



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM USUÁRIOS DO GÊNERO  
MASCULINO: UM ESTUDO REPRESENTACIONAL**

NATAL

2011

**JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA**

**COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM USUÁRIOS DO GÊNERO  
MASCULINO: UM ESTUDO REPRESENTACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde) como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem na saúde mental e coletiva.

**Grupo de pesquisa:** Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rejane Millions Viana Meneses.

NATAL

2011

Seção de Informação e Referência  
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Ferreira, Jocelly de Araújo.

Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional. / Jocelly de Araújo Ferreira. – Natal, RN, 2011.  
99 f. ; il.

Orientadora: Rejane Millions Viana Meneses.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Comunicação. – Dissertação. 3. Gênero – Dissertação.  
I Meneses, Rejane Millions Viana. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 614.253.5

## **JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF- UFRN), área de concentração: Assistência à Saúde, Linha de Pesquisa Enfermagem na Saúde mental e coletiva, Grupo Ações promocionais e de atenção à saúde mental e coletiva, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**Aprovado em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

### **Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rejane Millions Viana Meneses  
Orientadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Wilma Dias de Fontes  
Avaliadora Externa  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda  
Avaliador Interno  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Clélia Albino Simpson  
Avaliadora Interna  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## DEDICATÓRIA

No término de mais uma caminhada, é preciso, de modo especial, refletir e agradecer...

A **Deus**, por ter-me dado a vida e guiado meus caminhos e minhas decisões, para que eu conseguisse mais esta conquista. Ao mesmo tempo, peço-lhe que continue comigo, dando-me forças para que eu possa trilhar com sucesso esta nova caminhada.

À **espiritualidade** amiga por me amparar e guiar nesta caminhada, mostrando-me sempre os melhores caminhos.

À minha **mãe**, que me deu a vida e me ensinou a vivê-la com dignidade e respeito, pelo amor e carinho, pelo apoio que recebi em mais esta caminhada. Espero um dia poder retribuir tudo isso a ti. Esta conquista é nossa. Amo-te!

À minha tão amada **irmã** Jacielly, com a qual compartilhei a infância, adolescência, a juventude e agora a fase adulta, vencendo os obstáculos e desfrutando as conquistas. Obrigada pelo companheirismo, carinho, força, inspiração e por sempre acreditar no meu potencial. Independente da matéria saudável, estaremos sempre juntas: em espírito e no amor.

Ao meu eterno adolescente **irmão**, Jonas, pela contribuição no meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

## AGRADECIMENTOS

À minha **orientadora** Rejane Millions Viana Meneses pela competência, dedicação e carinho, por ter acreditado em mim, apesar do pouco tempo de convivência e, sem dúvida, pela amizade conquistada. As suas contribuições, idéias e sugestões foram fundamentais para a concretização deste estudo e ajudaram-me a crescer.

Ao **Programa de Pós-Graduação** em Enfermagem da UFRN por acreditar na contribuição desta pesquisa no fortalecimento da Enfermagem.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação** em Enfermagem da UFRN pelo incentivo e contribuição científica, essenciais para eu crescer como mestranda e pesquisadora.

Aos **professores** Wilma Dias de Fontes, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda e Clélia Albino Simpson pelas orientações e contribuições concebidas para a qualificação e defesa da minha dissertação.

Aos meus **familiares** pela ajuda dispensada a mim, em especial à minha **tia** Severina das Mercês (Tia Nininha), pelo amor, apoio e orações dedicados.

Às minhas **amigas de graduação** que, desde os primórdios, contribuíram para a realização do meu desejo de docência e pesquisa. Em especial à minha **amiga** Oriana (Ori) por acreditar no meu potencial e me incentivar nesta caminhada, pelos dias afins.

A todos os meus **colegas do Mestrado** pelos momentos de troca de experiências e aprendizados proporcionados todos com um objetivo maior e comum: a nossa defesa! Enfim... Mestres!

Às minhas amadas **amigas** Vannúcia, Jaqueline e Alessandra pela amizade construída, pelas reflexões sobre a vida, pelo convívio alegre e pelo suporte nos momentos difíceis. Como foram intensas e maravilhosas nossas risadas e nossas lágrimas!

Às **amigas** Jamile, Sheila e à pequena Ana Teresa pelo carinho e aconchego do seu lar.

Às minhas **amigas** e **amigos**: Flávio Pessoa, Egillane, Naara, Ivanna, Joana, Katiussa, Luciana Coutinho, Falini, Aristides, David, amigos da Federação, Sílvia, pelo apoio e carinho.

Aos **colegas de trabalho** e profissão pela grandiosa contribuição em me permitir estudar até nas madrugadas turbulentas dos plantões.

Às **amigas de trabalho**: Marcela, Dayse, Verônica e Liana pelas valiosas palavras de incentivo.

Às **enfermeiras participantes** deste estudo, pela confiança depositada em mim, pela receptividade e pelo compartilhar experiências.

À **Direção do Comitê de Ética e Pesquisa** do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) pela autorização e pela confiança na contribuição desta pesquisa para a Enfermagem.

Aos **funcionários do Departamento de Enfermagem** da UFRN pela presteza no atendimento às nossas solicitações.

Às **bibliotecárias** da Biblioteca Central Zila Mamede, às da Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba e às da Biblioteca da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança pela contribuição com as referências, normas da ABNT e para a catalogação desta pesquisa.

Ao **professor** Laerte pela valiosa dedicação na correção do Português. Ensinando-me, com seu jeito paternal, o uso correto das crases, das vírgulas, dos travessões...

A **todas as outras pessoas** que fizeram parte desta caminhada e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Com carinho, deixo a todos a minha gratidão.

**Caminhar ...**

**É a expressão tão profunda e tão bela que não se aplica apenas à marcha que nossos pés realizam.**

**Caminhar é sinônimo de não parar, não se acomodar, avançar, progredir...**

**Caminhar na fé, na esperança, e principalmente no amor.**

**Caminhar: aproveitar a vida recebida e ganhar companheiros na caminhada...**

**HELDER CÂMARA**



## RESUMO

FERREIRA, J. A. de. **Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional**. Natal, 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2011.

A comunicação é vista como função vital. Por meio dela, os indivíduos e organizações se relacionam entre si, com o meio ambiente e com as próprias partes do seu grupo, influenciando-se mutuamente ao transformar fatos em informações. O usuário do gênero masculino faz parte de um grupo de pacientes cuja política de saúde ainda está em desenvolvimento. Tal fato pode gerar insegurança no enfermeiro em estabelecer um processo que promova a prevenção da doença, promoção e/ou recuperação da saúde desse usuário. Visando a essa elucidação, a presente pesquisa teve por objetivos: apreender as representações sociais da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, que buscam a prevenção de doenças, promoção e recuperação da sua saúde; identificar os fatores que influenciam, positiva ou negativamente, na efetividade da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino e investigar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para elucidarem a comunicação com os usuários do gênero masculino. A fim de alcançar os objetivos suscitados, este estudo foi de cunho descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. Baseou-se no referencial teórico-metodológico das representações sociais de Serge Moscovici e Denise Jodelet. O projeto obteve, mediante o Parecer nº. 649/10, aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HULW. Durante a coleta de dados, utilizou-se um roteiro semiestruturado e um diário de campo nas entrevistas com os 24 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do bairro de Mangabeira- Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa (PB). Os resultados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2007). Classificaram-se os sujeitos da pesquisa e identificaram-se três categorias e cinco núcleos das ideias centrais. As categorias identificadas: o apreender das RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, a identificação dos fatores que influem na efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino e a investigação sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a elucidação da comunicação com os usuários do gênero masculino. Os núcleos das ideias centrais encontrados: as representações sociais da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino são exteriorizadas como difícil, diferente, árdua, sem técnica (conhecimento) específica, apresentando um sentido dúbio em relação a sua ação terapêutica; os fatores apreciados como positivos nessa comunicação estavam pautados no vínculo entre profissional e usuário, no olhar detalhista e não mecanicista, nas ações preventivas, na dinamicidade do atendimento, acessibilidade, cuidados participativos, humanização e qualificação no atendimento. Enquanto que, os fatores atendidos como negativos durante a referida comunicação, firmaram-se nas diferenças comportamentais dos homens, na feminização dos enfermeiros, na falta de capacitação para os profissionais em relação ao tema, condutas prescritivas e nos preconceitos (inquietações) socioculturais. Outro núcleo coligado consolidou-se nas estratégias empregadas para a ocorrência dessa comunicação. Diante desses resultados, percebeu-se a importância das representações sociais para a consagração de uma linguagem única, no entendimento consensual da realidade sobre a comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino e na determinação de mudanças no comportamento do enfermeiro e do usuário, para o estabelecimento de estratégias mais eficazes para a obtenção de uma comunicação terapêutica, entre eles.

**Descritores:** Enfermagem, Comunicação, Gênero, Masculino.

## ABSTRACT

FERREIRA, J. A. **Nurses' communication with users of males: a study representational.** Natal, 2010. 99 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Department of Nursing, Health Sciences Center, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal / RN, 2011.

Communication is seen as vital function. Through it, individuals and organizations relate to each other, the environment and the shares of their own group, influencing each other to turn facts into information. The user of the male part of a group of patients whose health policy is still in development. This fact can create insecurity in the nurse to establish a process that promotes disease prevention, promotion and / or recovery of health for that user. Aiming to elucidate this, the present study aimed to: apprehend the social representations of nurses' communication with the users were male, looking for disease prevention, promotion and recovery of his health; identify the factors that influenced, positively or negatively on the effectiveness of nurses' communication with the users were male and investigate the strategies used by nurses to clarify communication with the users were male. In order to achieve the goal raised, this study was a descriptive, exploratory and qualitative approach. Was based on theoretical and methodological framework social representations of Denise Jodelet and Serge Moscovici. The project has, through no Parecer n° 649/10, approval of the Ethics and Research HULW. During data collection, we used a semi-structured script and a diary interviews with 24 nurses in basic health units of district-Mangabeira Health District III, the city of João Pessoa (PB). The results were analyzed using the technique of content analysis according to Bardin (2007). Classifying the research subjects and identified three categories and five nuclei of the central ideas. The categories identified: the grasp of the RS communication of nurses with male users, identifying factors that influence the effectiveness of nurses' communication with users and male research on the strategies used by nurses to the elucidation of the communication with male users. The nuclei of the central ideas found: social representations of nurses' communication with the users of the male is externalized as difficult, different, difficult, not technical (knowledge) specific, with a dubious sense in relation to its therapeutic action, the factors examined as positive in this communication were based on the connection between professional and user look in detail and not mechanistic, in preventive actions, the dynamics of care, accessibility, participatory care, humanization, and qualification service. Whereas served as negative factors for the communication, signed on the behavioral differences of men, the feminization of nurses, lack of training for professionals in relation to the subject, prescriptive conduct and prejudice (concerns) sociocultural. Another related consolidated core strategies employed for the occurrence of such communication. Given these results, it was realized the importance of social representations for the consecration of a single language, the common understanding of reality on the nurse's communication with the user in male and determination of changes in the behavior of nurses and the user to the establishment of more effective strategies for obtaining a therapeutic communication between them.

**Keywords:** Nursing, Communication, Gender, Male.

## **LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS\***

**ACS-** Agentes Comunitários de Saúde.

**AC-** Análise de Conteúdo.

**APS-** Prática dos serviços de atenção primária.

**CEP-** Comitê de Ética em Pesquisa.

**CNS-** Conselho Nacional de Saúde.

**DSCs-** Discurso do Sujeito Coletivo.

**ECH-** Expressões chave.

**EUA-** Estados Unidos da América.

**ESF-** Estratégia Saúde da Família.

**HULW-** Hospital Universitário Lauro Wanderley.

**IC-** Idéias Centrais.

**ICICT-** Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz.

**LACES-** Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde.

**MS-** Ministério da Saúde.

**OMS-** Organização Mundial de Saúde.

**PAB-** Piso de Atenção Básica.

**PACS-** Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**PB-** Paraíba.

**PNAISH-** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

**PSF-** Programa Saúde da Família.

**RN-** Rio Grande do Norte.

**RS-** Representações Sociais.

---

\* Quanto ao critério do uso destes elementos, no decorrer do trabalho, a mestranda houve por bem não repeti-las após a grafia discursiva.

**SUS**- Sistema Único de Saúde.

**TRS**- Teoria das Representações Sociais.

**TCLE**- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**USF**- Unidade Saúde da Família.

**UBS**- Unidades Básicas de Saúde.

**USFs**- Unidades Saúde da Família.

**UFRN**- Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**UFPB**- Universidade Federal da Paraíba.

**TB**- Tuberculose.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Mapa do município de João Pessoa.....	42
<b>FIGURA 2</b> – Mapa do Distrito Sanitário III. João Pessoa.....	43
<b>FIGURA 3</b> – Representação esquemática do tratamento dos resultados.....	56
<b>FIGURA 4</b> – Representação social (esquematizada) dos núcleos das ideias centrais da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, em João Pessoa, segundo Serge Moscovici e Denise Jodelet.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA I</b> – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o sexo, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.....	51
<b>TABELA II</b> – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo a faixa etária, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.....	52
<b>TABELA III</b> – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o tempo (em anos) de formado, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.....	53
<b>TABELA IV</b> – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o tempo (em anos) de atuação na atual UBS, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.....	54
<b>TABELA V</b> – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo a qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.....	54

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
2.	OBJETIVOS.....	22
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1	Comunicação humana: instrumento no cuidar de enfermagem.....	25
3.2	Saúde masculina na perspectiva de gênero.....	29
3.3	Investigação sobre o caminho da atenção primária.....	32
3.4	A Teoria das Representações Sociais.....	36
4.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
4.1	Tipo do estudo.....	41
4.2	Cenário do estudo.....	42
4.3	Sujeitos do estudo.....	44
4.4	Aspectos éticos da pesquisa.....	45
4.5	Instrumento de ação e técnicas de coleta de dados.....	46
4.6	Procedimento de organização e análise dos dados.....	47
5.	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
5.1	Caracterização dos sujeitos.....	51
5.2	Identificação dos objetivos do estudo.....	55
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	92
	ANEXOS.....	97





## 1. INTRODUÇÃO

Cada país tem os seus problemas e as suas políticas onde existem os recursos humanos, científicos, tecnológicos e inovadores são alocados para atender às necessidades prioritárias no setor Saúde, que se modificam à medida que os problemas vão sendo resolvidos. Assim, o Brasil, baseando-se em pactuações internacionais – o que o torna consignatário –, segue modelos de saúde de países cujas dificuldades são exemplares e passíveis de generalizações, e propõe ao conjunto da sociedade determinadas políticas públicas como forma de atender aos problemas de saúde de seus cidadãos. Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na década de 1990 pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei nº 8080/90 (conhecida como a Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei nº 8142/90 (referente à participação da população na gestão do SUS e dos recursos financeiros). Idealizado com o firme propósito de reverter as desigualdades de saúde da população brasileira, adotou seis princípios norteadores: universalidade, integralidade, racionalidade, equidade, descentralização e controle social. (BRASIL, 1990).

Segundo a Associação Paulista de Medicina (2007), a experiência em vários países mostrou que os sistemas de saúde, quando são orientados pela atenção primária, estão associados a menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Sob tal ângulo, o Brasil tem investido, significativamente, na atenção primária do SUS.

A atenção primária corresponde ao nível do sistema de serviço de saúde, oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, atenção para todas as condições, exceto para as incomuns (muitas ou raras), e coordena ou integra a atenção prestada por algum outro setor ou por terceiros. Conseqüentemente, pode ser definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas dessa atenção, integrando-a quando há mais de um problema de saúde e lidando com o contexto, no qual, a doença existe e influencia a resposta das pessoas aos seus problemas de saúde. (STARFIELD, 2004).

Ressalta-se que esse nível de atenção à saúde tem como objetivo o de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como pano de fundo os princípios doutrinários e operacionais do SUS e o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária no imprimir de uma nova dinâmica nos serviços de Saúde. (BRASIL, 2009). Sob esse modelo, a atenção fica voltada aos programas preestabelecidos nas políticas públicas de

saúde e a uniformização embora facilite o desenvolvimento do Programa, acaba empobrecendo o seu alcance ao desconsiderar as manifestações dos problemas de saúde voltada especificamente à saúde do homem.

Com o desejo de solucionar o problema descrito, o Ministério da Saúde (MS) apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), alinhada à Política Nacional de Atenção Básica. Esta tem como objetivos: promover ações de saúde que contribuam, significativamente, para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversificados contextos socioculturais e político-econômicos, o respeito aos variados níveis de desenvolvimento, a organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. (BRASIL, 2009). Constituem princípios dessa política a humanização e a qualidade que implicam a promoção, o reconhecimento e o respeito à ética, assim como os direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

Dentro do contexto da PNAISH, o homem deve ser visto como um ser único, voltando as ações para o enfoque de gênero. Segundo Gomez, Ferreira e Araújo (2007), ele é visto como viril, invulnerável e forte. Assim, a procura do serviço de saúde, segundo uma visão preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, ao medo e à insegurança, aproximando-o das representações femininas, implicando desconfiança a respeito da sua masculinidade socialmente construída.

Mediante pesquisas comparativas entre os gêneros, Nardi, Glina e Favorito (2007) evidenciaram que homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo quando se trata das enfermidades graves e crônicas, integrando os maiores índices de mortalidade. Ratificando o descrito, estudos desenvolvidos por Brasil (2009) sobre a saúde do homem, demonstraram que as causas de mortalidade na população masculina dos vinte e cinco aos cinquenta e nove anos, no ano de 2005, incidiram em cinco grupos principais de entidades mórbidas: causas externas (30%), doenças do aparelho circulatório (20%), tumores (12%), doenças do aparelho digestivo (8%) e doenças do aparelho respiratório (5%).

Apesar de as taxas de mortalidade masculina assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, Figueiredo (2005) evidenciou que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Dessa forma, é necessário que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se insiram em serviços que construam estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades dessa clientela. É nelas que se encontra equipe de profissionais, entre os quais está o enfermeiro, atuando nos programas de saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, programas de

hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e, atualmente, saúde do homem. Entretanto, com exceção da saúde do homem, os demais programas já têm sua estratégia de atendimento pré-definida nas suas respectivas políticas de saúde – o que facilita e proporciona ao enfermeiro mais segurança e melhor qualidade na assistência ao paciente. Sob tal perspectiva, o enfermeiro sente-se inseguro ao atender os homens e a mesma começa com a dúvida sobre a forma de se comunicar com este paciente tão singular, partindo do pressuposto de que toda e qualquer ação e reação não acontecerá sem a comunicação.

A Enfermagem dispõe de tecnologias como instrumentos básicos no cuidar, os quais, para Collière (2003), têm o propósito de estabelecer a relação humana. A autora considera o outro como diferente, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural. Dentre essas tecnologias, destaca-se a comunicação, que, conforme Spagnuolo e Pereira (2007), é tida como função vital e por meio dela, indivíduos e organização se relacionam entre si, com o meio ambiente e com as próprias partes do seu grupo, influenciando-se mutuamente e transformando fatos em informações.

O processo de comunicação, conforme Stefanelli e Carvalho (2005), configura-se como uma forma de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, exercendo influência no comportamento das pessoas envolvidas; por isso, se faz necessária a presença de alguns elementos como o emissor, receptor, mensagem, canal e resposta. Quando esses elementos primordiais estão presentes à comunicação, esta é considerada competente e, para Braga e Silva (2007), é um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores, pressupondo-se que eles tenham conhecimentos básicos de comunicação, consciência do verbal e do não verbal nas interações, clareza e objetividade e promovem o autoconhecimento, além de possibilitar uma vida mais autêntica.

