Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 597-604.
- Borges, J.R.P., Dal Fabbro, A.L., & Ferreira Filho, P.F. (2006). *Condições de vida e qualidade do saneamento ambiental em assentamentos da reforma agrária paulista – representações e práticas cotidianas. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG - Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.*
- Brandão, I.C.A., Martiniano, C.S., Monteiro, A.I., Marcolino, E.C., Brasil, S.K.D., Sampaio, J. (2012). Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde*, 16(3), 347-352.
- Brasil (2013). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 12.864, de 24 de Setembro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm
- Brasil (2014). *Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Política Agrícola, Departamento de Economia Agrícola, Coordenação-Geral de Estudos e Informações Agropecuárias Informativo sobre a Estiagem no Nordeste – nº 53 14/02/2014.*
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II*. Senado. Brasília, DF.
- Brasil. (1990a). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1990b). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Brasil. (1990c). *Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília, DF.
- Brasil. (1995). *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, DF, 1995.
- Brasil. (2001). *Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Brasília.

Brasil. (2002). *Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf

Brasil. (2006). *Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. Brasília. SAS/DAB. (Série A. Pactos pela vida vol 6).

Brasil. (2007). *Ministério da Saúde. Plano de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, DF.

Brasil. (2008). *Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa – indicadores e dados básico para a saúde - 2007 (IDB, 2007)*. Brasília, DF.

Brasil. (2008a). *Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf.

Brasil. (2008b). *Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF.

Brasil. (2008c). *Ministério da Saúde. Consulta Pública, nº 09, de setembro de 2008*. Consulta sobre a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF. <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.htm>>

Brasil. (2009). *Ministério da Saúde. Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. (2011). *Portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>

Brasil. (2011a). *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

Brasil. (2012). *Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde*. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Publicada dia 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União. Aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na 240ª Reunião Ordinária em dezembro de 2012.

Brasil (2012a). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília.*

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254-258.

Bravo, M.I.S. (2016). Políticas Públicas de Saúde: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, 20(1), 221-231.

Briceño-León R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Caderno de la Saude Publica*, 12, 07-17.

Brilhante, A.V.M., Moreira, G.A.R., Vieira, L.J.E.S.; Silva, R.M., & Catrib, A.M.F. (2015). O “Macho Nordestino” Em Formação: Sexualidade e Relações de Gênero entre Adolescentes. *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, Fortaleza, 28(4), 471-478.

Buarque, C. (2005). A dimensão de gênero no mundo rural brasileiro contemporâneo. In: Miranda, C., & Costa, C.(Orgs.). *Desenvolvimento Sustentável e Perspectiva de Gênero*. Brasília: IICA.

Buss, P.M. & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93.

Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde coletiva*, 5(1), 163-177.

Buss, P.M. (2010). O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. *Espaço Colaborativo: Determinantes Sociais da Saúde*, bvs. Disponível em: http://www.eco-dss.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=15.

Cáceres, C.F. (2000). Opressão Sexual e Vulnerabilidade ao HIV. In: R. Parker, V. Terto Jr., & E.J.C. Raxach, (Orgs). *ABIA-Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS*. Respostas ao HIV na América Latina. ABIA, Boletim nº44, Janeiro/Março de 2000.

- Câmara, A.M.C.S., Melo, V.L.C., Gomes, M.G.P., Pena, B.C., Silva, A.P., Oliveira, K.M., Moraes, A.P.S., Coelho, G.R., & Victorino, L.R. (2012). Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1 Supl. 1), 40-50.
- Canesqui, A.M., & Barsaglini, R.A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência e Saúde coletiva*, 17(5), 1103-1114.
- Canguilhem, G. (2011). *O normal e o patológico*. 7ed. Rio de Janeiro: Forense, pp 288.
- Carapinheiro, G. (2005). Mal-estar, risco social e políticas sociais. In: B de S. Santos, (Org.). *Globalização e Ciências sociais* (pp. 12-28). São Paulo: Editora Cortez.
- Carlos, A.F.A. (2003). Seria o Brasil "menos urbano do que se calcula?". *GEOUSP Espaço e Tempo*, 13, 179-187.
- Carlos, E. (2013). Saneamento rural: um enorme desafio para o Brasil - *Portal do Saneamento*. Instituto Trata Brasil. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/saneamento-rural-um-enorme-desafio-para-o-brasil-portal-do-saneamento>
- Carloto, C.M. (2001). O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. *Serviço Social em Revista*. Universidade Estadual de Londrina, 3(2), 201-213.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(3), 659-678.
- Carvalho, F. E.O., & Hirato, V.M.F.M. (2013). A Necessidade de um melhor atendimento para a humanização da saúde. rhs, *Rede Humaniza SUS*. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/63658-artigo-a-necessidade-de-um-melhor-atendimento-para-a-humanizacao-da-saude>.
- Carvalho, S.R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde coletiva*, 9(3), 669-678.
- Carvalho, S.R. (2005). *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*. São Paulo: Editora Hucitec, pp.183.

- Cavalcanti, J da R.D., Ferreira, J.de A., Henriques, A.H.B., Moraes, G.S.N., Trigueiro, J.V.S., & Torquato, I.M.B. (2014). Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 628-634.
- Cavariani, M.B., de Oliveira, J.B., Kerr-Corrêa, F. & Lima, M.C.P. (2012). Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto Genacis, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 28 (7), 1394-1404.
- Castro, T.G., Campos, F.M., Priore, L.E., Coelho, F.M.G., Campos, M.T.F.S., Franceschini, S.C.C., & Rangel, A.A. (2004). Saúde e nutrição de crianças de 0 a 60 meses de um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce, MG, Brasil. *Revista de Nutrição*, 17(2), 167-17
- Cerqueira, M T. (1997). Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: *Editorial de La Universidad de Puerto Rico*.
- Chequini, M.C.M. (2007). A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psic. Rev.* São Paulo, 16(1 e 2), 93-117.
- Cocco da Costa, M., Lopes, M.J.M., & Soares, J.S.F. (2015). Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Ann Nery*, Rio de Janeiro, 19 (1), 162-168.
- Coelho, C.C. (2006). Breve história da mulher e seu corpo. In: E.B.S. Coelho, M.C. Calvo, & C. Coelho, (Orgs). *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Connell, R.W. (1995). *Políticas da Masculinidade*. Educação e Realidade. Porto Alegre, 20(2), 185-206.
- Coriolano-Marinus, M.W.L., Queiroga, B.A.M., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. de S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 23(4), 1356-1369.
- Cortes, S.M.V. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, 7, 18-49.

