

O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero¹

El hombre en la atención primaria de la salud: discutindo (in)visibilidad a partir de la perspectiva de género

Man in primary health care: discussing (in)visibility based on the gender perspective

Esta é uma versão preliminar do texto, sujeita à normalização e à revisão pelo Corpo Editorial.

COUTO, M. C. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2010. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2009.

Resumo

Este trabalho apresenta estudo de caráter etnográfico acerca da relação entre homens e a assistência à saúde na Atenção Primária, realizado em oito serviços de quatro estados brasileiros (PE, RJ, RN, SP). Seu objetivo é compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, que discute os mecanismos promotores de desigualdades presentes no trabalho em saúde. Foram identificadas, nesse contexto, diferentes dimensões desta (in)visibilidade: os homens como alvo de intervenções no campo das políticas públicas de saúde; como usuários que enfrentam dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva; como sujeitos do cuidado (de si e de terceiros). O trabalho reforça a importância dos estudos de gênero e sua relação com a saúde na medida em que discute a produção das iniquidades sociais (re)produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Homens. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This paper shows an ethnographical study about the relationship between men and Primary Health Care in eight facilities of four Brazilian states (PE, RJ, RN, SP). The objective is to comprehend the male (in)visibility in the assistance's daily routine. It is based on the gender perspective, which

¹ O Texto apresentado é inédito e trata de recorte de uma pesquisa mais ampla financiada pelo CNPq, no processo 409644 2006-4. Os autores declaram que não há conflito de interesse. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, no processo 0032/07.

discusses mechanisms promoting disparities in health work. Different aspects of the male (in)visibility were identified: as target of health public policies interventions; as users who feel difficult to be recognized and stimulated to participate effectively; as caregivers individual (for themselves and for others). The paper restates the importance of gender studies and their relationship with health while discussing the production of social inequalities which are (re)produced by the gender disparities present in the social imaginary and in the health facilities.

Key words: Man's health, Men, Primary Health Care

Resumen

Se presenta un estudio etnográfico sobre la relación entre el hombre y la asistencia en la Atención Primaria de Salud recibida en ocho servicios de cuatro estados brasileños (PE, RJ, RN, SP). Se objetivó comprender la (in)visibilidad de los hombres en el cotidiano de la asistencia a partir de la perspectiva de género que discute los mecanismos promotores de desigualdades presentes en el trabajo de la salud. Se identificaron diferentes dimensiones de esta (in)visibilidad: los hombres como foco de intervenciones en el campo de las políticas públicas de salud; como usuarios que enfrentan dificultades en la búsqueda de la atención y en la estimulación de su participación efectiva; como sujetos del cuidado propio y de terceros. Este trabajo refuerza la importancia de los estudios de género y su relación con la salud, en la medida que discute la producción de la inequidad social, (re)producida por las desigualdades de género presentes en el imaginario social y en los servicios de salud.

Palabras clave: Salud del Hombre. Hombres. Atención Primaria de Salud.

Introdução

É crescente a produção de pesquisas acerca da relação homens e saúde, sobretudo direcionadas a temas como acesso e uso de serviços (Pinheiro et al., 2002; Figueiredo, 2005), perfis de morbi-mortalidade (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005) e representações sobre saúde e adoecimento em grupos sociais específicos (Nardi, 2005; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007; Figueiredo, 2008).

Embora os estudos apontem para altas taxas de mortalidade masculina em todas as idades e para a quase totalidade das causas (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005; White e Cash, 2004), quando analisadas as taxas de morbidade, a autopercepção de saúde e o uso de serviços, percebe-se que as mulheres apresentam indicadores mais altos que os homens, uma vez que elas são apontadas como portadoras de mais problemas de saúde e/ou mais atentas na busca por atenção à saúde (Aquino et al., 1992).

Pinheiro et al. (2002) traçam um panorama sobre morbidade referida, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Utilizando-se os recortes etário e de sexo, mostram que, em termos da auto-avaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente. O estudo também aponta para marcadas diferenças por

sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres).

Apesar disto, quando investigado o tipo de serviço procurado, os de Atenção Primária à Saúde (APS) são os mais citados por ambos os sexos (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens). Destaque-se que a procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevalece entre os homens, enquanto ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais procurados pelas mulheres.

Embora os resultados dessa pesquisa corroborem o que tem sido apontado pela literatura nacional e internacional – por exemplo, que os homens reportam uma autopercepção de saúde melhor que a referida por parte das mulheres (White e Cash, 2004) e que estas usam mais serviços de saúde que os homens (Schofield et al, 2000) –, esses mesmos resultados chamam atenção para a já importante presença dos homens nos serviços de saúde em APS, o que é reforçado pelos achados de Schraiber e Couto (2004) em São Paulo. Complementarmente, estudos qualitativos, como o de Schraiber (2005) em doze unidades orientadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo geograficamente a cidade do Recife e o de Figueiredo (2008) em duas unidades de saúde em São Paulo, mostram que o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia.

Mais recentemente, as relações entre masculinidades e cuidado em saúde têm sido analisadas a partir da perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades.