Os profissionais da Saúde e teóricos da Comunicação do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde (LACES), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (ICICT), perceberam que a comunicação tem tudo a ver com a saúde, fato comprovado por ter sido referido assunto, pauta das últimas conferências nacionais de saúde. (MACHADO, 2009). Diante disto, deve-se considerar a importância da comunicação do enfermeiro com o paciente. Braga e Silva (2007) afirmam ser ela um instrumento do cuidado em Enfermagem, considerando-lhe a presença em todas as ações realizadas com o paciente, seja na orientação, apoio, conforto ou atendimento às necessidades básicas. Tal instrumento torna-se uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Não obstante, a comunicação do enfermeiro com o paciente, quando nem sempre atinge seu objetivo, torna-se não terapêutica. Conforme Costa (2009), caracteriza-se por ser considerada um mero instrumento ou meio de difusão e transmissão de informações; no entanto, o enfermeiro, quando consegue harmonizar o cuidado e perceber que a comunicação afetiva e efetiva faz parte deste processo, consegue compreender o pensar, o agir, o sentir, o desejar, o escolher, o valorizar das experiências e permite que o paciente continue a construir sua história de vida, caracterizando a comunicação terapêutica.

Segundo Pagliuca, Fiuza e Rebouças (2007); Spagnuolo e Pereira (2007), a capacidade do enfermeiro para praticar uma comunicação dialogada, reflexiva e participativa é extremamente importante, especialmente na investigação de problemas do paciente e no encorajamento para este expressar seus sentimentos. Somente assim, ele se beneficiará da comunicação terapêutica, promovendo uma assistência de qualidade, humanizada e individualizada.

A mestrandia ao reportar-se à comunicação, admitiu a correlação desta com as representações sociais (RS), visto que estas são oriundas da comunicação entre diferenciados atores sociais. (MOSCOVICI, 1978).

Imersas num movimento contínuo das ondas da comunicação, as RS estão presentes aos discursos onde as ideias e as imagens materializam-se em condutas. Desta forma, as RS têm um papel duplo: tornar o estranho familiar, o invisível perceptível e dominar a realidade pela integração cognitiva do novo. (NÓBREGA, 2001).

Conforme Moscovici (1978), é nas diversas modalidades de comunicação que se formam as condutas e se deslocam as representações, traduzindo as práticas e os pensamentos socialmente construídos.

As RS como processos só podem ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto compartilhada quanto divergente. Nenhum processo desse tipo é concebível em grupos étnicos ortodoxos e tradicionais, onde princípios e subjetivos de organização da experiência coincidem com frequência. (BOURDIEU, 1992). Este conceito toca perfeitamente a relação da comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino.

Mediante vivência prática atuante na atenção primária para com a saúde, bem como estudos e discussões realizados nos grupos de pesquisas vinculados à saúde do homem e da teoria das representações sociais. É pertinente afirmar que a comunicação terapêutica do enfermeiro apresenta-se como um forte instrumento no cuidar e cuidado e na captação e

adesão do homem aos serviços de saúde pública primária. A partir dessa experiência, também foi possível perceber quantas são as dúvidas e insegurança sobre a comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino<sup>1</sup> que procura por assistência na resolução e/ou prevenção dos seus problemas de saúde.

A partir desta vivência, considerando-se as funções das RS, que estão pautadas na formação de identidades e condutas e na orientação da comunicação decorrente de uma consciência justificadora e compartilhada, acredita-se na importância da apreensão das RS considerada como nova para a consagração de uma linguagem única, de um entendimento consensual da realidade sobre a comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino e, em última análise, a determinação de mudanças no comportamento do enfermeiro e do usuário, para o estabelecimento de estratégias na obtenção de uma comunicação terapêutica mais eficaz entre eles.

Diante do exposto, surgem determinados questionamentos: Como apreender a representação social da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, que buscam a prevenção de doenças, promoção e recuperação da sua saúde? Que fatores influem, positiva ou negativamente, na efetividade dessa comunicação? Que estratégias são utilizadas pelos enfermeiros para elucidarem a comunicação com esses usuários?

---

<sup>1</sup> O termo usuário do gênero masculino, neste estudo, está sendo utilizado como sinônimo de homem. Tal denominação surgiu com o objetivo de contrapor a concepção atribuída à masculinidade hegemônica, ou seja, valorizar os diversos modelos e pluralidades encontrados na masculinidade.



## **2. OBJETIVOS**

Apreender as representações sociais da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, que buscam a prevenção de doenças, promoção e recuperação da sua saúde.

Identificar os fatores que influem, positiva ou negativamente, na efetividade da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

Investigar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para elucidarem a comunicação com os usuários do gênero masculino.

# REVISÃO DE LITERATURA





### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

Para subsidiar as discussões acerca do objeto de estudo dessa pesquisa, esse capítulo subdivide-se em quatro partes, com o intuito de facilitar a leitura e a organização do material, buscando a aproximação conceitual e a compreensão da temática. Nesse cenário revisional, a construção efetiva-se por intermédio de autores nas temáticas da comunicação, do gênero e saúde do homem, da atenção primária à saúde e na Teoria das Representações Sociais, sendo elas direcionadas a enfermagem ou áreas afins.

#### **3.1 Comunicação humana: instrumento no cuidar de enfermagem**

A vida humana, conforme Stefanelli e Carvalho (2005), só pode ser chamada assim porque há uma razão especial para isso: tal razão está centrada no que sentimos, pensamos na forma com que agimos e refletimos sobre nossas ações. Assim, percebe-se que existe algo nos seres humanos que lhes faculta partilhar entre seus semelhantes a vivência desses processos por meio da comunicação. A partir desse fenômeno, pode-se afirmar que somos seres humanos. Conforme estas autoras, trata-se de um processo entre compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas: as próprias mensagens e o modo de ocorrer seu intercâmbio, além do modo com que elas exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo.

Segundo Braga e Silva (2007), a comunicação é importante para o nosso crescimento e faz parte de nossas experiências anteriores e daquelas adquiridas a cada dia. Somos seres de relações. Essa compreensão nos leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo.

Nos primórdios da comunicação, o homem se expressava por gestos, imagens e sons e, bem mais tarde, aprendeu a usar sinais gráficos para se referir aos objetos que conhecia pelos sentidos e que comunicava por meio de gestos. (ORDAHI; PADILHA; SOUZA, 2007). A partir desse fato, o conhecimento sobre tal processo tornou-se uma preocupação; por isso, os organizadores do XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1969, promoveram estudos e recomendações sobre a problemática. (STEFANELLI, 1993). Em relação à pós-modernidade, este fenômeno tem sofrido influência da mercantilização global, repercutindo na comunicação entre os seres humanos, entre esses e a máquina, produzindo linguajares diferentes.

(STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Desde então, os estudos têm sido bastante promissores, no que concerne ao processo de comunicação.

As teorias acerca da comunicação estão pautadas, conforme Carvalho e Bachion (2005), na Teoria Geral de Sistema e na cibernética. Estas são modelos que postulam a natureza inter-relacionada das coisas, orientada para o processo. A Teoria Geral do Sistema é uma abordagem multidisciplinar do conhecimento, baseada no conceito de sistema. Já a Cibernética estuda a regulação e controle em sistemas, isto é, centraliza-se na natureza do *feedback*.

No tocante a Enfermagem, Carvalho e Bachion (2005) afirmam que as teorias norteadoras da comunicação firmada entre profissionais e pacientes são divididas em quatro tipos. O primeiro, Teorias de Comunicação Interpessoal, busca compreender a natureza do estabelecimento e manutenção das relações, os padrões estabelecidos nas relações que são movidas pelas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeição. O segundo, Teorias de Comunicação em Pequenos Grupos. Destacam-se entre estas a que examina a natureza das ações e as origens do comportamento de grupos; a que trata de custos e recompensas que motivam a interação em grupos; a que busca explicar o padrão de respostas no grupo e as que se concentram na natureza das ações interpessoais em grupos. O terceiro tipo se refere às Teorias de Comunicação nas Organizações Humanas que poderão ser econômicas, de serviços, protetoras, assistenciais e religiosas. Essas teorias são classificadas em: coercitivas, quando a coerção é o meio principal de controle sobre os participantes, como hospitais mentais; normativas, como escolas, entidades religiosas, universidades, hospitais gerais; utilitárias em que as recompensas são o meio principal de controle sobre os membros dos níveis inferiores, como algumas indústrias ou repartições governamentais. O quarto tipo diz respeito a Teoria da Comunicação de Massa, destacando-se como modelo estrutural e caracterizando-se por mensagens públicas, difundidas por uma combinação de mídia e fontes interpessoais, abrangendo um complexo processo de interação simbólica e relacionando-se, em alto grau, com outras formas sociais significativas.

Silva (1996) chama a atenção para algumas roupagens presentes à comunicação, entre as quais, destacam-se: a terapêutica, a não terapêutica, a interpessoal e a competente. A comunicação terapêutica pode ser conceituada como a competência do profissional da Saúde em usar seu conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e enfrentar os desafios à auto-realização,

procurando aprender a viver da forma mais saudável possível e com autonomia. (STEFANELLI, 1993; STEFANELLI, CARVALHO, 2005). Estas autoras afirmam que a não terapêutica também pode se fazer presente, principalmente quando os profissionais não sabem ouvir, de maneira reflexiva, o paciente e quando usa uma linguagem inacessível. No tocante à comunicação interpessoal Silva (1996) afirma ser aquela que ocorre no contexto da interação face a face. Já a comunicação competente, Braga (2004) conceitua esta como um processo em que os indivíduos crescem apoiados nas interações, conhecem e percebem suas próprias reações, conhecem os outros e permitem que esses outros os conheçam.

Ao se conceituar a comunicação terapêutica, percebe-se a importância da comunicação do profissional com o profissional e com o usuário. Partindo-se dessa premissa, é necessário abordar alguns aspectos relevantes sobre a comunicação que serão discorridos a seguir.

Jakobson (2008) afirma que, para a comunicação ocorrer de maneira eficaz, é necessário que os seis elementos estejam em perfeita harmonia, ou seja, é importante que o remetente envie uma mensagem ao destinatário, em um contexto pertinente, compreensível ao destinatário, quer seja verbal ou susceptível de verbalização. Um código total ou parcialmente comum a ambos pode ser visto como codificador ou decodificador da mensagem e finalmente um *contacto*, um canal físico e uma conexão psicológica entre o remetente e o destinatário, que capacite ambos a entrarem e permanecerem em comunicação.

As funções da comunicação, segundo Oliveira et al. (2005), são estas: investigação, informação que envia mensagens entre emissor e receptor ou vice-versa; persuasão, que leva o receptor a mudanças de comportamento que não havia pensado; entretenimento, que mistura persuasão com informação utilizada para diminuir a ansiedade e favorecer a interação entre emissor e receptor. Segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008), estas funções do profissional da Enfermagem comprovam que a comunicação coliga necessidades; informa procedimentos ou situações ao paciente; promove o relacionamento entre paciente e outros pacientes e/ou com a equipe multiprofissional ou com familiares; promove educação em saúde; contribui para troca de experiências e facilita a humanização do indivíduo com as pessoas que o cercam.

A tipologia das comunicações, segundo Silva (2005); Stefanelli e Carvalho (2005), constitui-se em comunicação verbal e não verbal. A comunicação verbal está associada às palavras expressas, por meio da linguagem escrita ou falada. A fala sintetiza-se na expressão sonora e articulada do código linguístico realizada por um falante; a escrita, naquela que expressa os pensamentos e opiniões em fontes sólidas, como os papiros, papel, fotografia, telégrafo e internet. (OLIVEIRA, 2003).

As técnicas da comunicação verbal servem para auxiliar na expressão, clarificação e validação. Na expressão estão as técnicas de permanência do silêncio, verbalização, aceitação e interesse, repetição das últimas palavras ditas pela pessoa e audição reflexiva. Já na técnica de clarificação estão a estimulação de comparações, o desenvolvimento das perguntas feitas, a solicitação de esclarecimento dos termos incomuns. Na técnica de validação estão a repetição da mensagem dita e o pedido para a pessoa repetir o que foi dito. A comunicação não verbal, segundo Silva (2005); Stefanelli e Carvalho (2005), conceitua-se na interação pessoa-pessoa mediante gestos, posturas, expressões faciais e corporais, singularidades somáticas, exceto as palavras. A função desse tipo de comunicação centra-se na complementação, substituição e contradição à comunicação verbal e demonstração dos sentimentos. Ela pode ser classificada em: paralinguagem (qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua utilizada), cinésica (a linguagem do corpo, isto é; os seus movimentos), proxêmica (o uso que o homem faz do espaço como produto cultural específico), características físicas (a própria forma e aparência do corpo), fatores do meio ambiente (a disposição dos objetos no espaço e suas características) e tacêsica (tudo aquilo que envolve a comunicação tátil).

Os modos de se apresentar a comunicação, para Stefanelli e Carvalho (2005), são estes: confirmação (quando recebemos a mensagem, aceitamos seu conteúdo e transmitimos essa aceitação para o outro), negação (a relação é aceita, mas não o conteúdo), desconfirmação (nega-se ao paciente o direito de existir como pessoa e seus sentimentos não são levados em consideração) e dupla mensagem (ocorre incongruência entre o verbal e não verbal).

A comunicação também pode possuir barreiras, que, conforme Montefusco et al. (2009); Favretto et al. (2007); Stefanelli e Carvalho (2005), ela tem como fatores que podem impedir, limitar ou retardar o desenvolvimento do processo de comunicação entre as pessoas. Tais fatores podem ser citados como limitação do emissor ou do receptor, falta de capacidade de concentração da atenção, hipótese da compreensão da mensagem, imposição de esquema de valores, ausência de linguajar comum, influência de mecanismos inconscientes.

Essas barreiras são frequentes na comunicação não terapêutica. Ocorrem quando o profissional não sabe ouvir; ao dar conselhos, usa jargões técnicos ou linguagem científica; força a postura tranquilizadora, julga comportamentos, induz respostas, se mantém na defensiva, põe o paciente à prova, muda de assunto subitamente e comunica-se unidirecionalmente. Esse tipo de comunicação considera-se inapropriado para o profissional

da Enfermagem, pois este, ao utilizá-lo com o paciente, não chega à fixação de uma comunicação terapêutica. Existe, então, necessidade de componentes básicos como a empatia, confiança e respeito mútuo. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Na ocorrência da comunicação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente, algumas técnicas são empregadas. Entre elas, Fermino e Carvalho (2007); Stefanelli e Carvalho (2005) destacam: usar o silêncio, manifestar atenção, oferecer-se como elemento de ajuda, manter um ambiente que ofereça segurança, estimular o paciente a continuar o assunto, colocar o evento em sequência no tempo e no espaço, fazer observações, encorajar descrições, percepções e comparações, reformular ideias, devolver a pergunta feita, manter em foco o tema abordado, explorar o assunto, dar informações, clarificar ideias, mostrar a realidade, expressar dúvidas, validar a comunicação, verbalizar o implícito, encorajar a avaliação, tentar verbalizar os sentimentos, resumir o que foi dito e encorajar o paciente a formular um plano de ação.

A mestranda concorda com a autora, salientando-se que a técnica de comunicação terapêutica não pode ser confundida com algo a ser usado com rigidez e de forma repetitiva, porquanto se isso ocorrer, não se poderá comentar sobre comunicação terapêutica.

A comunicação, para Pontes, Leitão e Ramos (2008), é vista como um processo que pode ser utilizado como instrumento terapêutico. Para tanto, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente. Assim, deve saber escutar, falar quando for necessário, dar abertura para realização de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente, entre outras habilidades.

### **3.2 Saúde masculina na perspectiva de gênero**

Em plena idade contemporânea, observa-se um tempo caótico e de célere transformação. As pessoas se definem, questionam e redefinem seu sentido de identidade nacional, étnica, religiosa, política, familiar, sexual e pessoal. Tais mudanças foram radicais em alguns conceitos, ideais e concepções, de modo que os indivíduos mudam seus conceitos, que vão desde governos repressores até estereótipos e segregação.

É necessário refletir em gênero, que, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), pode ser conceituado por atributos e funções socialmente construídos, os quais configuram diferenças e inter-relações entre os sexos que vão além do biológico. Sebold et al. (2009) ratificam este pensamento, dizendo que o gênero é mais do que uma identidade aprendida, se

constitui e se instituí pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas.

A criação dos grupos de gênero e saúde coletiva ocorreu basicamente na década de 1990, inicialmente no Sudeste e Nordeste até 2005, quando foram criados mais de vinte e três grupos em todas as regiões, exceto a região Centro-Oeste. (AQUINO, 2006). Assim, verifica-se que o tema gênero torna-se importante para a qualificação da saúde, considerando-se a esta como universal, equitativa e integral.

Pautado nessa forma de fazer saúde, com vistas aos altos índices de morbimortalidade, que o MS, em novembro de 2008, institui a PNAISH (Princípios e Diretrizes), projeto ainda em fase de conclusão, com plano de ação determinado em 2009 a 2011.

O Plano de ação possui nove eixos, dentre os quais se encontra o eixo três que enuncia a informação e comunicação. Esse eixo proclama a responsabilidade de: estimular o autocuidado na população masculina, através da educação, informação e educação; elaborar material da Política para o público em geral, em particular para os homens, com vistas à mobilização, respeitando as especificidades de comunicação; realizar a semana de promoção da saúde do homem, iniciando-a por maio de uma campanha a nível nacional, em agosto de 2009 e em 2010 a nível estadual e municipal, com o objetivo de sensibilizar a população masculina e suas famílias, promovendo o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

A política do Ministério da Saúde está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e às estratégias de humanização, em conformidade com os princípios do SUS, tendo como principais objetivos: promover ações de saúde que contribuam, significativamente, para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversificados contextos socioculturais e político-econômicos e para o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Tais diretrizes possibilitam o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2009).

Embora a Política seja uma estratégia recente, a saúde do homem, considerada como gênero singular, não é um assunto novo nas discussões sociais, visto que, na década de 1970, ela já era considerada como marco dos estudos norte-americanos, exemplificados pelas publicações da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*) (2001) e pelo periódico específico sobre saúde masculina e gênero do *Jornal de Gênero e Saúde dos Homens* (*Journal of Men's Health and Gender*) (2004). Estes estudos traduziam um

pensamento exploratório tangenciado pela teoria e política feministas, conceitualmente pressupondo que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

Em meados da década de 1990, a temática em questão começou a ser abordada sob uma perspectiva diferenciada, englobando aspectos relacionados com a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos e voltando a saúde para as especificidades, e para o comprometimento do homem nas diferenciadas fases da vida. (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Continuando a historiar a saúde masculina, Garcia (2004) acredita que o desafio à concepção de masculinidade hegemônica surgiu dos homens vistos como dominantes e desviantes – negros, homossexuais e outros segmentos sociais.

Essa hegemonia gera uma crise na masculinidade, decorrente de suas pluralidades e de seus diversos modelos. Há aqueles que são mais valorizados em detrimento de outros, afirmando-se com maior legitimidade e apropriando-se de outros modelos. Esses que concentram maior poder tornam-se hegemônicos. (CECCHETTO, 2004).

Entende-se por hegemonia a ideia de luta por posições, onde um grupo mantém a dominação sobre outro. (FIALHO, 2006). Nesse sentido, Connel (2000, 200-, 2002) reporta-se ao conceito de masculinidade hegemônica como práticas genéricas que expressam padrões aceitos para a posição dominante de homens sobre mulheres. Refere-se a um tipo de masculinidade tida como exemplar, em que possui um ideal cultural, expressa ideias, fantasias e desejos, serve de referência para as relações de gênero, naturalizando as suas diferenças, suas hierarquias e não configurando um modelo fixo, isolado, que deveria ser visto como uma estrutura de aspecto maior.

