

Título: *Salud Comunitaria y masculinidad: Aportes etnográficos desde una experiencia en la periferia de Brasil*

Autores:

Cé, João Pedro.¹

Pizzinato, Adolfo.¹

Oliveira-Machado, Rodrigo.¹

Strey, Marlene.¹

Alencar-Rodrigues, Roberta²

Filiación:

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Faculdade de Psicologia - Programa de Posgrado en Psicología.

²Universidad Autónoma de Barcelona – Programa de Posgrado en Psicología Social.

Contacto: raroberta@hotmail.com - Roberta de Alencar-Rodrigues

Panel:

P1. Hombres, vida laboral, familiar y personal

Resumen

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) ha sido implantada el 2009 por el Ministerio de Salud de Brasil. Se caracteriza por acciones dirigidas a facilitar el acceso y atraer la población masculina hacia las unidades de atención básica a la salud. Este movimiento se conecta a una preocupación generada por estudios que apuntan la poca presencia de los hombres en las unidades de salud, generada por factores culturales, psicológicos e institucionales. Este trabajo tiene por objetivo relatar una experiencia de esta Política puesta en marcha en un grupo de promoción de la salud y prevención de agravios en la periferia de Porto Alegre (Brasil). La recogida de datos ha sido realizada a través de notas de campo, realizadas siempre después de las reuniones, incluyendo las verbalizaciones de los participantes. Además de esto, el material pasa por la sistematización de las reuniones, planeamiento y relatos de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) implicados. Tal estrategia se inserta en una perspectiva comunitaria de análisis de necesidades y es una experiencia pionera que objetiva desarrollar parámetros para acciones más extensivas. Las prácticas desarrolladas confluyen hacia los principios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, sobre todo hacia el principio de equidad, una vez que intenta rescatar a una parcela de la población mayoritariamente ausente de los servicios sanitarios. Las acciones desarrolladas consideran las cuestiones referentes a la construcción social del masculino, que aun les mantiene en una posición asimétrica hacia el femenino, en términos de atención a la salud y en la vida social en general. El respeto a los referenciales culturales del grupo ha sido una posición necesaria para viabilizar el desafío a las naturalizaciones de roles sociales del cotidiano. Este vínculo es uno de los factores centrales en la acogida de los participantes, marcadamente pautada por sus relaciones con los ACS y la convivencia con los demás participantes en sus relaciones comunitarias.

Palabras Clave: Masculinidad; Salud Comunitaria; Prevención Sanitaria

Idioma: castellano

Introducción

En el año de 2008, el Gobierno Brasileño ha publicado la “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem” (PNAISH) con el intuito de guiar las acciones de atención básica a la salud de la población de sexo masculino, que segundo el texto de la misma política, accede menos a los servicios de salud. Lo que pretenden las directrices propuestas en la publicación es aproximar los hombres a los servicios sanitarios básicos, a fin de optimizar la prevención de problemas de salud que a menudo se presentan en estos sujetos, y no dejar que los varones accedan muy tarde a los servicios, y sólo a través de los especialistas. Tal estrategia objetiva que los costes estatales en salud disminuyan así como de las cargas emocionales que las enfermedades suelen traer a los acometidos (Brasil, 2008).

En este punto, cabe referir Bonino (2004) quien afirma que la masculinidad tradicional es un factor de riesgo a la salud, pues esta construcción cultural prescribe valores como la autosuficiencia que conlleva a los hombres a adoptar un estilo de vida poco saludable y a no tener cuidado en relación a su salud. Dado que son socializados a no buscar ayuda, resulta más probable que no recurran a los centros de salud. Entre los problemas característicos por la falta de auto cuidado, este autor enumera: accidentes de tráfico, consumo de sustancias psicoactivas, sida.