- Costa, A.M., & Aquino, E. L. (2000). Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: A. M. Costa, E. Merchán-Hamann & D. Tajer (Orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas*. Brasília: ABRASCO/Asociación Latinoamericana de Medicina Social/ Universidade de Brasília, 181-202.
- Costa, F. (2010). *Ministério das Cidades. Relatório Estadual de Avaliação dos Planos Diretores Participativos do Estado da Paraíba*. Disponível em: http://web.observatorioidasmetropoles.net/planosdiretores/produtos/pb/PB_Avalia%C3%A7%C3%A3o_PDP_Relat%C3%B3rio_Estadual_abr_2010.pdf
- Costa, J. F. (1999). *Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Roco.
- Costa, M.C., & Lopes, M.J.M. (2012). Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1088-1095.
- Costa, M.G.S.G., Dimenstein, M.D.B., & Leite, J.F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia*, Natal, 19(2), 145-154.
- Costa, L.D. (2015). Prevalência de fatores de risco de proteção para doenças crônicas em uma população feminina assistida pela Estratégia Saúde da Família no sudoeste do Paraná. Espaço para a saúde – *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 16(4).
- Costa-Couto, M.H. (2007). *A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS*. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- Costa-Junior, F.M., & Maia, A.C.B. (2009). Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>
- Courtenay W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.*, 50(10), 1385-1401. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10741575>
- Couto, M.T., & Schraiber, L.B. (2005). Homens, Saúde e Violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: M.C.S. Minayo, & C.E.A. Coimbra Jr., (Orgs). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio

de Janeiro: Editora Fiocruz: ISBN 85-7541- 061-X. Available from Scielo Books < <http://books.scielo.org> >.

Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, R., Silva, G.S.N., Gomes, R., Schraiber, L.B., & Figueiredo, W.S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 257-270.

Couto, M.T., Schraiber, L.B., d'Oliveira A.F.P.L., & Kiss, L.B. (2006). Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 11 (supl), 1323-1332.

CPMI-VCM - *Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Relatório da Comissão Permanente Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher*. (2013). Senado Federal, Secretaria Geral da Mesa Secretaria de Comissões e Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito. Brasília, DF.

Cruz, M.C.C. (2009). *O conceito de cuidado à saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: D. Czeresnia, & C.M. Freitas (Orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53.

Dalla Vecchia, M. (2012). *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos históricos políticos*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, Unesp.

Deslandes, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, 9(1), 7-14.

Dias, V.A. (2012). *Referência e Contra-referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência*. Monografia apresentada ao XIV Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Diniz, G.R.S. (2006). *Gênero, casamento e família: interações entre novos modelos e papéis*. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7, 2006, Florianópolis. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. Florianópolis: Editora Mulheres, p. 1-7. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/G/Glaucia_Diniz_05_B.pdf >.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.

- Facchini, L.A. (2014). *A epidemiologia encontra a política em mesa sobre 25 anos de SUS. IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Vitória, Espírito Santo, 07 a 10 de setembro. Anais, 1ª edição, ABRASCO, 35 anos, Rio de Janeiro.
- Fachini, A. & Furtado, E.F. (2012). Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Revista Psiquiatria Clínica*, 39 (2), 68-73.
- Faissol, S. (1994). *Organização e ordenamento do espaço urbano no Nordeste*. Brasília, SEPLAN/PR/Projeto ÁRIDAS, dez.
- Faleiros, J.J. (2003). Profissionais para reorientar o modelo assistencial. Quantos e quais? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27(1), 55-64.
- Faria, N. (2011). Mulheres rurais na economia solidária. In: A. Butto & I. Dantas (Orgs). *Autonomia e cidadania: políticas de organização produtiva para as mulheres no meio rural*. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Agrário, pp.192.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde - construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Ferraz, D.A.S, & Araujo, M.F. (2003). Gênero e saúde mental: desigualdades e iniquidades. In: M. F. Araújo, & O.C. Mattioli, (Orgs). *Gênero e violência*. São Paulo: Arte e Ciência.
- Ferraz, M.C.S. (2004). *O Sertanejo nordestino: representações culturais brasileiras de resistência e de fé*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História, 116f.
- Ferreira, L.N., Sales, Z.N., Casotti, C.A., Bispo Junior, J.P., & Braga Junior, A.C.R. (2011). Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(8), 1473-1486.
- Ferreira, A.B.H. (2008). *Aurélio. Dicionário da Língua Portuguesa*. 7 ed, Curitiba: Ed. Positivo.
- Ferretti, F., Behling, F. & Schneider, E.G.F. (2014). Concepção de saúde segundo população masculina usuária do SUS. *Tempus, Actas de saúde Coletiva*, Brasília, 8(3), 67-74.

