VANESSA LUZIA QUEIROZ SILVA

Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Educação para a saúde e formação de recursos humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno.

Ribeirão Preto
2009

Nome: SILVA, Vanessa Luzia Queiroz

Título: Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Dedico este estudo à minha família e ao Marcus por serem meus instrumentos divinos de dedicação, paciência e carinho permanecendo ao meu lado incansavelmente em todos os momentos da elaboração deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, da sabedoria e do discernimento.

Aos meus pais Sebastião e Rita, pelo amor, dedicação, compreensão e tolerância pelas ausências.

Aos meus irmãos Rodrigo e Rogério, pelo exemplo, respeito e confiança.

À minha sobrinha Anna Luiza pela inspiração e alegria proporcionadas por razão de seu nascimento ao longo desta trajetória.

Ao meu namorado Marcus Vinicius pela dedicação, presença, renúncia e amor.

À Profª Drª Sônia Maria Villela Bueno pela acolhida calorosa como sua orientanda, pela convivência amigável e por me oportunizar uma verdadeira lição de vida e de aprendizagem, pautadas na liberdade e no amor.

Aos professores Manoel e Ana Paula pela disponibilidade, colaboração, carinho, competência e credibilidade.

Aos colegas orientandos da Professora Sônia e integrantes do grupo de pesquisas CAESOS pela amizade, colaboração e incentivo.

À minha amiga-irmã Yácara pela existência e presença marcante em minha vida, mesmo à distância.

À amiga Jana pela confiança, carinho, amizade e alegria.

À Dona Cida e Sr. Edílson pelo estímulo e confiança.

Aos cunhados (as) e concunhados (as) Deise, Thaisa, Fernanda, Marina, Matheus, Túlio, Vanessa, Moisés e Zorô pela amizade.

Aos meus familiares e amigos pela torcida e apoio ao longo do estudo.

À Elexandra, pela amizade, companheirismo, confiança, estímulo, exemplo e convivência.

À Jack, minha querida amiga e companheira de trabalho pelo apoio, compreensão e colaboração em todas as etapas deste estudo.

À Keli pelo incentivo, carinho e oportunidade de conhecer a Soninha.

À toda Equipe de Saúde da Família Penha I, pelo apoio e contribuição sem medidas para a realização do estudo.

À equipe da Coordenação da Atenção Primária à Saúde pela paciência, amor, compreensão e convivência amigável.

Aos enfermeiros dos PSF's meus queridos colegas de trabalho pela confiança e estímulo.

Às Estagiárias da Coordenação do PSF, minha gratidão e admiração à todas.

À querida estagiária Lidi, pelo apoio, disponibilidade e dedicação.

À Talissa pela acolhida e companhia em Ribeirão Preto que me proporcionaram segurança e alegria durante esta trajetória.

Aos Secretários Municipais de Saúde Dr. Cleiton Piotto Assunção e Dr. Gilberto Kirchnner Mattar pelo reconhecimento, apoio e oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Aos diretores, funcionários e colegas professores do CEFAN por me incentivarem em todos os momentos desta trajetória.

A todos os meus alunos pelo apoio, credibilidade e inspiração.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde pela amizade.

Aos profissionais do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP pela disponibilidade, carinho e paciência.

Aos funcionários da EERP pela receptividade e colaboração.

Aos colegas de pós-graduação pela oportunidade de aprendizagem, por compartilharmos experiências e conhecimentos.

Ao professores Godinho, Tia Tereza e Raquel pela dedicação e paciência na revisão e correção do estudo.

Ao Vinicius Muzetti pela cautela e capricho na correção e formatação deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a consecução do estudo, com orações, atenção e confiança, a minha eterna gratidão.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver”.

Martin Luther King

RESUMO

SILVA, V. L. Q. **Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação.** 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

INTRODUÇÃO: O presente estudo centra-se na perspectiva de se trazer subsídios para a promoção da saúde e da sexualidade masculina na Atenção Primária à Saúde, de forma a contribuir nas discussões e propostas para a efetivação da Política de Atenção Integral à saúde do homem, sobre os efeitos dos processos relacionados à sexualidade e gênero. Além disso, buscamos através dele, oportunizar a qualificação de recursos humanos, na perspectiva de subsidiar linhas de cuidado que resguardem a integralidade, sobretudo na atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família, a partir do reconhecimento de que a população masculina acessa menos o sistema de saúde, e que este acesso acontece especialmente por meio da atenção especializada, o que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que as ações de saúde não se restrinjam à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. **OBJETIVO:** Compreender o sentido que os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família atribuem à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, em um contexto sociocultural, bem como, de desenvolver uma atividade educativa com os sujeitos do estudo, a partir da pesquisa-ação com referenciais teórico-metodológicos de Paulo Freire. **METODOLOGIA:** Tal estudo é de natureza qualitativa e humanista, apoiada em uma abordagem compreensiva e mediatizada pela pesquisa-ação. O local de realização desta pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Penha I, também conhecida como Sebastião Lúcio Ferreira. Os trabalhadores que compõem a equipe de Saúde da Família Penha I, os quais representam os sujeitos do estudo são um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde e uma recepcionista. Para a coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação participante envolvendo todos os membros desta equipe, os quais aceitaram voluntariamente participar do estudo. Os dados obtidos a partir das falas emitidas pelos sujeitos pesquisados, bem como pela observação participante, foram transcritos, digitados, analisados qualitativamente, e, portanto categorizados a partir do referencial de Freire (1992). **RESULTADOS:** Os resultados evidenciam a predominância do ideário masculino associado a sucesso, poder, força, virilidade e invulnerabilidade, explicitados através de percepções compatíveis com este ideário masculino, uma vez que expõem de maneira simples associações de ser homem com designações de machismo, autoritarismo, fortaleza e comando, além de valorização excessiva da sexualidade e virilidade.Entretanto, entendemos que quando os homens tentam seguir esse modelo masculino, acabam se comportando de maneira inexpressiva e competitiva, o que compromete suas necessidades básicas. Evidenciamos também a necessidade de priorização da atenção à saúde do homem através da ESF, a partir de políticas de saúde que assegurem seus direitos enquanto sujeitos de atenção, bem como a Educação para Saúde dos trabalhadores na linha da integralidade.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Sexualidade Masculina. Saúde da Família. Educação para a Saúde.

ABSTRACT

SILVA, V.L.Q. **Masculine sexuality and the man health in the family health strategy: working with the team the research-action.** 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

Introduction: The present study is centered in the perspective of to supply subsidies for the health promotion and the masculine sexuality in the Health Primary Attention to contribute to discussions and proposals to carry out Politics Whole Attention to the man health on the process effects related to sexuality and gender. Moreover, we search for through it to become opportune the human resources qualification, in the perspective of to subsidize care ways which protect the integrality, Above all in the primary attention through the family health strategy, from the re cognition that the masculine population access fewer the health system and that this access happens especially through specializes attention and this requires processes the primary attention strengthen and qualification in order that the health actions don't be restricted to the recovery, guaranteeing, mainly the health promotion and prevention to avoid aggravations. **OBJECTIVE:** understand the meaning that the workers of Family Health Strategy give to masculine sexuality and to cares of men health in socio-cultural context, as well as, develop an educational activity with the peoples of the study, from the research action with theoretician methodical of Paulo Freire. **METHODOLOGY:** This study is a quality and humanist kind and deals with understanding and based on the research-action. The place of this research accomplishment was the Family Health Unity of Penha I, also knew as Sebastião Lucio Ferreira. The workers that compose the Family Health Team of Penha-I and who represents the study people are: a doctor, a nurse, a nursing technical, six health community agents and a receptionist. For the collection of data it had been utilized the semi-structured interview and the observation participated involving all the members of this team, which accept voluntarily participate of this study. The data gotten from the speech get out by people researched, as well by the observation participating had been transcribed, typed, analyzed qualitatively, and therefore, categorized from the Freire referential (1992). **RESULTS:** The results reveal the prevalence of the masculine ideal associated to the success, the power, the strength, the virility and the invulnerability, explained through the perception compatible with this masculine ideal, since these results reveal, in a simple way, the associations of being a man with male assignments, authoritarianism, strength and command, beyond the extreme sexuality and virility valorization. However, we understand that when the men try to follow this model, end up by behave in a way expressionless and competitive, and this compromises their basic needs. We show, also, the necessity of the man health attention priority through the Family Health Team, from the health politics that assures their rights as a people in attention, as well the education to the health workers in the way of integrality.