El Sistema Brasileño de Salud Pública (SUS) es caracterizado por directrices básicas y la PNAISH se basa en principios organizativos del sistema como la Integralidad y Humanización de la atención y se vale de las unidades de Salud de la Familia (ESFs) como escenario de elección para sus prácticas. Los dos conceptos aquí trabajados implican un tipo de atención con gran preocupación con todo el ser y su complejidad dentro del Sistema de Salud - desde la prevención hasta los más complejos tipos de intervención clínica además de sus características subjetivas, de forma integral. Además de esto, la humanización colore la integralidad por ser una postura de cuidado con preocupaciones que extrapolan a lo biológico del individuo considerando-le como un ser social y subjetivo, además de ubicar el servicio de salud en un rol de movilizar recursos (sean estos técnicos o comunitarios) con el intuito de mejor servir a la población y cambiar las realidades socio sanitarias en las que se encuentran (Brasil, 2004; Brasil 1990).

El cambio de las realidades en este caso debe pasar por entendimientos de la cultura local y por cuestiones de género, específicamente por la masculinidad. De este modo es necesario caracterizar a las posibilidades de lo masculino, tarea que no es fácil. El entendimiento se hace aquí del género, es como una variable transversal que establece un diálogo espectral entre la feminidad y la masculinidad (Gomes, 2009; Garcia, 1998) que se observa en la fluidez de una concepción de identidad dialógica. Este tipo de concepción identitaria es llamada de *dialogical self*, o *self* dialógico (Hermans, Rijks & Kempen, 1993; Hermans 1999) y atesta que el yo es constituido por diversas voces, como una sociedad, con múltiples totalidades que comparten características o divergen en opiniones, de modo conflictivo o no.

Así en diversos contextos socio-culturales existen reproducciones dicotómicas y estereotipadas de lo que se considera como masculino y femenino, orientando modos de relación entre las personas con base en la cultura hegemónica o por particularidades de una determinada comunidad.

En lo que respecta a las relaciones sociales, podrían ser caracterizadas en una perspectiva foucaultiana (2008) como “*modos de ser*” relacionados con las “*tecnologías del yo*”, o sea, como las formas de regulación de sí que consecuentemente revelan como el *yo* se relaciona con el *otro*, ya que para relacionarse consigo mismo uno objetifica su propio ser y, como consecuencia, establece una relación con otro (Bernades y Guareschi, 2004). Esta manera de comprensión abarca a los “*cuidados de sí*” como algo marcado por lo que los sujetos definen como identidad de género, o sea, cuales marcadores dicen que uno es “hombre” o “mujer”, direccionan los modos de ser y en consecuencia los cuidados de sí y del otro.

El presente trabajo es el relato de la experiencia en la conducción y participación en un grupo de atención a la salud masculina, en una Unidad de Salud de la Familia, en un barrio marginado del municipio de Porto Alegre (Brasil), basado en los presupuestos metodológicos de la etnografía participativa. Lo que se presenta aquí son reflexiones sobre las actividades desarrolladas, las vivencias en el espacio grupal y las propuestas de intervención para la vinculación de los hombres a las unidades, bajo una perspectiva de análisis de necesidades en comunidades, tal y como postula Sarriera (2010).

Aún que las intervenciones no sean exclusivamente las vinculadas a las ideas originales de la PNAISH, se ha intentado hacer una crítica al modelo

idealizado por sus creadores sin perder la vinculación con sus propósitos de acercamiento del sistema sanitario a los varones, en el ámbito preventivo. En la formación y desarrollo del grupo también se ha atentado mucho a los aspectos culturales y identitarios de estos hombres y sus comunidades, además de las reflexiones acerca de la formación de los profesionales de salud.

Método

La etnografía es una praxis orientada para el conocimiento del otro, los elementos culturales característicos de un grupo, comunidad, persona o situación social. De esta manera el investigador debe intentar un alejamiento de sus presupuestos culturales para que pueda organizar el conocimiento con vistas a los valores culturales de la comunidad a ser estudiada, sus interacciones simbólicas, significantes y significativas (Pujadas, 2004). Además de tal tipo de acercamiento a los objetos sociales de estudio, la etnografía permite una amplia aportación teórica, lo que posibilita generar un análisis más plural de los datos (Vidich & Lyman, 2003).