- Fertonani, H.P.; D.E.P.; Biff, D.; Scherer, M.D.A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878.
- Figueiredo W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde coletiva*, 10,105-109.
- Figueiredo, M.A.C. (1993). Profissionais de Saúde e Aids: um estudo diferencial. *Medicina*. Ribeirão Preto, 26(3), 393-407.
- Figueiredo, M.A.C., & Fioroni, L.N. (1997). Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 28-41.
- Figueiredo, T.F., & Schraiber, L.B. (2011) Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(Supl.1), 935-944.
- Fischer, I. R., & Marques, F. (2009). Gênero e exclusão social. Sociodiversidade: multiculturalismo, tolerância e inclusão; exclusão e minorias. *Relações de gênero*, 2 de outubro de 2009.
- Fonseca, W.L.; Fonseca, W.J. L.; Oliveira; A.M.; Vogado, G.M.S.; Sousa, G.G.T.; Sousa, T.O.; Sousa Junior, S.C.; Luz, C.S.M. (2015). Causas e Consequências do Êxodo Rural no Nordeste Brasileiro. *Nucleus*, 12(1), 233 - 240.
- Forlin, V., & Mirales R. (2014). *Relações de Gênero e Geracionais na Agricultura Familiar*. 6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. Toledo-PR.
- Foucault (2004). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- França Jr., I., & Ayres, J.R.C.M. (2003). Saúde Pública e Direitos Humanos. In: E. Zóbole, & P. Fortes. (Orgs). *Bioética e Saúde pública*. São Paulo: Edições Loyola, 63-69.
- Freitas, E. S., Ribeiro K.C. S, Saldanha A. A. W. (2012) O uso de álcool por adolescentes: Uma comparação por gênero. *Psicologia Argumento*, 30(69).
- Freitas, W.M.F., Silva, A.T.M. da, Coelho, E.A.C., Guedes, R.N., Lucena, K.D.T., & Costa, A.P.T. (2009). Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 85-90.

- Fundação Oswaldo Cruz. (2000). Promoção de saúde e qualidade de vida. Tema: Cidades Saudáveis. *Radis*, n.19, 12-13.
- Furtado, F. M.S. F. (2016). *Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas*. (Tese de Doutorado em psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba, UFPB – João Pessoa, PB
- Gama, C.A.P., Onocko Campos, R.T., & Ferrer, A.L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*. Fundamental São Paulo, 17(1), 69-84.
- Gawryszewski, V.P., Koizumi, M.S., & Mello-Jorge, M.H.P. (2004). Causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 995-1003.
- Gerhardt, T.E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11), 2449-2463.
- Getrich, C.M., Sussman, A.L., Helitzer, D.L., Hoffman, R.M., Warner, T.D., Sánchez, V., Solares, A., & Rhyne, R.L. (2012). Expressions of machismo in colorectal cancer screening among New Mexico Hispanic subpopulations. *Qual Health Res.*, 22(4), 546-559. doi: 10.1177/1049732311424509.
- Giffin, K. (1994). Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 4, 23-40.
- Giffin, K. (1994b). Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1), 146-155.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno de Saúde Pública*, 18, supl, Rio de Janeiro.
- Giovanella, L., Escorel, S., & Mendonça, M.H.M. (2003). Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 27, 278-289.
- Gomes, K.O., Reis, E.A., Guimarães, M.D.C., & Cherchiglia, M.L. (2013). Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(9), 1829-1842.

- Gomes, R., Moreira, M.C.N., Nascimento, E.F., Rebello, L.E.F.S., Couto, M.T., & Schraiber, L.B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e saúde coletiva*, 16 (suplemento 1), 983-992.
- Gomes, R., Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (3), 565-574.
- Gomes, R., Schraiber, L.B., Couto, M.T., Valença, O.A.A., Silva, G.S.N., Figueiredo, W.S., Barbosa, R.M., & Pinheiro, T.F. (2011). O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 113-128.
- Gouveia, G. C.; Souza, W. V.; Luna, C. F.; Souza-Junior, P. R. B.; & Szwarcwald, C. L. (2005). Health care users' satisfaction in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21, Supl, 109-118.
- Greig, A. (2001). Political Connections: men, gender and violence. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women/Working Paper Series on Men's Roles and Responsibilities in *Ending Gender Based Violence*. Disponível em: http://menengage.org/wp-content/uploads/2014/06/Political_Connections_-_Men_Gender_and_Violence.pdf
- Hardy, E., & Jiménez, A.L. (2001). Políticas y Estrategias en Salud Pública: Masculinidad y Género. *Revista Cubana Salud Pública*, 27(2), 77-88.
- Heilborn, M.L. (1994). De que gênero estamos falando? In: *Sexualidade, Gênero e Sociedade* ano 1, nº 2 CEPESC/IMS/UERJ.
- Heilborn, M.L. (1997). *Gênero, Sexualidade e Saúde*. In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 101-110.
- Heredia, B.M.A., & Cintrão, R. P. (2006). Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural Brasileiro. *Revista Nera*. Presidente Prudente, 9(8), 1-28.
- Herédia, V. (2010). O sentimento de perdas no envelhecimento e a condição de finitude. *Memorialidades*, 13, p. 9-20.
- Iamamoto, M.V. (2004). *As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetória e desafios. Texto base da conferência inaugural do XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas denTrabajo Social*, que tem como tema

central: La cuestión social y la formación profesional en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2012: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). *IBGE Cidades@*. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>

Jacinto, J. M., & Mendes, C. M., Perehouskei, N. A. (2012). O rural e o urbano: contribuições para a compreensão da relação do espaço rural e do espaço urbano. *Revista Percurso*, 4(2), 173-191.

Jacobi, P. (2000). *Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, pp.125.

Junges, J.R., & Barbiani, R. (2013). Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista bioética*, 21 (2), 207-217.

Junges, J.R., Barbiani, R., Soares, N.A., Fernandes, R.B.P., & Lima, M.S. (2011). Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? *Ciência e Saúde coletiva*, 16(11), 4327-4335.

Kassouf, A.L. (2005). Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 43, 29-44.

Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. *Isis internacional - Ediciones de las Mujeres*, (24), 63-81.

Kergoat, D. (1996). Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: M. J. Lopes, D. Meyer, & V. Waldaw (Orgs). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 19-27.

Kimmel, M. S. (1996). *Manhood in America*. The Free Press, New York.

Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latino-americana*, 2(2), 67-79.