Key works: man health; masculine sexuality; family health; health education

RESUMEN

SILVA, V. L. Q. **Sexualidad masculina y la salud del hombre en la estrategia de Salud de Familia: Trabajando con el equipo la investigación-acción.** 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

INTRODUCCIÓN: El actual estudio está centrado en la perspectiva de alcanzar subsidios para la promoción de la salud y la sexualidad masculina en la atención primaria de la salud, de manera a contribuir en las discusiones y en las propuestas para la efectuación de Política de la atención integral a la salud del hombre sobre los efectos de los procesos relativos a la sexualidad y género. Además, buscamos a través de este estudio, hacer oportuna la calificación de los recursos humanos, en la perspectiva de subsidiar las líneas del cuidado que resguarden la integración, sobretodo en la atención primaria a través de la estrategia de salud de la familia, a partir del reconocimientote que la población masculina busque menos el sistema de la salud y que esta búsqueda sucede especialmente por medio de la atención especializada, el que requiere procesos de fortalecimiento y calificación de la atención primaria para que las acciones de salud no se limiten a la recuperación, garantizando, principalmente, la promoción de la salud y la prevención a los daños que pueden ser evitados. **OBJETIVO**: Comprender el sentido que los trabajadores de la Estrategia de salud de la familia le atribuyen a la sexualidad masculina y a los cuidados de la salud del hombre en un contexto sociocultural, además de desarrollar una actividad educativa con los sujetos del estudio, partiendo de pesquisa-acción con referenciales teórico-metodológicos de Paulo Freire. **METODOLOGÍA**: Este estudio es de naturaleza cualitativa y humanista embasada en un abordaje comprensivo por medio de la investigación-acción. El sitio para la realización de esta pesquisa fue la Unidad de la Salud de la Familia de Penha I, también conocida como Sebastião Lucio Ferreira. Los trabajadores que componen el equipo de la Salud de la Familia de Penha-I y que representan los sujetos del estudio es: un médico, una enfermera, una técnica de enfermería, seis agentes comunitarios de salud y una recepcionista. Para la recolección de datos fueran utilizadas la entrevista medio-estructurada y la observación participante involucrando todos los miembros de este equipo, que aceptaran participar voluntariamente de este estudio. Los datos obtenidos a partir del discurso de los sujetos investigados y también por la observación han sido transcritos bien, mecanografiados, analizados cualitativamente y por lo tanto, divididos en categorías conforme referenciales de Freire (1992). **RESULTADOS**: Los resultados evidencian el predominio del ideal masculino asociado al éxito, al poder, a la fuerza, el virilidad y el invulnerabilidad, explicados a través de las percepciones compatibles con este ideal masculino, puesto que estos resultados revelan, de manera simple, las asociaciones de ser hombre con las asignaciones de machismo, autoritarismo, fuerza y comando, además de la valorización de la sexualidad y del virilidad. Sin embargo, entendemos que cuando los hombres intentan seguir este modelo masculino, terminan comportándose de manera inexpresiva y competitiva, él que compromete sus necesidades básicas. Demostramos, también, la necesidad de la prioridad de la atención a la salud del hombre a través del Equipo de la Salud de la Familia, partiendo de las políticas de salud que aseguren sus derechos en cuanto son sujetos de atención y, también, aseguren la educación para los trabajadores de manera integral.

Palabras llaves: salud del hombre; sexualidad masculina; salud de la familia; educación para la salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Identificação dos sujeitos pesquisados, segundo, idade, sexo, estado civil e religião 52

Quadro 2 Identificação dos sujeitos pesquisados, segundo, escolaridade, categoria profissional, formação profissional, tempo de atuação na ESF, experiências profissionais anteriores à atuação na ESF 53

Quadro 3 Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 1 - Qual o significado que você atribui para o ser homem? 55

Quadro 4 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 2 - Como você percebe a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem, no que se refere à prevenção, promoção e recuperação da saúde? 61

Quadro 5 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 3 - Que sentido você atribui aos cuidados com a saúde do homem, a partir dos aspectos: biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais? 68

Quadro 6 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 4 - Fale um pouco sobre a procura do homem pela Estratégia de Saúde da Família 80

Quadro 7 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 5 - Quem procura mais por atenção à saúde nesta Unidade de Saúde da Família: homens ou mulheres? Por quê? 82

Quadro 8 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 6 - Em geral, na Estratégia de Saúde da Família quais são as maiores buscas dos homens para atenção a saúde? 93

Quadro 9 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 7 - Nesta unidade, existem ações voltadas para atenção integral para saúde dos homens? 99

Quadro 10 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 8 - Qual (is) ação (s) você sugere para a atenção integral à saúde do homem através da Estratégia de Saúde da Família? 102

Quadro 11 Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos, referente à questão norteadora de número 9 - Quanto à educação permanente de trabalhadores sobre a temática de saúde do homem e sexualidade masculina, você sugere algum (s) tema (s) para a realização de uma atividades educativas com os trabalhadores desta ESF? 112

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

2 OBJETIVOS 21

2.1 Objetivo geral 21

2.2 Objetivos específicos 21

3 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA 22

3.1 Breve histórico sobre homens e saúde 22

3.2 A saúde do homem e a sexualidade masculina 23

3.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 26

3.4 Sexo e gênero em foco 30

4 METODOLOGIA 37

4.1 Caracterização do estudo 37

4.1.1 A pesquisa-ação sustentada pela pedagogia conscientizadora da ação-intervenção educativa de Paulo Freire 39

4.2 Local do estudo 40

4.3 Sujeitos do estudo 43

4.4 Estratégia de investigação 44

4.5 Análise dos dados 47

4.5.1 Diretrizes metodológicas para a análise dos dados segundo freire, adaptado por Bueno (2001) 48

4.6 Recursos utilizados 50

4.7 Princípios éticos 51

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 52

5.1 Apresentando os sujeitos do estudo 52

5.2 Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos a partir das questões norteadoras 55

5.2.1 Categorização do significado do ser homem 56

5.2.2 Síntese interpretativa I: significado do ser homem 57

5.2.3 Categorização da percepção da sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem 62

5.2.4 Síntese interpretativa II: a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem 64

5.2.5 Categorização dos sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde do homem, a partir de aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais 71

5.2.6 Síntese interpretativa III: sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde do homem, a partir de aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais 73

5.2.7 Categorização sobre a procura de homens pela estratégia de saúde da família 80

5.2.8 Categorização sobre quem procura mais por atenção a saúde naquela ESF, homens – mulheres. Por que? 83

5.2.9 Síntese interpretativa IV: A procura de homens pela estratégia de saúde da família. 85

5.2.10 Categorização das buscas dos homens por atenção à saúde através da ESF 93

5.2.11 Síntese interpretativa V: as buscas dos homens por atenção à saúde através da ESF 95

5.2.12 Categorização referente às ações integrais voltadas para a saúde do homem desenvolvidas na ESF 101

5.2.13 Categorização das ações sugeridas para atenção integral à saúde do homem através da ESF 103

5.2.14 Síntese interpretativa VI: ações integrais voltadas para a saúde do homem 105

5.2.15 Categorização referente à educação permanente de trabalhadores sobre as temáticas: saúde do homem e sexualidade masculina, sugeridas para realização de atividades educativas 113

5.2.16 Síntese interpretativa VII: educação permanente com os trabalhadores da ESF 115

6 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA 122

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 128

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 133

APÊNDICES 142

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 143

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA 145

ANEXO 147

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO 148

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMBES	Ambulatório Escola
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CSE	Centro da Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa
DST	Doença sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FESP	Fundação de Ensino Superior de Passos
GRS	Gerência Regional de Saúde
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NAE	Núcleo de Apoio à Estomaterapia
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PA Pronto Atendimento

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PSA Antígeno Prostático Específico

RH Recursos Humanos

SBU Sociedade Brasileira de Urologia

SC Saúde Coletiva

SES Secretaria de Estado de Saúde

SF Saúde da Família

SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM/Datasus Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SP Saúde Pública

SUS Sistema Único de Saúde

THD Técnico em Higiene Dental

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

UTI Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de Atenção Primária (AP), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

A não procura pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, caso a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados, se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

A resistência masculina à APS aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

Assim, trazemos as temáticas homem e saúde para a pauta de atenção, no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando uma discussão quanto às transformações que vêm ocorrendo nas políticas de saúde do Brasil, as quais têm proporcionado mudanças na maneira de se pensar em saúde, propondo um novo olhar quanto às prioridades de atenção que anteriormente, apresentavam-se focadas numa abordagem biologicista, reducionista, agudocêntrica e curativista, marcada por um cuidado fragmentado, individual e especializado (BRASIL, 2007).

Nesse processo de transformações, a saúde tem sido pauta de debates, e de constantes movimentos, denominados reforma sanitária, no sentido de construção do SUS, e reversão dos modelos de atenção à saúde, propondo sua redefinição a partir da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais vigentes, em determinado tempo e sociedade (MENDES, 2002)

Assim, a reforma sanitária, dentre outras finalidades, visa a assegurar a garantia de acessibilidade aos serviços de saúde, de integralidade na atenção, de adoção de propostas de prevenção e de promoção da saúde, sobretudo no âmbito da APS (SAITO, 2008).

Tendo em vista as finalidades da reforma sanitária, uma estratégia encontrada pelo Ministério da Saúde (M.S) para sua efetivação, foi a criação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que, por seu impacto positivo, foi o precursor da proposta de Saúde da Família (SF) em 1994.

Essa proposta, conforme Brasil (2007, p. 10), vem com o objetivo de:

> [...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Entretanto, entendemos ainda que o atual sistema de saúde caracteriza-se por uma AP de baixa resolutividade e qualidade. Um problema de base decorre da representação desta atenção, que parte de um suposto equivocado: o de que a APS é menos complexa que a atenção especializada, porém a Política Nacional de Atenção Básica busca superar essas percepções através da proposta de SF (MENDES, 2007).

Nesse sentido, a proposta de SF vem se destacando como estratégia para a reorganização do sistema de saúde, visando principalmente a reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e da organização geral. É uma proposta sintonizada com os princípios do SUS e voltada para a abordagem de promoção da saúde, possui um impacto positivo na qualidade de saúde da comunidade e, por estar associada a incentivo político e financeiro oferecidos pelo MS, tem mobilizado os municípios para a expansão das equipes de saúde da família nas diversas localidades do Brasil (SAITO, 2008).

Com a crescente introdução da proposta de SF, a comunidade tem sido sensibilizada para a adoção de novos hábitos e comportamentos em relação à prevenção e promoção da saúde e ao significado do que se constitui saúde e doença.

Assim, entendemos que vale trazer a temática de saúde do homem e da sexualidade masculina para a pauta da atenção, através da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), especialmente por três subversões que a temática traz para o campo, como ressalta Gomes (2008, p. 32)

.