Em relação à busca por assistência à saúde e às representações masculinas de saúde-adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. Para Valdés e Olavarría (1998); Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens têm a ver com a estrutura de identidade de gênero (a noção de invulnerabilidade, a busca de risco como um valor), a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência. Recentes investigações acerca das percepções dos homens sobre os serviços de APS apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminilizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencimento àquele espaço (Figueiredo, 2008; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

Considerando-se a organização e rotina dos serviços, estudos salientam que as instituições de saúde têm uma influência importante na (re)produção do imaginário social de gênero que, por sua vez, tem repercussões na atenção oferecida à população. De acordo com Courtenay (2000), os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens

e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de 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.

Abordar, de um lado, os valores sociais que influenciam os comportamentos dos homens no tocante ao cuidado e à busca de assistência à saúde e, de outro lado, a organização da assistência e a prática dos profissionais na APS implica em adotar um referencial de análise que considere que *gênero* – aqui entendido como as condições que histórica e socialmente constroem e estabelecem as relações sociais de sexo, permeadas pelo poder e desigualdade (Scott, 1990) – é um princípio ordenador e normatizador de práticas sociais. Gênero, em associação com outros referenciais como geração, classe e raça/etnia, conforma estereótipos e expectativas que são (re)produzidas nos níveis institucionais (a Saúde) e findam por invisibilizar as necessidades de saúde dos homens (e das mulheres), negando-lhes, inclusive, a possibilidade de atuação como sujeitos de direitos na relação com os serviços de saúde.

A invisibilidade é aqui vista como de origem social. No campo da saúde ela tem sido discutida a partir de temas complexos e sensíveis como a violência de gênero (Dantas-Berger, Giffin, 2005; Schraiber et al., 2003) e o uso abusivo de drogas ilícitas (Lima et al., 2007). Ao reconhecer que as práticas de cuidados de si e dos outros são construídas nas relações entre as pessoas, tanto em lócus privado/doméstico quanto em público/institucional, ampliar-se-iam o reconhecimento e o acolhimento de demandas e necessidades masculinas (e femininas), forçando a ruptura do círculo vicioso de invisibilidade e exclusão dos sujeitos, o que permitiria resgatar a equidade e aprimorar o cuidado e a assistência em saúde.

Partindo destes achados e considerando que a APS é a porta preferencial para o sistema de saúde no país e representa um esforço para que o Sistema Único de Saúde se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre serviço e população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência, o presente trabalho visa compreender a (in)visibilidade dos homens na e pela APS a partir da perspectiva de gênero. Tomando como palco as relações do cotidiano dos serviços, são exploradas as dimensões da posição dos homens enquanto usuários e as relações que esses estabelecem com os profissionais nos contextos das atividades e atendimentos.

Aspectos Metodológicos

O presente estudo é parte de uma pesquisa multicêntrica que objetivou investigar como se dá a relação homem-assistência à saúde 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) (Couto et al., 2009). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (processo n. 0032/07) e pelos respectivos comitês das instituições acadêmicas parceiras em cada estado, bem como pelas secretarias de saúde dos municípios participantes. Neste recorte, são analisados apenas os serviços de APS, o que totaliza oito campos, codificados,

respectivamente ao estado a que pertencem, como PE1 e PE2, RJ1 e RJ2, RN1 e RN2, SP1 e SP2. Como critério de seleção dos serviços foi considerado: tempo de funcionamento de pelo menos 10 anos, sendo que a equipe de saúde em atividade funcionasse há, pelo menos 2 anos; apresentarem volume de demanda igual ou maior de 1.000 atendimentos/mês; possuírem equipe multiprofissional.

Em termos de referenciais teórico-metodológicos, trabalhou-se com a perspectiva etnográfica, que tem longa tradição na Antropologia e dispõe, como pressuposto fundante, da interpretação dos aspectos simbólicos e culturais nos contextos sociais em que ocorrem (Geertz, 1997; Peirano, 1995). A partir desta perspectiva, foram mapeadas as questões de gênero presentes nas ações cotidianas da APS, expressas em termos de: quais questões emergem, como são apresentadas, o modo pelo qual as equipes de trabalho das unidades as compreendem como pertinentes ao trabalho em saúde e como as enfrentam. Buscamos a revelação dos mecanismos potencialmente promotores das desigualdades de gênero nas situações cotidianas da assistência e do trabalho em saúde.

A investigação mais ampla teve como referência a proposta de avaliação a partir da triangulação de métodos (Minayo et al, 2005), fazendo uso dos seguintes instrumentos: etnografia dos serviços, entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível superior, grupos focais com profissionais de nível médio, entrevistas semi-estruturadas com usuários, estudo de prontuários dos usuários entrevistados e análise dos registros das produções dos serviços.