Considerando-se este enfoque, dir-se-ia que o gênero masculino é socialmente construído, trazendo várias repercussões na sua saúde. Knauth et al. (2005) evidenciam que o modo com que os homens constroem e vivenciam as suas masculinidades está relacionado com os modos particulares de adoecer e morrer; no entanto, este modo é múltiplo e variável tal qual o processo saúde-doença.

O conceito do ser masculino, para Baggio et al. (2009), surge desde criança quando as pessoas fazem culturalmente, a diferença entre o masculino e o feminino. Assim sendo, a aquisição da identidade de gênero e o processo global da socialização do masculino estão intimamente ligados às primeiras vivências com as pessoas que desempenham as tarefas do cuidar do bebê e da criança. Tradicionalmente, o nascimento, a primeira particularidade a ser identificada é o sexo. A partir desse momento, o recém-nascido começa a receber a mensagem do que a sociedade espera dele. Destarte, os papéis do homem são construídos,

interpretados, internalizados e personalizados, dependendo das características específicas de cada sociedade e do ciclo de suas vidas.

Prosseguindo, Baggio et al. (2009) afirmam que o homem socialmente fecundado se vê como provedor da família, um ser poderoso, dominador, viril, rígido, que não adoece e, conseqüentemente, não precisa dos serviços de saúde. É nessa esfera que reside o grande problema, repercutindo nos altos índices de violência, doenças crônicas, tabagismo e alcoolismo, deficiências física e morte por causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e respiratório. (BRASIL, 2008).

O quadro nosográfico, de um modo geral, evidencia que os homens não procuram os serviços de saúde, justificando-se por várias maneiras: representatividade do cuidar ser tarefa feminina, questões relacionadas com o trabalho, dificuldade de acesso ao serviço, falta de unidades específicas voltadas à saúde do homem e o fato de as equipes de profissionais serem formadas em sua maioria por mulheres. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A Enfermagem, segundo Sebold et al. (2008), tem como objetivo o de ajudar na luta para reverter a autonegligência do homem nos serviços de saúde, associada ao valor atribuído ao gênero masculino hegemônico, considerando que o aprofundamento do conhecimento sobre as discussões da origem da ciência e de gênero permite enxergar caminhos para a compreensão da evolução social e da convivência humana, além de ampliar as perspectivas do profissional da Enfermagem visto como cuidador.

Assim, Souza (2009) faz referência à necessidade de entender a saúde do homem, considerando o gênero, a raça, as doenças, as condições especiais, pois, somente assim o profissional que atende a esta população conseguirá utilizar os programas do governo para o direcionamento técnico da assistência.

### **3.3 Investigação sobre o caminho da atenção primária**

O sistema de serviços de saúde, conforme Starfield (2004), possui duas metas principais: a primeira consiste em aperfeiçoar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem dos seus direitos aos serviços de saúde e ao alcance de um excelente nível de saúde.



A autora Starfield (2004) assinala que é imperioso, para a eficácia desses serviços que a qualidade da atenção signifique o atendimento, prestado de forma otimizada, às necessidades de saúde existentes ou potenciais dos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, do reconhecimento, do diagnóstico e do manejo dos problemas referentes à saúde.

No contexto do sistema de saúde, encontra-se a atenção primária, inicialmente discutida na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde de Alma-Ata em 1978. Conceitua-se da seguinte maneira, nos termos da OMS (1978):

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

O alcance da atenção primária para Starfield (2004) implica a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados, que sirvam como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados com a saúde. Para se promover tal tipo de atenção, é necessário que a integralidade seja reconhecida adequadamente, por meio da variedade completa de necessidades relacionadas com a saúde do paciente e por meio da disponibilização dos recursos para abordá-las.

Prosseguindo, Starfield (2004) afirma que o êxito dessa atenção está pautado no fato de que os prestadores dos serviços são médicos e não-médicos, os quais promovem uma assistência pautada nas interações entre eles e com os pacientes, contribuindo para o estabelecimento de relações de longa duração, primordial a este tipo de serviço. Essa assistência encontra-se frequentemente nas UBS através da Estratégia Saúde da Família (ESF),<sup>2</sup> criada como modelo orientador da atenção primária do SUS.

O SUS circunscreve um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e por

---

<sup>2</sup> O termo Estratégia Saúde da Família (ESF) está sendo usado como sinônimo de Programa Saúde da Família (PSF).

detentores das funções mantidas pelo Poder Público, inclusive a iniciativa privada, em caráter complementar. As leis que o definem e regulamentam partem da Constituição Federal em seus artigos 196 a 200, da Lei Orgânica da Saúde ou 8.080/90 e da Lei Orgânica Complementar ou 8.142/90. (BRASIL, 1990).

Na Lei 8.080/90, consta que o SUS se firma sobre de três competências: a federal, estadual e municipal. A última traz como papel a definição da política municipal de saúde, a adoção da gestão, o financiamento de acordo com a legislação do país, a coordenação, controle, execução e avaliação das ações e os serviços no âmbito municipal, nos quais a ESF está inclusa.

De acordo com a Lei 8.142/90, o financiamento do SUS se faz pelos orçamentos próprios da União, Estados e Municípios, em repasses fundo a fundo. Os financiamentos são categorizados da seguinte forma: Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável. Neste último, inclui-se a ESF, Atenção de média e alta complexidade e as internações.

Os princípios do SUS, conforme Brasil (1990), concentram-se na universalidade, conceituada como acesso para todos, em todos os níveis de assistência; integralidade, ações curativas e preventivas, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade; equidade, distribuição das ações e serviços à população, de acordo com as suas necessidades; participação da comunidade, através dos conselhos municipais de saúde; descentralização político-administrativa, representada pela regionalização e hierarquização das redes de serviços de saúde, preservação da autonomia dos usuários.

Quanto às diretrizes do SUS, Brasil (1990) cita-as como defesa da integridade física e moral dos usuários, mediante os direitos do cidadão; igualdade na assistência à saúde, realizada sem preconceitos nem privilégios; direito à informação sobre a sua saúde e sobre a disponibilidade dos serviços; intersetorialidade, cuja função é a de integração entre ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; resolutividade, baseada na capacidade de decisão dos problemas de saúde; racionalidade, com o propósito de evitar duplicidade dos meios para fins idênticos, por meio da organização dos serviços e utilização da epidemiologia, a partir do órgão competente.

Uma das principais estratégias do SUS é a Saúde da Família, iniciada em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente, em 1994, foram formadas as primeiras equipes da Saúde da Família, cada uma composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando for ampliada, contará ainda com um dentista, um

auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (BRASIL, 2009). As estatísticas brasileiras mais recentes, conforme Brasil (2010), representam o cenário, em 2008, de 230.244 ACS, 29.300 equipes da Saúde da Família e 17.807 equipes da Saúde Bucal. Esses números comprovam a adesão de gestores estaduais e municipais aos princípios do SUS e aos da ESF.

Em conformidade com Brasil (2009), a Saúde da Família pauta-se numa tática de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS. As equipes responsabilizam-se pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e de agravos mais frequentes, de promoção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, desta forma, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS.

Apresentando o SUS na contextualidade da Enfermagem, o enfermeiro, por ter o papel legal, ético e político de defender as famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade, torna-se um instrumento indispensável ao êxito da ESF, de modo que interfira em políticas e ações de assistência que beneficiem a família e a sociedade. Também faz parte da missão do enfermeiro promover assistência à saúde da mulher, da criança, do adulto, do adolescente, do idoso, do portador de transtorno mental, além das ações de vigilância epidemiológica e supervisão dos ACS e da saúde do homem. (BRASIL, 2001, 2008).

Todas as ações do enfermeiro referentes às políticas públicas de saúde estão normatizadas e direcionadas, salvo as equivalentes à saúde do homem, dentre outros fatores, causam a ausência deste usuário nas UBS. Ratificando o descrito, Figueiredo (2005) afirma ser bastante disseminada a ideia de que as UBS atuam como serviços destinados quase exclusivamente a mulheres, crianças e idosos, respeitando-se à exígua presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde.

Consoante Figueiredo (2005), são as mais diversas as justificativas utilizadas para esclarecer a ausência dos homens nas UBS, entre as quais, ele cita: a invisibilidade do homem nos serviços como uma característica da identidade masculina relacionada com seu processo de socialização e associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde; a preferência dos homens em utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que, em sua percepção, responderiam mais objetivamente às suas demandas, e finalmente, na dificuldade referenciada pelos homens em serem atendidos, seja

por esperarem em vão a assistência ou por considerarem as UBS como um espaço feminilizado.

### **3.4 A Teoria das Representações Sociais**

Há sempre a necessidade de se estar informado sobre tudo o que ocorre no mundo e em nossa volta. Além de nos ajustarmos a ele, precisamos saber como nos comportarmos em dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam. Para tanto, criam-se as representações. Diante do universo de ideias, objetos, pessoas, acontecimentos, não somos apenas autômatos nem estamos isolados, pois compartilhamos um mundo social onde há necessidade de se apoiar nas ideias convergentes e até mesmo compreender, administrar e enfrentar as contrárias. (JODELET, 2001).

Perante o exposto, discorre-se sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS) e sua importância no objeto de estudo desta pesquisa por ser a comunicação o elemento representacional. Surgiu inicialmente na França, no final da década de 1950, sendo mais bem pesquisada e utilizada nos países catolicistas, com práticas voltadas mais para aos valores coletivos do que nos países de tradição protestante e de conflitos, com práticas de individualismo acentuadamente mais fortes que elevaram suas aceitabilidades contra a penetração desse conhecimento. (NÓBREGA, 2001).

O conceito da RS, segundo Tura (2004), tem suas origens na Sociologia e na Antropologia, através de Durkheim e de Levi-Bruhl, inicialmente chamada de representação coletiva que expressa as relações mais gerais entre os fatos sociais e os homens e as destes entre si em uma sociedade específica, que serviu como elemento básico para elaboração de uma teoria de religião, da magia e do pensamento mítico. Para Moscovici (1994), a Teoria da Linguagem de Saussure, a Teoria das Representações Infantis de Piaget e a Teoria do Desenvolvimento Cultural de Vigotsk, também contribuíram para a TRS.

Pode ser considerada como forma sociológica da Psicologia Social, cujo conceito foi mencionado pela primeira vez por Moscovici em seu estudo sobre a representação social da Psicanálise, motivado pela sua crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas das demais teorias. Este autor objetivava compreender mais profundamente a psicanálise nos grupos populares. No Brasil, a TRS iniciou no final da década de 1970, lembrando sua estreita relação com o desenvolvimento da própria Psicologia Social. (OLIVEIRA; WERBA, 1998).

No entanto, multiplicam-se pesquisas e estudos em diferentes áreas do conhecimento, extrapolando a circunscrição da psicologia social, que vão desde conhecimentos teóricos e quase-experimentais. Comprovando esta afirmativa, a utilização da representação social vem ocorrendo em várias áreas da saúde, destacando-se alguns estudos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como na saúde mental (MIRANDA, 2002; AZEVEDO, 2008), na saúde da mulher (GIACOMOZI; CAMARGO, 2004; OLTRAMARI; CAMARGO, 2004), na saúde do adolescente (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003; RODRIGUEZ; ARRUDA, 2008), na saúde do idoso (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; MIRANDA et al., 2005), na estratégia saúde da família (RIBEIRO, 2007; SANTOS, 2010), na saúde indígena (FERNANDES, 2010) entre tantos outros, demonstrando sua heterogeneidade e capacidade de adaptação a todos os objetos propostos.

Assim, torna-se difícil sintetizar uma definição comum a todos os autores que utilizam a noção de representações sociais, como por exemplo, Moscovici, Jodelet, Oliveira, Nóbrega. Isto porque esta teoria possui uma vasta pluralidade de concepções. Por esta razão, destacam-se algumas que se consideram como mais amplas e mais utilizáveis nesta pesquisa.

Moscovici (1978, 2003), pioneiro da TRS, afirma que ela é uma organização de imagens e linguagem socializadas, para realçar e simbolizar atos e situações que nos tornam comuns, além de serem produtos da atividade humana, elaborados a partir da interação sujeito-objeto social, sobre os quais os indivíduos constroem uma realidade particular que determina os comportamentos e direciona a comunicação.

Jodelet (2001, p. 22) conceitua a TRS nos seguintes termos:

Uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada com um objetivo prático, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou, ainda, saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada do científico e ainda assim, de importância na vida social e na elucidação dos processos cognitivos e das interações sócias.

Conforme Oliveira e Werba (1998), as RS são teorias sobre saberes populares, elaboradas e socializadas, com a finalidade de construir e interpretar o real. Para Tura (2004), definem-se como saberes utilizados por pessoas na sua vida cotidiana e comportam visões compartilhadas pelos grupos que determinam condutas desejáveis ou admitidas num campo de comunicações povoado de ideias e valores.

A teoria em discussão, segundo Oliveira e Werba (1998); Nóbrega (2001), se diferencia das demais por sua dinamicidade e historicidade. Além desses dois motivos, pode ser citada a visão social do ser humano. Diferencia-se da teoria comportamentalista, onde o

social é dado como pronto e o ser humano é condicionado. Para a Psicanálise, o social relega-se a uma categoria de menor importância e o ser humano se determina pelo inconsciente. Para o senso comum, atribui ao pensamento das massas selvagens, enquanto, na RS, o social torna-se coletivamente edificado e o ser humano construído através do social.

Os elementos fundamentais da RS são os seguintes: a cognição, que se refere ao acesso desigual das informações, do interesse ou de implicação dos sujeitos e da necessidade de agir em relação aos outros; o afeto, que são os sentimentos contrários às meras expressões cognitivas e à ação firmada como a atitude, ou seja, a orientação global em relação ao objeto das RS. (SPINK, 1993; NÓBREGA, 2001; TURA, 2004).

Os postulados da TRS, para Oliveira e Werba (1998), são abrangentes, ao incluir atitudes, opiniões, imagens, ramos de conhecimento. Eles têm poder explanatório, não substituem, mas incorporam conceitos. O elemento social é algo constitutivo dela e não uma entidade separada. Acrescenta-se que, nesta teoria, existem tantas memórias coletivas quantos sejam os grupos que representarem em seu passado comum. (SÁ, 2003).

Cria-se a RS porque ela intervém em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e o coletivo, a definição das identidades pessoais e das sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais. (JODELET, 2001). Todos esses processos ocorrem mediante os universos consensuais, onde circulam as ciências, a objetividade ou as teorizações abstratas, e mediante os universos reificados, onde se encontram as práticas interativas do cotidiano. (MOSCOVICI, 1998).

Pode-se dizer ainda que se cria a RS para assimilar o não familiar mediante dois processos básicos: o de ancoragem e o de objetivação. A ancoragem, segundo Jodelet (2001), consiste em tornar familiar, transformar, integrar com o novo o universo de pensamentos existentes. Organiza-se sob três condições estruturantes: a atribuição do sentido, que é a incorporação do objeto e sua representação; a instrumentalização do saber, a qual confere um valor funcional à estrutura imageante da representação; o enraizamento no sistema do pensamento, se inscrevendo sempre sobre um sistema de ideias preexistentes. (NÓBREGA, 2001).

A objetivação, conforme Tura (2004), consiste em dar concretude ao objeto até então abstrato, impalpável, mediante a figuração. Prepara-se em três fases constituintes: a construção seletiva, para se apropriar de determinados conhecimentos teórico-científicos; a esquematização estruturante, que é o núcleo figurativo; a naturalização, projeção de noções abstratas no real. (NÓBREGA, 2001). Concorda-se com Moscovici (1978, 1998, 2003),

segundo o qual, diante da ancoragem e da objetivação, não existe a TRS sem se conceber uma figura e uma significação, uma vez que elas contribuem na formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. (SALDANHA; COUTINHO, 2005; NÓBREGA, 2001).

Sabe-se que cada forma de comunicação tem por efeito a produção de RS específicas, conforme a dinâmica das interações realizadas entre sujeitos e o objeto articulado no âmbito do pensamento social. (NÓBREGA, 2001). Para Moscovici (1978), os indivíduos e grupos são mais ou menos receptores passivos. Ao contrário, eles pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações.

A comunicação, na visão de Jodelet (2001), serve de válvula para liberar os sentimentos disfóricos suscitados por situações coletivas ansiógenas ou mal toleradas. Sua importância firma-se no fato de ela ser vetor de transmissão da linguagem, portadora em si mesma da representação, incidir sobre pensamentos sociais, influir no consenso ou dissenso; portanto, o ato de se comunicar justapõe as palavras, gera a linguagem imaginativa e não delirante, simboliza o dia a dia e representa socialmente os seus conceitos sobre a vida.

Em síntese, as RS podem ser vistas como uma forma de pensamento ou de conhecimento específico, as quais, estando fortemente enraizadas nas experiências socialmente compartilhadas, dirigem as relações dos indivíduos entre si e com o mundo e, como fatos que se constroem socialmente, inserem-se em sua dinâmica e transformação. (TURA, 2004).

Desta forma, a TRS trata-se do conhecimento construído e compartilhado entre as pessoas. Coloca os saberes dentro do senso comum e dentro de uma categoria científica. As representações sociais são a teoria da fenomenologia, das comunicações, do particular de cada ser, mas que se tornam comuns no cotidiano, ou seja, tornam-se socialmente construídas e não simplesmente coletivas.

# PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS





## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Nesse capítulo, com vistas ao alcance dos objetivos, descreve-se o tipo do estudo, a caracterização do cenário, os sujeitos envolvidos, aspectos éticos, procedimentos de coleta, organização e análise dos dados.

Ressalta-se que esta pesquisa usou o referencial teórico-metodológico das representações sociais, tendo como principais autores Serge Moscovici e Denise Jodelet. A representação social foi empregada como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 1978), e, ainda, por ser uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, como afirma Jodelet (2001).

### **4.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A escolha da pesquisa qualitativa parece adequada para a compreensão da problemática do estudo, pois se acredita na interação positiva e espontânea entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, para que este transcorra satisfatoriamente, com o auxílio às interpretações colhidas.

Por um lado, as pesquisas exploratórias têm o objetivo de conhecer um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Por outro, as descritivas envolvem a descrição das características de uma população, fenômeno ou experiência, estabelecendo novas visões sobre determinada realidade, e de campo, pelo fato de o pesquisador se dirigir ao ambiente de vivência dos sujeitos da pesquisa. (GIL, 2008).

De acordo com Polit e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística e naturalista, porque se preocupa com a complexidade dos indivíduos e do ambiente, dispensando as limitações e os controles impostos pelo pesquisador, visto que o percurso metodológico é desenhado a partir do significado dos dados concomitante à fase de análise.