Como atesta el marco dialógico de Bahktin (2008), una investigación de carácter etnográfico debe alejarse de lo preconcebido al mirar el mundo, para que el fenómeno se contraponga a sus determinantes y se acerque a su vivencia cotidiana, casual, casi indefinida, en un intento de mirar a la cultura a ser estudiada sin la carga de prejuicios que el investigador ya posee, caracterizando una actitud marcadamente dialógica. Tal proceso es una herramienta antropológica válida no solamente para la investigación y su consecuente organización de conocimiento, pero también para que los profesionales sanitarios puedan mejor comprender a los contextos comunitarios

en que se insertan, aculturarse y así comprender los atravesamientos que la cultura trae al proceso salud/enfermedad, lo que posibilitaría, en tesis, una atención más integral de los usuarios del servicio.

El etnólogo tiene como principal herramienta de acceso y elaboración del fenómeno su mirada. Uno de los rasgos centrales de la etnografía es la observación participante, constituida por una comprensión de las relaciones que el investigador y los interlocutores establecen en su contacto, algo como el acto natural de vivir, intrínseco al cotidiano, pero con fin distinto, o de la comprensión científica.

Otra vez más se puede acercar la perspectiva etnográfica a la perspectiva dialógica de Bakhtin (2008), también con el concepto de *exotopía*, que ayuda a la comprensión acerca de la inserción del objeto en el contexto, así como a mirar a las características interactivas del contexto para la comprensión del fenómeno. La *exotopía*, como atesta el autor, es lo que posibilita la entrada del sujeto en el contexto donde se dan las acciones. Sin embargo, la mirada dirigida hacia el fenómeno no aísla el actor, aunque el observador y el actor sean la misma persona. Por más preparado que pueda ser el investigador, sus interpretaciones son herramientas que sufren la influencia de la aculturación, o sea, de su presencia original externa al contexto de observación.

La recogida de datos de esta investigación ha utilizado a las notas de campo para hacer el apañado de eventos, de los diálogos, el funcionamiento de las sesiones de grupo y las evaluaciones de los miembros, las visitas domiciliarias o las visitas a los establecimientos comerciales (tiendas, bares y cafeterías a que acudían los integrantes). Las notas de campo hacen la

objetivación de la experiencia, tornando los datos asequibles para el análisis después de pasado un tiempo desde los eventos ocurridos, siendo que el diario donde las notas se inscriben es el material principal de análisis en la perspectiva etnográfica.

En este sentido las anotaciones siguen las orientaciones de Pujadas (2004), como un diario de campo exhaustivo, donde las anotaciones hechas del cotidiano se centran en un único local. Frizzo (2008), además, elabora un modelo para el diario, que lo divide en dos ejes: descriptivo y reflexivo. La presente etnografía se basa en los dos modelos teóricos y ha añadido un tercer eje, como demuestra el esquema abajo:

1. Descripciones – Tipo de local, clima, lo que se dijo, las reacciones de los participantes, horarios y algunos sentimientos despertados en las situaciones.
2. Reflexiones – Las razones de los hechos e implicaciones para el tipo de relaciones que se establecen en el campo y los aportes teóricos que ayudan a la comprensión del fenómeno.
3. Preparación de la próxima intervención – Lo que queda comprendido genera ideas para el planeamiento de acciones que contribuyan para el andamiento del grupo, la formación de vínculos que posibiliten la manutención de las relaciones y actividades previstas hacia lo que el grupo quiere.

El análisis de lo que se ha vivido tiene el objetivo de discutir la existencia de los abordajes político-sanitarios, sus herramientas, perspectivas y el rol de los profesionales de salud hacia tal tipo de trabajo.

Resultados

El grupo de Salud Masculina se inició antes del ingreso de los estudiantes de las carreras sanitarias en el campo de prácticas de las ESF. La actividad ha sido idealizada por un Agente Comunitario de Salud (ACS) y un Profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) y empezó en el año de 2009, y desde entonces estuvo bajo coordinación de la médica jefe del equipo. El profesor implicado es uno de los tutores del Programa para el Trabajo en la Salud de la Familia (PET-Saúde), estrategia del Ministerio de Sanidad de Brasil para el desarrollo de las formaciones del área de la salud para la capacitación en la atención básica.