- Kreutz, I., Gaiva, M.A.P., & Azevedo, R.C.S. (2006). Determinantes socioculturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 89-97.
- Lara, M.O., Brito, M.J.M., & Rezende, L.C. (2012). Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 46(3), 673-680.
- Lauretis, T. A. (1994). A tecnologia do gênero. In: B.H. Hollanda (Org). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Leite, R.A.F., Brito, E.S., Silva, L.M.C., Palha, P.F., & Ventura, C.A.A. (2014). Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface, Comunicação Saúde Educação*, 18(51), 661-71.
- Leite, S.N., & Vasconcellos, M.P.C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13(1), 113-128.
- Levy, S N., Silva, J.J.C., Cardoso, I.F.R., Werberich, P.M., Moreira, L.L.S., Montiani H., & Carneiro, R.M. (2009). *Educação em Saúde Histórico, Conceito e Propostas*. In: *Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>
- Lima de Almeida, C.C. (2002). Risco e saúde produtiva: a percepção de homens de camadas populares. *Caderno de Saúde Pública*, 18(3), 797-805.
- Lima, J.C. (2001). Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde em Debate*, 25(59), 29–39.
- Lima, M. (2012). *Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: Repercussões para a saúde*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Lima, M., & Schraiber, L.B. (2013). Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. *Temas de psicologia*, 21(3), 947-960.
- Locatel, C.D. (2013). Da dicotomia rural-urbano à urbanização do território no Brasil. *Mercator*, Fortaleza, 12, número especial (2), 85-102.

- Lustoza, H.K. (2013). Eficiência e políticas públicas: necessidade de um planejamento governamental. *Gazeta do Povo: Vida Pública*. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/justica-direito/artigos/eficiencia-e-politicas-publicas-necessidade-de-um-planejamento-governamental-cboqgfbdktxis7uahif55bgwe>.
- Machado, M.F., & Ribeiro, M.A.T. (2012). Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), 343-356.
- Machin, R., Couto, R., Silva, G.S.N., Schraiber, L.B., Gomes, R., Figueiredo, W.S., Valença, O., & Pinheiro, T.F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(11), 4503-4512.
- Mann, J., & Tarantola, D. J. M. (1996). *Aids no Mundo II*. Nova York: *Oxford University press*.
- Mann, J., Tarantola, D.J.M., & Netter, T. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: R. Parker (Org). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: p. 276-300.
- Marcelino, M.Q.S. (2010). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos*. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
- Marcondes, N.A.V., & Brisola, E.M.A. (2014). Análise por Triangulação de Métodos: Um Referencial para Pesquisas Qualitativas. *Revista Univap*, São José dos Campos, SP, 20(35), 201- 208.
- Marques, A.S., Caldeira, A.P., Souza, L.R., Zucchi, P., & Cardoso, W.D.A. (2010). População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, 12, 154-161.
- Marquez, M.I.M. (2002). O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, 18(19), 95-112.
- Martins, A. M., & Malamute, B.S. (2013). Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e sociedade*, 22(2), 429-440.
- Martins, C.R. (2008). *Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais na Paraíba*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

- Martins, J.C.O., & Chagas, L.L. (2006). Do arado ao bordado: mudanças no trabalho do homem do sertão. *História e Perspectivas*, Uberlândia (35), 117-132.
- Martins, P.C., Cotta, R.M.M., Mendes, F.F., Priore, S.E., Franceschini, S.C.C., Cazal, M.M., & Batista, S.R. (2011). De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência e Saúde coletiva*; 16, 1933-1942.
- Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: R. Pinheiro, & R.A. Mattos (Orgs). *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ-IMS-ABRASCO, 39-64.
- Mattos, R.A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5), 1411-1416.
- McGrail, M. R., & Humphreys, J. S. (2009). The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research*, 9,124. doi: 10.1186/1472-6963-9-124
- Medeiros, K.T., Maciel, S.C., Sousa, P.F. de, Tenório-Souza, F.M., & Dias, C.C.V. (2013). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 18(2), 269-279.
- Medeiros, P.L., & Guareschi, N.M.F. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, 17(1), 31-47.
- Mello, D A., Rouquayrol, M.Z., Araújo, D., Amadei, M., Souza, J., Bento, L.F., Gondin, J., & Nascimento, J. (1998). Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Caderno de Saúde Pública*, 14(3), 583-595.
- Mello, D. A. (2000). Reflexões sobre a promoção de saúde no contexto do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 16(4), 1149.
- Mendonza-Sassi, R., & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4), 819-832.
- Menezes, D.H.L., & Leite, J.L. (2016). A nova configuração da política de saúde no brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, 20(1), 121-136.

- Merhy, E.E. (2006). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: L.C.O. Cecílio (Org). *Inventando a mudança na saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 117-160.
- Meyer, D.E.E. (2011). Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações com o cuidado em saúde. *Enfermagem em foco*, 2(1) 18-22.
- Minayo, M.C.S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência e Saúde coletiva*, 6(1), 7-19.
- Minayo, M.C.S. (2010). O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. (12ª edição). São Paulo, Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M.C.S., Assis, S.G., & Souza, E.R. *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Miskolci, R. (2006). Corpos elétricos: do assujeitamento do sujeito à estética da existência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 14(3), 681-693.
- Monteiro, C.F. de S., Dourado, G. de O.L., Graça Junior, C.A.G. & Freire, A.K.N. (2011). Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. *Escola Anna Nery*, 15 (3), 567-572.
- Monteiro, J.F.A., & Figueiredo, M.A.C. (2009). Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 19(42), 67-76.
- Monticelli, M., & Elsen, I. (2006). A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 26-34.
- Morais, E. P. D., Rodrigues, R. A. P., & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & contexto enfermagem*. Florianópolis, SC. Vol. 17, n. 2 (abr./jun. 2008), p. 374-383.
- Moreira J.P.L., Moraes J. R., & Luiz R.R. (2011). Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciência e Saúde coletiva*, 16, 3781-3793.
- Moura Jr., J.F., Cidade, E.C., Ximenes, V.M., & Sarriera, J.C. (2014). *Temas em Psicologia*, 22(2), Ribeirão Preto, 341-352.

- Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F., & Fracolli, L.A. (2008). A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 16(5), 923-928.
- Oliveira, E.X G., Carvalho, M. S., Travassos, C. (2004). Territórios do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das Redes de Atenção Hospitalar. *Caderno de Saúde Pública*, 20, 386-402.
- Oliveira, I. F., & Amorim, K. M. O. (2012). Psicologia e política social: O trato à pobreza como “sujeito psicológico”. *Psicologia Argumento*, 30(70), 559-566.
- Oliveira, R.C.G., Silva, T.C., & Gadelha, C.L. (2001). *Avaliação do uso da água dessalinizada na comunidade Pedra D'água no cariri paraibano*. In: Anais. 21º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental. 16 a 21 de setembro de 2001, João Pessoa/PB. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsaidis/aresidua/brasil/ii-214.pdf>.
- Oliveira, S.F. (2010). *Estratégia Saúde da Família: Avaliação das Crenças dos profissionais que atuam em municípios rurais paraibanos*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Olivieri, M. (2015). *As Representações Sociais de homens sobre o exame preventivo de câncer de próstata*. Mestrado Profissional em Educação das Profissões de Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, São Paulo.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. (1992). *Declaração de Santa Fé de Bogotá*, pp. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- Paim, J. S. (2006). Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 34-46.
- Paim, J.S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Paiva, V., & Zuchi, E. (2012). Estigma, Discriminação e Saúde: aprendizado de conceitos e práticas no conceito da epidemia de HIV/AIDS. In: V. Paiva, J.R. Ayres, & C.M. Buchalla, (Orgs.). *Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 6, pp.111 – 143.

- Paiva, V.S.F. (2013). Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas em psicologia*, 21(3), 531-549.
- Paraíba (2009). *Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba*. Disponível em <http://portal.tce.pb.gov.br/wp-content/uploads/2011/07/Relat%C3%B3rio-final.pdf>
- Paraíba (2011). *Plano Diretor de Regionalização da Paraíba*. Secretaria de Estado da Saúde Paraíba. Disponível em www.saude.pb.gov.br.
- Paraíba (2015). *Plano emergencial de enfrentamento à estiagem*. Secretaria de Infraestrutura, Recursos Hídricos, Meio-Ambiente, Ciência e Tecnologia do Estado da Paraíba. Disponível em <http://paraiba.pb.gov.br>.
- Pase, H.L., Müller, M., & Moraes, J.A. (2012). O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento Plural*, Pelotas, 10, 181 - 199.
- Pellegrini Filho, A. (2011). Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? [Internet]. Rio de Janeiro: *Portal DSS Brasil*. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2440&preview=true.
- Pereira de Farias, F. (2000). Clientelismo e Democracia capitalista: Elementos para uma Abordagem Alternativa. *Revista de Sociologia e Política*, 15, 49-65.
- Pereira, S.S., Curi, R.C., Alves, T.L.B., & Cabral, L.N. (2012). *Condições do saneamento básico e sua repercussão na saúde pública no Estado da Paraíba: algumas reflexões*. 8º Simpósio Brasileiro de Capacitação e Manejo de Água de Chuva. Federação das indústrias do Estado da Paraíba, Campina Grande, PB, 14 a 17 de agosto de 2012. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/simposios/8SBCMAC/8sbcmac-a040.pdf>
- Perucchi, J., Rodrigues, F.D., Jardim, L.N., & Calais, L.B. (2011). Psicologia e Políticas Públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. *Psicologia e Sociedade*, 23, 72-80.
- Pignatti, M.G., & Castro, S.P. (2008). A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 13(1), 83-94.
- Pinheiro, R.S., Viacava, F., Travassos, V., & Brito A.S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 7, 687-707.

- Pinheiro, T.F. & Couto, M.T. (2013). Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de saúde Coletiva*, 23(1), 73-92.
- Pinho, L.B., Kantorski, L.P., Saeki, T., Duarte, M.L.C., & Sousa, J. (2007). A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 835 - 846.
- Pinsky, C.B. (2009). Estudos de Gênero e História Social, *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1), 159-189.
- Pinsky, C.B. (2010). Apresentação. In: P.N. Stearns (Org). *História das relações de gênero*, 2 ed, São Paulo: Editora Contexto.
- Pinsky, I., El Jundi, S.A.R.J., Sanches, M., Zaleski, M.J.B., Laranjeira, R.R., & Caetano, R. (2010). Exposure of adolescents and young adults to alcohol advertising in Brazil. *Journal of Public Affairs*, 10 (1), 50-58.
- Pires, F.F., & Jardim, G.A.S. (2014). Geração Bolsa Família Escolarização, trabalho infantil e consumo na casa sertaneja (Catingueira/PB). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 29(85), 99-113.
- Pizzinato, A., Hamann, C., Maracci-Cardoso, J.G., & Cezar, M.M, (2016). Jovens mulheres do âmbito rural: gênero, projetos de vida e território em fotocomposições. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 473-483.
- PNUD. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. (2010). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-UF-2010.aspx>
- Probst, J.C., Moore, C. G., Glover, S. H., & Samuels, M.E. (2004). Person and Place: The Compounding Effects of Race / Ethnicity and Rurality on Health. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1695–1703.
- Queiroz, S.N., Remy, M.AP.A., Pereira, J.M.P.D., & Silva Filho, L.A. (2010). Evolução do Programa Bolsa Família: Brasil e Estados do Nordeste 2004-2009. *Revista SER Social*, Brasília, 12(27), 33-62.
- Ramalho, K.S.; Silva, S.T.; Lima, S.M., & Santos, M.A. (2012). Política de Saúde da Mulher à Integralidade: Efetividade ou Possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*, 1(1), 11-22.