> [...] 1) obriga cientistas e formuladores de política a enfrentar questões das inter-relações entre os gêneros, com imensa repercussão nas práticas de prevenção e principalmente na promoção à saúde, deslocando as aproximações individualizantes; 2) traz novas temáticas para os estudos e políticas em saúde da mulher, bem como impõe novos olhares (de gênero) para antigos objetos da saúde das mulheres e dos homens; 3) ressalta o entrelaçamento entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Reconhecemos, ainda, no campo da Saúde Coletiva (SC), uma relevante consideração para a saúde do homem sob a ótica da masculinidade, como temática emergente para a formulação das prioridades de atenção à saúde, tendo em vista o progressivo acúmulo de discussões acerca da promoção da saúde, cuja definição positiva implica questões de direitos e de equidade, e que, de acordo com Gomes (2008), não obstante, há que se reconhecer que na promoção da saúde, o foco específico na relação homens e saúde vem ocorrendo nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto no âmbito dos serviços de saúde.

Keijzer (2003) observa que o campo da saúde reprodutiva é um dos que mais vem advogando a participação do homem, seja no sentido exclusivamente de informação e como apoio à saúde das mulheres, no sentido de reconhecer o homem como sujeito que tem necessidades, assim como direitos e deveres sexuais e reprodutivos.

Desta maneira, evidenciamos que a participação do homem nas ações de saúde é, ao mesmo tempo, necessária e desafiadora, uma vez que as reivindicações de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, à primeira vista, ser tomada como um movimento contrário ao empenho de promover programas de gênero destinados à saúde da mulher.

No entanto, pensamos que é a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam serem vistos em sua singularidade, dentro da perspectiva de saúde integral em sua diversidade no âmbito das relações que estabelecem (GOMES, 2003).

Acreditamos que, o conhecimento das singularidades, neste caso relacionadas aos gêneros, permite melhor aproximação da forma relacional do par

masculino-feminino, assegurando uma maior densidade de conhecimento das especificidades de cada pólo em interação.

Tomando-se em particular as questões da prevenção e da promoção da saúde, pode-se perceber que os efeitos do movimento de incluir o homem no debate sobre saúde não se restringem à saúde masculina. Por conseqüência, consegue ganhos para a saúde feminina em temas que só avançam na medida em que se consegue a participação masculina em seu enfrentamento (KEJZER, 2003).

Entendendo, pois, características específicas do homem e reconhecendo suas necessidades de saúde, bem como as subversões que envolvem a temática homem-saúde e sexualidade masculina, o MS publicou em agosto de 2008 a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, apresentada como uma das prioridades do atual governo, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2008).

Percorrendo ainda o olhar sobre as inquietações quanto às prioridades de atenção à saúde no campo da saúde reprodutiva, reconhecemos a ênfase dada na atenção à mulher em temáticas tais como: morte materna, planejamento familiar, aborto, aleitamento, câncer de colo uterino e mama. Entretanto, na perspectiva relacional de gênero, o homem entra nessa pauta de discussões somente enquanto causador do problema e não como sujeito necessário para sua solução.

Portanto, as medidas preventivas e de promoção da saúde propostas para o enfrentamento dos problemas permanecem focadas exclusivamente na mulher, e, como reflexo, é perceptível um baixo impacto dessas ações, primeiramente em relação às características especificamente genéricas do ser homem que requerem atenção especial e em um segundo momento por entendermos que o par masculino e feminino encontram-se em interação.

Além disso, nos últimos anos, presenciamos um enfoque nas necessidades de atenção ao ser homem, relacionadas à vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de próstata, o que parece dissonante aos princípios do SUS, que propõem um olhar integral às questões relacionadas à sua saúde.

A partir dessas considerações, o presente estudo se propõe a compreender o sentido atribuído à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, pelos trabalhadores que atuam na ESF, buscando entender as relações existentes

entre o ser homem e os cuidados com a saúde a partir da percepção desses trabalhadores.

A motivação para o estudo centra-se, na intenção de trazer subsídios para a promoção da saúde e da sexualidade masculina, especialmente através da APS, de forma a contribuir nas discussões e propostas para a efetivação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, sobre os efeitos dos processos relacionados ao gênero.

Além disso, buscamos através dele, dar oportunidade para a qualificação de Recursos Humanos (RH), na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade na atenção à saúde da população masculina através da Estratégia de Saúde da Família, através do reconhecimento de que essa população acessa menos o sistema de saúde, e que esse acesso acontece especialmente por meio da atenção especializada, o que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção e a prevenção a agravos evitáveis, em concordância com a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o sentido atribuído à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem por trabalhadores que atuam na ESF.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os trabalhadores da ESF, quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, formação profissional, categoria profissional, tempo de atuação na ESF e experiências profissionais anteriores.
- Compreender o significado de ser homem para os trabalhadores da ESF.
- Identificar a concepção desses trabalhadores quanto à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, a partir de um contexto sociocultural, e de aspectos relacionais de gênero.
- Conhecer as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores direcionadas à saúde do homem e sexualidade masculina, na perspectiva da integralidade.
- Levantar temas geradores relacionados à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, para elaboração de uma atividade educativa.
- Elaborar atividade educativa, baseada em Freire sobre a temática em foco, tendo em vista os sujeitos do estudo.

3 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

3.1 Breve histórico sobre homens e saúde

Couternay (2000) aponta como marco inicial dos estudos norte-americanos sobre homens e saúde as análises críticas da década de 1970 ao modelo biomédico. De acordo com Sabo, apud Schraiber, Gomes e Couto (2005), o pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 70 foi apenas exploratório, tangenciado pela teoria e política feminista e organizava-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde.

Keijzer (2003) observa que, nos anos 80 os estudos sobre homem avançam, sendo perceptível através de uma mudança na terminologia: de estudo dos homens para estudo das masculinidades, o que em período mais recente, transita das teorias de papéis-sexuais para o enfoque de gênero, quando se assiste à expansão da variável gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos Estados Unidos da América (GOMES, 2008).

Os anos 90, consolidam as noções de poder, desigualdade e iniqüidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-se com outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens.

Ainda no final dos anos 90, os referenciais conceituais de Connel (1995) e Kimmel (1992; 1997) vêm fundamentando análises de pesquisadores interessados nos processos de morbi-mortalidade em populações masculinas, tais como os já citados autores que defendem que a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento (GOMES, 2008).

Com relação aos estudos latino-americanos e brasileiros sobre homens e saúde, esses surgem no final dos anos 80 e seguem as tendências Européias e Norte-Americanas. Como exemplo, verificamos o estudo de Laurenti (1998) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, que destaca um diferencial entre os sexos, especialmente quanto a uma maior mortalidade

masculina em todas as idades, além da sobremortalidade nesse sexo para a quase totalidade das causas.

Com base nesse breve histórico, propomos a continuidade da contextualização das temáticas que tangenciam as questões sobre a saúde e sexualidade do homem como se segue.

3.2 A saúde do homem, gênero e sexualidade

Inicialmente, argumentamos em defesa da pertinência de uma discussão sobre a saúde e sexualidade do homem, prevendo possíveis estranhamentos diante da temática, uma vez que situamos este discurso em uma perspectiva do gênero masculino separadamente do feminino.

Em seguida, argumentamos ainda a relevância desta discussão no âmbito da Saúde Pública (SP), especialmente através da ESF, por acreditarmos ser essa uma proposta que vem se despontando como possibilidade de aproximação entre serviço-sistema e usuários-necessidades (SAITO, 2008).

Propomos, neste momento, trazer uma aproximação com a temática, visto que o foco sobre homens é bastante recorrente na literatura, como apresenta Kimmel (1992), porém, o diferencial a que propomos tratar ancora-se em um referencial de gênero e suas implicações no campo da saúde.

Assim, pretendemos contribuir para o desenvolvimento de estudos que considerem o homem em sua singularidade, como protagonista de sua própria saúde, e não somente para melhor promover a saúde da mulher.

Enfatizamos que a temática possa causar estranhamentos, pois, há algum tempo, já vem ocorrendo um movimento favorável ao olhar específico para as questões femininas, que conduzam as políticas de saúde e assegurarem não só uma eqüidade entre os gêneros como também um tratamento diferenciado para a saúde da mulher.

Sendo assim, falar sobre saúde do homem e sexualidade masculina pode soar como um retorno à hegemonia do masculino sobre o feminino, especialmente para os profissionais que atuam no campo da SP, que, em uma primeira leitura pode parecer dissonante dos princípios de saúde da mulher conquistados como desdobramentos do movimento feminista (GOMES, 2008).

Entretanto, pretendemos abordar as especificidades da saúde e sexualidade do homem, para que, juntamente com as questões da saúde e sexualidade da mulher, se construa uma concepção voltada para a promoção da saúde em uma perspectiva relacional de gênero.

Assim, percebemos a necessidade da temática homem-saúde ser focalizada em suas necessidades específicas e compreendida em um contexto sociocultural, buscando incorporar a dimensão de gênero como determinante do processo saúde-doença e resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde.

Além disso, destacamos a necessidade de se considerar os determinantes sociais que permeiam as questões relacionadas à saúde e sexualidade do homem, as quais sinalizam a urgência de seu enfrentamento, tendo em vista os altos índices de morbimortalidade nesta população, especialmente, ocasionados por causas externas (BRASIL, 2008).

Verifica-se ainda uma consideração importante para saúde e sexualidade masculina na perspectiva de gênero que é a saúde reprodutiva, com ênfase em questões de direitos reprodutivos e sexuais, a princípio uma temática tipicamente aplicada às mulheres, mas recentemente voltada para questões relacionais de gênero, em temáticas emergentes, tais como: anticoncepção, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (GOMES, 2008).

Desta maneira, entendemos os desafios de uma política pública de saúde concernente ao campo dos direitos reprodutivos e sexuais, que considerem questões de gênero.

E desta forma, verificamos a necessidade de apresentarmos algumas considerações sobre esses conceitos. Isso porque como em qualquer outro caso, os direitos podem ter várias abordagens dependendo da base teórico-política na qual são colocados em questão (ÁVILA, 2003).