Deter-nos-emos aqui na análise das etnografias dos serviços, realizadas em duas etapas. A primeira compreendeu o mapeamento do cotidiano dos serviços, no qual se buscou identificar a organização e o funcionamento como ocorrem na forma usual de prestação de serviços realizada em semanas típicas de funcionamento durante aproximadamente um mês em cada serviço. A segunda compreendeu as observações do fluxo assistencial e dos processos decisórios na produção da atenção e do cuidado nas diferentes atividades assistenciais internas e externas aos serviços, com duração de dois meses para cada serviço. Todas as observações nos oito serviços foram realizadas por equipe de dois pesquisadores locais com habilidade em etnografia e supervisionadas pelo coordenador da pesquisa no estado. As observações foram descritas em diários de campo e, posteriormente, a confecção dos relatórios das observações foi realizada conjuntamente com o coordenador local e com a participação da coordenação geral da pesquisa. A fim de ilustrar e clarificar os resultados apontados, apresentaremos trechos de tais diários, nos quais serão sinalizados o respectivo serviço, quando proveniente da observação direta ou de considerações dos pesquisadores de campo, e a origem do discurso, quando oriundo da fala de algum sujeito (profissional ou usuário) presente no lócus da observação.

A análise e a interpretação etnográficas seguiram os princípios do método de interpretação de sentidos (Gomes et al., 2005), buscando desvendar a lógica e os sentidos subjacentes às ações e confrontando tais ações com o plano da intenção/idealização em seu contexto.

A trajetória analítico-interpretativa percorreu quatro fases: (a) leitura exaustiva das descrições das observações, a partir dos registros realizados com base no roteiro da observação (diários de campo); (b) identificação de sentidos atribuídos às ações; (c) elaboração de eixos analíticos, realizada a partir da decomposição do que foi descrito em elementos estruturantes das ações observadas e levando-se em conta os aspectos simbólicos presentes nessas ações; (d) interpretação, na qual elaboramos uma síntese do que foi analisado na segunda fase, produzida através do diálogo entre: ações e contexto, intenções e realizações, material empírico e perspectiva teórica de gênero que embasou a investigação.

Mapeando os serviços de saúde e a presença dos homens

Embora orientados para a APS e, portanto, caracterizando-se como porta de entrada para a rede de assistência, os oito serviços apresentam diversidade de modelos e de equipe de profissionais. Em Pernambuco e no Rio Grande do Norte, as unidades funcionam desde o final dos anos 1980 nos moldes da ESF, contemplando equipe nuclear de profissionais (médico, enfermeira, odontólogo, auxiliar de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Destaque-se, no RN2, a presença de serviço de referência regionalizado de fisioterapia. No Rio de Janeiro, as unidades funcionam desde a década de 1970 e podem ser classificadas como Unidades de Atenção Básica sem ESF, já que prestam assistência à saúde de forma programada a uma população determinada, contando com as três especialidades básicas - clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia – e outras como dermatologia, pneumologia; além de dispor de profissionais de terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, serviço social e nutrição. Em São Paulo, o serviço de Santos é bastante antigo (1948) e funciona como Unidade Básica, com atendimento de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia, além de ser referência para o município no tratamento de DST/aids, hanseníase e tuberculose desde o final dos anos 1980. Já o serviço da capital paulista constitui-se como serviço-escola desde meados dos anos 1970 e conta com equipe multiprofissional, composta por médicos (sanitaristas, clínicos e ginecologistas), enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, ACS e assistentes sociais. Conta, ainda, com subáreas especializadas em saúde mental, fonoaudiologia e saúde bucal.

Guardadas as particularidades dos serviços em termos de tempo de funcionamento, orientação assistencial, constituição das equipes, tamanho e conforto; todos funcionam com instalações suficientes e com diferentes espaços para prestar assistência, havendo sempre salas individuais de atendimento (salas de consulta, exames, medicação-vacina) e áreas coletivas de assistência (salas de espera, recepção e locais para atividades educativas).

Na caracterização dos serviços chamou atenção como os ambientes não favorecem a presença e permanência dos homens, já que todos se apresentam como espaços demarcadamente femininos, observações que sobressaem da totalidade dos diários de campo. Como exemplo, nas áreas comuns e de grande circulação como recepção e sala de espera, há sempre muitos cartazes, produzidos pelo Ministério da Saúde, veiculando mensagens de

promoção da saúde. Temas como promoção do aleitamento materno, pré-natal, prevenção de DST e HIV/AIDS são comuns e apresentam forte conotação feminina, excetuando alguns sobre o uso correto do preservativo e sobre hanseníase.

Somado a isto nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Assim, embora se possa perceber relativa mudança no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções locais. Em suma, marcas pessoais influenciadas pelo imaginário de gênero são visivelmente transpostas para o ambiente público/institucional da saúde:

No corredor estão dispostos três murais em formato de casinha e decorados com desenhos de flores, nas cores azul, rosa e laranja – outro traço a tornar o ambiente feminino. Na sala de esterilização chama a atenção, num espaço não destinado a atendimento, a decoração feita por pequenos adesivos com imagens infantis e femininas. (RN1)

Uma pediatra observa que o próprio Ministério da Saúde vem mudando a sua comunicação, me apontando cartazes do consultório sobre amamentação, que expõem fotos de um casal heterossexual, não mais de uma mulher só com seu bebê. (SP2)

A presença dos homens foi observada no cotidiano dos serviços pesquisados. Homens em diferentes faixas etárias; sozinhos ou acompanhados; como usuários ou acompanhantes; na posição de filho, pai, esposo/companheiro; em participações episódicas ou uso continuado de atividades; enfim, de diversas formas, eles estão presentes nas unidades.