El grupo pasó a la coordinación de un estudiante PET del curso de Psicología el marzo de 2010. En sus principios, el grupo ha sido una puerta de entrada para los hombres lograren consultas medicas y pruebas. La primera coordinación no tenía tiempo para reunirse y discutir los contratos grupales y papeles, pero con el tiempo ha quedándose más sensibilizada al manejo de cuestiones que emergían en las discusiones. A partir de noviembre de 2010, con el inicio de la sistematización de la planificación previa de las sesiones (con estudiantes PET de las carreras de medicina y psicología) y las evaluaciones pos-actividad, el grupo ha empezado a ganar otra forma. Cuando los estudiantes no estaban participando de las sesiones los asuntos emergentes del grupo eran las pruebas y analíticas de los pacientes así como sus condiciones médicas generales. Con la participación de los estudiantes, la apertura a los demás temas ha aumentado significativamente. Los encuentros antes mensuales ahora pasan ocurrir de manera quincenal y duran de hora a hora y media.

La unidad sanitaria en que el trabajo se ha efectuado posee dos salas para consulta médica, una recepción, dos salas para vacunas o curativos; un baño para la equipo y otro para la población, un dispensario de medicamentos, dos salas de enfermería, una sala de espera, dos salas para otros procedimientos, dos pequeños depósitos, una área abierta y una sala de expurgo. Las actividades del grupo se realizan en la asociación de vecinos, que se queda al lado del ESF, en la misma construcción. El equipo mínimo requerido por el Ministerio de la Sanidad brasileño es compuesto por médico, enfermero, auxiliar de enfermería y 4 ACS y deben asistir a 1000 familias y no debería atender a más 4.500 personas. El presente equipo es doble y atiende a aproximadamente 8.800.

El barrio donde está esta unidad sanitaria es constituida de diversas micro-comunidades, donde los ACS actúan, siendo estos profesionales importantísimos para vinculación de la población en las actividades sanitarias. Así tenemos ocho micro-áreas de actuación divididas por cada uno de los ACS. La mayoría de los participantes del grupo vive en las mismas inmediaciones, donde un bar figura como punto importante de vinculación entre ellos y, más recientemente con el equipo, funcionando como un “puesto avanzado” del equipo sanitario, importante para las comunicaciones e informaciones referentes al grupo. Su importancia es visible ya que posee un gran flujo de personas y que su propietario es frecuentador asiduo y apoyador del grupo, desde su primera ida al grupo ha señalado: *“Una grande idea esta... Me quedo muy feliz de prestigiaros”* (Notas de Campo, nov/2010). En otra oportunidad, en una visita a su bar, después que un miembro del equipo tomó un café y ha

pedido la cuenta, contestó: *“Para los amigos es gratis”* (Notas de Campo, dez/2010).

El vecindario es caracterizado a mi vista por ser una de las localidades más tradicionales del barrio. Sus casas son buenas pero no ostensivas, típicas de clase media-baja. Los moradores son en mayoría trabajadores jubilados, lo que caracteriza esta micro-comunidad como algo más rica que el territorio total atendido por el equipo de salud. La comunidad cuenta además con un *cyber-café*, una tienda de electrónica, ferretería, otras tiendas menores y dos escuelas públicas.

En una de las visitas domiciliarias, hemos buscado a uno de los participantes del grupo, ya que él se había ausentado de los encuentros durante un mes. Gilberto¹ nos dijo que había sufrido un accidente vascular. Pero al acercarnos, nos dimos cuenta que llevaba una sonda y ha confesado, en la ausencia de las mujeres del equipo que se había operado de la próstata. Salimos con él para ir a la compra del periódico, a lo que nos hemos acercado a la Unidad de Salud, para donde Gilberto ha empezado a dirigirse. Le preguntamos se iba al grupo, en tono de broma, a lo que ha contestado, riéndose: *“Sí, con vosotros!”* (Notas de Campo, dez/2010).

Después de comprar al periódico y al final de más de media hora de charla y compañía, nos dijo que estaba muy feliz por tener esta visita, una vez que se quedaba mucho tiempo en casa sólo.