Iniciaremos essas considerações, partindo do entendimento de que o movimento feminista foi o precursor dos questionamentos e da idéias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais.

Na perspectiva feminista, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar

sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática.

Deste modo Ávila (2003), entende a importância de se tratar essas dimensões no sentido da liberdade e igualdade, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.

Além disso, a autora contradiz a tradição repressiva e discriminadora que regulamentou e normatizou a sexualidade e a reprodução, e, também uma "modernidade" mercadológica que propõe uma concepção de sexualidade e de reprodução livres com base na lógica do mercado, a partir da qual todas as relações da vida social são reduzidas a operações mercantilistas.

Compreendemos assim que o processo de construção dos direitos reprodutivos e sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento de construção da democracia.

E ressaltamos que a persistente desigualdade entre homens e mulheres representa um importante fator impeditivo para a liberdade reprodutiva e sexual de ambos.

Recentemente, temos assistido ao surgimento de *homens organizados* que defendem os direitos reprodutivos para as mulheres e também a extensão desses para os homens. Os *homens organizados* que defendem essa proposição estão se contrapondo ao modelo patriarcal ainda hegemônico.

A relação dos homens frente à sexualidade e à reprodução está inscrita em um padrão de relações sociais baseado na desigualdade de gênero, e a alteração desse padrão é uma ruptura com a ordem do poder patriarcal.

A questão do poder é um campo a ser explorado nas discussões políticas sobre esses direitos. Esse modelo hegemônico distancia os homens dos cuidados paternais e os libera da responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada e também das doenças sexualmente transmissíveis. Alterar esse modelo significa buscar uma sociabilidade na qual o sentido da paternidade e da maternidade sejam completamente transformados.

Portanto, assumir a responsabilidade e a divisão de tarefas na contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e certamente em todas as outras dimensões da vida reprodutiva, não se trata de garantir a inclusão dos homens nos direitos reprodutivos, uma vez que a garantia desses direitos significam uma

transformação da forma de inserção dos homens na esfera reprodutiva. (ÁVILA, 2003).

Partindo desta reflexão, verificamos que o MS inclui o homem nas discussões quanto aos direitos reprodutivos e sexuais, como podemos evidenciar em seu Caderno de n. 02 de Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais, publicado no ano de 2006 (BRASIL, 2006).

O presente Caderno enfatiza os Direitos Sexuais e Reprodutivos enquanto Direitos Humanos, sendo estes considerados fundamentais porque sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os Direitos Humanos fundamentais já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais, como descreve Brasil (2006, p. 4):

> [...] Sobre os Direitos Reprodutivos: (1) Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. (2) Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos. (3) Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Sobre os Direitos Sexuais: (1) Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a) sexual. (2) Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual. (3) Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. (4) Direito de viver a sexualidade independentemente do estado civil, idade ou condição física. (5) Direito de escolher se quer ou não ter a relação sexual. (6) Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transexualidade, e outras. (7) Direito de ter relação sexual independente da reprodução. (8) Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS. (9) Direito a serviço de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade sem discriminação. (10) Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Daremos sequência às discussões acerca dos direitos reprodutivos e sexuais dos homens, propondo uma reflexão quanto à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que será tratada a seguir.

3.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

O MS, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades do atual governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2008).

Com isso, a política vai de encontro a um longo anseio da sociedade ao reconhecer que as doenças e agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de SP.

Desse modo, ela objetiva a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Além disso, visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção à saúde.

A presente política trata de temáticas como as barreiras sócio-culturais e institucionais que interferem na acessibilidade da população masculina aos serviços de AP e busca garantir que o primeiro acesso dessa população ao sistema de saúde aconteça através da ESF, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Desse modo, verifica-se através dela que questões relativas à "masculinidade" foram consideradas em sua formulação, o que entendemos como fundamental para a promoção da equidade na atenção a população masculina, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

Neste sentido, observa-se que é fundamental que as ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação (BRASIL, 2008).

Com referência nessas constatações, a presente política, traz como objetivos gerais, de acordo com Brasil (2008, p. 38),

> [...] Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência à saúde.

Quanto aos princípios dessa presente política, é enfatizada a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e de sua família.

Além disso, a mesma tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

Para o cumprimento dos princípios de humanização e da qualidade da atenção integral deve-se considerar os seguintes elementos, de acordo com Brasil (2008, p. 35):

> [...] 1 - Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquisados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde; 2- Associar as diversas áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida; 3- Informações e orientações à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem; 4- Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; 5- Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; 6- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; 7- Estabelecimentos de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; 8- Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Ainda com relação a essa política, chama-nos a atenção suas diretrizes, as quais deverão reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a *integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade*, norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações.

A *integralidade* pode ser compreendida através de uma dupla perspectiva. Primeiramente, prevê o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção e cuidado. Por outro lado, supõe que a compreensão sobre os agravos considere a complexidade dos modos de vida que abranjam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença para além da adoção de medidas médico-biológicas.

Em relação à *factibilidade* foi considerada a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir, na prática, em todo o país, a implantação das ações delas decorrentes.

No que tange a *coerência,* as diretrizes que serão propostas estão baseadas nos princípios anteriormente enunciados, estando compatível com os princípios do SUS. Enfim a *viabilidade* da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes (BRASIL, 2008).

Assim sendo, as diretrizes são:

> [...] - Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executando nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado; - Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política; - Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações; - Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde; - Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir; - Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; - Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania; - Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem; - Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permitam tomadas racionais de decisão; - Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (BRASIL, 2008, p. 37).

Essa política apresenta ainda as responsabilidades institucionais que foram definidas de acordo com suas diretrizes, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de governo, de acordo com Brasil (2008, p. 39):

> [...] **1) União:** - Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Estimular e prestar cooperação aos Estados e Municípios visando à implantação e implementação da referida política, valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais; - Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interistitucional necessária à implementação da referida política; - Estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; - Propor, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Estabelecer parceria com diversas Sociedades Brasileiras Científicas cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos terapêuticos/clínicos, em parceria com os

Estados e Municípios, apoiando-os na implementação dos mesmos; - Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta; - Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
2) Estado: - Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo a adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco-regionais; - Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco-regionais; - Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta; - Estabelecer parceria com diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interistitucional necessária à implementação da referida política; - Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos clínico/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; - Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta; - Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.
3) Municípios:- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado; - Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta; - Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política; - Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem À promoção e atenção da saúde do homem; - Implantar e implementar protocolos clínico/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; - Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; - Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta; - Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

3.4 Sexo e gênero em foco

Ao abordamos o sexo ou a sexualidade, vemo-nos enredados em questões relacionadas com o que definimos como ‘natural’ e ‘cultural’.

Envolvemo-nos numa discussão que nos remete de um lado, a uma base anatomofisiológica e, de outro, a uma dimensão sociocultural, impregnada de aspectos simbólicos e políticos. As tensões entre esses pólos são inevitáveis. Observamos tais tensões, principalmente, nos debates, que abordam as relações entre sexo e gênero. Nesses debates, costumamos oscilar entre esses dois pólos, o natural e o cultural. Entretanto, como bem observa Heilborn (2003), o importante é não cairmos em armadilhas reducionistas, sejam elas fisicalistas ou de ordem sociológicas.

Assim, como bem aborda Gomes (2008) é preciso problematizar as reduções do sexo à instância do natural. Para isso, o autor recorre a análises realizadas na perspectiva da constituição do sexo. Entre essas, merecem destaque as de Laqueur (2001) e Martins (2004). Tanto numa quanto noutra obra, encontram-se argumentos para se romper com a redução do sexo a uma visão naturalista ou biologista.

Martins (2004) observa, ainda, que até meados do século XVIII, predominava o conhecimento do corpo humano regulado pelo principio de homologia sexual que afirmava a existência de sexo único. Na Antiguidade, por exemplo, não eram as características sexuais do corpo que diferenciavam o homem da mulher, mas a noção de perfeição relacionada ao calor vital. Entre homem e mulher, concebia-se uma relação hierárquica. Como ápice dessa relação, se encontrava o homem - com sua natureza quente seca - e abaixo dele a mulher - com sua natureza fria e úmida.

Nos termos dessa lógica, segundo o autor, o corpo feminino era uma expressão imperfeita do corpo masculino, sendo os seus órgãos sexuais invertidos, sem calor suficiente para se exteriorizarem como no homem. A vagina seria, assim, um pênis invertido e os ovários eram os testículos femininos.

Laqueur (2001) nos diz que, nesse modelo de corpo de sexo único, a classificação de homens e mulheres era feita com base na concepção da existência de um grau de perfeição metafísica entre esses dois seres. Havia um sexo apenas: no nascimento, rotulavam-se de masculino os exemplares vistos como mais perfeitos e de femininos os menos perfeitos. As fronteiras entre o masculino e o feminino eram de grau, e não de espécie, Assim, segundo o autor, havia pelo menos dois gêneros que correspondiam a apenas um sexo.

Martins (2004) chama a atenção para o fato de que a diferença entre os sexos só ocorreu em meados do século XVIII. É nessa época, na documentação médica e jurídica, que surge a preocupação de definir especificadamente qual era o sexo verdadeiro de cada pessoa. Até o século XIX, houve grande produção científica voltada para as evidências das diferenças sexuais. Tais diferenças passaram a ser buscadas não só na estrutura física, mas também na química do corpo. Nesse período, predominava a idéia de que as diferenças dos corpos determinavam o ser homem e o ser mulher. O corpo feminino passou a ser visto como materialização do conceito de feminilidade, atravessada pelo significado de fragilidade física, beleza e delicadeza nos esqueletos com crânios pequenos, ossos mais finos e pélvis bem

largas, associados à maternidade. Assim, as desigualdades entre esses seres na vida pública e privada se justificavam pelas diferenças sexuais.