Na configuração dessa presença é preponderante a frequência de idosos e crianças. Esse dado é facilmente relacionado aos focos da APS que, historicamente voltada ao segmento materno-infantil, passou a incorporar de modo mais expressivo, a partir da década de 1980, o segmento dos idosos. Nos últimos anos, por meio de programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hiperdia (hipertensão arterial e *diabetes mellitus*), os idosos contam com mais espaço para suas demandas.

A presença dos homens aumenta em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas, atendimentos em odontologia e atividades disponibilizadas em alguns dos serviços, como a fisioterapia no RN2, o Programa de Tuberculose e Hanseníase no SP2, e a saúde mental do SP1. Nos demais, a presença masculina ainda é muito tímida, a exemplo do serviço RJ1 no qual a inserção do homem ocorre pela adaptação de algumas estratégias, originalmente criadas com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como o caso do Programa de Planejamento Familiar, em que, a partir de um maior estímulo de práticas

como a vasectomia, se nota discreto crescimento de interesse e participação dos homens (e dos casais).

Os homens participam menos de consultas de enfermagem – que se orientam, sobretudo, para o acompanhamento do pré-natal e da puericultura – e de atividades educativas. É interessante notar que mesmo quando consideramos a clientela idosa, na qual há quantidade significativa de homens, verificamos pouca presença masculina nos grupos educativos. Em suma, pode-se tomar o seguinte trecho como referência para os demais serviços:

A caracterização da presença dos homens nos serviços indica que estes costumam priorizar o aspecto curativo, a restauração da integridade corporal e sua funcionalidade adequada. (RJ2)

Em relação ao uso da farmácia dos serviços, a frequência de homens se mostrou expressiva particularmente em um dos serviços (SP1), o que aponta na mesma direção do que Figueiredo (2008) observou. O número de homens parece aumentar na farmácia de algumas unidades quando se considera exclusivamente a busca por preservativos, o que aparece mais nitidamente no SP2, onde se destina um dia específico da semana para tal atividade.

Alguns dos serviços pesquisados expandem o funcionamento para além do horário habitual (07 às 17hs), disponibilizando atendimento em turnos de 24 horas (RJ1), aos sábados (RJ2) ou num terceiro turno à noite (SP2). Notamos uma maior presença de homens nessas unidades nos horários criados, assim como em outros serviços que mantêm atividades em funcionamento no horário de almoço. Isso se aplica especialmente para homens aparentando terem saído de seus trabalhos, o que endossa a discussão acerca do trabalho como aspecto que restringe o acesso e o uso dos serviços pelos homens (Gomes et al., 2007). Essa relação é constantemente lembrada nas falas de usuários e profissionais por meio do argumento de que o trabalho é a causa de os homens não buscarem os serviços:

Mesmo amparado por um atestado médico, o trabalhador intui que faltas no serviço despertam desaprovação e adia o quanto possível a procura por cuidados de saúde. Deste modo, uma das explicações para a baixa presença dos homens no serviço de saúde gira em torno disso, segundo relatos informais da enfermagem e da administração. (SP2)

Essa nossa cultura é a cultura de empregado e empregador, cultura de não faltar ao trabalho, de não se cuidar. Os homens não se cuidam. Eu mesmo, sou homem, sou médico e negligencio minha saúde para não faltar ao trabalho. (Médico, RN1)

A concentração de homens nesses horários aponta ainda para uma potencial eficácia da estratégia de se criar horários alternativos para o atendimento, sobretudo dos trabalhadores. Tal

clientela, vale lembrar, embora abranja grande quantidade de homens, não se restringe a eles, uma vez que as mulheres trabalham em condições semelhantes, a exceção de uma tolerância maior por parte de alguns empregadores à liberação das mesmas para buscarem cuidado, segundo apontam algumas usuárias e profissionais dos serviços.

A relação dos usuários trabalhadores com os serviços de saúde assume sentido contrário no caso específico da vacinação, em que as empresas têm tido participação ativa nessa relação. Algumas instituições de trabalho estimulam e/ou exigem a vacinação e abrem espaço para que profissionais de saúde (geralmente ACS) orientem os empregados a respeito da atividade e os convidem ao serviço. Em consequência, tem sido constante em alguns dos serviços (RN1 e SP2) a presença de homens, sós ou em grupo, buscando as salas de vacina, embora não tenha sido observada uma expansão desse uso para outras possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços, seja por falta de iniciativa desses usuários, seja pela perda da oportunidade por parte dos serviços de acolher e integrá-los em outras atividades.

Quando comparamos a presença de homens e mulheres e o uso que fazem dos serviços, percebemos como elas representam melhor do que eles a clientela, tanto em termos de frequência, quanto de familiaridade com o espaço e a lógica de organização. Como Figueiredo (2005) e Schraiber (2005), constatamos uma presença maior de mulheres em todas as unidades. A predominância feminina foi observada na maioria das atividades, assim como em quase todo o espaço físico dos serviços; elas são maioria nas consultas, nas salas de espera, nas filas, nos grupos, nas áreas de circulação, etc.