- Reis, J.C., & Fradique, F.S. (2003). Significações sobre causas e prevenção das doenças em jovens adultos, adultos de meia-idade e idosos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 19(1), 47-57.
- Rezende, P.S. (2011). *A Atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - UFBA. pp. 152.
- Ribeiro, K.C.S. (2013). *Intervenção Psicoeducativa Dirigida à Prevenção se DSTs e Gravidez não Planejada para Adolescentes Jovens*. (Tese de Doutorado em psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba, UFPB – João Pessoa, PB.
- Richardson, E.T., Collins, S.E., Kung, T., Jones, J.H., Tram, K.H., Boggiano, V.L., Bekker, L.G., & Zolopa, A.R. (2014). Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. *Journal of International AIDS Society*, 17, 19035, <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19035>
- Rocha, L. (2006). *Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des)construindo ideias, repensando novos desafios*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rochlen, A.B., Paterniti, D.A., Epstein, R.M., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R.L. (2010). Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report. *Am J Mens Health*, 4(2), 167-175. doi: 10.1177/1557988309335823.
- Rodrigues dos Santos, E. (2013). *Religiosidade Sertaneja: Amanhecer Esperança, Adormecer Paciência*. XXVII Simpósio Nacional de História: Conhecimento histórico e diálogo social. Natal, RN, 22 a 26 de julho. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1364421655_ARQUIVO_artigoanpuh_nacional.pdf
- Rosa, J.S. (2015). *Os limites do desenvolvimento e as relações de gênero no espaço rural: a visão das mulheres agricultoras de Arroio do Padre, RS*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia, Sociologia e Política da Universidade Federal de Pelotas.
- Saffioti, H. (1992). Rearticulando gênero e classe social. In: A.O. Costa, & C. Bruschini, (Orgs.). *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Tempos, pp. 183-215.

- Saldanha, A.A.W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. (Tese de doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Saldanha, A.A.W. (2011). *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas* Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Saldanha, A.A.W., Carvalho, E.A.B., Diniz, R.F., Freitas, E.S.; Félix, S.M.F., & Silva, E.A.A. (2008). Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*, 20(1), 36-44.
- Saldanha, A.A.W.S, Silva, J., Tenório, A.T., Lima, M.A.S., Galvão, J.O., & Amorim, G.K. (2012). *Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids*. Relatório Final de Iniciação Científica. João Pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Sánchez, A.I.M., & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde coletiva*, 12(2), 319-324.
- Santana, V.C., & Beneventos, C.T. (2013). O conceito de gênero e suas representações sociais. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, 17(176). Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/>>
- Santos de Paiva, A., & Costa, M.D.H. da. (2016). Ataques à Política de Saúde em tempos de crise do capital. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, 20(1), 51-68.
- Santos, D.P. dos (2011). *As implicações psicossociais do trabalho precoce em adultos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Santos, F.A. (2010). *Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família* (Dissertação de mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
- Santos, J.L.G., Vieira, M., Assuiti, L.F.C., Gomes, D., Meirelles, B.H.S., & Santos, S.M.A. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), 33(2), 205-212.

Santos, M. (1996). *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec.

Santos, M. (1998). *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec.

Santos, W.T.M. (2007). Modelos de masculinidade na percepção de homens jovens de baixa renda. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, 27, 130-157.

Sarreta, F. O. (2009) *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. Available from Scielo Books < <http://books.scielo.org> >.

Sarti, C.A. (2004). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez, 2004.

Savignani, R.C.M.F. (2014). *Relações de gênero, condições de vida e vulnerabilidade social em mulheres com HIV/Aids: elementos subsidiários à concepção de programas de atenção à saúde da mulher junto à comunidade*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pp. 248.

Scavone, L. (2005). O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: W. V. S. Monteiro (Org). *Gênero e Saúde Programa Saúde da Família em questão*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, São Paulo, 101-112.

Scheil-Adlung, X. (2015). Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Scheil-Adlung, X. (Ed.). *International Labour Office, Social Protection Department, Extension of Social Security series*, 47, ILO - Geneva. Disponível em: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>.

Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(1), 7-17.

Schraiber, L.B. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. In W.V S. Monteiro (Org). *Gênero e Saúde Programa Saúde da Família em questão*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, São Paulo, 39-62.

- Schraiber, L.B. (2008). Saúde dos homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva [prefácio]. In: R. Gomes (Org). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 7-20.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira A.F.P.L., & Couto, M.T. (2009). Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (supl.2), 205-216.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira A.F.P.L., Portella, A.P., & Menicucci, E. (2009). Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência e Saúde coletiva*, 14(4), 1019-1027.
- Schraiber, L.B., Figueiredo, W.S., Gomes, R., Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Machin, R., Silva, G.S.N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Caderno de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Schraiber, LB., D'Oliveira, A.F.P.L., França-Junior, I., Diniz, S., Portella, A.P., Ludermir, A. B., Valença, O., & Couto, M.T. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 797-807.
- Schumann, L.R.M.A. (2014). *A multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade: análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília - UNB.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 29-41.
- Scott, J.W. (1994). Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, 3, Campinas/SP.
- Scott, J.W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- Scott, P. (2005). Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o programa saúde da família. In: W.V.S. Monteiro (Org). *Gênero e Saúde Programa Saúde da Família em questão*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, São Paulo, 75-100.