Assim, como lembra Laqueur (2001), com a invenção dos sexos, os órgãos que eram associados, como ovários e testículos, passaram a ser linguisticamente diferenciados, e aqueles que não tinham um nome específico, como a vagina, passaram a tê-lo. Estruturas comuns a homens e mulheres, como o esqueleto e o sistema nervoso, foram diferenciados para corresponder ao homem e à mulher no plano cultural.

Entendemos, pois que essas considerações históricas nos ajudam a melhor ilustrar as diferentes tensões presentes nos discursos sobre sexo. De certa forma, exemplificam a premissa de que, em cada época histórica, são construídos valores e expectativas de modelos aos quais os sexos devem se ajustar para lograrem minimamente uma respeitabilidade social (GOMES, 2008).

Laqueur (2001) chamando atenção para as tensões - natureza *versus* cultura, 'sexo biológico' *versus* marcos de diferença social e política - que se estabelecem no debate sobre essas duas expressões, apresenta densos argumentos a respeito da precariedade da distinção analítica entre sexo e gênero.

O autor critica duas posições radicais presente nesse debate: a que elimina o gênero, com argumento de que diferenças culturais seriam verdadeiramente naturais, e a que esvazia o sexo, com argumentos contrários de que as diferenças naturais são verdadeiramente culturais. Combatendo essas posições binárias, Laqueur (2001, p. 23), embora não negando a realidade do sexo ou o dimorfismo sexual com bases históricas, considera que:

> [...] Quase tudo que se queira dizer sobre sexo - de qualquer forma que o sexo seja compreendido - já contém em si uma reivindicação sobre o gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é aplicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder.

Analisando tais considerações, Gomes (2008) assinala que, as formas de interpretar o corpo e de diferenciar os sexos são produções discursivas que se explicam em um contexto sócio-cultural, atravessado por lutas e conflitos, em que gênero e poder se encontram em jogo.

Butler (2005) afirma ainda com relação ao sexo que este vai além das diferenças anatômicas e não é apenas um dado corporal sobre o qual se impõe artificialmente a construção de gênero, mas sim uma norma cultural que governa a

materialização dos corpos, traduzida em uma prática reguladora com o poder de demarcar, circunscrever e diferenciar os corpos que controla e dociliza.

O autor, também, traz considerações entre sexo e natureza para relativizar as fronteiras entre sexo e gênero:

> [...] E o que é afinal 'sexo'? Ele é natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve ser a critica feminista ao avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais 'fatos' para nós? Teria o sexo uma história? (...) seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produtivos discursivamente por vários discursos científicos a serviços de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado 'sexo' seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma (BUTLER, 2005, p. 25).

Com base nesses questionamentos, a autora advogada que, assim como o gênero, o sexo não é natural, mas discursivo e natural. Segundo ela, o sexo dos sujeitos é regulado e materializado por normas construídas pelas sociedades e, por mais que tais normas sejam reiteradamente afirmadas, os corpos nunca se conformam totalmente a essas normas (BUTLER, 2005).

Em outra obra, Butler (2005) volta a criticar posicionamentos que tentam reduzir a dimensão do sexo em detrimento da dimensão de gênero, por desconsiderarem a existência de um sexo pré-discursivo que serve de referência para a construção cultural de gênero.

Continuando nossa analogia, a partir do reconhecimento da trama das palavras "sexo" e "gênero", como denomina Gomes (2008), trazemos para esta discussão noções de gênero, entendendo não ser possível desconsiderá-lo, ainda que sem grandes aprofundamentos, no panorama da discussão acerca da sexualidade masculina.

Para auxiliarmos nessa discussão utilizaremos inicialmente idéias de Scott (1990), a partir de aspectos históricos.

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

O movimento feminista chamava a atenção para a inadequação das explicações de que se dispunha para desigualdades entre mulheres e homens. Segundo a lógica desse movimento, gênero implica duas pressuposições fundamentais. A primeira se refere à concepção de que essa expressão é constitutiva das relações sociais ancoradas nas diferenças percebidas entre os sexos, enquanto a segunda diz respeito ao fato de o gênero ser o primeiro campo no qual o poder se articula.

Assim, Scott (1990, p. 11) assinala a limitação do conceito de gênero à esfera das relações culturais; e, para a historiadora, há que se considerar meios de ligar esse conceito a outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder.

Além disso, tece crítica a bipolaridade focada no entendimento de mãe-cuidadora versus pai-provedor, pois em seu entendimento ficaria ela mesma sem explicação, uma vez que não ofereceria pistas para se compreender a "associação persistente entre masculinidade e poder" (SCOTT, 1990).

Além disso, assinala para a necessidade de articulação entre sistemas simbólicos, instituições e subjetividade para o entendimento de gênero:

> [...] Penso que não o podemos explicar sem uma certa atenção aos sistemas simbólicos, quer dizer, aos modos como as sociedades representam o gênero, pois dele se servem para articular as regras de relações sociais ou construir o sentido da experiência (SCOTT, 1990, p. 11).

Gomes (2008) afirma que a discussão sobre as desigualdades entre gêneros ainda se faz presente na atualidade, considerando que avanços no desenvolvimento de atitudes mais igualitárias entre homens e mulheres vêm ocorrendo. Entretanto, tais avanços ainda convivem com resquícios das desigualdades. Para melhor entender o assunto em questão, deve-se levar em conta diversos aspectos, como nível de instrução e pertencimento geracional, entre outros.

O estudo de Sorj (2005), realizado com uma amostra de dois mil indivíduos maiores de 18 anos, em 24 estados brasileiros, bem ilustra a necessidade de se considerar outros aspectos no interior da discussão de gênero. Ao concluir que as atitudes diante da igualdade de gênero não são aleatórias. Sorj argumenta que o fato de estar no mercado de trabalho, ter grau de instrução mais elevado e pertencer a gerações mais jovens se correlaciona de forma positiva com ideário de igualdade entre os sexos.

Assim, Gomes (2008) esclarece quanto ao seu entendimento por gênero, que:

> [...] vê essa expressão como uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais. Gênero refere-se a papeis socialmente construídos e a definições e expectativas - consideradas apropriadas por uma sociedade - para o ser homem e o ser mulher (GOMES, 2008, p. 62).

E, destaca alguns referenciais aos quais se embasou para a elaboração desse conceito, destacando entre eles - os de Scott (1990), Machado (1992), Saffioti (1992) e, mais recentemente, os de Heilborn (2003) e Butler (2005).

Além disso, Gomes (2008) elabora um construto, com base nos autores acima referidos para a melhor compreensão de gênero, na perspectiva da sexualidade masculina:

> [...] * Gênero refere-se a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiologica dos seres humanos. Feminino e masculino assumiriam feições de acordo com as multiplicas culturas, sendo entendidos como construções culturais e não com base em alusões a um ativismo biológico. Assim, a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da cultura produzida/reproduzida/modelada em dada sociedade.
> * Os modelos de gênero se constroem em uma perspectiva relacional, significando que o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice versa. Essa simbolização das relações mulher-mulher e homem-mulher, expressando padrões de masculinidade e feminilidade a serem seguidos. As identidades do homem e da mulher se afirmam na medida em que ocorrem aproximação e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder de cultura.
> * No âmbito das relações de gênero, podem ocorrer negociações ou flaxibilizações acerca das características dos modelos masculino e femininos. Seja no nível do individuo, seja na esfera da sociedade, a cristalização de características tidas como exclusivas de um gênero pode tanto levar a uma não-legitimação da identidade de um gênero como suscitar transgressões de um gênero em busca de outro.
> * O gênero como categoria analítica possibilita refletir, de forma conjunta, sobre a diferença e a igualdade não só entre homens e mulheres, mas também entre homens e mulheres.
> * Gênero, classe social e raça/etnia exercem papel estrutural na reprodução e produção da identidade social e subjetiva, das relações e das instituições sociais. Esses eixos estruturantes, ainda que possam ser focalizados em separados para fins analíticos com delimitação de estudos e pesquisa, precisam ser vistos de forma global, pois a produção e a reprodução dos sujeitos se ancoram em sua articulação (GOMES, 2008, p. 62).

Articulando ainda relações de gênero e outros aspectos estruturais, Ribeiro e Almeida (2003) vêem as relações de gênero como organizadoras de identidades sociais e sexuais, que segundo os autores, essa relação “articula-se às características da sociedade em que os sujeitos sociais estão inseridos, sejam eles homens ou mulheres, pertencentes a uma outra raça, etnia e classe social, bem como à etapa de suas vidas e as suas vivências subjetivas“ (RIBEIRO; ALMEIDA, 2003, p. 148).

Korin (2001) também chama a atenção para o fato de as diferentes definições de gênero serem influenciadas por vários fatores, tais como raça, etnia, classe social, preferência sexual, momentos históricos e regiões. Segundo o autor, “em vez

de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriada falar de masculinidades e feminilidades".

Também não se pode deixar de observar que há críticas ao uso indiscriminado da categoria gênero, que alertam para o fato de que esse pode fazer com que a natureza das relações estabelecidas entre anatomia e dimensão cultural se torne obscura (HEILBORN, 2003).

Na área de saúde em geral, gênero é uma categoria bastante utilizada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por exemplo, no início dos anos 90, editaram uma publicação científica voltada para o assunto (GÓMEZ, 1993). Nessa obra, recomenda-se que, na área de saúde, seja adotada a dimensão de gênero em que se focalize a saúde como satisfação das necessidades humanas, levando-se em conta as relações de poder, a divisão sexual do trabalho e assimetria de direitos.