Na contramão dessa tendência, atividades de alguns serviços se destacam por apresentarem clientela equivalente de homens e mulheres ou até terem uma quantidade superior de homens sendo atendidos, como os atendimentos em odontologia de alguns serviços (RN2, SP2) e atividades relacionadas à vacinação, curativos e farmácia.

As observações a respeito da forma como homens e mulheres se apresentam e se comportam nos serviços revelam que elas dominam melhor do que eles tais ambientes. As usuárias costumam mostrar-se, de um lado, mais à vontade quanto à comunicação com os profissionais, ao uso do espaço e às formas de interação; de outro, mais adaptadas aos moldes de funcionamento do serviço. Trechos abaixo ilustram bem essa diferença:

Na sala de espera, observa-se que as mulheres ficam mais à vontade, conversam entre si e sentam-se mais próximas umas das outras. Os homens, por sua vez, a não ser que tenham vindo acompanhados, dificilmente conversam entre si ou com outras usuárias. Há homens que nem sentam, ficam mais inquietos, andam ou aguardam de pé. (SP2)

Os homens procuram mais a parte externa da unidade, normalmente ficam calados sem muita interação. (PE1)

Invisibilidade

O estudo etnográfico de aproximação à lógica da organização dos serviços e ao cotidiano do trabalho possibilitou a apreensão de diferentes e articuladas dimensões nas quais sobressai a invisibilidade dos homens (usuários e acompanhantes) e de suas questões.

a) homens como alvo de intervenções em saúde

Essa primeira dimensão remete à estruturação de programas e atividades na APS, na qual há uma baixa incorporação dos homens em relação às mulheres. Vale dizer que na APS a ênfase está voltada para problemas de saúde considerados mais simples e corriqueiros e, também, à articulação cura-prevenção, tornando o atendimento diverso daquele mais episódico e direto sobre as doenças. A falta de atenção ao público masculino reflete uma desqualificação dos homens para esta perspectiva assistencial. Nesse sentido, não se valoriza e nem se vê como adequado ou pertinente que os homens sejam alvo de intervenções na lógica organizacional dos serviços, quando se trata da APS, o que remete para sua desqualificação no campo das políticas públicas de saúde, aspecto que consideramos como uma forma de invisibilidade dessa população.

Na lógica dos serviços de segmentação da clientela, destaca-se a existência do programa de saúde da mulher, efetivado por diversas atividades, ao passo que nenhum programa ou atividade é voltado para a atenção aos homens, em particular os adultos jovens e em faixa reprodutiva, o que se agrava da perspectiva da integralidade da atenção, até mesmo em oposição crítica à histórica segmentação dos programas. As demandas desses homens adultos jovens são atendidas em meio aos diversos programas voltados para outros segmentos da clientela, tais como idosos, hipertensos e/ou diabéticos, como mostra a observação abaixo:

No que se refere às demandas específicas da população masculina, não foram identificadas estruturas formais de reconhecimento das necessidades sociais de saúde desse segmento diferenciando das mulheres, crianças e adolescentes, ou seja, não há atividades específicas para a clientela masculina. Cabe ressaltar que os homens estão diluídos na lógica de atendimento do serviço, pois aparecem nas consultas de pronto atendimento, na consultas de retorno e na lógica dos programas. (RJ2)

Essa invisibilidade está presente na forma em que são pensadas as estratégias e a organização da assistência por gestores e na postura dos profissionais, como ilustra a seguinte situação observada em um grupo educativo voltado à contracepção:

No horário estipulado, a enfermeira, responsável pelo grupo, sobe com 28 prontuários. A pesquisadora comenta que só há um prontuário de homem. A enfermeira estranha e vai verificar. Comenta, após, que foi um engano, que um prontuário subiu errado da pediatria e explica: 'o grupo de contracepção é um grupo de mulheres, um grupo dirigido às usuárias;

às vezes alguns maridos vêm acompanhando, mas os homens não são inscritos para participarem deste grupo'. (...) No entanto, durante a condução do grupo, há a seguinte discussão:

Enfermeira: – E eu queria falar uma coisa pra vocês: de quem é a responsabilidade de evitar o filho?

Usuária A.: – Nossa.

Enfermeira: – É da mulher?

Usuária A.: – Dos homens também.

Enfermeira: – Dos homens também. Todo mundo concorda? (...) Ou acha que é só da mulher, ou só do homem? Quê que cês acham?

Usuária B.: – Dos dois.

Enfermeira: – Dos dois? E por que será que os homens não vêm no grupo? Será que a gente não convida eles? (risos)

(...) Ao fim da reunião do grupo, a enfermeira, diante das alternativas oferecidas de métodos contraceptivos, pergunta qual delas as usuárias escolhem, restringindo, dessa forma, a decisão apenas à mulher. (SP1)

Nessa ocasião, vemos uma atividade que não só se volta para as mulheres e expressa uma compreensão da reprodução como uma área exclusivamente feminina, como é simplório o debate sobre possíveis estímulos à responsabilização masculina pela reprodução e contracepção, tornando essa atividade pouco acessível aos homens, nos casos em que eles buscam.