- Scott, P. (2010). Gênero e geração em contextos rurais: algumas considerações. In: P. Scott, R. Cordeiro & M., Menezes (Orgs). *Gênero e geração em contextos rurais*. Ilha de Santa Catarina: Ed. Mulheres: 15-33.
- Scott, P., Rodrigues, A.C., & Saraiva, J. (2010). Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In: P. Scott, R. Cordeiro, & M., Menezes (Orgs). *Gênero e geração em contextos rurais*. Ilha de Santa Catarina, Ed. Mulheres, 63-93.
- Seibel, E.J., & Oliveira, H.M.J. (2006). Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, 39,135-145.
- Sichieri, R., Moura, A.S., Godoy, J.L., Niero, N., & Matsumoto, F.N. (1993). Estado nutricional de crianças e relações de trabalho da família em uma comunidade rural do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(Supl 1), 28-35.
- Sícoli, J.L. & Nascimento, P.R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112.
- Silva, L.M.S., & Tavares, J.S.C. (2015). A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. *Ciência e Saúde coletiva*, 20(4), 1109-1118.
- Silva, M.J.G., Lima, F.S.S., & Hamann, E.M. (2010). Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 19,109-20.
- Silva, P.A.S., Furtado, M. S., Guilhon, A.B., Souza, N.V.D.O., & David, L. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery*, 16(3), 561-568.
- Silva, V.H.F., Dimenstein, M., & Leite, J.F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285.
- Silva, Z.P.S., Ribeiro, M.C.S., Barata, R.B., & Almeida, M.F. (2011). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciência e Saúde coletiva*, 16, 3807-3916.
- Silveira, M.L. (2003). *Políticas Públicas de Gênero: Impasses e Desafios para Fortalecer a Agenda Política na Perspectiva da Igualdade. Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Cidades. Seminário Nacional de Coordenadorias da Mulher no Nível Municipal: o Governo da Cidade do ponto de vista das mulheres – Trabalho e Cidadania*

- Ativa. Estado e Políticas públicas: a construção da igualdade. São Paulo, Anhembi, 22 e 23 de julho de 2003, em parceria com o ILDES/ Fundação Friedrich Ebert Stiftung.
- Siqueira, T.L. (2008). Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero. *Revista Ártemis*, 8, 110-117.
- Soares da Silva, A. O. (2006). Inexistência ou ineficiência das políticas públicas e controle judicial. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade de São Paulo*, SP, 1, 1-22.
- Souto, K.M.B. (2008). A Política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER social*, Brasília, 10(22), 161-182.
- Sousa, O.M.C.G., & Alberto, M. de F.P. (2008). Trabalho precoce e processo de escolarização de crianças e adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 13(4), Maringá, 713-722.
- Souza, D.O., Vicente da Silva, S.E., & Silva, N.O. (2013). Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 44-56.
- Stearns. P.N. (2010). *História das relações de gênero*, 2 ed. São Paulo: Editora Contexto.
- Suárez, M. (2000). *Gênero: uma palavra para desconstruir ideias e um conceito empírico e analítico*. In: I Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil. Gênero no mundo do trabalho. Brasília.
- Takahashi, R.F. (2006). *Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e Aids*. (Tese de Doutorado). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. USP, São Paulo, Brasil.
- Teixeira R.R. (2005). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(3), 585-97.
- Teixeira, C. (2011). *Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde*. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>
- Teixeira, R.R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Revista Interface: comunicação, saúde e educação*, 1(1), 7-40.

- Teixeira, R.R. (2007). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: R. Pinheiro, R. A. de Mattos (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco: 91-113.
- Terris, M. (1990). Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 11, 39-51.
- Toledo, M.M., Takahashi, R.F., & De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, M.C. (2011). Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 64(2), 370-375.
- Torres, I.C., & Rodrigues, L.M. (2010). O Trabalho das mulheres no sistema produtivo da várzea amazônica. In: P. Scott, R. Cordeiro, & M., Menezes (Orgs). *Gênero e geração em contextos rurais*. Ilha de Santa Catarina, Ed. Mulheres, 233-252.
- Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C., & Almeida, C.M. (2000). Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1), 133-149.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2), 190-198.
- Travassos, C., & Castro, M.S.M. (2008). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: L. Giovanella, S. Escorel, L.V.C. Lobato, J.C. Noronha, & A.I. Carvalho (Orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 215-243.
- Travassos, C., & Viacava, F. (2007). Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2490-2502.
- Travassos, C., Oliveira, E.X.G., & Viacava, F. (2006). Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde coletiva*, 11(4), 975-986.
- Uchoa, E., & Vital, J.M. (1994). A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para uma análise da saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*, 10, 493-504.
- Vaitsman, J. (2001). Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: R. M. Muraro, & A. B. Puppim (Orgs.). *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 13-20.

- Valentim de Sousa, D.H.A., & Dias, C. M. de S. B. (2014). Recasamento: percepções e vivências dos filhos do primeiro casamento. *Estudos de Psicologia* 31(2), 191-201.
- Vasconcelos, V.N.P. (2009). “Mulher séria” e “cabra-macho”... por outras representações de gênero no Sertão baiano. *ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História – Fortaleza*. Disponível em: <http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.1200.pdf>.
- Veloso, R. (2001). No caminho de uma reflexão sobre serviço social e gênero. *Revista Praia Vermelha*, Programa de Pós-graduação em Serviço Social / UFRJ. Rio de Janeiro, 2 (4).
- Vianna, S.M., Nunes, A., Santos, J.R.S., & Barata, R.B. (2001). Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. *Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, Brasília, pp.224.
- Vieira, E.W.R. (2010). *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, pp.123.
- Villela, W., Monteiro, S., & Vargas, E. (2009). A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 997-1006.
- Villela, W.V., & Arilha, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: E. Berquó, (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. UNICAMP, 95-150.
- Villwock, A.P.S., Germani, A.R.M., & Roncato, P.E.S. (2016). Questões de Gênero no Mundo Rural e na Extensão Rural Brasileira. *Revista Alamedas*, 4(1), p 1 - 17.
- Wagner, G. (2014). *A epidemiologia encontra a política em mesa sobre 25 anos de SUS. IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Vitória, Espírito Santo, 07 a 10 de setembro. Anais, 1ª edição, ABRASCO, 35 anos, Rio de Janeiro, 2014. <http://www.abrasco.org.br/site/2014/09/a-epidemiologia-encontra-a-politica-em-mesa-sobre-25-anos-de-sus/>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-445.