Essa concepção de gênero pode dar maior visibilidade a uma complexa rede de poderes, comumente naturalizados e extrapolados para além da dimensão biológica. Em torno do gênero - entendido como a estilização do corpo -, produz-se um discurso sobre a anatomia. Entretanto, é preciso não cair na armadilha de naturalizar o gênero, associando simétrica e mecanicamente, de um lado, determinadas características consideradas como feministas às mulheres e, de outro, as denominadas masculinas aos homens. Por exemplo, quando mecanicamente consideramos certos sentimentos como próprios femininos, podemos contribuir para uma violência simbólica, na medida em que não deixamos margem para que homens possam ter tais sentimentos, e mais, estamos fazendo com que homens se sintam menos homens. Em outras palavras, podemos violentar um ou outro gênero quando retificamos determinadas características como exclusivas de um gênero específico. Assim, empregado o discurso sobre gênero pode se assumir como uma faceta da violência por se apresentar como real, natural, binário e hierarquizado (PINTO, 2004).

Para finalizarmos esta discussão, alertamos que as fronteiras entre sexo, sexualidade e gênero nem sempre são tão nítidas como as demarcações baseadas em definições podem sugerir. Assim Gomes (2008) assinala que inúmeras tensões que as atravessam sugerem não só nos confrontos entre diferentes posicionamentos sobre o assunto, mas também na articulação dos conhecimentos e práticas voltadas para a promoção da saúde sexual, seja ela masculina ou feminina.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada em uma abordagem compreensiva e mediatizada pela pesquisa-ação, que visa a compreender o sentido atribuído à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem por profissionais que atuam na ESF, em um contexto sociocultural e levando-se em consideração aspectos relacionais de gênero, a partir de referenciais teórico-metodológicos de Paulo Freire.

De acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), esta abordagem é útil para quem busca entender a realidade onde alguns fenômenos ocorrem, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo; ainda a mesma abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando explicações de comportamentos.

Minayo (2006) afirma que a abordagem qualitativa torna-se importante para a compreensão de valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos; para compreender as relações que ocorrem entre sujeitos sociais tanto no contexto das instituições quanto dos movimentos sociais; para avaliar as políticas públicas e sociais tanto do aspecto de sua formulação, aplicação técnica, quanto dos usuários a quem se destina.

A opção por essa abordagem deve-se a possibilidade oferecida por ela de se captar a maneira pela as quais os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

De acordo com Minayo (2006), a pesquisa qualitativa permite tratar de temas que interessam mais pela intensidade do que pela extensão dos fenômenos, focalizando mais de perto horizontes ditos qualitativos.

Bueno (1997, p. 8) orienta ainda que:

> [...] O uso de dados qualitativos deixa de lado a representatividade estatística, embora possa admiti-la através de informações complementares como, por exemplo, as referentes a dados sócio-demográficos, buscando o aprofundamento, também subjetivo. Para tanto, pretende a exemplaridade dos casos, sendo que seu grande desafio é conquistar a credibilidade científica.

Nesse sentido, Minayo (2006) relata que a pesquisa qualitativa é uma pesquisa mais crítica e potencialmente emancipatória. Centra-se na maneira como as pessoas se expressam sobre o que é importante para elas e como pensam suas ações e as dos outros. A pesquisa social tem como objetivo categorizar o presente e predizer o futuro.

A autora ainda afirma que esta abordagem objetiva o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores importantes para a compreensão dos fenômenos de uma determinada situação, tendo o homem e a sociedade como sujeitos do conhecimento e valorizando o nível de realidade que nem sempre poderá ser quantificados.

Tal abordagem se apóia na Pesquisa Ação. A opção pela abordagem compreensiva a partir da Pesquisa Ação deve-se à possibilidade oferecida por ela na pesquisa social com base empírica, onde os pesquisadores e os participantes são representativos para a situação ou problema em foco, envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (THIOLLENT, 2005).

Valorizamos ainda esta abordagem por estar orientada pelo encontro de horizontes entre pesquisadores e pesquisados, e pela relação que estabelecem a partir da intersubjetividade e historicidade de ambos. Neste sentido, ao pesquisarmos esta realidade, entendemos a pertinência do uso da Pesquisa Ação, através do referencial de Paulo Freire pela oportunidade de envolvimento do pesquisador-educador numa prática participativa com os pesquisados-educandos (BUENO, 2001).

Com base nesses princípios, adotaremos o caminho da interpretação compreensiva dos sentidos atribuídos pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família à sexualidade masculina e à saúde do homem e da contextualização das relações existentes entre o ser homem e os cuidados com a saúde a partir da percepção desses trabalhadores.

Enfim, acreditamos no potencial do método da Pesquisa-Ação para o presente estudo, por resgatar como instrumentos para o levantamento de dados a entrevista semiestruturada e análise qualitativa dos dados a partir das falas emitidas pelos sujeitos pesquisados, o que possibilitam o desenvolvimento de ações educativas conjuntas para a transformação da realidade. (BUENO, 1997).

Thiollent (2005) nos permite ainda refletir a cerca de aspectos, que para ele são importantes e que devem ser levados em conta na pesquisa-ação, tais como: a

possibilidade de uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e participantes e da interação que resulta a ordem de prioridade dos problemas e das soluções a serem encaminhadas sob a forma de ação concreta.

O objeto de investigação é constituído pela situação social, e o seu objetivo consiste na resolução ou, pelo menos, esclarecimento dos problemas e da situação observada, havendo durante o processo um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores.

A pesquisa não se limita apenas a uma forma de ação e pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores ou o nível de consciência das pessoas e grupos envolvidos.

O autor nos apresenta ainda três aspectos que deverão ser alcançados pela pesquisa-ação, são eles, resolução de problemas, tomada de consciência ou produção de conhecimento, porém, adverte, quanto ao rigor metodológico necessário para o alcance de um ou outro desses aspectos, que serão resultantes da forma de condução do método (THIOLLENT, 2005).

Assim sendo, apresentaremos em seguida fundamentações da pesquisa-ação sustentada pela Pedagogia Conscientizadora da ação-intervenção educativa de Paulo Freire, a qual foi utilizada na presente pesquisa-ação.

4.1.1 A pesquisa-ação sustentada pela pedagogia conscientizadora da ação-intervenção educativa de Paulo Freire

Em relação ao método de conscientização, problematização ou ainda de educação libertadora, que permite dar ao educador-pesquisador condições de reflexivamente descobrir-se desenvolvendo sua consciência crítica, este estudo baseou-se no referencial teórico de Paulo Freire, permitindo a análise de sentidos atribuídos pelos sujeitos-educandos da pesquisa, bem como contextualização e problematização compreensiva e emancipatória da temática em foco e o retorno dos achados aos sujeitos.

A opção pelo modelo do desenvolvimento da Pesquisa-Ação voltada para a Educação libertadora ou conscientizadora se faz devido a sua capacidade de propiciar o desenvolvimento do homem como um todo, tornando-o agente de sua própria transformação (BUENO, 2001).

Assim, Freire (1992), em seu método, elimina a concepção tradicional de pesquisa fundamentada em métodos centrados na autoridade do pesquisador que detém o saber. Então, ele mesmo propõe uma pesquisa conscientizadora, que é parte da experiência e da percepção do educando-pesquisado e valoriza tanto o educador-pesquisador quanto o educando-pesquisado como sujeitos no processo de produção do conhecimento científico, numa relação verticalizada de ensino-aprendizagem.

Em nossa investigação, utilizamos o método de Paulo Freire para compartilhar os achados.

A seguir, na análise dos dados, apresentamos as fases em que consiste o método e a organização da atividade educativa, visando à consolidação metodológica da pesquisa-ação.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Passos, localizado no interior do estado de Minas Gerais, com população estimada de 107.619 habitantes, área territorial de 1.339,20 Km², densidade populacional de 76.75 habitantes por Km², em sua maior parte, 89,5%, concentrada na zona urbana e apenas 10,5% na zona rural, de acordo com o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2008. Dentre as atividades econômicas do município há predominância do setor agropecuário e industrial.

Passos encontra-se habilitado, enquanto gestão, através do Pacto pela Saúde (2006). O sistema de serviço de saúde encontra-se disposto de forma piramidal, por nível de complexidade crescente.

No topo da pirâmide estão os três hospitais, sendo dois de atendimento geral e um psiquiátrico, que constituem o nível de atenção terciária. O hospital psiquiátrico Otto Krakauer é de caráter beneficente, o hospital geral regional Santa Casa de Misericórdia de Passos de caráter filantrópico e ambos são conveniados ao SUS.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos dispõe de serviços de Urgência e Emergência, Clínica Médica Adulto e Pediátrica, Clínica Cirúrgica Adulto e Pediátrica, Bloco Cirúrgico geral com seis salas, sendo uma exclusivamente ortopédica, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica

e Neonatal, Alojamento Conjunto, Hemodiálise, Oncologia, Fisioterapia, Urologia, Ortopedia e Serviço de apoio diagnóstico através de laboratório de análises clínicas e patológicas, um setor de diagnóstico por imagem, contando com radiodiagnóstico.

O hospital São José é de caráter particular, já havendo sido conveniado ao SUS, porém, nos dias atuais atende somente particular e convênios, possui 60 leitos, dispondo de Serviço de Urgência e Emergência, Clínica médica adulto e pediátrica, Clínica cirúrgica adulto e pediátrica, Bloco cirúrgico com duas salas, UTI adulto e Serviço de apoio diagnóstico através de um laboratório de análises clínicas e patológicas, um setor de diagnóstico por imagem, contando com radiodiagnóstico.

No centro da pirâmide encontra-se o nível de atenção secundário composto por uma Policlínica Central que atende as especialidades: Cardiologia, Cirurgia Geral, Vascular e Pediátrica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia/Pequena Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia.

O Ambulatório Escola (AMBES) para atendimentos especializados à pacientes portadores do HIV/AIDS, hepatites virais e mulheres infectadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) – Programa Viva Mulher. Um núcleo de atendimento aos portadores de Hanseníase. Esses funcionam em parceria entre a Prefeitura Municipal e a Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP).