El tema de la próstata ha sido el eje central de muchos encuentros del grupo, no solamente en relación a los cuidados y prevención, pero también como motivador para discutir-se sobre toda la genitalidad masculina.

¹ Nombres ficticios

En uno de los encuentros que tuvimos con el grupo, se pudo oír la siguiente frase: “¿Por qué ustedes ponen este diseño? ¡Si fuera el de una chica, a nosotros nos gustaría mucho más! (risas)” (Notas de Campo, jul/2010). En el mismo encuentro, cuando hablábamos acerca de la vasectomía y otros cuidados reproductivos, uno de los participantes dijo: “¿Pero quién quiere morir sin poder hacer sexo?” (Notas de Campo, jul/2010). Tal expresión retrata muy bien el fuerte apelo que la virilidad, representada por las potencialidades eréctiles del pene, tiene sobre el status de la masculinidad en esta comunidad.

Estas expresiones, ancladas en los valores tradicionales también ponen en jaque los intentos del equipo en ampliar estas discusiones y concepciones, para un hombre que se mire y se conciba más allá de su pene o próstata. La mayor parte del grupo tenía poco interés en discutir sobre el funcionamiento de su cuerpo o sus vidas más allá del potencial sexual, lo que también hizo con que el equipo sanitario nunca “comprara” del todo la idea de un grupo menos enfocado en la salud reproductiva, una vez que los verbalizaciones de los participantes atestaran que la mayoría de las dudas biológicas que tenía el grupo habían sido sanadas hace mucho y, con eso y la fecha de una cita con la médica, la mayor parte de los participantes ya estaba satisfecha. Dijo uno: “Hoy me encantó la charla, saqué muchas dudas y salí del ESF con una cita. ¡Casi un milagro!” (Notas de Campo, out/2010).

Aunque los mitos y temores acerca de la próstata rindieron muchos frutos, han sido acciones educativas limitadas a la dimensión biológica. El asunto ha sido el más polémico (aun que para algunos haya sido el central) y la subjetividad masculina no ha llegado a ser una necesidad de discusión, o de cuidado. En el mismo grupo no teníamos una planificación inicial de

coordinación y nos hemos quedado, muchas veces en subgrupos. El número máximo de hombres que ha acudido a un encuentro ha sido de 17 hombres, donde muchos sí estaban allí para discutir, pero muchos nada más deseaban acelerar la cita con la médica, garantizada a los participantes del programa.

Pero el proceso de cuidado a las enfermedades también ha figurado en el grupo, una vez que en algunos encuentros se ha discutido no solamente su funcionamiento, pero también la relación de la población con la unidad de salud. En otra ocasión, por ejemplo, uno de los usuarios que había acudido al grupo, pero no logró cita médica, no dijo otro día por la calle: “Este grupo es *perrero*, no logro lo que quiero” (Notas de Campo, dez/2010). El contrato del grupo sólo se ha quedado claro cuando empezamos a perder la participación, lo que forzó al equipo a iniciar los planteamientos sobre la coordinación y sus cambios de actitud al establecer contrato a l inicio de las actividades.

Eso ha implicado a que se preguntara, más directamente al final de los encuentros, cuales asuntos los hombres tenían interés en discutir o aprender en los encuentros, lo que, poco a poco, nos ha acercando a la realización de un análisis de las necesidades sanitarias de la población masculina del barrio. Esta táctica inicial ha ofrecido buenas sorpresas también, ya que en un grupo se han escogido temas como la familia, o relaciones con hijos y nietos.

En uno de los encuentros consecutivos, uno de los participantes trajo su nieta de 9 años al grupo, por estar preocupado que ella estaba “muy lista” (Notas de Campo, ene/2011). Se ha podido notar que aun que convivan con muchas concepciones tradicionales del hombre “macho”, también las configuraciones familiares contemporáneas, en estos contextos implican a estos hombres a asumir el rol de cuidador, y que las demandas de salud son

algo que ultrapasa al biológico y que ni todos los usuarios necesitan una asistencia farmacológica y que el grupo puede ser un dispositivo de cuidado comunitario.