b) homens como usuários do serviço

A invisibilidade, nessa dimensão, é concebida como a incapacidade dos profissionais de notarem a presença de alguns homens como usuários nos serviços ou as questões trazidas por eles. Nesse sentido, falas de alguns profissionais a respeito da percepção que têm da presença de homens apontam para uma frequência menor do que a observada pelos pesquisadores. Em alguns serviços, diante da apresentação do projeto a ser desenvolvido, profissionais fizeram estimativas que demonstram percepções exageradas das diferenças por sexo na clientela do serviço:

Se fosse a presença de mulheres, aí você teria 90%! (Médico, RN1)

Os profissionais argumentam que os homens não vão à unidade, e que seria difícil realizar esta pesquisa. Ao longo da observação, isso foi se atenuando e os homens passaram a ser mais visíveis tanto para pesquisadores quanto para os profissionais. (PE2)

A invisibilidade, que foi o produto da histórica feminilização da APS, reitera e re-produz, em novos e atuais termos, a permanência desse direcionamento da organização dos serviços preponderantemente para as mulheres, legitimando tal processo mesmo em novos modelos e

estratégias de organização da APS. Como consequência, agora que é considerada uma estratégia de ampliação da cobertura de serviços básicos a toda a população, o estudo revelou a dificuldade enfrentada pelos homens nesse sentido. O discurso de uma funcionária, apresentado no trecho a seguir, é ilustrativo.

(...) A auxiliar de farmácia se introduziu na conversa [entre usuário e pesquisador]. O usuário foi embora e eu [pesquisador] acrescentei que ele enfrentava o problema há 3 anos. Fazendo expressão de negação e de dúvida, ela disse: 'Há 3 anos? Mas ele nunca veio aqui para tratar isso. Nunca o vi por aqui. A mulher dele sim eu vejo aqui.' Não lhe contei que eu já o havia visto lá e lembrei que, quando o conheci, ele disse que só conseguira marcar uma consulta com a intervenção de sua parceira, que sozinho não tinha valor ali, o que condizia com o fato de sequer ter sido notado por essa funcionária. (RN1)

Algumas crenças a respeito da presença dos homens nos serviços são construídas com base numa percepção enviesada por essa invisibilidade, como mostra a investigação a respeito da idéia de que os homens recorrem pouco aos serviços para buscarem preservativos. Embora não seja unânime entre os profissionais, tal idéia é reproduzida com freqüência na maioria dos serviços:

Apesar de termos observado uma quantidade relevante de homens pegando preservativos, alguns profissionais insistiam na fala de que são poucos os que procuram. Segundo as profissionais que trabalham na farmácia, a procura é maior entre as mulheres, que pegam preservativos para seus companheiros. (PE1)

A observação do funcionamento dos serviços permite notar que a distribuição de preservativos a homens e a mulheres tende a ser feita por vias diferentes. Aos primeiros é destinada apenas a dispensação livre na farmácia dos serviços, por busca espontânea ou, em alguns casos, estimulada por profissionais. Em geral, essa atividade é formalizada por um cadastro específico, dispensando inclusive abertura de prontuário. Diferentemente, a entrega de preservativos (masculinos, lembremos) às mulheres é também vinculada à atividade de planejamento familiar, nas quais se faz uma distribuição sistemática atrelada a sua participação nessa atividade.

Faz sentido compreender a diferença observada como um reflexo da associação dos homens com a sexualidade e das mulheres com a reprodução, confirmando o questionamento já apontado por Leal e Boff (1996) a esse respeito. Isso reforça uma assimetria de gênero nos serviços, uma vez que há, na APS, de modo geral e seguindo a tradição de seu funcionamento, maior preocupação com a reprodução do que com a sexualidade.

Há, portanto, nessa dimensão, uma deficiência no acolhimento ao público masculino e a suas demandas. Tornada a APS pela política de saúde atual e, sobretudo pela ESF, a porta de

entrada preferencial ao sistema de saúde (especialmente para as camadas populares), mas não trabalhada essa política da perspectiva de gênero – buscando criticar e modificar quer nos gestores quer nos profissionais as tradicionais concepções de gênero relativas ao processo saúde-doença -, o direito à ampliação de cobertura através dessa estratégia da atenção básica dificilmente se cumpre no caso dos homens. Alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já consagradas no contexto da assistência, tradicionalmente femininas. Alguns exemplos mostram expressões de usuários, cujo acolhimento exigiria um esforço profissional na direção de novas possibilidades de escuta:

Na sala de curativo, [entra] um usuário que havia cortado o pulso em uma situação de trabalho. (...) A enfermeira ressalta que será necessário dar alguns pontos no local do corte, o que provoca uma resposta imediata do usuário queixando-se de que vai doer. (...) Fica bastante perceptível o medo que o usuário tinha de injeção e de todo o procedimento a ser realizado. Tal fato provocou inúmeros comentários acerca do fato de ele ser homem e estar com medo. (...) A auxiliar de enfermagem presente comenta: 'Não precisa se borrar, viu?' (risos). (RN2)