Ainda, no nível de atenção secundário, o município conta com um Núcleo de Atendimento Especializado de Estomaterapia (NAE), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na base da pirâmide localiza-se o nível de atenção primária, composto por nove Unidades Básicas de Saúde distribuídas em pontos estratégicos do município, um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) e dezessete Unidades de Saúde da Família. Das dezessete equipes de Saúde da Família existentes até o momento, cinco foram implantadas em 1997, dez em 2001 e duas em 2004. As equipes são de composição mínima de um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um recepcionista e seis ACS. A cobertura total da ESF no município, tendo em vista a população cadastrada, é de 74.113 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 19.504 famílias, cobrindo um total de 71,5% da população do município.

As Unidades de Saúde da Família estão distribuídas em pontos estratégicos nos bairros e recebem os nomes: Aclimação, Bela Vista I, Bela Vista II, Casarão,

Coimbras I, Coimbras II, CSU, Jardim Polivalente, Escola, Santa Luzia, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Novo Horizonte, Penha I, Penha II, São Francisco e Jardim Planalto. Cada equipe possui uma área de referência com em média 4.362 pessoas.

Dentre as atividades desenvolvidas nessas Unidades, destacamos ações de puericultura com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e prevenção de anemia ferropriva (Programa Saúde de Ferro), na área da saúde da mulher são desenvolvidas coleta de Exames Preventivos, cadastro e acompanhamento de pré-natal, atendimento de puerpério, fornecimento de alguns métodos contraceptivos pelo programa de planejamento familiar, solicitação de mamografias, em atenção ao programa de prevenção do câncer de mama; acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; ações em grupo, como educação em saúde, atividades comemorativas, religiosas e culturais; campanhas preconizadas pelo MS, monitoramento dos portadores de tuberculose e hanseníase, atendimento noturno mensal da população que trabalha durante o horário de atendimento da Unidade com o desenvolvimento de coleta de exame preventivo papanicolau e atendimento à homens a partir de 40 anos para prevenção do câncer de próstata, saúde na escola em atenção à saúde do adolescente e visitas domiciliares.

O local de realização desta pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Penha I, também conhecida como Sebastião Lúcio Ferreira. Essa se caracteriza por ser uma unidade individualizada, ou seja, não compartilha a estrutura física com outros serviços de saúde. Os trabalhadores que compõem a equipe de Saúde da Família são um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS e uma recepcionista. Todos ficam responsáveis pelo atendimento de uma área de abrangência de aproximadamente 4.400 pessoas, residentes nos bairros: Penha, Cohab I, Cohab II, Primavera I, Primavera II e Primavera III, situados na cidade de Passos - MG.

A área se caracteriza por uma população predominantemente adulto-jovem, renda familiar de média a baixa, casas construídas com tijolo, com abastecimento de água e esgoto, energia elétrica, ruas pavimentadas e coleta de lixo. Desse total de pessoas cobertas pela equipe 2.147 são do sexo masculino, sendo dessas, 1517 adultos, ou seja, na faixa etária entre 21 e 60 anos incompletos.

Passos também é sede de uma Gerência Regional de Saúde (GRS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), que é responsável por vinte e quatro municípios. O setor saúde do referido município ainda conta com a presença de uma universidade com formação de profissionais de Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Educação Física e Biologia, e três escolas técnicas que oferecem os cursos Técnicos em Enfermagem, Nutrição, Higiene Dental, Radiologia, Vigilância Sanitária, Biodiagnóstico, Farmácia e Segurança do Trabalho.

4.3 Sujeitos do estudo

Para Minayo (2006) não se faz necessário uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados. O que é relevante para a autora, quanto à pesquisa qualitativa, é que o grupo selecionado realmente esteja vivenciando a situação em estudo, sendo o grupo imprescindível para oferecer informações-chave.

A seleção dos sujeitos iniciou-se com o estabelecimento de alguns critérios: ser uma das dezessete equipes de Saúde da Família do município, que estivesse completa e que todos os integrantes aceitassem livremente participar do estudo. Assim sendo, a delimitação da amostra se deu a partir da seleção de uma equipe, sendo essa composta por dez sujeitos: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis ACS e um recepcionista.

A partir da identificação dos sujeitos de acordo com os critérios supra referidos, foi solicitado pela pesquisadora e integrante da equipe de Coordenação das ESF uma pauta na reunião semanal realizada entre a Coordenação e os enfermeiros representantes das ESF. Nessa reunião foi informado aos dezessete enfermeiros presentes os critérios de seleção dos sujeitos, os objetivos do estudo, bem como informações referentes ao mesmo e, em seguida, feito um convite aos mesmos para participarem do estudo.

Dos dezessete enfermeiros presentes, três relataram estar com as equipes incompletas. A partir das considerações desses enfermeiros, as três equipes foram excluídas da seleção.

Os outros quatorze enfermeiros foram questionados quanto à aceitação em participarem do estudo, obtendo-se retorno positivo de todos. Sendo assim, foi solicitado pela pesquisadora que esses enfermeiros levassem as informações aos

demais integrantes das equipes e que verificassem a livre aceitação dos mesmos, para que na reunião da semana seguinte fosse realizado um sorteio entre as equipes que se enquadrassem nos critérios de seleção.

Na reunião da semana seguinte, três enfermeiros relataram não terem obtido a livre aceitação de todos os membros de suas equipes, portanto excluídos do sorteio para seleção dos sujeitos. Entre as onze ESF enquadradas nos critérios de seleção, foi realizado um sorteio na presença dos enfermeiros representantes das equipes, obtido a partir de recorte idêntico de papeis contendo os nomes das equipes e em seguida solicitado a uma pessoa externa à ESF para que retirasse um dos papéis igualmente dispostos sobre uma mesa.

Esclarecemos que a utilização desses critérios para a seleção dos sujeitos, se deu, tendo em vista que a pesquisadora integra o quadro de profissionais da ESF, neste município, e por atuar na equipe de Coordenação das ESF, detém de conhecimentos referentes à organização e funcionamento das USF, bem como características dos trabalhadores dessas equipes, sendo assim entendido que a livre escolha poderia ser prejudicial quanto à honradez do estudo.

A ESF sorteada para representar os sujeitos do estudo foi a ESF Penha I.

Após o estabelecimento dos sujeitos que constituiriam a amostra, foi solicitado pela pesquisadora um tempo para esclarecimentos individuais com a enfermeira representante da ESF Penha I ao término da reunião, para agendamento de datas e horários para realização das entrevistas, bem como para aproximação com os sujeitos e solicitação de autorização e livre expressão de cada participante através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante (Apêndice A).

4.4 Estratégia de investigação

De acordo com Minayo (2006) o estudo qualitativo prevê enquanto atitudes essenciais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de interação do pesquisador com os sujeitos sociais envolvidos. Nessa direção, a autora aponta para insuficiência do questionário para a apreensão de sistemas de valores, normas, representações de determinado grupo social. Portanto, a maneira pela qual os dados são coletados na pesquisa qualitativa costuma ser feita através da comunicação entre sujeitos,

oportunizando ao investigador a adoção de estratégias e procedimentos que lhe permitam considerar as experiências do ponto de vista dos sujeitos pesquisados.

A partir dessas informações, uma das técnicas utilizadas para a investigação qualitativa no presente estudo foi a entrevista semiestruturada, como uma oportunidade de interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados.

Esse tipo de entrevista, segundo Polit e Hungler (1995), caracteriza-se pelo uso de uma lista de questões dirigidas, denominadas roteiro de assunto, a cada participante e a função do entrevistador é encorajar esse a falar livremente sobre todas as questões listadas enquanto as respostas são gravadas.

Para Minayo (2006, p. 57), a entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa "é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por meio dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos sociais". Essa mesma autora ainda caracteriza a entrevista semi-estruturada como uma possibilidade de discorrer o tema proposto, sem estar condicionado a respostas ou condições prefixas pelo entrevistador.

A etapa de elaboração e ajustamento do roteiro para a entrevista (Apêndice B), de acordo com os objetivos propostos, trouxe-nos a necessidade de realizarmos, após a aprovação do Comitê de Ética, cinco entrevistas piloto, realizadas em uma das ESF excluídas da seleção dos sujeitos, aplicadas a um profissional de cada categoria, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um ACS e um recepcionista.

Após instrumento ajustado, entrevistamos os dez profissionais que compõem a ESF Penha I, em seus locais de trabalho, nas datas e horários previamente estabelecidos. As entrevistas foram realizadas entre os dias 02/05/2009 à 13/06/2009 e tiveram uma duração média de 20 minutos cada entrevista.

Nas entrevistas foram focalizados os sentidos atribuídos pelos profissionais das ESF's ao ser homem, à sexualidade masculina e ao cuidar de si para o homem.

Os dados obtidos na entrevista foram registrados com a utilização de gravações em fitas Cassete, e em seguida o material foi transcrito de forma literal, preservando a fidedignidade das informações e a honradez da pesquisa.

Segundo Minayo (2006), a entrevista gravada é um procedimento metodológico que possibilita profundidade do diálogo entre o sujeito pesquisado e o pesquisador.

Outra técnica utilizada para o levantamento de dados foi a observação participante, com objetivo de compreender os sujeitos pesquisados e conhecê-los em sua própria realidade (MINAYO, 2006).

Essa técnica surgiu da necessidade que cientistas sociais apresentaram de pautarem-se na apreensão pessoal de tudo que possibilitasse a explicação científica de sociedades, fazendo valer não a lógica do pesquisador ou de sua ciência, mas a da própria cultura investigada como expressão dos sujeitos e observação de sua realidade (BUENO, 2001).