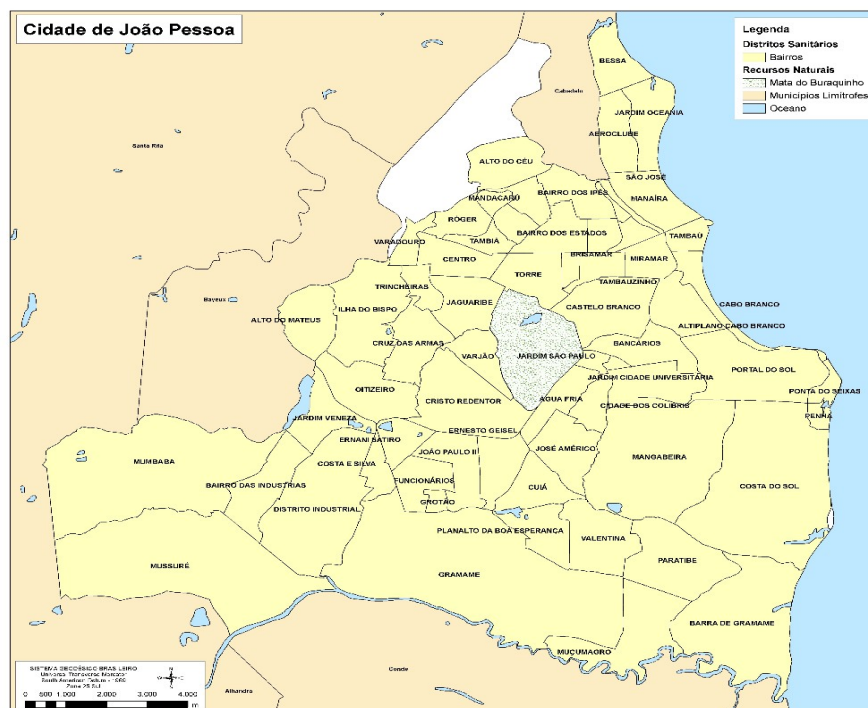
A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 21), responde a questões particulares:

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

## 4.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa situa-se no município de João Pessoa, capital da Paraíba que compreende uma área geográfica de 211 km<sup>2</sup>, possui um clima tropical. Sua altitude situa-se entre 37m a 74m acima do nível do mar. A população chega a 702.235 habitantes totalmente urbanos, sendo jovens na sua grande maioria, mas com índice de idosos, também elevado, em comparação a outros municípios semelhantes. A economia é consolidada por indústrias, comércio e serviços, mas o turismo em suas praias e monumentos de arquitetura e arte barroca também contribuem. (IBGE, 2009).

O município fundou-se, em 1585, com o nome de Filipéia de Nossa Senhora das Neves, considerada a terceira capital de Estado mais antiga do Brasil e a última a ser fundada no país no século XVI. João Pessoa se constitui por 65 bairros, registrando-se que, aproximadamente, 17% da população residem no bairro de Mangabeira, o mais populoso, com mais de cem mil habitantes. (JOÃO PESSOA, 2009).

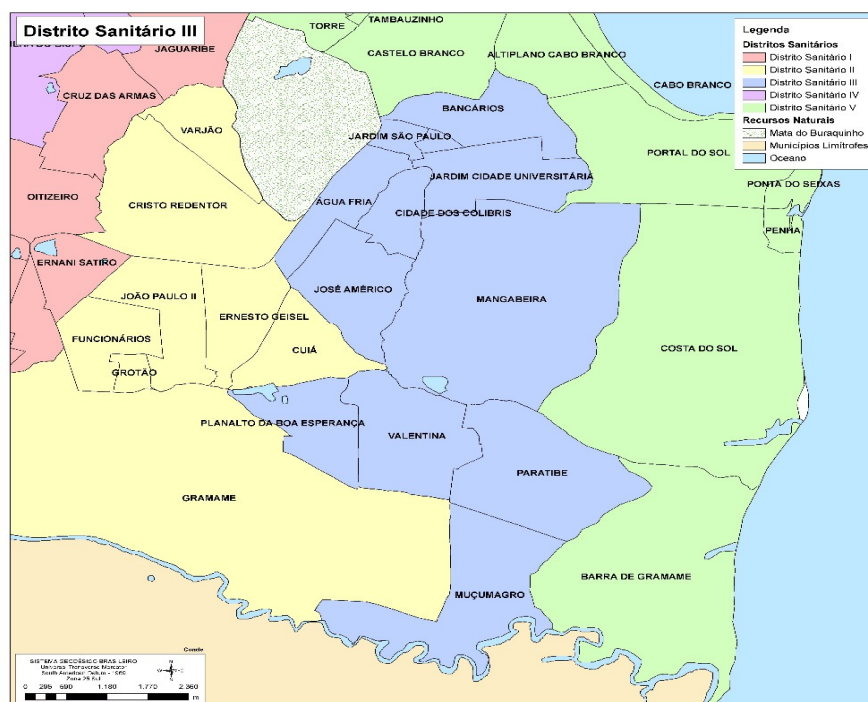


Fonte – Internet (2010)

**FIGURA 1** – Mapa do município de João Pessoa

A rede de saúde do município de João Pessoa encontra-se composta por 5 distritos sanitários prontamente divididos por micro-regiões, 16 centros de atenção à saúde, 1 centro de zoonoses, 3 centros de especialidades odontológicas, 1 laboratório de análises, 6 farmácias populares do Brasil, 4 hospitais, 124 unidades de saúde da família, 7 programas de agentes comunitários da saúde, 1 pronto atendimento em saúde mental, 1 núcleo de portadores de necessidades especiais, 1 serviço de atendimento móvel de urgência. (JOÃO PESSOA, 2009).

Diante da complexidade desse universo, a pesquisa foi realizada nas Unidades Saúde da Família (USFs)<sup>3</sup> do bairro de Mangabeira, pertencentes ao Distrito Sanitário III que situa-se na zona Sul do município de João Pessoa.



Fonte – Internet (2010)

**FIGURA 2** – Mapa do Distrito Sanitário III. João Pessoa

O bairro de Mangabeira possui as seguintes Unidades: USF Balcão (R. Major L. H. da Costa, 113); USF Cidade Verde IV, USF Cidade Verde V, USF Cidade Verde VI e Projeto Mariz (R. Deputado V. L. Maia, s/n); USF Complexo Verdes Mares I, USF Complexo Verdes Mares II e USF Complexo Verdes Mares III (R. Maria R. Martins); USF Coqueiral (R. Romário C. de Moraes, s/n); USF Cristo Rei (R. Rita X. de Oliveira, 14); USF Feirinha (R. Comerciante P. J. Almeida, 118); USF Mangabeira V1 1ª Etapa (R. Olívia de A. Sena, 69); USF Mangabeira V1 2ª Etapa (R. Professora V. F. Coutinho, 423); USF Mangabeira VII A

<sup>3</sup> O termo Unidades Saúde da Família (UBFs) está sendo usado como sinônimo de Unidades Básicas de Saúde.

(R. Luiz C. de L. Neto, 216); USF Mangabeira VII B (R. João Evangelista da Silva, 206); USF Mangabeira VII C (R. Manoel A. de Oliveira, 474); USF Nova Esperança, Ambulantes, Tijolão, Colégio Invadido (R. Jorge R. Amaranto, s/n); USF Nova União, Procind I, Panorâmica, Mangabeira IV por dentro (R. José F. Alves, s/n); USF Pedro Lins (R. Josina L. Feitosa, 46); USF Procind II (R. Benedito H. Silva, 15). (JOÃO PESSOA, 2009).

A cidade de João Pessoa articulou-se ao MS e ao Conselho Intergestores Tripartite e Bipartite para garantir suporte na implantação e expansão da PNAISH. A partir deste fato, criou-se, em 8 de março de 2010, a Área Técnica de Saúde do Homem, vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), da Secretária Municipal da Saúde. Essa área técnica apresentou a PNAISH à população em geral, principalmente aos profissionais das USFs, e tem desenvolvido ações, como a elaboração de perfis epidemiológicos e de Saúde da população masculina, em parceria com a Universidade Federal da Paraíba, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva.

As aludidas USFs foram escolhidas para sediar a pesquisa, por serem as de Mangabeira consideradas pela Área Técnica de Saúde do Homem as que mais desenvolvem ações direcionadas aos usuários do gênero masculino, conforme informações adquiridas deste referido órgão.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

A população alvo deste estudo foi composta pelos enfermeiros das USFs do bairro de Mangabeira, em João Pessoa. Para se adotar o critério de inclusão, procedeu-se à escolha dos enfermeiros que estavam envolvidos na assistência de enfermagem aos usuários do gênero masculino, trabalhando nas USFs, no local e no horário predefinido e aqueles que se dispuseram a participar livremente do estudo. Quanto ao critério de exclusão, foram dispensados os que estiveram atuando em USFs que não contemplavam ações direcionadas a PNAISH e os que não se dispuseram a participar livremente do estudo.

Na pesquisa qualitativa, o registro numérico dos sujeitos sociais representa menor preocupação para o investigador, pois o que realmente interessa é a qualidade dos dados coletados. (MINAYO et al., 2006); no entanto, respeitando-se os preceitos éticos e legais dos enfermeiros, projetou-se uma amostra de vinte e seis participantes, o que correspondeu a 21% do universo dos enfermeiros da atenção básica, no município de João Pessoa. Essa amostra seguiu o critério da intencionalidade. Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), este tipo

de amostragem intencional ou proposital não se encontra na quantidade final de seus elementos, no “N dos epidemiologistas” (2008, p. 20), mas na maneira com que se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade obtida deles. Costa (2007) ainda reitera que este tipo de amostragem torna-se homogênea. Por esse motivo, qualquer aspecto julgado importante na análise das respostas dadas por cada um dos participantes, sejam elas contradições, neologismos, novas construções gramaticais, pode gerar categorias cuja presença nas entrevistas dos demais entrevistadores deve ser investigada, o que levará o pesquisador de volta à análise interparticipantes.

A partir da amostra projetada, foi alcançada uma representação de vinte e quatro enfermeiros, porquanto, dois dos participantes se negaram a contribuir para o estudo, o que totalizou uma exclusão de 7.7%.

#### **4.4 Aspectos éticos da pesquisa**

Conforme foi recomendado, este estudo atende aos princípios legais e éticos vigentes no Brasil, determinados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que criou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no município de João Pessoa e com base na Resolução 196/1996 (BRASIL, 1996), que regulamenta as atividades de pesquisa no país. Tributária da bioética, a resolução atende aos princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência, estabelecendo os critérios a serem observados pelos pesquisadores em todos os estudos que envolvem seres humanos, aplicáveis a experimentos clínicos ou não, no decurso da investigação (FRANÇA; PAGLIUCA, 2004).

Após a autorização formal da instituição sediadora (APÊNDICE C) por meio da coordenadora do Colegiado Gestor do Distrito Sanitário III e da aprovação do CEP do HULW, mediante o parecer nº. 649/10 (ANEXO B), iniciou-se a coleta das informações.

Para se garantir o anonimato dos entrevistados, estes foram intitulados por nomes de homens, cujas figuras possuem uma grande representatividade na história e que recebem a nomeação de: Dalai Lama, Karl Marx, Nelson Rolihlahla Mandela, Ariano Suassuna, Aristóteles, Barack Hussein Obama II, Charles Spencer Chaplin, Albert Einstein, Galileu Galilei, Ernesto Che Guevara, Francisco de Paula Cândido Xavier, Carlos Drummond de Andrade, Mahatma Gandhi, Leonardo di Ser Pierro da Vinci, Pablo Diego José Francisco de Paula Juan Nepomuceno Maria de Los Remedios Cipriano de La Santíssima Trindade Ruiz Y Picasso, René Descartes, Luiz Inácio Lula da Silva, Michelangelo di Lodovico Buonarrotri

Simoni, Alberto Santos Dumont, Sócrates, Jesus, William Shakespeare, Isaac Newton, Joaquim Maria Machado de Assis<sup>4</sup>.

#### **4.5 Instrumento de ação e técnicas de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2010 à janeiro de 2011. Para se alcançarem os objetivos dessa pesquisa, utilizou-se a entrevista semiestruturada mediante um roteiro previamente elaborado com perguntas objetivas e subjetivas, as quais contemplaram os objetivos do estudo. Esse roteiro foi testado por três enfermeiros que atuavam nas USFs e que promovem ações direcionadas a PNAISH.

As entrevistas, segundo Minayo (2004); Marconi e Lakatos (2006) podem ser consideradas conversas com finalidades, assim como um encontro entre o entrevistador e o entrevistado, a fim de que se obtenham informações a respeito do assunto que se deseja compreender. Em relação à entrevista semiestruturada, eles a definem como um conjunto de perguntas fechadas e abertas, no qual, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação predefinida, além de permitir a exploração mais ampla das questões da pesquisa, desde que se tenha abertura para tal.

O instrumento elaborado foi composto por duas partes. A primeira, continha dados pessoais de classificação do sujeito, como: sexo, idade, tempo de formação e qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem. A segunda refreava perguntas que descreveram as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para estes efetuarem a comunicação com os usuários do gênero masculino, o processo de comunicação entre ambos os segmentos e os fatores que, positiva ou negativamente, influenciaram-na (APÊNDICE B). Todos os questionamentos presentes ao roteiro foram efetuados de maneira indireta, a fim de proporcionar mais liberdade de expressão nas respostas dos entrevistados.

Utilizou-se também o diário de campo como instrumento auxiliar, onde foram anotadas algumas situações observadas pela mestranda que não constavam no roteiro da entrevista, para assessorar posteriormente na análise dos dados. Para tal procedimento, se fez necessário o uso da observação não participativa e não estruturada, que pode ser conceituada

---

<sup>4</sup> A escolha desses nomes masculinos, se deu pelo fato deles constituírem figuras de grande representatividade na história e para demonstrar que a pluralidade desta representação frente à sociedade, é capaz de gerar uma masculinidade pautada em padrões; conceitos; culturas e ideias diferenciadas e não hegemonicamente fecundada pela sociedade.

como uma técnica com que o pesquisador utiliza os sentidos a fim de obter determinados aspectos referentes à realidade pesquisada, sem interferir intencionalmente no objeto estudado, procedendo à observação livremente sem determinações de categorias a observar. (RICHARDSON, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2006).

Para a coleta de dados, foram seguidos os seguintes passos: solicitou-se autorização ao CEP do HULW após submissão do projeto (ANEXO B); requereu-se, através de uma carta de anuência, ao Colegiado Gestor do Distrito Sanitário III (APÊNDICE C) a autorização para se realizar a pesquisa com as enfermeiras das UBS; agendou-se, através de contato telefônico, a visita da mestranda às UBS; apresentou-se a mestranda às enfermeiras das UBS, convidando-as a participarem da pesquisa; promoveram-se informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, a relevância do estudo, assim como e os objetivos da pesquisa; explicou-se o motivo da coleta de dados, o modo com que foi efetuada a entrevista, a garantia do seu anonimato e a possibilidade da desvinculação da pesquisa sem danos pessoais; os enfermeiros foram convidados para a realização da leitura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A); solicitou-se a assinatura do TCLE e deu-se prosseguimento ao início da entrevista com as enfermeiras das UBS, de acordo com a disponibilidade de cada sujeito, em local e horário que garantissem a privacidade dos respondentes.

No decorrer das entrevistas, que foram efetuadas com um gravador digital Sony ICD-PX720, com duração de quinze a trinta minutos, foi necessário uma leitura prévia do roteiro, com explicações das perguntas objetivas e subjetivas, principalmente sobre o real conceito de comunicação terapêutica, sendo necessário que a mestranda promovesse um momento de reflexão sobre o assunto.

#### **4.6 Procedimento de organização e análise dos dados**

A finalidade desta etapa foi a de descrever a dinâmica utilizada para se organizarem as informações obtidas na pesquisa, apreendidas por meio da entrevista e do registro no diário de campo.

Após a coleta de dados, foi possível realizar primeiro a classificação dos sujeitos da pesquisa, identificar e delinear o perfil dos enfermeiros das UBS que assistiam os usuários do gênero masculino.

Posteriormente, respondeu-se aos objetivos do estudo, interpretando-se os dados e empregando-se a técnica de análise do conteúdo, a qual é bastante utilizada em pesquisas

qualitativas, cujo objetivo é o de conhecê-lo e esclarecê-lo nos depoimentos dos participantes do estudo. Corroborando a pesquisa qualitativa, Minayo (2004) afirma que a análise de conteúdo temático-categorial é a técnica que melhor se aproxima aos dados qualitativos, permitindo que o conteúdo das entrevistas sejam categorizados em temas gerais ou específicos, consistindo em descobrir o núcleo do sentido e significando alguma coisa para o objeto analítico.

A Análise do Conteúdo (AC) segundo Bardin (2009, p. 33), “[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” e trata as informações provenientes das falas dos sujeitos investigados sobre um determinado assunto, onde seja possível centralizar as ideias e categorizá-las tematicamente. A AC deseja compreender o que está implícito no discurso do sujeito, buscando a sua codificação em unidades de compreensão, e trabalhando com a frequência das informações nas falas, o que se torna importante para a métrica das RS.

Destacam-se quatro fases na AC de Bardin (2009), que os pesquisadores necessitaram seguir para analisar os dados: 1ª fase – pré-análise; 2ª fase – exploração ou codificação do material; 3ª fase – categorização; 4ª fase – tratamento dos resultados obtidos e interpretação ou inferência.

Na pré-análise, selecionaram-se as entrevistas a serem analisadas, composta por todas elas; procedeu-se à leitura exaustiva do conteúdo do discurso dos sujeitos e à extração de tudo o que interessa; utilizou-se um código para identificação, possibilitando a verificação do número de sujeitos e a semelhança das respostas, e determinaram-se as palavras-chaves ou frases, os recortes dos depoimentos, a categorização que ocorreu na AC da comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino.

Na fase de exploração ou codificação do material, os discursos dos sujeitos pesquisados foram avaliados, todos os dados brutos foram transcritos e, depois, sistematicamente agrupados em unidades de registros, o que permitiu uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo.

A categorização como terceira fase não é considerada obrigatória; foi porém, utilizada neste estudo. Assim, para a construção das categorias temáticas, utilizou-se o proposto por Bardin (2009, p. 145), que descreve categorização da seguinte forma:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico,



agrupamento esse *efectuado* em razão das características comuns destes elementos.

A despeito da construção de categorias empíricas, seguem-se alguns critérios propostos por Bardin (2009), que deu embasamento no momento da construção das categorias empíricas na AC, tais como: o nucleamento das ideias centrais dos discursos a partir da homogeneidade nos depoimentos, mediante a mesma técnica e as características comuns; procura exaustiva de todos os elementos que pertencem ao discurso em análise; busca da exclusividade, sem destaque dos mesmos elementos em categorias diferentes; busca da objetividade da temática, ou seja, questões a cerca de uma amostra significativa. Chega-se, então, ao final da análise com resultados iguais, procurando a pertinência ou adequação dos objetivos da pesquisa aos elementos apreendidos nos discursos.

Na quarta fase foi realizado o tratamento e interpretação dos resultados, a análise do conteúdo constituiu-se na última etapa do processo. Os resultados obtidos foram analisados mediante os depoimentos dos participantes e interpretados à luz da literatura atualizada e pertinente sobre a temática, além das percepções e reflexões da mestranda.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em correspondência ao instrumento de pesquisa utilizado e sua divisão em duas partes, inicialmente foi registrada e discutida a caracterização dos sujeitos (24 enfermeiros entrevistados), na intenção de caracterizar esses atores, a respectiva idade, o tempo de formado, a atuação na atual UBS, a existência de qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem, e compreender em que medida essas variáveis etárias, sociais, culturais, formativas podem interferir ou não em seus modos de representar a comunicação com o usuário do gênero masculino que procura o serviço de Atenção Básica de Saúde. Em seguida, foi feita a análise do material discursivo proveniente das entrevistas realizadas, com o intuito de responder aos objetivos do estudo.

Para se dinamizar a leitura, os dados foram apresentados e discutidos em dois tópicos: a caracterização dos sujeitos e a identificação dos objetivos do estudo, as quais contemplaram as RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino que buscam a prevenção de doenças, promoção e recuperação da sua saúde; os fatores que influem positiva ou negativamente na efetividade da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, além das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para elucidarem a comunicação com estes usuários.

### 5.1 Caracterização dos sujeitos

**TABELA I** – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o sexo, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.

SEXO					
MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
0	0	24	100	24	0

Fonte – Própria da pesquisa

A tabela I distingue os enfermeiros em relação ao sexo, constituídos por exclusividade feminina (100%). Tal fato é muito comum na categoria da Enfermagem. Autoras, como Lopes e Leal (2005), durante reflexão nos estudos, perceberam que a Enfermagem e a enfermeira

não são mulheres por acaso; são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da Enfermagem, baseados em valores simbólicos e vocacionais como exemplos de concepção de trabalho feminino aperfeiçoada em um sistema de qualidades ditas naturais, que persistem no influxo do recrutamento dito majoritariamente feminino da área.