Essa invisibilidade se expressa também na representação de uma presença masculina pouco efetiva qualitativamente. É comum os profissionais defenderem que os homens, além de menos presentes e assíduos, oferecem mais resistência aos convites para irem ao serviço, faltam mais às consultas marcadas e não seguem o tratamento como esperado. Como aponta Schraiber (2005), a baixa frequência dos homens no serviço é atribuída à resistência por parte deles, não sendo reconhecida a baixa inclusão dos mesmos nas propostas assistenciais. Na mesma direção, foi observada a tendência à responsabilização dos homens pela pequena busca pelos serviços. Não deixamos de considerar que os usuários reproduzem essas representações, sendo também responsáveis pelos impasses na relação com os serviços; ressaltamos, contudo, como é incomum que os profissionais atentem para aspectos da configuração ou funcionamento dos serviços que dificultam ou até impedem seu acesso e uso por parte dos homens. Assim como não percebem que, com isso, a estratégia de ampliação de cobertura não se realiza, para além de se alienarem de uma atenção integral da perspectiva de gênero, isto é, desconhecem a questão do cuidado integral como um problema da APS, o que dirá respeito não só aos homens, mas também às mulheres. Podemos dizer que os profissionais e os gestores, nesse sentido, terminam por obrigar à permanência (histórica) uma cultura de gênero na atenção à saúde por não valorizarem situações em que objetivamente já se está dando uma mudança.

c) homens como sujeitos de cuidado (estereótipos de gênero)

Está constantemente presente nos serviços o imaginário que associa, em um pólo, o feminino ao cuidado à saúde e, no outro, o masculino ao não-cuidado (Couterney, 2000; Figueiredo, 2008; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007). Em seu entorno, encontram-se diversas representações e estereótipos relacionados aos gêneros, tais como “homens são mais fortes”; “o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidado”; “mulheres são naturalmente cuidadoras”, etc. Essas idéias se reproduzem no discurso de profissionais e até mesmo de usuários e usuárias, como mostra o trecho a seguir:

[Profissionais] enfatizam que a participação masculina é restringida não por responsabilidade direta da unidade ou dos profissionais, mas por causa de fatores dos ‘próprios homens’ que não procuram os serviços, (des)motivados pela cultura machista, pela falta de tempo e por não atribuir valor as questões ligadas à saúde. (PE2)

De acordo com esse imaginário, produz-se invisibilidade por meio de uma expectativa dos profissionais de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos autênticas. Baseados nessa premissa, suas ações no cotidiano da assistência acabam por reforçar esta dimensão da invisibilidade. Quando não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, deixam de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecem casos em que eles demonstram tais comportamentos. Os exemplos a seguir apontam para isto:

Uma ACS comentou que era interessante que, quando ela ia a uma residência, nunca perguntava nada para o homem, principalmente se ele já havia feito prevenção. (PE2)

A enfermeira perguntou se a mulher estava dando os remédios [ao esposo doente] no horário certo e a mulher respondeu que não sabia, pois era o filho o responsável por dar a medicação e ele não estava em casa. A resposta deixou a enfermeira visivelmente irritada e esta passou a explicar, sem muita paciência, a importância de se dar a medicação na hora certa. (...) A enfermeira se queixou [para a pesquisadora] que a esposa parecia não entender a gravidade do problema que o marido teve, pois não acompanhava os horários dos remédios e deixava a cargo do filho. (RN1)

Essa dimensão da invisibilidade, via de regra, incorpora a imagem da mulher cuidadora que, numa perspectiva relacional de gênero, vincula-se à imagem que se constrói do homem como não cuidador (Gomes, 2008; Figueiredo, 2008). Desse modo, a figura feminina, em geral na qualidade de mãe ou parceira, domina o campo do cuidado e, então, media a relação dos homens usuários com os serviços ou com a saúde de forma geral. Muitas cenas de atendimentos a homens apresentam uma mulher como protagonista:

Em contato com público de homens idosos pode-se perceber que estão preocupados e cuidando de sua saúde, mas flagram-se facilmente profissionais se dirigindo às mulheres em frases como: 'cuide para que ele tome o medicamento.', 'controle a comida dele.' (PE1).

Visibilidade possível: homens como potenciais cuidadores

A despeito das notadas dinâmicas de invisibilização dos homens nos serviços, a presença e a inserção desses usuários têm sido notadas (ainda que pouco reconhecidas) como elemento importante para a construção de uma assistência que, na direção das premissas do SUS, atenda homens e mulheres como sujeitos de direito à saúde.

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

Um homem também veio acompanhar a consulta de puericultura do seu bebê, segundo a enfermeira esse perguntou se podia entrar, ela falou que podia e que era bom. (PE1)

Outra preocupação da gestão é a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento da população masculina. Essa qualificação deve ser voltada, dentre outros aspectos, para o desenvolvimento da comunicação junto a essa população em geral e para o desenvolvimento de habilidades para o trato de questões específicas ao segmento jovem. (RJ1)

Há, todavia, na unidade, (...) a criação do espaço físico destinado ao homem e à mulher, materializados por duas cadeiras (ao invés de apenas uma como é praxe na unidade) na sala de atendimento de uma médica, e a criação de um evento para atendimento exclusivo aos homens, realizado no ano anterior à realização da pesquisa. Nesse evento, idealizado por uma odontóloga e coordenadora técnica do serviço, foram programadas atividades como distribuição de preservativos e de panfletos de divulgação nas ruas da comunidade, palestras educativas e um dia dedicado ao atendimento da demanda masculina. (RN1)