La vinculación a la comunidad posibilita una capacidad de traer estos hombres que tienen otras cuestiones más subjetivas, no necesariamente patológicas y que pueden disfrutar del grupo como una actividad promotora de salud, pues conocen a personas y intercambian experiencias de vida, además de encargarse de otras enfermedades en la familia, como ilustra el habla de un integrante: “Mi mujer fuma y tiene hipertensión... Le dije: ¡Quédate sin fumar, te hace daño! Busco a sus medicinas en el ESF. Mi hijo usa tóxicos, es mucho difícil lidiar con los problemas. Fabricio me dijo que es así, que un día también ha sido dependiente químico y que la familia necesita de apoyo” (Notas de Campo, ene/2011).

Aunque lo hizo a contra gusto, este intercambio abre espacio al apoyo y pertenencia a la comunidad y al servicio, ya que se crea un espacio de cuidado entre los hombres. Hay allí la posibilidad de crear redes comunitarias, pues son del mismo barrio, aun que antes no convivían.

Tuvimos muchos participantes que no han seguido en el grupo, por eso la identidad del grupo aún se encuentra en composición, pero hay perspectivas positivas cuanto al andamio de la actividad. A través del grupo, pudimos conocer algunos casos cerca de la comunidad y evaluar lo que los hombres de la comunidad quieren del servicio, aun que sea lejos del ideal de promoción de salud o prevención de agravios.

Los ejemplos descritos anteriormente ponen de manifiesto que los vínculos entre los miembros de la vecindad han cumplido diferentes funciones

como el apoyo emocional y la guía cognitiva desde la perspectiva comunitaria. Según Sluzki (1996) el apoyo emocional se caracteriza por interacciones que conllevan a un clima de comprensión y empatía, mientras el guía cognitiva se refiere a los intercambios dirigidos a dividir información.

Además consideramos que los aportes del modelo ecológico resultan útiles a la hora de entender este grupo de salud con hombres, pues Heise (1998) afirma que lazos fuertes en la comunidad aumentan la probabilidad que sus miembros intervengan y denuncien un problema. Por ejemplo, el estudio de Obasaju, Palin, Jacobs, Anderson y Kaslow (2009) revela que características de la vecindad como la presencia de vandalismo, consumo de drogas configuran características de la comunidad que desaniman los individuos a establecer vínculos con los vecinos y los demás sectores de la comunidad como por ejemplo los servicios de salud y el sistema educativo.

Cuando de la creación del SUS, uno de sus ejes principales ha sido (y aun es) la participación popular, algo con lo cual los equipos sanitario tienen una postura muy ambivalente. Desean a la participación ciudadana en las actividades, pero cuán la hay: “¡Nunca hay consulta aquí! A lo que la médica contesta: - ¡Usted puede ir a la corregidora del Ayuntamiento y reclamar que no hay médico, pues yo sola no puedo con todo eso!” (Notas de Campo, Mayo/2010)

Hubo allí un momento posible para incitar la participación de la población en planificación del equipo y del servicio, pero no ha sido posible movilizar al equipo para eso. Esta inmovilidad lleva a pensar hasta que punto las discusiones y los análisis de necesidades son efectivas en las comunidades y

que los indicadores marcados por el Ministerio no son suficientes para que el servicio sea visto con mejorías y que las actividades estén orientadas por indicadores que no condigan con las reales necesidades del ESF.

Es importante destacar el rol que tuvo el único ACS hombre del equipo, figura que acreditó mucho en el grupo y que fue responsable por su creación. Por ser gran conocedor y vecino de la comunidad, en su área de trabajo hicimos diversas visitas, pero la vinculación ha sido baja en su vecindario, probablemente por lo alejado que está de la unidad de salud.

Conclusiones

La PNAISH en su texto oficial trae contribuciones importantes para el planteamiento de las acciones profesionales en la Atención Básica a la Salud Masculina. Sin embargo, se debe tener en cuenta que su texto es contradictorio y poco instrumental, basando sus directrices en 5 grandes aéreas de atención (cardiología, urología, salud mental, gastroenterología y pneumología), obtenidas por datos epidemiológicos nacionales generales, que suelen llevar a una lectura menos contextualizada del problema y por veces menos humanizada.