Mais tarde, nos discursos presentes às entrevistadas, pode-se perceber a importância da feminização da categoria para a comunicação destes enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

**TABELA II-** Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo a faixa etária, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.

FAIXA ETÁRIA									
20-30		31-40		41-60		>60		Total	
nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
04	16.7	08	33.3	09	37.5	03	12.5	24	100

Fonte – Própria da pesquisa

Quanto à idade (tabela II), constatou-se que a amplitude etária variou dos trinta e um aos sessenta anos. Assim, considerou-se ter acedido na referida amostra um grupo de pessoas heterogêneas ao nível da idade, uma vez que esta englobou adultos-jovens e idosos.

Este achado remete-se à hipótese de uma comunicação não uniformizada entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino, pelo fato dos enfermeiros tanto serem jovens quanto velhos, desta forma, considerarem conceitos desde os mais globalizados e atuais até os mais antigos e individualizados, todos mediante as experiências vividas no decorrer de sua vida.

Autores, como Bourdieu (1998); Lamas (2000), ponderam a subjetividade socializada como um conjunto de relações históricas depositadas nos corpos individuais em forma de esquemas mentais e corporais de percepção, apreciação e ação. Todo esse conjunto formado a partir da cultura, da linguagem e da vida afetiva resulta em normas e valores considerados naturais que são construídos e propagados ao longo de sua existência, por meio da comunicação.

**TABELA III** – Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o tempo (em anos) de formado, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.

<b>TEMPO DE FORMADO</b>									
<b>1-5</b>		<b>6-10</b>		<b>11-20</b>		<b>&gt;20</b>		<b>Total</b>	
<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>04</b>	<b>16.7</b>	<b>04</b>	<b>16.7</b>	<b>10</b>	<b>41.6</b>	<b>06</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fonte – Próprio da pesquisa

No tocante ao tempo de formado dos enfermeiros das USFs de Mangabeira (tabela III), quase a metade (41.6%) possuía idade entre os onze anos e os vinte, e uma menor porcentagem (23.4%) possuía idade entre um e dez.

Os referidos dados explicitam que nenhum dos entrevistados teve, em sua matriz curricular, disciplinas que contemplassem a saúde do homem. Contemporaneamente, alguns cursos de bacharelado em Enfermagem, em seu projeto político pedagógico, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, já disponibilizam disciplina que inclui a saúde masculina em sua formação curricular. (BRASIL, 2001); no entanto, a afirmativa não se estende à comunicação, restando a este contexto o espaço em assuntos correlatos.

Sob mesmo enfoque, Reis e Andrade (2008) assinalam que há deficiência da academia na formação do profissional, de forma que ele sinta-se capacitado a trabalhar a integralidade na prática e na organização do serviço.

Segundo Silva e Rodrigues (2010), a formação do alunado precisa compreender a saúde dentro do perfil epidemiológico, considerando cada grupo populacional singularmente, com vistas a atuar tanto no nível básico quanto nos níveis mais complexos na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

**TABELA IV-** Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo o tempo (em anos) de atuação na atual UBS, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.

<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATUAL UBS</b>							
<b>&lt;1</b>		<b>1-5</b>		<b>6-10</b>		<b>Total</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>05</b>	<b>20.9</b>	<b>06</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>54.1</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fonte – Próprio da pesquisa

De acordo com a tabela IV, mais da metade dos participantes da pesquisa (54.1%) possui o tempo entre seis e dez anos de atuação na atual UBS. Isto espelha um estreito laço de confiança entre o profissional da Enfermagem e a comunidade, facilitando assim a comunicação indispensável à assistência prestada.

Corroborando o exposto acima, Ataíde, Machado e Jacopetti (2008) afirmam que os usuários que utilizam os serviços das USF entre os cinco anos e os dez desenvolvem um vínculo maior com os profissionais. Isso repercute na ampliação e eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

**TABELA V-** Distribuição absoluta e percentual dos enfermeiros, segundo a qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem, nas unidades de saúde da família de Mangabeira. João Pessoa, em dez. de 2010 e jan. de 2011.

<b>QUALIFICAÇÃO NA ÁREA DE COMUNICAÇÃO E/OU SAÚDE DO HOMEM</b>					
<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
<b>01</b>	<b>4.2</b>	<b>23</b>	<b>95.8</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fonte – Próprio da pesquisa

Do universo estudado, quase a totalidade (95.8%) não possui qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem (tabela V). Para a maioria dos enfermeiros entrevistados, a reunião e discussão sobre a PNAISH, com a coordenadora do Grupo Saúde do Homem da Secretária de Saúde do município e com os apoiadores, não caracterizaram uma qualificação para os aludidos assuntos; no entanto, correlacionaram as especializações em Saúde do

Trabalhador e em Saúde Coletiva com a qualificação em Saúde do Homem, além da licenciatura e formação pedagógica com a comunicação.

Reiterando o aludido, Santos e Ribeiro (2010) afirmam que a capacitação contínua dos profissionais da Enfermagem atuantes na atenção básica, é responsabilidade das instituições de saúde, com o objetivo de promover a atualização de conceitos e a disponibilização de recursos aos enfermeiros, para estes lidarem com as questões sociais e técnicas inerentes a essa nova dinâmica de trabalho.

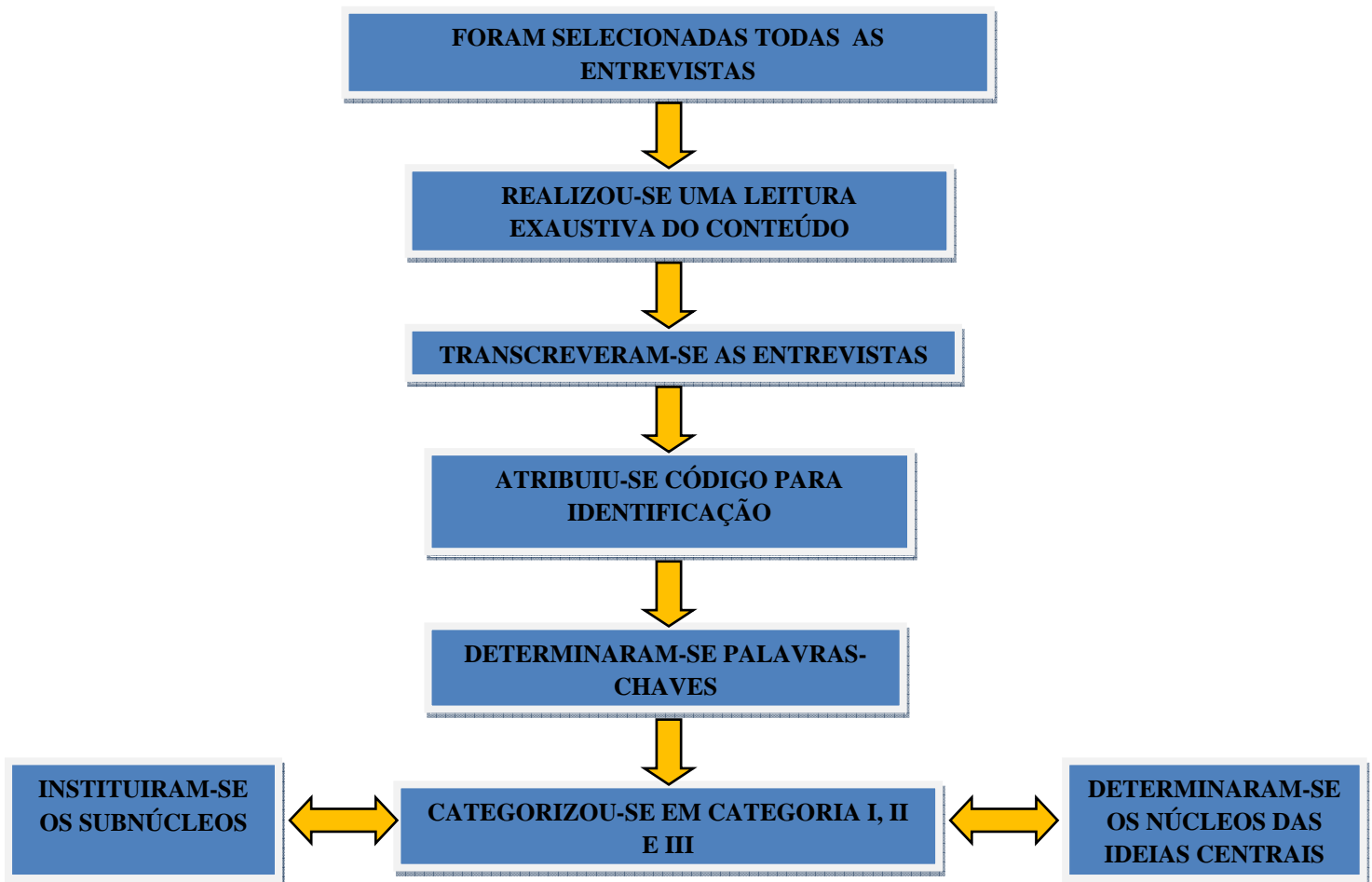
Tratando-se do processo de formação e qualificação dos profissionais, Cervera, Parreira e Goulart (2011) assinalaram a importância de se considerar o perfil e as necessidades do trabalhador a ser capacitado. Dessa forma, qualificar é um desafio, visto que a capacitação profissional deveria estar incorporada à formação escolar, durante todo o processo educativo do trabalhador.

## **5.2 Identificação dos objetivos do estudo**

Foram comentadas neste subitem três categorias resultantes do tratamento das falas dos depoentes: o apreender as RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino; o identificar os fatores que influem na efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino e o investigar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a elucidação da comunicação com os usuários do gênero masculino.

Dentre as três categorias identificadas, determinaram-se cinco núcleos das ideias centrais. Dentre essas, foram instituídos treze subnúcleos.

Para determinação dessas categorias e dos núcleos das ideias centrais e dos subnúcleos, foi empregada a técnica de análise do conteúdo de Bardin (2009), seguindo o esquema descrito abaixo:



Fonte – Próprio da pesquisa

**FIGURA 3** – Representação esquemática do tratamento dos resultados

**CATEGORIA I** – O apreender as RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

**PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL** – As RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino são exteriorizadas como difícil, diferente, missão árdua, em que se precisa estabelecer vínculo, sem técnica ou conhecimento específico, utilizando-se mais o não verbal.

**SUBNÚCLEOS** – A comunicação dos enfermeiros com a mulher considerada como diferente da estabelecida com os usuários do gênero masculino:

Com certeza, a mulher hoje procura mais a unidade para todas as consultas. Ela tem interesse de trazer sua criança, dela mesmo ter saúde [...] (DALAI LAMA).



É diferenciada! Porque é mais fácil você conscientizar a mulher a ela chegar num denominador comum do que você conscientizar um homem [...] (NELSON MANDELA).

A comunicação é diferente, porque o homem, ele se comunica menos, enquanto que a mulher é mais fácil, procura mais, trata mais a saúde, enfim: com o homem a comunicação é mais difícil [...] (CHICO XAVIER).

É diferente porque historicamente a gente aprendeu a trabalhar com a mulher, é na faculdade a gente tem agenda de saúde da mulher, a gente não tem cadeiras de saúde do homem [...] (PELÉ).

É diferente porque os homens, eles tem a dificuldade maior de se abrir com o profissional [...] (RENÉ DESCARTES).

[...] por ser a mulher que vem mais vezes ao serviço, busca mais. Então a gente consegue ter uma ligação mais rica, ter uma linguagem mais acessível, já que o homem por ele vir menos, a gente não consegue [...] (MICHELANGELO).

Comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino torna-se difícil, devido a ser a cultura masculina associada ao machismo e a todos os princípios determinados como corretos:

[...] a própria cultura nordestina dificulta [...] (DALAI LAMA).

[...] a cultura do homem na vasectomia [...] fiquei explicando [...] como se fosse dar problema para ele. Talvez fosse ficar impotente (NELSON MANDELA).

[...] o homem geralmente tem aquela, aquela, a cultura dele [...] (ARIANO SUASSUNA).

[...] claro que a comunicação do enfermeiro com o homem é difícil, né? é mais complicado. Por esse motivo que eu lhe disse: é o machismo, né? [...] (GALILEU GALILEI).

[...]a gente ainda sofre a influência de tabus, de questão cultural [...] (MICHELANGELO).

[...] isso é uma questão cultural [...] (SANTOS DUMONT).

[...] nessa procura pela unidade, até assim pela cultura que a gente tem, termina havendo dificuldade nessa comunicação [...] (JESUS).

O trabalho masculino tido como fator de dificuldade na comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino:

[...] mas eles muitas vezes por condições de trabalho, não procuram a unidade [...] dificultando a comunicação [...] (DALAI LAMA).

O homem não enxerga a necessidade de procurar as unidades de saúde para ações preventivas, só curativas; o que transforma a comunicação numa árdua missão:

[...] eles não procuram a unidade e só procuram os nossos serviços, quando na verdade, já estão doentes [...] (DALAI LAMA).

[...] porque os homens não procuram muito as unidades. Quando os homens vêm procurar é por um problema muito sério. Aí fica difícil a comunicação com os homens [...]. Difícilmente um homem me procura aqui pra se consultar. É mais o sexo feminino. Os homens ainda estão muito negativo para isso (NELSON MANDELA).

[...] ele só vem quando realmente tá grave. Não tem a questão de prevenção e promoção da saúde, né? [...] (ARIANO SUASSUNA).

O usuário do gênero masculino só vem à unidade de saúde quando ele está muito doente. Ele não vem procurar prevenção na maioria das vezes e principalmente quando ele vem muito doente, porque está precisando de um atestado [...], a gente corta isso, pede para o paciente vir para conversar [...] (CHE GUEVARA).

[...] às vezes nem procuram os serviços. Procuram assim: quando estão realmente com algum problema sério, né? É que eles vêm à unidade à procura de atendimento. É mais a parte curativa [...]. Fica ruim [...] (PABLO PICASSO).

[...] em virtude de ter uma dificuldade, porque o homem vem à unidade, ele só vem por doença [...] (WILLIAM SHAKESPEARE).

A comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino é dificultada pelo fato de o profissional ser do gênero feminino:

[...] não sei se é que os homens têm receio de, ou que vai ser atendido por uma mulher, entendeu? [...] (NELSON MANDELA).

[...] porque quando eles se tratam de uma enfermeira do sexo feminino, né? eles ficam um pouco mais fechados pra se abrirem; só que eu tento assim, fazer uma linguagem mais dinâmica, pra eles se soltarem. Vê que não tem nenhum tabu, né? [...] (ARISTÓTELES).

[...] porque a gente, principalmente nós mulheres, o homem já trata de forma diferente, com uma certa restrição [...] (BARACK OBAMA).

[...] você imagine uma usuária mulher conversar com o médico ou com o enfermeiro homem: ela tem aquela reserva. Imagine o homem em conversar com a enfermeira [...] (GALILEU GALILEI).

[...] como a minha presença é feminina, então eu percebo assim: que o homem se tranca [...] (GANDHI).

[...] por a gente ser mulher, né? Elas têm mais facilidade. Acho que têm mais abertura pra falar com a gente; e o homem não, é mais retraído [...] (PABLO PICASSO).

A comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino sempre se associa a assuntos urológicos e/ou sexuais, o que a dificulta:

[...] é como eu falei: eu passei uma hora conversando com o homem aqui para conscientizar ele de fazer uma vasectomia, e isso a pedido da esposa dele, porque ele disse que não, que não ia fazer vasectomia [...] (NELSON MANDELA).

[...] porque às vezes ele tem vergonha de conversar com a gente a respeito assim: alguma coisa que eles estão vendo no pênis ou coisa do tipo, eu converso com eles, mas eu não procuro fazer o exame pra eles não fiquem acanhados [...] (ARISTÓTELES).

[...] mas quando diz respeito à parte sexual dele, a qualquer problema na parte sexual ele se fecha, ele não se abre muito [...] (GANDHI).

[...] e principalmente por ele, quando vem com problema da parte urológica, aí essa comunicação, por mais que a gente não queira, ela se torna um pouco mais difícil [...] (MICHELANGELO).

A comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino tida como sinônimo de vínculo adquirido, de conquista:

[...] assim termina criando um vínculo com ela. É um vínculo profissional e cliente. E com o homem eu não consigo fazer essa abordagem, assim da mesma forma [...] (ALBERT EINSTEIN).

[...] assim a gente tem conseguido um avanço. Acredito ter melhorado até pela própria maneira de a gente se comunicar com ele nessa unidade, de maneira particular [...] nós temos um bom vínculo, inclusive com os homens [...] (GALILEU GALILEI).

[...] o homem é mais fechado. A gente nem sempre consegue dele tudo aquilo que a gente precisa, a não ser que a gente já tenha ganhado a confiança dele. Aí a gente consegue [...] (SÓCRATES).

[...] então ele não se direciona, a não ser quando já conhece [...] (WILLIAM SHAKESPEARE).

A comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino ocorre de maneira aleatória, sem técnicas ou conhecimentos específicos:

[...] a gente não aprende a se comunicar com os homens e aí, quando a gente se dá conta que a gente precisa abordar o homem também. A gente inventa um jeito de fazer isso sem muito recurso de conhecimento que vem de fora [...] (PELÉ).

[...] a gente não tá muito acostumada a lidar com o público da gente, que aqui é sempre mulher. Aí quando trata do homem, a gente, a gente inventa [...] (LULA).

O não verbal está presente à comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino:

[...] o profissional esteja mais sensível pra escutar e pra perceber as coisas que não são ditas, que estão ainda na comunicação não verbal [...] (RENÉ DESCARTES).

A dificuldade da comunicação vai além do profissional, estende-se até o espaço físico e organizacional da unidade, por ser ele feminilizado:

[...] que nas unidades saúde da família sempre teve um olhar voltado pra mulher, né? Quer dizer para o gênero feminino [...] (SANTOS DUMONT).

[...] as unidades têm serviço voltado com um olhar mais direcionado à saúde da mulher. É como se o homem se sentisse assim: excluído [...] (JESUS).

**CATEGORIA I** – O apreender as RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

**SEGUNDO NÚCLEO DA IDÉIA CENTRAL** – As RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino têm sentido dúbio, em relação a sua ação terapêutica, pois podem ser consideradas, ou não, como uma comunicação terapêutica.

**SUBNÚCLEOS** – A comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino, considerada como não terapêutica, devido à cultura masculina, aos entraves, à carga horária de trabalho do usuário, à falta de estratégia para adesão do homem à unidade, e ao uso do curativo em vez do preventivo:

[...] na verdade, ela não é terapêutica, por conta desses entraves que a gente consegue ter em relação ao homem, pela própria cultura nordestina [...] (DALAI LAMA).

[...] deveria ser, eu acho, mas ainda acho que não é, sabe? A gente trabalha muito mais no tratamento, na cura, do que na questão de prevenção propriamente dita, de tá atuando com este homem de outras formas, de tentar trazer este homem pra unidade. É, atraí-lo com algumas ofertas [...] (LULA).

A comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino, com alternância em sua ação terapêutica, é apreciada como terapêutica quando é realizada com idosos ou associada à saúde da mulher; contudo, quando é atribuída aos jovens, não possui a mesma atuação:

[...] às vezes eu acho! Assim, eu aqui na Unidade com mais novos, não tanto, porque a maioria trabalha. Quando vem pra cá, vem apressado ou querendo alguma medicação ou querendo algum atestado. Agora, com os idosos, com os homens mais velhos, o efeito é totalmente diferente: eles vêm mais, conversar mais, não sei se pela carência do idoso; já não ter o que fazer assim em casa, eles vêm e contam a vida deles todinha e a gente age como psicólogo também. Então a gente aproveita nessa para acolher bem esse homem [...] (ARIANO SUASSUNA).