Outra iniciativa que se destaca na criação de espaço para os usuários do sexo masculino é o desenvolvimento recente de um grupo específico para discussão da Saúde do Homem. Nesse sentido, os usuários têm sido convidados a participarem desse grupo e discutirem questões relacionadas a suas necessidades de saúde e desenvolverem o auto-cuidado. É

interessante notar como, no desenrolar de outras atividades, os usuários que demonstram 'preocupação com saúde' se configuram como bons candidatos para esse grupo. (SP1)

Considerações Finais

As análises empreendidas demonstram que é imprescindível reconhecer que gênero é, dentre outras categorias, ordenadora de práticas sociais e, como tal, condiciona a percepção do mundo e o pensamento. Funciona, assim, como um crivo por meio do qual o mundo é apreendido pelo sujeito. Deste modo, atributos relacionados ao masculino, como invulnerabilidade, baixos auto-cuidado e adesão às práticas de saúde (especialmente de prevenção), impaciência, entre outras, atualizados no cotidiano dos serviços pelos profissionais e pelos próprios usuários, tornam estes espaços "generificados" e potencializam desigualdades sociais, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de APS são espaços feminilizados.

Não se pode esquecer que a baixa presença e pouca conexão com as atividades oferecidas pelo serviço por parte dos homens não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais que fazem os serviços, já que os homens, ao responderem às conformações de um padrão de masculinidade tradicional, (re)produzem o imaginário social que os distancia das práticas de prevenção e promoção (Gomes e Nascimento, 2006).

Na experiência de alguns serviços (RJ1; SP1; RN1) a presença cotidiana dos homens com suas demandas e necessidades de saúde tem possibilitado fissuras no padrão classificatório dominante que atribui à mulher o auto e o hetero-cuidado em saúde e ao homem o lugar de quem demanda mediação no tocante ao cuidado em saúde. Entretanto, tais situações, antes de romper com a invisibilidade, podem reforçá-las. Na medida em que o imaginário social de gênero ainda oculta a emergência de tais necessidades e demandas, torna-as 'estranhas', complexas, difíceis e, conseqüentemente, impede sua incorporação como questões próprias aos serviços de APS. Assim, o sentido da (in)visibilidade dos homens na APS desde a perspectiva de gênero (Schraiber, D'Oliveira, Couto, 2009; Dantas Berger e Giffin, 2005; Schraiber, 2005) representa uma recusa tecnológica de incorporação de novos sujeitos, com suas especificidades, pela saúde. Ademais, a persistência nos padrões tradicionais de atenção impede a renovação dos serviços no sentido de uma atenção progressivamente integral, dificultando trazer para a integralidade em saúde o enfrentamento das questões de gênero.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; AMOEDO, M.B. Gênero e Saúde no Brasil: Considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, v.26, n.3, p.195-202, 1992.

COURTENAY, W.H. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. **Social Science & Medicine**, v.50, n.10, p.1385-401, 2000.

COUTO, M.T.; SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; NOGUEIRA DA SILVA, G.S.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; FIGUEIREDO, W.S. **Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)**. Relatório Final de Pesquisa. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, 2009.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-25, 2005.

FIGUEIREDO, W.S. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.105-9, 2005.

FIGUEIREDO, W.S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008 Tese (doutorado), Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, 279p.

GEERTZ, C. “Do ponto de vista dos nativos”. In: GEERTZ, C. **O saber local: Novos ensaios de antropologia interpretativa**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997, p.85-110.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.5, p.901-11, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-74, 2007.

GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; SILVA, C.F.R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.185-221.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.; GOTLIEB, S. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.35-46, 2005.

LEAL, O.F.; BOFF, A.M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Orgs.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará-ABIA-IMS/UERJ, 1996. p.119-35.

LIMA, M.; COSTA, J.A.; FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. Saúde Pública**, v.41, supl.2, p.6-13, 2007.

MINAYO, M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.19-51.

NARDI, H.C. O Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1988. p.95-104.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 1995.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C; BRITO, A. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005. p.30-61.

SCHRAIBER, L.B; COUTO, M.T. **Homens, Violência e Saúde**: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/FAPESP, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.F.; COUTO, M.T.; KISS, L.B. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: Comum. Saude Educ**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCHOFIELD, T.; CONNELL, R.W.; WALKER, L.; WOOD, J.F.; BUTLAND, D.L. **Understanding Men's Health and Illness: A Gender Relations Approach to Policy, Research, and Practice.** *Journal of American College Health*, v.48, n.6, p.247-56, 2000.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** *Educação e Realidade*, v.16, n.2, p.5-22, 1990.

VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Eds.). **Masculinidades y Equidad de Género en América Latina.** Chile: FLACSO, 1998.

WHITE, A.; CASH, K. The state of men's health in Western Europe. **The Journal of Men's Health & Gender**, v.1, n.1, p. 60-6, 2004.

Como citar este artigo:

■ **Formato Documento Eletrônico (ABNT)**

COUTO, M. C. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educação.** Botucatu. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo174pdf>>. Acesso em:Pré-publicação.