Lo que se queda por pensar es que las fronteras del masculino y femenino son muchas de veces sutiles, pero no invisibles. El cuidado con los demás se caracteriza como uno de los aspectos posibles del masculino, aun que no sea explícitamente dicho o reconocido como tal por los integrantes. Se ha revelado también que el análisis de necesidades comunitarias, cuando aborda cuestiones de género, las encuentra moldeadas diferentemente de los estereotipos y que la formación en salud debería tener más atención a una

mirada multidisciplinaria, ya que la salud de las comunidades comporta aspectos tanto biológicos como culturales y psicológicos.

Aún, es posible decir que las ESF tienen dificultades en organizar su actividad en una perspectiva comunitaria, una vez que la demanda de la población es por citas particulares y el servicio identificase con la atención individualizada, sin desafiar tal ideología vigente. Creemos que un trabajo de promoción de la salud debe iniciar con vínculo mas próximo a la comunidad y no dejar que este trabajo sea efectuado solo por los ACS, lo que lleva al aislamiento de las acciones de los equipos, desvinculación de los servicios de las necesidades reales de la población, alejando la participación popular disminuyendo el carácter comunitario de la atención a salud.

Bibliografía:

Bahktin, M. (2008), *Estética de La creación verbal*, Buenos Aires, Siglo XXI.

Bernardes, A. G. & Guareschi, N. M. F. (2004) <<Trabalhadores da Saúde Mental: Cuidados de Si e Formas de Subjetivação>>, *Psicologia USP*, 15(3): 81-101.

Bonino, L. (2004). Masculinidad, salud y sistema sanitario, en Consue Ruiz-Jarabo & Pilar Blanco (Org.), *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección. Cómo prevenir desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Barcelona, Ediciones Díaz de Santos.

Brasil. (2004), Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

Acesso ,m: 10 de janeiro de 2011.

Brasil. (1990), Lei. Nº 8.080, de 19 de setembro de 2009, Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em : <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> acesso em 10 de janeiro de 2011

Brasil. (2008), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>

Acesso em: 10 de janeiro de 2011.

Foucalut, M. (2008), *Tecnologias Del Yo*. Barcelona, Paidós

Frizzo, K. R. (2010), <<Diário de Campo: Reflexões epistemológicas e metodológicas>>, em Jorge Castellá & Enrique Teófilo Saforcada (Org.), Introdução à Psicologia Comunitária, Porto Alegre, Editora Sulina

Garcia, S. M.(1998),<< Conhecer os homens à partir do gênero e para além do gênero>>, em Arilha, Margareth. ; Unbehau, S. G & Medrado, Benedito. (org.) Homens e Masculinidades: Outras Palavras, São Paulo, Editora 34.

Gomes, R. (2009), Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Heise, L. (1998) Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.

Hermans, H. J. M (1999), <<Dialogical Thinking and self-Innovation>>, *Culture & Psychology*. 5, (1), 67-87

Hermans, H. J. M.; Rijks, T. I. & Kempen, H. J. G. (1993) <<Imaginal Dialogues in the self: Theory And Method>>. *Journal of Personality*. 61(2), 207-236.

Obasaju, M.; Palin, F.; Jacobs, C.; Anderson, P. & Kaslow, J. (2009). Won't You be My Neighbor?: Using an Ecological Approach to Examine the Impact of Community on Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 38-53.

Pujadas i Muñoz, J; Comas D'Argemir, D. & Roca i Girona, J. *Etnografia*. Barcelona, UOC

Sarriera, J.C (2010) <<Análise de necessidades de um grupo ou comunidade: a avaliação como processo>>, em Sarriera, J. C. & Saforcada, E. T. (Org.) (2010), Introdução à Psicologia Comunitária. Porto Alegre, Editora Sulina

Sluzki, C. (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Editorial Gedisa.

Vidich, A . J. & Lyman (2003), <<Métodos Qualitativos: sua história na sociologia en a antropologia>>, em Denzin, N. K & Lincoln (Eds) (2003), *O planejamento da pesquisa qualitativa*, Porto Alegre, Artmed