[...] Às vezes porque tem homens que, principalmente os idosos, eles são mais abertos, né? Quando a gente explica direitinho, até porque o idoso, ele gosta de vir até à Unidade. Com o homem assim, na idade mais nova, não, porque eles trabalham muito. [...] São poucos o que a gente explica o que eles têm pra fazer e o por que tem que voltar. Então assim o idoso é mais terapêutico; o homem mais novo não [...] (ARISTÓTELES).

Também! Assim em alguns programas a gente consegue melhorar um pouco essa comunicação [...] (CHE GUEVARA).

[...] em parte, né? como eu falei. Agora a gente vê que algumas particularidades do homem, eles não reagem com toda liberalidade dos seus

problemas. A gente não tem muito *feedback* completo com o homem, sempre tem aquele tabu da masculinidade [...] (GANDHI).

[...] no momento, eu acho que ela é mais terapêutica quando esse homem, ele está doente [...], é mais com a senilidade também, após os 40 anos, onde a gente tem mais a presença do sexo masculino, mas é por isso que eu vejo que ela é mais terapêutica [...] (JUSCELINO KUBITSCHKEK).

A comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino, contemplada como terapêutica devido à postura ou abordagem do profissional; a presença de uma finalidade curativa, preventiva ou atenção emocional ou psicológica, devido à apresentação de vínculo do profissional:

[...] uma questão de postura eu acho, porque se a gente tem uma postura terapêutica em relação a ele, ela vai ter maior segurança e vai aderir mais ao serviço [...] (BARACK OBAMA).

[...] sim, eu acho que ela deve ser terapêutica. Primeiro, é uma função do enfermeiro, né? Já agir dessa forma é pra a gente fazer um atendimento voltado, assim voltado sempre pra prevenção, pra o tratamento. Então é até pela nossa profissão, ela deve ser terapêutica, deve ter uma finalidade [...] (CHARLES CHAPLIN).

[...] sim, quando o usuário vem aqui, ele traz um problema: “Eu vim aqui porque estou precisando fazer um exame de rotina”. Então, a partir daí, do exame de rotina, eu puxo os outros problemas e faço outras investigações e vou abordando [...] (ALBERT EINSTEIN).

[...] com certeza. Não tanto no pré-natal, pois são raros os homens que vêm acompanhar [...]. Assim na parte de hipertensão e diabetes tem muitas pessoas que não tomam a medicação e que a gente conversando com a mulher, indo na casa, consegue trazer esse homem pra Unidade [...]. Aí eu explico assim: “você quer ficar impotente”. – Assim no popular mesmo. A gente conseguiu trazer muitos hipertensos e diabéticos [...]. Assim, tem uns dois casos que a gente conseguiu convencer o homem a fazer vasectomia, raríssimo [...]. Então, de fato foi terapêutica, que custa, mas que acredito ser um avanço [...] (GALILEU GALILEI).

[...] sim, eu considero. Porque nas abordagens nas salas de espera, como durante ou em alguns atendimentos específicos ou que eles vêm só ou acompanhando alguém, essa orientação vem no sentido de tratá-lo, de identificar formas melhores de encontrar saúde, dos cuidados básicos. Então acredito que essa fala, essa comunicação é terapêutica com ele [...] (CARLOS DRUMMOND).

[...] a minha comunicação com o meu usuário do sexo masculino é sim terapêutica. [...] Primeiro eu escuto sempre e aí faço uma abordagem de redução de danos [...] e não uma abordagem proibicionista, que afasta o homem da unidade [...] (PELÉ).

[...] acredito ser terapêutica, porque em vários momentos a gente consegue interagir com o homem dentro desse espaço e até fora desse espaço com grupos e ele retorna e ele traz pra gente uma resposta positiva do tratamento. Então eu acho que dá pra fazer, tem que ter um olhar mais sensível, uma sensibilidade maior, um olhar mais terapêutico para o homem [...] (RENÉ DESCARTES).

[...] considero que sim, não só pelas orientações preventivas, mas também até pelas curativas, até porque a gente prescreve algumas medicações, e aí, claro, se prescreve é porque a gente orienta. Aí também nesse sentido ela é

terapêutica, além de que a gente escuta, dá apoio emocional, aí também se torna terapêutica [...] (MICHELANGELO).

[...] terapêutica porque a Unidade também tem que ter essa preocupação não só de tá convidando esse homem, mas assim de ter que ir lá em loco na comunidade, tentar trazer esse homem, né? Até o consultório, as reuniões, as rodas de conversa [...] (SANTOS DUMONT).

[...] sim eu considero [...] eu tenho uma comunicação com ele diferente: alguns encontros, alguma discussão pra que ele vá se sentindo mais à vontade, vá se sentindo mais familiarizado, para que ele possa realmente entender que ele é um usuário que tem tanta importância para o serviço quanto a mulher [...] (JESUS).



Fonte – Próprio da pesquisa

**FIGURA 4** – Representação social (esquematizada) dos núcleos das ideias centrais da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, em João Pessoa, segundo Serge Moscovici e Denise Jodelet.

Nas observações feitas durante as entrevistas, constatou-se a existência de dois momentos importantes, nomeados por núcleos das ideias centrais. No primeiro momento, predominou a inferência de que as RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino é externada como difícil, diferente, árdua missão, com necessidade de vínculos, sem técnica específica, o não verbal predominando ao verbal. Já no segundo momento, esta representação promulgou a essência da dualidade com relação a sua ação terapêutica.

O desenho esquemático, além dos depoimentos descritos na íntegra, suscita que este estudo parte do pressuposto de que os depoentes possuem um conhecimento ou sentido prévio sobre a comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino. Tal conhecimento deve ser entendido como manifestação de uma representação social. Isto porque os enfermeiros, cerne desta pesquisa, possuem um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados no seu cotidiano sobre o objeto pesquisado. Assim diz Moscovici (1981, p.181):

Por representações sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

De acordo com esta representação, os enfermeiros alegaram que a comunicação do usuário do gênero masculino é diferente da estabelecida com as mulheres. As autoras Fontana e Siqueira (2009) assinalam que a Enfermagem deve utilizar a comunicação para desenvolver seu trabalho e precisa ser essencialmente interativa, seja com a equipe, seja com os usuários masculinos ou femininos. Em contraposição, Couto et al. (2010) afirmam que as usuárias mostram-se mais à vontade na comunicação com os profissionais, no uso do espaço, nas formas de interação e nos moldes de funcionamento do serviço, quando são comparadas aos demais usuários.

A representatividade dessa comunicação foi consolidada na dificuldade, por ser a cultura masculina associada ao machismo e aos princípios determinados como certos; além da carga horária semanal do trabalho masculino. Esses autores enfatizam que a participação masculina é restringida não por responsabilidade direta da Unidade ou dos profissionais, mas por fatores dos próprios homens que não procuram os serviços, motivados ou desmotivados pela cultura machista, pela falta de tempo e pela subestimação das questões ligadas à saúde.



Os autores Gomes, Nascimento e Araújo (2007) realçam a influência das diversas culturas na masculinidade, reforçam a ideia de que a educação dos meninos segue padrões de oposição entre os gêneros. Nesse sentido, os homens são estimulados a manifestar sua virilidade por meio de comportamentos tidos como femininos, para se constituírem como homens. Os mesmos autores ainda afirmam que os homens não procuram o serviço de saúde para uma consulta, porque têm de enfrentar filas, o que pode levá-los a “perder” o dia de trabalho sem que tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta. Assinalam, também, que o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atendem às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Lembram ainda que as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas.

Dentro do contexto da RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, o homem não enxerga a necessidade de procurar as unidades de saúde para ações preventivas, de forma que só lhe interessam as curativas, o que transforma a comunicação numa árdua missão. Santos e Ribeiro (2010) referem que a ESF propõe um novo modelo de atenção e de organização do trabalho em saúde e requer do profissional, além da competência clínica, o desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde da população, mediante ações de atenção integral, contemplando a prevenção e a promoção à saúde. Ratificando o que foi dito, Couto et al. (2010) afirmam que é comum aos profissionais justificar 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 participam de ações direcionadas à prevenção e promoção da saúde.

Reis e Andrade (2008) reconhecem que ocorreram mudanças nos últimos tempos, mas não foram suficientes para estabelecer o profissional da Saúde como profissional social, preocupado com aspectos relativos às questões de comunicação, respeito pela autonomia do cliente e valorização das ações preventivas.

O termo dificuldade entorpeceu o desenho desta comunicação, desta vez como sinônimo da feminização do profissional da Enfermagem, como já foi dito. Aperibense e Barreira (2008); Lopes e Leal (2005) asseguram que a profissionalização feminina iniciada no final do século XIX, ocorreu relacionada com os papéis femininos tradicionais, onde a mulher permaneceu nas atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como um dom ou vocação. No Brasil, a Enfermagem, influenciada por Florence Nightingale, foi a primeira profissão feminina universitária, destinada a dar sustentação aos programas de saúde pública e ao funcionamento dos serviços de saúde. Completando a afirmativa, Gomes, Nascimento e

Araújo (2007) referem a vergonha de um homem ao se expor para um profissional mulher, caracterizando a justificativa da autonegligência deste homem quanto à procura dos serviços de saúde.

Dando amplitude a esta RS, a mestranda reconhece que a dificuldade dessa comunicação vai além do profissional, estende-se até o espaço físico e organizacional da unidade, por este ser feminilizado. Couto et al. (2010) afirmam que a invisibilidade do homem, fruto da histórica feminilização dos serviços de saúde, reitera e reproduz, 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. Ratificando esta ideia, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirmam que os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, freqüentado principalmente por mulheres e compostos por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres, o que provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.

Também faz parte da RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino a necessidade do estabelecimento de conquista ou vínculo entre o profissional da Enfermagem e o usuário. Tal vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a sua participação durante a prestação de serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos que falam, julgam e desejam. (FERRAZ et al., 2009).

A comunicação não verbal tem uma maior representatividade quando é comparada à verbal, em se tratando da comunicação dos enfermeiros com homens. Araújo, Silva e Puggina (2007) mostram que os sinais não verbais têm efeito cinco vezes maiores que as palavras pronunciadas. Quando não há coerência entre o que é falado e o que é percebido, as pessoas dão maior importância à mensagem não verbal e desconsideram o que foi transmitido oralmente. Desse modo, inferindo que, embora o profissional da Saúde tenha um discurso verbal positivo e adequado com o paciente, seus sinais não verbais (postura corporal, tom de voz, distância pessoal, expressão facial, olhar) é que determinarão o caráter terapêutico da comunicação.

Os enfermeiros deste estudo conceberam uma comunicação sem técnica, aleatória, quando está direcionada aos usuários do gênero masculino. Stefanelli e Carvalho (2005) discutem a possibilidade de ser a expressão “estratégias ou técnicas de comunicação

terapêutica” confundida com algo a ser usado com rigidez e de forma repetitiva. Se isso acontecer, não se poderá mais discorrer sobre comunicação terapêutica, visto que as técnicas são guias, linhas gerais de ação ou sugestão, seguidas durante situação interpessoal com o paciente, de modo individualizado, com linguagem adequada ao nível da compreensão de cada um, de maneira que as mensagens veiculadas tenham a mesma significação para todos os pacientes.

No contingente da RS da referida comunicação, está compreendida a ação terapêutica que ela tem sobre o paciente, no tocante a sua saúde. Assim, a amostra desta pesquisa assevera que há dualidade em sua resposta: ora a ação é considerada como terapêutica, ora nada se confirma.

A ação, quando é terapêutica, ocorre devido a quatro fatores: presença de uma finalidade curativa, preventiva ou de atenção emocional ou psicológica; na presença de vínculo entre profissional e usuário; coligação com a saúde do idoso e postura ou abordagem do profissional. Quando não é terapêutica, advém da cultura machista; dos entraves; da carga horária de trabalho do usuário; da falta de estratégia para adesão do homem à unidade; do fato de ser utilizada mais com finalidade curativa do que preventiva e ser incorporada à saúde dos jovens e adolescentes.

Os autores Fermino e Carvalho (2007); Stefanelli e Carvalho (2005); Pontes, Leitão e Ramos (2008) alegam que a comunicação terapêutica é o instrumento e a competência terapêutica do profissional da Saúde em usar o seu conhecimento sobre comunicação humana, para ajudar o outro a descobrir e a utilizar seu potencial e para solucionar conflitos, enfrentar desafios, reconhecer limitações pessoais. Desta forma, contribui para a preservação e/ou restauração da saúde do paciente. Para Araújo, Silva e Puggina (2007), a comunicação terapêutica é valorizada como instrumento necessário ao processo do cuidar.

A comunicação não terapêutica consiste em: não saber ouvir, dar conselhos, usar jargões técnicos ou linguagem científica, promover uma falsa tranquilização no paciente, julgar os comportamentos, induzir respostas, manter-se na defensiva, mudar o assunto subitamente, comunicar-se de maneira unidirecional. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Perante toda a explanação da categoria I, que se refere à RS da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, cumpre ressaltar que as representações sociais definidas pelo psicólogo social francês Serge Moscovici não se confundem com outras produções cognitivas, apreendidas de forma segmentada, tais como: opiniões, atitudes, imagens e conceitos. As RS, na perspectiva desenvolvida por Serge Moscovici e Denise

Jodelet, neste sentido, mais do que um produto cognitivo são um guia para a ação, pois orientam as ações e as relações sociais. Como “sistemas” de concepções de imagens e valores, elas têm sua própria aceção cultural e sobrevivem independentemente das experiências individuais, tendo um caráter coletivo, visando a não computar as diferenças individuais, mas simplesmente as de grupo. (MOSCOVICI, 1978).

**CATEGORIA II** – O identificar os fatores que influem na efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

**PRIMEIRO NÚCLEO DA IDÉIA CENTRAL** – Os fatores apreciados como positivos na comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino foram: o vínculo entre profissional e usuário; o olhar detalhista, explorador e não mecanicista; ações preventivas em vez de curativas; disponibilidade de tempo; dinamicidade no atendimento; transmissão de segurança; acessibilidade; condutas e cuidados participativos; humanização e qualificação no atendimento; visão holística para com o usuário.

[...] a influência positiva surge, porque o enfermeiro, ele é um profissional que dá mais abertura, dá espaço pro usuário falar, colocar suas dúvidas. [...] Aí, nesse processo de vínculo, a gente consegue influenciar ele positivamente. Quando a gente quer influenciá-lo, a gente realmente consegue fazer com que eles possam vir à unidade [...] (DALAI LAMA).

[...] o olhar da Enfermagem, eu acho que às vezes ela é mais detalhista. Então ela explora mais. Então não é aquela coisa mecânica. Então às vezes a gente tem esse olhar que interpreta, que leva à resolução mais satisfatória [...] (KARL MARX).

[...] o enfermeiro tem um modo a mais, um modo assim melhor de se conversar [...] o olhar do enfermeiro é mais voltado para o lado preventivo do que o curativo [...] (ARIANO SUASSUNA).

[...] a gente tem uma aproximação muito grande com o usuário no sentido da conversa [...] nas visitas domiciliares, nas salas de espera. Então eu acho que essa aproximação, ela é bem positiva [...] (CARLOS DRUMMOND).

[...] o enfermeiro por estar bem presente no serviço, ele tem mais tempo, eu acredito pela demanda ser menor [...] ele influencia positivamente com este contato com o usuário [...] (JUSCELINO KUBITSCHKE).

[...] a influência é positiva se tu estiver disposto a escutar, se tu tiver disposto que a conduta seja participativa, que a conduta não veja só do lado do profissional, mas que ela se dê pelo acordo entre as duas partes [...] (PELÉ).

[...] a gente pode influenciar positivamente e a gente tá tentando isso quando convida o homem a participar do atendimento [...] (RENÉ DESCARTES).

[...] a forma como o enfermeiro conduz e dirige essa atividade terapêutica é mais humanizada, é de forma mais qualificada, usando a questão da promoção e da prevenção e tentando enquadrar e contextualizar o usuário como um todo, entendeu? [...] (WILLIAM SHAKESPEARE).

**SEGUNDO NÚCLEO DA IDÉIA CENTRAL** – Os fatores atendidos como negativos durante a comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino foram: as diferenças comportamentais dos homens; a feminização da categoria da Enfermagem; falta de capacitação para os profissionais para discutir o tema; condutas prescritivas e não participativas; preconceitos ou inquietações socioculturais.

[...] a nossa comunicação, por ser do sexo feminino, vai influenciar negativamente na conduta. [...] não consegui quebrar esse tabu de ter um gênero masculino com um gênero feminino conversando sobre sexualidade dele [...] (GANDHI).

[...] seria interessante que a gente tivesse mais assim: é uma educação continuada sobre como atuar com esse homem, né? e a gente não tem muito isso [...] (PABLO PICASSO).

[...] tem uma conduta que é completamente prescritiva, sem respeitar um monte de coisa, né? sem respeitar, sei lá, questão social e outras coisas e principalmente a bagagem que essa pessoa tem para te trazer. Então, não tem como ser positiva, vai ser negativa mesmo: o cidadão não vai querer voltar nunca mais [...] (PELÉ).

[...] para ele, é muito, muito difícil. Então muitas vezes, se a pessoa se mostra fechada pra escutar, realmente ele não volta e aí vai procurar o balconista, vai procurar outro jeito de se cuidar que não o mais indicado [...] (RENÉ DESCARTES).

[...] a maioria das vezes, por ser do sexo feminino, é uma questão de gênero, então ele diz: eu quero ir para o urologista. Isso não acontece só comigo, mas com a médica também, por ser do sexo feminino [...] (SANTOS DUMONT).

[...] ele mostrava grande resistência porque não estava habituado à prática de expor o seu genital pra que um profissional do sexo feminino fizesse uma avaliação [...] (JESUS).

As informações obtidas das falas dos entrevistados revelaram que eles, diante das representações que possuem sobre a comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, coligam fatores considerados como positivos e negativos.

Quanto aos fatores positivos, os enfermeiros atribuem o vínculo entre o profissional e o usuário como um deles. Nesta perspectiva, Schimith e Lima (2004) esclarecem que a noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário nem à sua participação na organização do serviço. As mesmas autoras ainda afirmam que a atividade clínica com continuidade, aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização pelas necessidades dos pacientes, sendo importante a aproximação do enfermeiro a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos e garantindo o equilíbrio entre autonomia e responsabilização.

As falas dos entrevistados também citaram como positivo o olhar detalhista, explorador e não mecanicista. Segundo Tesser (2009), há uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando-se pouco tempo ao paciente. Por outro lado, existem os méritos das práticas complementares, obtidas a partir do reconhecimento da população, da sociedade formal e em parte da Ciência Biomédica, para com o aumento na relação de solidariedade e proximidade entre cuidador e usuário, com garantia de maior satisfação com a abordagem filosófica, cosmológica e de significação, conhecida como holística.

Também foi feita menção positiva à visão holística, durante as entrevistas. Conforme Couto et al. (2010), os profissionais e os gestores, por não conhecerem a questão do cuidado integral dos homens e das mulheres como um problema da atenção primária com a saúde e não valorizarem situações que objetivamente caracterizam mudança, obrigam a permanência histórica de uma cultura de gênero na atenção para com a saúde.