- World Health Organization. (1984) Discussion document on the concept and principles. In: _____. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. *Copenhagen: Regional Office for Europe*, 20-23.
- World Health Organization. (1986). *Carta de Ottawa*. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 11-18.
- World Health Organization. (1988). *Declaração de Adelaide*, In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 19-30.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers*. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/159871/E60706.pdf
- World Health Organization. (2002). *Gender disparities in mental health*. Washington: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf
- Zalaf, M.R.R., & Fonseca, R.M.G.S. (2009). Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. *Revista Escola de Enfermagem, USP*, 43(1), 132-138.
- Zanillo, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.
- Zanillo, V., & Silva, R.M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279.
- Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S., & Levin, L. *Inversión en favor de la salud*. (2000). In: *Conferência Mundial de Promoción de la Salud*, 5, México. Disponível em <<http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>>

ANEXO I



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Nucleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população. Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e a uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo. Informamos ainda, que essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

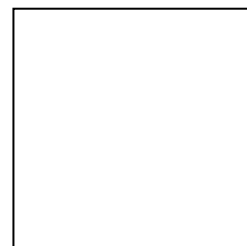
Atenciosamente,

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável: (83) 3216-7006

.....
 Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Impressão Dactiloscópica



Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES EM SAÚDE: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES DE PESSOAS RESIDENTES EM CIDADES

Pesquisador: Josevânia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18083113.1.0000.5176

Instituição Proponente: Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ/PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 316.559

Data da Relatoria: 21/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, cujo design quantitativo e qualitativo possibilitará a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde, bem como análise das vulnerabilidades das mulheres residentes em cidades rurais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as vulnerabilidades e a necessidade de saúde de mulheres residentes em cidades rurais, identificando a forma e as repercussões da inserção social a partir do relato de experiências vividas.

Objetivos Secundários:

Identificar: o estilo de vida das pessoas residentes em cidade rural (cotidiano doméstico, trabalho e lazer); os determinantes de vulnerabilidade individual em termos de recursos pessoais (conhecimento, escolaridade, acesso à informação e rede de apoio social-afetivo-sexuais, familiares e amigos) e intersubjetividade (valores, crenças, desejos, atitudes); os determinantes de vulnerabilidade social (relações de gênero, processos de Estigmatização, discriminação, participação social, acesso a educação, cultura, educação, prevenção); os determinantes de vulnerabilidade programática (disponibilidade e acesso ao serviço de saúde, promoção da saúde,

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22

Bairro: Caixa Postal 318

CEP: 58.053-000

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)2106-4811

Fax: (83)2106-9368

E-mail: cep@unipe.br



Continuação do Parecer: 316.559

ações de prevenção, disponibilidade de meios e recursos, deslocamento, medicamentos, exames). Analisar: a qualidade dos serviços de saúde a partir da concepção dos participantes; a forma como os participantes resolvem os problemas da saúde; os perfis de vulnerabilidade aos agravos em saúde nas cidades rurais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na avaliação dos riscos e benefícios descritos neste projeto estão coerentes com a proposta do estudo e com as orientações da Resolução 196/96.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, visa mapear o estado da PB acerca da vulnerabilidade feminina ao HIV Aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados em anexos estão em consonância com o protocolo do CEP, onde foram anexados no relatório de pesquisa- Platbr:

Folha de rosto;

Projeto;

TCLE;

Instrumento;

Termo de compromisso do pesquisador.

Recomendações:

Recomendamos:

-Informar toda e qualquer alteração vinculada ao projeto a esse comitê, sob pena da não aprovação final do projeto de pesquisa.

-Na presença do TCLE com mais de uma folha, tanto o pesquisador quanto o voluntário deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o projeto apresenta sem pendências e está coerente cientificamente, o mesmo pode ser executado no formato em que se encontra.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22			
Bairro: Caixa Postal 318		CEP: 58.053-000	
UF: PB	Município: JOAO PESSOA		
Telefone: (83)2106-4811	Fax: (83)2106-9368	E-mail: cep@unipe.br	



Continuação do Parecer: 316.559

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer é PROVISÓRIO, para fins de execução da referida pesquisa, ficando na responsabilidade dos pesquisadores, enviar ao CEP o RELATÓRIO FINAL de conclusão da pesquisa, ocasião esta, que será emitido parecer DEFINITIVO, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução 196/96 do CNS.

JOAO PESSOA, 26 de Junho de 2013

Assinador por:
ANDREA CARLA BRANDAO DA COSTA SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário BR 230 Km 22
Bairro: Caixa Postal 318 **CEP:** 58.053-000
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)2106-4811 **Fax:** (83)2106-9368 **E-mail:** cep@unipe.br

APÊNDICE



Universidade Federal da Paraíba
CCHLA – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
58059-900 João Pessoa, PB – Brasil

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO

Cidade:

Pesquisador:

Data:

I- PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Idade? _____

Escolaridade: _____

Atividade/Profissão: _____ () Empregado () Desempregado ()

Aposentado

Renda Familiar: _____

Você recebe algum benefício do governo como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez? () Não () Sim - qual? _____

Estado civil? () Casado/Mora junto () Solteiro () Separado/Divorciado () Viúvo
() _____

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera **religioso**?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

II - ESTILO DE VIDA

O que você faz para se divertir?

Pratica atividade física? () Não () Algumas vezes () Sim – Qual?

Fuma? () Não () Sim

Ingere bebida alcoólica? () Nunca () Algumas vezes () Sempre

Já sofreu algum tipo de violência () Não () Sim - Qual? Por

Quem? _____

III – PRÁTICAS E ACESSO EM SAÚDE

O que lhe vem à mente quando eu falo a palavra SAÚDE?

Que coisas poderiam melhorar sua SAÚDE?

Que coisas prejudicam sua SAÚDE?

Quando foi a última vez que você procurou um atendimento médico? Qual o motivo?

Realiza exames preventivos? Quais?

Qual a maior dificuldade que teve para procurar o atendimento?

Em sua opinião o que prejudica no tratamento de uma doença?

Nos exames mais íntimos o quanto você se sentiria constrangido em ser examinado por um homem/mulher (sexo oposto). 0 -1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10