De acordo com o contexto descrito, as ações preventivas em vez das curativas trazidas pelos entrevistados aderem perfeitamente a este imaginário simbólico. Toneli, Souza e Müller (2010), asseguram que, em relação às questões da prevenção e da promoção, pode-se perceber que os efeitos do movimento de incluir o homem no debate sobre a saúde não se restringem à saúde masculina, mas envolvem igualmente os programas de gênero destinados à saúde da mulher e das crianças, pois permitem que os homens se familiarizem com a participação nas questões que implicam a prevenção e promoção de saúde, inclusive a ampliação da noção de cuidado de si e dos outros.

As condutas e cuidados participativos desenvolvidos pelos enfermeiros para com os usuários do gênero masculino foram apreciados como positivos para uma comunicação eficaz entre eles. As artífices Coelho e Jorge (2009) assinalam que o PSF propõe uma mudança na organização do trabalho, o qual deve ser construído baseado em equipe, visando-se a prática mais resolutivas e integrais, tomando-se como eixo condutor o modelo de vigilância sobre a saúde. Essa mudança, concebida para a recondução da lógica assistencial, deve superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando o uso da epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas e participativas.

Destarte, Couto et al. (2010) ressaltam que os homens participam menos de consultas de enfermagem, as quais se orientam sobretudo, para o acompanhamento do pré-natal, da puericultura e de atividades educativas. Ainda enfatiza que, mesmo tratando-se da clientela

idosa, na qual há quantidade significativa de homens, verifica-se pouca presença masculina nos grupos educativos.

Dois fatores, já categorizados como respeitáveis por outros autores, também foram elencados pela amostra da pesquisa: a humanização e a qualificação no atendimento. De acordo com Cervera, Parreira e Goulart (2011), ao se tratar do processo de formação e qualificação de recursos humanos, é importante considerar o perfil do trabalhador a ser capacitado, além das suas necessidades. Como dever da instituição existe a responsabilidade pela educação continuada, visto que esta prática pode gerar repercussões satisfatórias no crescimento profissional da equipe, melhorando o atendimento aos usuários.

Quanto à humanização, Coelho e Jorge (2009); Brasil (2009) entendem humanizar o cuidado como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados como ramos de atividade na área da Saúde, no qual se ofertam tecnologias e dispositivos para a configuração e fortalecimento entre diversos setores da Saúde e da comunidade. Como recursos tecnológicos existem o acesso, o acolhimento e o vínculo, representados pela relação estabelecida entre os profissionais e usuários, a fim de que as ações de saúde sejam mais acolhedoras, mais ágeis e mais resolutivas.

O acesso também foi considerado como positivo neste processo de comunicação. Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade e mostra que eles, apesar de serem usados como formas ambíguas, têm significados complementares, porquanto a acessibilidade possibilita às pessoas a chegada aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para se alcançarem os melhores resultados possíveis. Portanto, o acesso surge como a possibilidade da consecução do cuidado, a partir das necessidades de inter-relação e de resolubilidade, extrapolando a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta dos serviços.

A disponibilidade de tempo foi outro destaque, junto ao primeiro núcleo da ideia central na categoria II. O termo tempo é empregado por Fontana e Siqueira (2009) como sinônimo de redução no período livre da vida, em decorrência da diminuição do poder aquisitivo, da sobrecarga de trabalho à qual a maioria dos profissionais da rede pública de saúde estão submetidos. Já para os entrevistados e para Couto et al. (2010), o tempo foi visto como fator preponderante sobre o bom atendimento ao usuário. Não obstante, o referido autor assevera que os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens do que às mulheres, ofertando-se a eles poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças.

Outro destaque da pesquisa foi a menção que os enfermeiros fizeram à dinamicidade do atendimento e à transmissão de segurança que eles oferecem aos usuários do gênero masculino. Para Silva, Alvim e Figueiredo (2008), o encontro presencial entre a pessoa do enfermeiro e a do paciente é considerado como tecnologia leve, pois este profissional transmite um sentimento de confiança, ajuda, segurança e de tranquilidade, que se desenvolve por meio do diálogo, da escuta sensível e da conversa, capazes de transformar a posição de insegurança e medo do paciente em um atendimento dinâmico e centrado nas ações técnicas e ético-humanistas.

O segundo núcleo da ideia central, na categoria II, foram os fatores tidos como negativos. Nestes estão as diferenças comportamentais dos homens, as quais, consoante Figueiredo (2005), eles adotam várias atitudes e comportamentos – muitas vezes considerados pouco saudáveis – que podem manifestar-se como necessidade em saúde e, no âmbito das UBS, ser abordadas mais eficientemente, sendo necessária uma abordagem em que se considerem as relações socioculturais da vida de um homem. Couto et al. (2010) ratificam essa ideia e acrescentam que os diferenciados comportamentos, que os homens adotam são influenciados pela organização da assistência na prática dos serviços de atenção primária (APS) dos profissionais.

Os preconceitos ou inquietações socioculturais existentes em todo ser humano e, conseqüentemente, nos enfermeiros foram firmados como fatores negativos. Carrara, Russo e Faro (2009) fazem referência aos preconceitos masculinos oriundos das suas crenças e valores constituintes de barreiras socioculturais. Estas irão influenciar as atitudes assumidas pelos homens para com a sua própria saúde.

Outro fator apresentado como contraproducente foi a feminilização da categoria da Enfermagem. Lopes e Leal (2005) alegam que a Enfermagem é uma profissão que espelha feminilização no setor. Nesse sentido, afirma-se a sua persistência na Enfermagem brasileira, sendo observada tanto na qualificação universitária, nos níveis técnicos e auxiliares, como nos diversos ambientes de atuação profissional.

Observou-se, nas falas dos entrevistados, que as condutas prescritivas e não participativas marcam uma negatividade na comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino. Reis et al. (2007) apreciam a existência de dificuldades na escuta e nas ações de educação em Saúde centradas em medidas preventivas, pois o enfoque de prevenção e educação do usuário se faz na perspectiva de prescrição de conduta. Não obstante, o usuário sai da unidade com uma prescrição de mudança de hábito a ser implementada em seu



cotidiano, sem ao menos levar em conta seus valores e modo de viver. Quase não é permitido ao usuário participar de seu projeto terapêutico, o que lhe acarreta a diminuição da adesão aos serviços de saúde pública.

Destaca-se a falta de capacitação dos profissionais para o tema, mencionada pelos depoentes, como o último fator proibitivo da estudada comunicação. Silva, Dias e Rodrigues (2009) asseguram que os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais situa-se a educação em Saúde, pautada nos processos de capacitação e educação permanente dos profissionais, relacionados com os processos educativos. Para que esses processos se deem de forma comunicacional, transformadora e, portanto, efetiva, a capacitação técnica dos profissionais não deve ser entendida como a simples aquisição de instrumentos e técnicas rígidas.

**CATEGORIA III** – O investigar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a elucidação da comunicação com os usuários do gênero masculino.

**NÚCLEO DA IDÉIA CENTRAL** – As estratégias empregadas para a comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino ocorreram mediante consultas vinculadas aos programas de saúde da mulher, hiperdia, tuberculose (TB), pré-natal, puericultura, planejamento familiar, saúde do idoso; ACS; flexibilidade nos horários de atendimento ou agenda livre; criação do Dia D do Homem; feiras de saúde; dinamicidade no atendimento; terapias comunitárias, espaço de convivência, atividades educativas; visitas domiciliares.

[...] a gente aproveita todos os momentos, todas as consultas [...], por exemplo na questão das DSTs das mulheres, quando a gente vai fazer o tratamento das esposas e que ela conversa e diz que o esposo não vai fazer, pedimos para elas trazerem eles [...] na consulta de hipertensão, de diabetes, de TB, todas as consultas que a gente tiver oportunidade com esse homem [...] (DALAI LAMA).

[...] durante as consultas de hiperdia, nas consultas de pré-natal, a gente não tem aqui um cronograma específico pra o homem. Então, quando ele vem à unidade, ele tá incluído nos programas geral da unidade [...] (KARL MARX).

[...] olhe! O tipo de estratégia que eu uso pra convencer um homem é convencer a mulher [...] (NELSON MANDELA).

[...] aqui o elo da gente é o ACS. A gente passa as informações pros ACS, pra tentarem trazer esse homem pra cá. [...] já agendam a consulta e não precisam vir para o acolhimento. [...] a gente também tem uma flexibilidade de horário pra aqueles homens que trabalham. [...] aí sim, tá pra sair o dia D no sábado ou num domingo, a gente já sentou em reunião, pra oferecer até o médico falou que conseguia um urologista pra trazer pra cá, umas palestras também, sobre DSTs [...] (ARIANO SUASSUNA).

[...] eu particularmente uso através da mulher [...] o dia D do homem, porque a gente sempre faz o dia D da mulher, e do homem nunca aconteceu, buscando a adesão dele ao seu tratamento, a adesão dele a ele mesmo. [...] o citológico também é uma forma bem interessante de trazer o homem, quando a mulher aparece com um problema genital, o homem se preocupa em saber como foi. Então começa as indagações, orientações, barganhas. [...] no planejamento familiar, eu tomo anticoncepcional, traz o esposo pra poder conversar sobre o assunto do anticoncepcional. Ele precisa acompanhar o uso também, tentar orientar ele [...] o dia D, como uma ação inicial para chamar esses homens e se tornar uma coisa sistemática [...] (BARACK OBAMA).

[...] Há mais no espaço de convivência. Então assim levamos palestras inclusive sobre saúde do homem, aproveita os estudantes do internato, estudantes de Enfermagem que estão aqui. [...] nós realizamos uma ação fora do nosso horário de trabalho, só pra saúde do homem. Na igreja, aqui na comunidade Nossa Senhora das Dores, tem o terço do homem nas terças feiras. Então a gente aproveitou esses homens que estavam lá para fazer uma ação com o médico, dentista ACS, o resultado foi muito bom [...] outra estratégia em cima disso é a demanda livre, a hora que ele chega, ele é atendido, certo? [...] (ALBERT EINSTEIN).

[...] a gente faz algumas atividades educativas que são interessantes, uma atividade na escola trabalhando com os adolescentes, fazendo a interface saúde- educação [...] uma manhã por semana a gente faz um atendimento na área e aí aquele cidadão que trabalha no comercio, próximo ao local que a gente faz o atendimento, ele participa da conversa que a gente faz, afere a pressão pelo menos e em trinta minutos ele foi e voltou para a loja [...] (PELÉ).

[...] na busca ativa também, quando a gente vai para a área, a gente faz busca ativa de casos novos de hipertensos e diabéticos e aí a gente encontra muito homem que não se cuida [...] também a gente faz um trabalho nas escolas com dentista, tenta pinçar um pouquinho dessa necessidade de se cuidar e traz também a questão da saúde do homem neste momento [...] (RENÉ DESCARTES).

[...] a gente vem executando algumas tentativas. Por exemplo: a gente teve algumas feiras de saúde [...] no terminal de ônibus que tem na minha área, a gente tentou conversar sobre câncer de próstata, álcool, drogas [...] (LULA).

[...] assim o acolhimento, na terapia comunitária que a gente aqui usa essa estratégia, agente também tem homens que participam, aí agente pode conhecer um pouco mais da vida dessa pessoa [...] (MICHELANGELO)

[...] agente oportunamente tem tentado quando esses homens trazem suas crianças para a vacina, para o peso da bolsa família, aí a gente tá convidando eles, na sala de espera para aferir a pressão, pra tá fazendo a glicemia e até solicitar alguns exames de rotina [...] no terço dos homens aqui na Igreja Menino Jesus, a gente tá trabalhando em parceria a partir das ações educativas, das rodas de conversas [...] (SANTOS DUMONT).

Diante da majestosa representação social da referida comunicação, encontra-se, essencialmente, a categoria III, que investiga as estratégias empregadas por esses enfermeiros no processo comunicacional com esses usuários.

Ficou evidente, durante as entrevistas, que não existe uma estratégia específica, ou seja, um serviço exclusivo testado e preconizado pelo MS como eficaz, para a ocorrência desta comunicação.

É pelo silenciamento que se pode apreender a relação dos homens com a saúde, pois a integridade dos homens neste campo é constituída justamente pela necessidade de investimento neste significativo em favor de uma subversão produtiva do termo *homens*, sobre outras bases. Do silenciamento ecoam, neste sentido, as dificuldades relatadas pelos usuários, tanto no acesso aos serviços de saúde, como na falta de identificação destes com as instituições, radicalizada pela ausência de serviços específicos para esta população. (TONELI; SOUSA; MILLER, 2010, p. 985).

Segundo Couto et al. (2010), não são identificadas estruturas formais de reconhecimento das necessidades sociais de saúde do homem, diferentemente das mulheres, crianças e adolescentes, ou seja, não há atividades específicas para a clientela masculina. Não obstante, o MS defende as ações programáticas em serviços de atenção primária para com a saúde, as quais são apreciadas por Ferreira et al. (2009) como práticas ou ações constituídas por uma forma de organizar o trabalho coletivo em um serviço de atenção integral, assegurando-se respostas aos problemas de saúde mais prevalentes num determinado grupo populacional.

Com o desígnio de sanar esta lacuna, materializada na ausência dessas ações específicas, os depoentes se utilizam, conscientemente, das consultas referentes aos programas já existentes, já referenciados: a saúde da mulher; hipertensão; TB; pré-natal; puericultura, planejamento familiar e saúde do idoso. Figueiredo (2005) assinala que é bastante disseminada a ideia de que as UBS são serviços destinados quase exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, com respeito à pouca presença masculina nos serviços de atenção primária para com a saúde.

A presença dos homens nas UBS ocorre: em diferentes faixas etárias; sem acompanhantes ou com acompanhantes; na posição de filho, pai, esposo ou companheiro; em participações episódicas ou uso continuado de atividades. Na configuração dessa presença, é preponderante a frequência de idosos e crianças, dado facilmente relacionado com os focos da APS, que, historicamente, está voltada ao segmento materno infantil e aos programas criados para as doenças crônicas, como o hipertensão (COUTO et al., 2010).

Não obstante, o referido autor acrescenta que a presença masculina ainda é muito tímida e geralmente inserida na adaptação de algumas estratégias, originalmente instituídas, como: o Programa de Atenção Integral para com a Saúde da Mulher; o Programa de

Planejamento Familiar e o Programa de Saúde da Criança. Esta presença aumenta quando, em determinadas atividades, especialmente nas consultas médicas, atendimentos em odontologia e atividades disponibilizadas em alguns serviços, como: fisioterapia respiratória; Programa de Tuberculose e Hanseníase; e Saúde Mental.

Constatou-se, nos depoimentos, que os enfermeiros utilizam-se da flexibilidade nos horários de atendimento denominados por alguns deles como agenda livre e como estratégia para a comunicação com os usuários do gênero masculino. Toneli, Sousa e Miller (2010) alegam que grande parte da dificuldade que os homens têm em procurar o serviço de saúde refere-se aos horários de atendimento, visto que, em horário comercial a maioria destes usuários está no trabalho e reluta em reorganizar ou solicitar ao chefe a possibilidade de dispensa para o tratamento ou prevenção.

As atividades educativas também fazem parte deste leque de estratégias utilizadas pelos enfermeiros. Couto et al. (2010) ressaltam que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Desta forma, os trabalhadores de saúde devem desenvolver, com conhecimento das práticas educativas, ações para os usuários, considerando conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir, coletivamente, saberes e práticas do cotidiano. Além das atividades educativas, os enfermeiros também referiram as feiras de saúde e o Dia D do Homem como estratégias importantes. Tais realidades já estão presentes ao cenário do município de João Pessoa, além de outros em todo o País.

De acordo com os depoimentos, as terapias comunitárias e o espaço de convivência são considerados como uma grande estratégia para a realização da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino. As autoras Rocha et al. (2009) dizem que a terapia comunitária aparece como uma tecnologia do cuidado, como um instrumento poderoso para a instalação, ainda que, na duração de um encontro, a prática democrática onde todos se sentem iguais na trajetória definida pela competência e experiência de cada um, somada aos recursos e as competências grupais.

Por fim, os entrevistados aludiram aos ACS e às visitas domiciliares como duas estratégias tidas fundamentais para a consolidação da pesquisada comunicação. Os ACS são o principal elo integrador entre a comunidade e a ESF. Eles têm por finalidade: colaborar nas ações de promoção da saúde e prevenção das doenças; fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde; atuar como mediadores entre as necessidades de

saúde das pessoas e o que pode ser feito para melhoria das condições de vida da comunidade. (RIBEIRO; SILVA, 2009).

Conforme Mandú (2008), a visita domiciliar é concebida como um meio extraordinário de aproximação entre o PSF e as famílias e favorece o acesso aos serviços, a construção de novas relações, a formação de vínculo entre usuários e equipe. Tem por finalidade evitar que aquele que tiver uma dada necessidade precise se deslocar até à USF para ser atendido, em situações que a pessoa se vê ou está impossibilitada de se deslocar devido à doença, falta de tempo, uma deficiência, uma situação de desconforto ou casos considerados de urgência.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu do pressuposto de que a comunicação terapêutica do enfermeiro caracteriza-se por um forte instrumento no cuidar e cuidado e na captação e adesão do homem aos serviços de saúde pública primária, além da percepção de que os enfermeiros possuem dúvidas e sentem-se inseguros ao comunicar-se com o homem, o qual procura assistência na resolução e/ou prevenção dos seus problemas de saúde. A referida pesquisa também esteve pautada na certeza de que as representações sociais surgem a partir de preconceções de imagens e valores, que sabendo-se, também, elas têm sua própria significação cultural, sobrevivendo independentemente das experiências individuais.

Ao longo desse estudo, procurou-se explorar aspectos relacionados com a problemática da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino, particularmente na atenção primária. Neste sentido, objetivou-se analisar as representações sociais da comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino, na atenção básica de saúde.

Para que ocorresse a análise das representações sociais dessa comunicação, necessitou-se identificar e investigar outros aspectos importantes, tais como: os fatores que influem na comunicação e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para que ela aconteça. Ambos os aspectos foram primordiais para a apreensão e, conseqüentemente, para a avaliação das representações sociais da referida comunicação.

A fim de adentrar-se no universo da comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino, permeado por ideologias próprias dessa população, a mestranda utilizou a análise de conteúdo de Bardin para tratar as informações coletadas e, conseqüentemente, captar a subjetividade das expressões relatadas. Inicialmente aos entrevistados perguntou os dados referentes à sua identificação. Estes, fizeram-na enxergar em que medida as variáveis etárias, sociais, culturais e formativas puderam interferir na representação da comunicação desses enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

Percebeu-se que a amostra constituiu-se por enfermeiros do sexo feminino. Tal dado influenciou, de maneira significativa, a representação da comunicação deste profissional com o universo masculino. Os enfermeiros entrevistados sobre a sua faixa etária comportaram-se de forma bastante heterogênea, o que doutrinou a representação de uma comunicação não uniformizada.

A maioria deles não era recém-formados, de forma que diagnosticando-se a ausência de disciplinas que contemplassem a saúde do homem e/ou comunicação em sua matriz curricular, o que fez influenciar negativamente a representação social dessa comunicação; no entanto, esta representação teve sua influência positivada, quando se percebeu que eles estavam, por um longo tempo, nas atuantes unidades saúde da família, caracterizando um estreito laço de confiança e vínculo entre o profissional da Enfermagem e a comunidade.

Quase toda a totalidade da amostra não possuía qualificação no processo de comunicação e/ou saúde do homem nem considerou com qualificação as conversas e orientações com os apoiadores e com a coordenação do Grupo Saúde do Homem da Secretária da Saúde do município. Isto faz chamar a atenção para a responsabilidade das instituições em qualificar esses profissionais para atuarem com o homem.

Os resultados obtidos das falas dos entrevistados revelaram que existem fatores tidos como positivos e negativos na comunicação em apreço. Os fatores apreciados como positivos estavam pautados: no vínculo entre profissional e usuário; no olhar detalhista, explorador e não mecanicista; nas ações preventivas em vez de curativas; na disponibilidade de tempo; na dinamicidade do atendimento; na transmissão de segurança; na acessibilidade; nas condutas e cuidados participativos; na humanização e qualificação do atendimento e na visão holística para com o usuário.

Enquanto que, os fatores elencados como negativos firmaram-se nas diferenças comportamentais dos homens, na feminização dos enfermeiros, na falta de capacitação para os profissionais em relação ao tema, nas condutas prescritivas e não participativas e nos preconceitos ou inquietações socioculturais. Durante observações, a mestranda entendeu que os enfermeiros, apesar de identificarem os fatores que contribuía, de maneira positiva, a comunicação, nem sempre faziam uso deles; no entanto, os entrevistados durante consultas, acolhimentos e ações educativas, utilizavam os fatores considerados como negativos.

De acordo com a pesquisa, as estratégias que os enfermeiros empregavam para se comunicar com os usuários do gênero masculino foram as que seguem: as consultas vinculadas aos programas de saúde da mulher, hiperdia, tuberculose, pré-natal, puericultura, planejamento familiar, saúde do idoso; a utilização dos ACS como agentes integralizadores; a flexibilidade nos horários de atendimento; a criação do Dia D do Homem; as feiras de saúde; a dinamicidade no atendimento; as terapias comunitárias, os espaços de convivência, atividades educativas e as visitas domiciliares. Desta forma, ficou evidente, durante as



entrevistas, que não existe uma estratégia específica, ou seja, um serviço exclusivo ajustado e recomendado pelo MS como eficaz para a ocorrência desta comunicação.

Ao se analisarem os fatores positivos, negativos e as estratégias referenciados pelos depoentes, ficou clara a participação deles na formação da representação social da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino.

No contexto da teoria das representações sociais, buscou-se identificar o conteúdo das representações vivenciadas pelos enfermeiros nos discursos de suas experiências cotidianas e de suas relações experimentadas. Assim, essa representação social, em que se precisa estabelecer vínculo, sem técnica ou conhecimento específico, utilizando-se mais o não verbal, foi externada como difícil, diferente, uma missão árdua. Dentre esses pilares, o difícil foi o que mais se destacou, sendo associado à cultura masculina do machismo, à carga horária de trabalho masculino, ao fato de a Enfermagem ser uma profissão eminentemente feminina, a estar vinculada a problemas sexuais ou urológicos e ao espaço físico e organizacional da unidade, o qual é feminilizado.

Neste sentido, se o elemento central é aquele que destaca o conteúdo mais socializado da representação, os elementos periféricos são aqueles que permitem os indivíduos manter as suas variações de sentido ou de “leituras” mais particularizadas do objeto. Deste modo, ao representarem a comunicação em apreço, os sujeitos da pesquisa demonstram partilhar um sentido coletivo e individualizado, mostrando que essas suas dimensões do real não se opõem. Aliás, esta foi uma das inquietações básicas que orientaram o pai desta teoria, o psicólogo Serge Moscovici.

Ainda referenciando as representações sociais, os entrevistados disseram que tal comunicação tem sentido dúbio em relação a sua ação terapêutica. Considerou-se como terapêutica quando foi associada aos idosos ou à saúde da mulher e não terapêutica quando foi coligada aos entraves culturais e à falta de estratégias específicas.

Cumprido ressaltar que as representações são bastante polissêmicas, portadoras de diferentes sentidos e significações. Portanto, se a representação social da comunicação mostrou-se extremamente útil para compreender as particularidades do sentido que cada enfermeiro construiu para produzir essa comunicação, essa importância se destacou ainda mais, quando se buscou compreender como a representação social ancorada no sentido de difícil, terapêutico e não terapêutico interferiu nas reações e condutas dos usuários.

Nessa perspectiva, acredita-se que este estudo contribua para a conquista de uma linguagem única, de um entendimento consensual da realidade sobre a comunicação do

enfermeiro com o usuário do gênero masculino e que, em uma última análise, para a determinação de mudanças no comportamento dos enfermeiros e usuários e para o estabelecimento de estratégias mais eficazes, na obtenção de uma comunicação terapêutica entre eles, reconstruindo uma masculinidade mais saudável desses usuários.



## REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário Ortográfico da língua Portuguesa**. 15.ed. São Paulo: Global, 2009.

APARIBENSE, P. G. G. de S.; BARREIRA, L. de A. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-82, set. 2008.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2010.

ARAÚJO, M. M. T. de; SILVA, J. P. da; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não verbal enquanto fator de iatrogênico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 419-25. 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Por dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ATAIDE, A. R. de L.; MACHADO, A. A.; JACOPETTI, S.R. A enfermagem como facilitadora na comunicação e educação em saúde de uma unidade do programa saúde da família de Curitiba. **Rev. Boletim de Enfermagem**, Curitiba, v. 2, ano 2, p.11-22. 2008.

AZEVEDO, D. M. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal – RN**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN, Natal, RN, 2008.

BAGGIO, M. A. et al. O significado atribuído ao papel masculino e feminino por adolescentes de periferia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 872-78, out./dez. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. revista e actualizada. Portugal: Edições 70, 2009.

BOURDIEU, Pierre, *Les règles Du L'art, genèse et structure du champ littéraire*. Paris, Éditions du Seuil. 1992. Disponível em:<<http://www.scholar.google.com.br/scholar?q=%20les%20règles%20de%20l'art,%20genèse%20et%20structure%20du%20champ%20littéraire>>. Acesso em: 10 de set. 2010.

BRAGA, E. M. **Competência em Comunicação**: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem. 2004. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.20, n.4, p.410-14. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 1997. Seção 1, p.295.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento transforma atendimento e gestão na atenção primária de Fortaleza. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 23, ano X, p. 15-8, jul./set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em: 24 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 20 set. 1990. Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 05 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/18142.htm). Acesso em: 05 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde. **O SUS de A à Z: Garantindo saúde nos municípios**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 475 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 3.ed.).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto de Desenvolvimento da Saúde (IDS). Universidade de São Paulo (USP). **Manual de Enfermagem no Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001. (Normas e manuais Técnicos, nº 135, Série A).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca\\_dab.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php)>. Acesso em: 01 ago. 2010.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 121-32. 2006.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem do Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, v. 19, n. 3, p. 659-78. 2009. Disponível em < <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 10 maio 2011.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p. 9-27.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidades**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. Saúde Colet.**, V.16, Supl.1, p. 1547-54. 2011.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.

CONNELL, R. W. On hegemonic masculinity and violence: response to Jefferson an Hall. **Theoretical Criminology**, v. 6, n. 1, p. 89-99, 2002.

\_\_\_\_\_. **The men and the boys**. Berkeley, CA: University of California Press, 2000.

\_\_\_\_\_. Understanding men: gender sociology and the men internacional research on masculinities, 200-. Disponível em: < [www.europofem.org/contri/204en/research-on-masculinities.pdf](http://www.europofem.org/contri/204en/research-on-masculinities.pdf)>. Acesso em: 20 ago.2010.

COSTA, K. N. F. M. **Modelo de comunicação verbal com o cego**: desenvolvimento e validação em consulta de enfermagem. 2009. 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

COSTA, A. M. N. O campo da pesquisa qualitativa e o método de explicitação do discurso subjacente. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 65-73, 2007.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v. 14, n.33, p. 257-70, abr./jun. 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 6 a 12 set. 1978, Alma-Ata, URSS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

FAVRETTO, D. O. et al. Comunicação verbal prejudicada: atividades empregadas VS. Atividades propostas na literatura. **REME**. Minas Gerais, v. 11, n. 3, p. 227-33, jul./set. 2007.

FERMINO, T. Z.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica em pacientes em transplantes de medula óssea: perfil do comportamento verbal e estratégia do efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 287-95, jul./set. 2007.

FERNANDES, F. **Dicionário de regimes de substantivos e adjetivos**. 26.ed. São Paulo: Globo, 2001.

FERNANDES, M. N. **Representação social do cuidado transcultural para o enfermeiro da saúde indígena**. 2010. 132f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN, Natal, RN, 2010.

FERREIRA, S. S. R. et al. As ações programáticas em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 23, ano X, p. 48-55, jul./set. 2009.

FIALHO, M. F. **Uma crítica ao conceito de masculinidade hegemônica**. Instituto Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2006.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.1-6, jan./mar. 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTANA, R. T.; SIQUEIRA, K. I. O trabalho do enfermeiro em saúde coletiva e o estresse: análise de uma realidade. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 491-98, jul./set. 2009.

FRANÇA, I. S. X. de; PAGLIUCA, L. M. F. Passos, caminhos e estradas do agir bioético na pesquisa com seres humanos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 87-94, 2004.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M., UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: Editora 34 Ltda., 1998. p. 31-50.

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

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: teoria e pratica**, v. 6, n.1, p. 31-44, jan./jun. 2004. Disponível em:< <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

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

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

JOÃO PESSOA. Secretária Municipal de Saúde. **Guia de Serviços do SUS: a saúde avança com a sua voz.** João Pessoa: SMS, 2009.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. p. 17-38.

JOURNAL OF MEN'S HEALTH AND GENDER. Introduction to the International Society for Men's and Gender (ISMH). v. 1. 2004. p. 8-11.

KNAUTH, D. R. et al. Os autores respondem: saúde do gênero masculino: uma abordagem em construção. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-34, 2005.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional de enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-25, jan./jun. 2005.

MACHADO, K. Tudo a ver com a saúde. **Radis**, Brasília, n. 87, p.10-13, nov. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O Ter e o Ser: Representações Sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 16, n.3, p. 555-568, 2003.

MICHAELIS Moderno dicionário da língua portuguesa. 1.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos- Abordagem de Programas Sociais. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MIRANDA, F. A. N. **Representações Sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano**. 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

\_\_\_\_\_. et al. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol.**, Londrina: v. 7, n. 1, p. 27-34, 2005.

MONTEFUSCO, S. R. A. et al. Comunicação verbal prejudicada da família: evidenciando a necessidade de desenvolver um novo diagnóstico de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 622-29, out./dez., 2009.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

\_\_\_\_\_. On social Representations. In: FORGAS, J. P. **Social Cognition: perspectives on everyday understanding**, London: Academic Press, 1981.



\_\_\_\_\_. Prefácio. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 7-16.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigações em Psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Representation Sociales: um domaine em expansive. In: JODELET, D. (Org). **Les Representation Sociales**. 4. ed. Paris: Presses, Universitaires de France, 1988. p. 42-9.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, **International Braz J Urol**, Rio de Janeiro, v.33, p. 1-7. 2007.

NÓBREGA, S. M. Sobre A Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001. p. 55-87.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M., JACQUES, M. G. C. **Psicologia Social Contemporânea**. Porto Alegre: Vozes, 1998. p. 104-15.

OLIVEIRA, P. S. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 01, p. 54-63. 2005. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 01 ago. 2010.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicologia: teoria e prática**, v. 6, n. 2, p. 75-87, dez. 2004. Disponível em: < [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872004000200007&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000200007&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 26 set. 2010.

ORDAHI, L. F. B.; PADILHA, M. T. C. S.; SOUZA, L. N. A. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, set./out. 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; FIUZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 411-18. 2007.

POLIT, F. D.; BERCK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-8, maio/jun. 2008

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. de. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 61-70. 2008.

- RIBEIRO, L. M. **Saúde mental e enfermagem: em busca da integralidade na ESF**. 2007. 118f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN, Natal, RN, 2007.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.
- ROCHA, I. A. da et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev. Bras. Enferm., Brasília*, v. 62, n. 5, p. 687-94, set./out. 2009.
- RODRIGUEZ, A.; ARRUDA, A. Labirintos do Tráfico: jovens envolvidos com o crime - motivações, ingresso e pertencimento. *Debates Sociais*, v. 67-68, p. 67-92, 2008.
- SÁ, C. P. A. Estrutura das Representações Sociais e a memória Coletiva. In: COUTINHO, M. P. L. et al (Org.). **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.
- SANTOS, R. M. dos; RIBEIRO, L. da C. C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 709-15, out./dez. 2010.
- SANTOS, R. C. A. **Trânsito de saberes na saúde da família e no programa de educação pelo trabalho e para a saúde: um estudo representacional**. 2010. 150f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN, Natal, RN, 2010.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov./dez. 2004.
- SEBOLD, L. F.; WATERKEMPER, R.; MARTINES, J. G.; MEIRELLES, B. H. S. Saúde e Gênero: questões e conceitos na produção científica de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 415-20, jul./set. 2008.
- SILVA, C. P.; DIAS, M. S. de A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1453-62. 2009.
- SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio - a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.
- \_\_\_\_\_. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C., CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.
- SOUZA, M. T. Saúde do homem trabalhador. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 36, p. 294. 2009.
- SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de Saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p. 1-15, nov./dez. 2007.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-08, jul./set. 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuição pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-42, ago. 2009.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. de; MÜLLER, R. de C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-94. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a15.pdf> >. Acesso em: 10 maio 2011.

TURA, L. F. R. Representações Coletivas e Representações Sociais: notas introdutórias. In: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004. p. 15-27.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Men, ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2001.



## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA: COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM USUÁRIOS DO GÊNERO MASCULINO: UM ESTUDO REPRESENTACIONAL**

**PESQUISADORAS:**

Jocelly de Araújo Ferreira

Rejane Millions Viana Meneses

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à dissertação intitulada **Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional** e desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rejane Millions Viana Meneses, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (84) 32153837 ou e-mail [rejane.millions@yahoo.com](mailto:rejane.millions@yahoo.com).

Afirmo que aceitei participar, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo estritamente acadêmico do estudo, que, em linhas gerais, é o de **analisar as representações sociais da comunicação entre os enfermeiros e os usuários do gênero masculino na atenção básica de saúde**.

Fui também esclarecido (a) de que os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada e de observação. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela mestrande e sua orientadora.

Fui informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos, e de que receberei uma cópia desse termo e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderei perguntar diretamente a Jocelly de Araújo Ferreira, no endereço: Rua Edvaldo Bezerra Cavalcante Pinho, Kadosh Residence, 320, Apt. 102, Cabo Branco, CEP: 58.045-270 ou pelo telefone (83) 3226-1295, e-mail: [jocellyaferreira@hotmail.com](mailto:jocellyaferreira@hotmail.com).

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no endereço: Hospital Universitário- HULW. 4º andar. Campus I. Cidade Universitária- João Pessoa (PB), Brasil, CEP: 58059-900, e-mail: [cephulw@hotmail.com](mailto:cephulw@hotmail.com) ou pelo telefone (83) 3216-7302/ Fax: (83) 3216- 7522.

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, a forma com que ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa, **Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional**.

**Participante da Pesquisa:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Pesquisadora responsável:**

Nome: Jocelly de Araújo Ferreira

Assinatura: \_\_\_\_\_

Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Campus Cuité, Rua: Olho D'Água da Bica S/N Cuité - Paraíba - Brasil CEP: 58175-000 Telefone: (83) 3372-1900

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no endereço: Hospital Universitário- HULW. 4º andar. Campus I. Cidade Universitária- João Pessoa/ PB- Brasil, CEP: 58059-900, e-mail: [cephulw@hotmail.com](mailto:cephulw@hotmail.com) ou pelo telefone(83) 3216-7302/ Fax: (83) 3216- 7522.

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

<b>1 – CLASSIFICAÇÃO DO SUJEITO</b>				
<b>a) Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
<b>b) Faixa Etária</b>	<b>20 – 30</b>	<b>31 – 40</b>	<b>41 – 60</b>	<b>&gt; de 60</b>
<b>c) Tempo de formado</b>				
<b>d) Há quanto tempo atua nesta UBS?</b>				
<b>e) Possui alguma qualificação na área de comunicação e/ou saúde do homem?</b>			<b>Sim</b>	<b>Não</b>

<b>2 – IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO</b>
<b>a) Você acha que a comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino é diferente da comunicação com a mulher?</b>
<b>b) Você considera que a comunicação do enfermeiro com o usuário do gênero masculino é terapêutica?</b>
<b>c) Como você explica isto?</b>
<b>d) Você acha que a comunicação do enfermeiro influi, positiva ou negativamente, na conduta do usuário do gênero masculino em relação à sua saúde?</b>
<b>e) Como você explica isto?</b>
<b>f) Quais e como são os procedimentos que você acha que o enfermeiro utiliza para se comunicar com usuário do gênero masculino?</b>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo. Sra. Gilanne da Silva Ferreira  
Colegiado Distrito Sanitário III da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Jocelly de Araújo Ferreira, matrícula nº 2010106849, CPF nº 007.949.254-13, está realizando uma pesquisa sobre **“Representação Social da Comunicação dos Enfermeiros com os Usuários do Gênero Masculino dos Serviços de Atenção Básica à Saúde”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto as Unidades de Saúde da Família de Mangabeira, no município de João Pessoa-PB.

Assim sendo, solicitamos de V. Senhora a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição e unidades de saúde no relatório final da investigação.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Natal, 19 de Outubro de 2010

*Jocelly de Araújo Ferreira*  
Jocelly de Araújo Ferreira  
(Mestranda - Pesquisadora)

*Gilanne da Silva Ferreira*  
Gilanne da Silva Ferreira  
Colegiado Gestor  
Distrito Sanitário III

Gilanne da Silva Ferreira  
Colegiado Distrito Sanitário III  
Matr. 47.661-7





## ANEXO A

Folha de Rosto

[http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha\\_rosto.cfm?vcod...](http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha_rosto.cfm?vcod...)

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 380047	
Projeto de Pesquisa Representação Social da Comunicação dos Enfermeiros com os Usuários do Gênero Masculino nos Serviços de Atenção Básica à Saúde					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Enfermagem, Comunicação, Gênero, Masculino					
<b>Sujeitos na Pesquisa</b>					
Nº de Sujeitos no Centro 20	Total Brasil 20000	Nº de Sujeitos Total 100000	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AÍD/S NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Material Biológico NAO	
<b>Pesquisador Responsável</b>					
Pesquisador Responsável Jocelly de Araújo Ferreira		CPF 007.949.254-13	Identidade 2224229		
Área de Especialização SAÚDE PÚBLICA		Meior Titulação ESPECIALIZAÇÃO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA EDVALDO BEZERRA CAVALCANTE PINHO, 320		Bairro CABO BRANCO	Cidade JOÃO PESSOA - PB		
Código Postal 58045-270	Telefone / 32261295	Fax		Email jocellyferreira@hotmail.com	
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 19 / 10 / 2010		 Assinatura			
<b>Instituição Colaboradora</b>					
Nome Prefeitura Municipal de João Pessoa		CNPJ 08.806.721/0001-03	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Secretaria Municipal de Saúde/ Distrito Sanitário III		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Praça Pedro Américo, 70		Bairro Centro	Cidade João Pessoa - PB		
Código Postal 58010970	Telefone (83) 3218-5628	Fax 83 32189270	Email cppm@joapessoa.pb.gov.br		
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: Gilanne da Silva Ferreira		Gilanne da Silva Ferreira		Gilanne da Silva Ferreira	
Data: 19 / 10 / 2010		 Assinatura Matr.: 47.661-7			

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 19/10/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)

IMPRIMIR

## ANEXO B



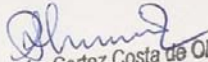
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
 HUMANOS - CEP**

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 26/10/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM USUÁRIOS DO GÊNERO MASCULINO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**. Protocolo CEP/HULW nº. 649/10, Folha de Rosto nº 380047, da pesquisadora JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 27 de outubro de 2010.

  
 Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
 Coordenadora do Comitê de Ética  
 em Pesquisa - CEP/HULW

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
 Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
 Fone: (83) 32167302 - Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