A observação participante foi introduzida pela Escola de Chicago na década de 1920, sendo abandonada durante algumas décadas, devido às duras contestações provenientes de pesquisadores experimentais, ressurgindo de forma evidente a auxiliar nas interpretações mais globais de situações analisadas. Todavia, lembramos que nem todos concordam que a técnica de observação participante tenha sido iniciada pela Escola Sociológica de Chicago, mas sim originada na antropologia a partir dos estudos e experiências de campo de Malinowski. Na verdade, tanto a antropologia como a sociologia utilizaram-se de técnicas semelhantes na abordagem do real valorizando a participação do pesquisador no local pesquisado por acreditarem na necessidade de ver o mundo através dos olhos dos pesquisados, o que torna possível tal utilização (BUENO, 2001).

De acordo com Domingues (2007, p. 44), na área da Saúde e da Educação essa técnica vem sendo usada com considerável freqüência. E, na enfermagem, ela tem espaço relevante, sobretudo nos estudos que retratam questões relacionadas a aspectos culturais e de educação para a saúde. Assim, entendemos que este estudo enquadra-se nessa modalidade, por preocupar-se com a formação de recursos humanos.

Assim sendo, neste estudo a observação participante se deu durante a realização da intervenção educativa, para fins de observação e registro de dados referentes às discussões realizadas no desenvolver desta atividade.

Através dela, buscamos maior aproximação com o universo de significações e respostas dos sujeitos para a compreensão das relações existentes entre o ser homem, sua sexualidade e os cuidados com a saúde a partir da percepção dos mesmos.

Para o registro e anotação dos achados na observação participante foi utilizado o diário de campo, tomando-se alguns cuidados especiais para se garantir

a independência das análises meramente ideológicas do pesquisador e a pertinência dos dados, visando a eliminação de impressões emotivas, deformações subjetivas e interpretações fluidas, sem dados comprobatórios. Nessa fase, foi elaborado um diário de campo para o registro dos dados, pois, para Neto (1994, p. 64) “Quanto mais rico esse for em anotações, maior será o auxilio que a observação participante oferecerá à análise do objeto estudado”.

As anotações no diário de campo são relatos descritivos, registrados e observados no cenário do estudo (MAYAN, 2001).

Mayan (2001) faz algumas sugestões para que as observações sejam registradas com êxito, as quais serão seguidas neste estudo: (1) anotar as observações tão logo quanto seja possível; (2) evitar discuti-las até que sejam registradas; (3) evitar conversar enquanto escreve; (4) planejar tempo suficiente para o registro (por exemplo, uma hora de observação pode levar de três a seis horas para registrá-la).

Para as anotações e registros de dados no diário de campo neste estudo, contamos com o auxílio de uma estudante de enfermagem, previamente capacitada pela pesquisadora.

A estudante de enfermagem (auxiliar) compareceu aos encontros em que se deu a intervenção educativa, para o desenvolvimento do diário de campo, a partir das etapas: a) registros da expressão corporal dos sujeitos durante a realização da automassagem; b) registro das descrições das falas e citações dos sujeitos; c) anotação das observações feitas pela pesquisadora e d) registro fotográfico das etapas.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos a partir das falas emitidas pelos sujeitos pesquisados, bem como pela observação participante foram analisados qualitativamente e, portanto, categorizados a partir do referencial de Freire (1992).

Ao utilizarmos Freire (1992) como referencial para análise dos dados, entendemos poder ampliar a consciência da situação vivenciada, a capacidade de se relacionar com o mundo em que se vive. A opção pela aplicabilidade desse modelo se volta para a Educação libertadora ou conscientizadora, propiciando o

desenvolvimento do homem como um todo, tornando-o agente de sua própria transformação. A sua trajetória pressupõe a observação participante para melhor compreensão do contexto vivenciado (BUENO, 2001).

A análise dos dados iniciou-se por processos de transcrição das falas gravadas em fita cassete, bem como leitura e releitura das entrevistas e das anotações do diário de campo.

Num segundo momento, foi utilizada a interpretação compreensiva dos dados, a partir do referencial proposto por Freire (1992): A - Levantamento do universo temático a partir de temas geradores, organização do material obtido com a coleta dos dados, seleção e codificação de palavras e frases registradas/emitidas pelo agrupamento por temas, categorização das mesmas, comparação dos dados da entrevista com as anotações do diário de campo e elaboração de síntese interpretativa, através da compreensão dos depoimentos com identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas no texto, buscando-se sentidos socioculturais presentes nos depoimentos e estabelecendo relações entre sentidos atribuídos pelos sujeitos, resultados de outros estudos e o referencial teórico metodológico.

No terceiro e último momento foram desenvolvidas atividades educativas, que completam o referencial de Freire (1992): B - Desenvolvimento das atividades educativas da Pesquisa-Ação, que se deu através da elaboração de planos de ensino relativos aos temas geradores e desenvolvimento da Educação Conscientizadora com os profissionais da ESF Penha I.

Em seguida, descrevemos as diretrizes metodológicas para a análise de dados a partir do referencial de Freire adaptado por Bueno (2001).

4.5.1 Diretrizes metodológicas para a análise dos dados segundo Freire, adaptado por Bueno (2001)

A - Levantamento do Universo Temático/Problematização

O universo temático é o conjunto de temas geradores cuja investigação implica uma metodologia dialógica e conscientizadora (FREIRE, 2005).

Refere-se à descrição e à interpretação da situação do (s) educando (s)-pesquisado(s) e a identificação de suas necessidades de aprendizagem, de seus conhecimentos prévios e de suas habilidades. A organização da análise do universo

temático segue as fases a seguir explicitadas:

1 - Levantamento dos temas geradores

Esta fase, segundo Freire apud Bueno (2001), culmina com a busca de resultados para os pesquisadores, não só pelas relações que travam, mas pela busca da temática do pensamento dos homens, pensamento este que se encontra somente em seu próprio meio. Visa a buscar, portanto, temas significativos com os participantes deste processo. Esta procura é o ponto de partida do processo para a educação libertadora. Como refere Freire (2005), o tema gerador é o pensamento do homem sobre a realidade e sua ação sobre a ação da realidade que está em sua práxis. Estas observações e a emissão dos significados e do pensamento acontecem no meio ambiente vivenciado, sendo que os temas trabalhados devem ser significativos para a vivência destes sujeitos.

2 - Organização do material da coleta de dados

Por conseguinte, o conteúdo registrado é resultado da emissão dos significados e do pensamento dos educandos-pesquisados, captados através da observação participante e/ou da aplicação de um instrumento, possibilitando interpretação e seleção dos assuntos centrais, conforme sugere FREIRE (2005). Processa-se a leitura detalhada de todas as observações e respostas emitidas pelos sujeitos pesquisados. Nessa fase faz-se um recorte do texto, selecionando frases ou palavras repetidas com mais freqüência ou colocadas com mais ênfase pelos sujeitos participantes do estudo, passíveis de serem trabalhadas na atividade educativa. Nessa fase é possível juntar o pensamento para depois reunir elementos comuns aos pesquisados (BUENO, 2001).

3 - Seleção e codificação de palavras e frases registradas-emitidas

São selecionados os temas geradores, em ordem definida, agrupando-se as palavras e/ou frases pela riqueza temática, codificando-se os temas geradores.

4 - Síntese de palavras e frases selecionadas

Selecionados e codificados os temas geradores, agrupam-se todas as palavras e frases relacionadas a eles, reunindo grandes temas.

5 - Ordem dos temas geradores

Ordenam-se os temas geradores, pedagogicamente, numa sequência lógica

ao planejamento e execução das atividades educativas estabelecidas.

B - Desenvolvimento das Atividades Educativas da Pesquisa-Ação

Para se desenvolver a atividade educativa na pesquisa-ação, pressupõe-se a construção de planos de ensino relativos aos temas geradores, desenvolvendo a educação conscientizadora e avaliando o processo.

1 - Planos de Ensino Relativos aos Temas Geradores

Elabora-se o planejamento de ensino, considerando-se cada tema gerador levantado. O plano de ensino será elaborado, portanto, a partir do questionário aplicado aos sujeitos (BUENO, 2001).

2 - Desenvolvimento da Educação Conscientizadora

Implementa-se o plano de ensino, iniciando-se com as situações-problemas codificadas, a seguir decodificadas pelos sujeitos pesquisados e pesquisadores. Decodificação é a análise crítica da situação existencial codificada, feita pelos educandos e educadores, levando os educandos à conscientização, à medida que se alfabetiza. O debate em torno delas proporcionará ao grupo a conscientização.

Para Bueno,

> O ideal é conhecer ou inserir-se no grupo a pesquisar e no contexto de investigação, pois que a interação prévia favorece a aproximação. O próprio projeto de investigação, a Pesquisa-Ação, pressupõe uma relação de participação entre pesquisando e pesquisador. Juntos, refletem e procuram elucidar os problemas. Manifestações verbais e participação ativa dos sujeitos refletem a eficácia das ações educativas implementares. (BUENO, 1997-8, p. 79).

4.6 Recursos utilizados

5.6.1. Humanos: Uma facilitadora (pesquisadora), uma auxiliar (estudante de enfermagem) para a realização da coleta de dados, através das entrevistas e observação participante e desenvolvimento da intervenção educativa.

5.6.2. Didáticos: CD instrumental e aparelho de som, para manutenção da tranqüilidade do ambiente e para desenvolvimento da automassagem, folha de papel *craft* e pincel atômico para registro das falas dos trabalhadores referente à temática em foco e uma sala ampla.

4.7 Princípios éticos

A ética pode ser definida como forma de explicar o comportamento dos homens, da moral, levando em conta sua totalidade, diversidade, variedade e ainda, deve fornecer a compreensão racional de um aspecto real, afetivo e do comportamento dos homens (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Partindo da definição destas autoras sobre ética e em cumprimento às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, asseguramos no presente estudo: solicitação seguida de esclarecimento verbal e por escrito sobre o desenvolvimento e objetivos da pesquisa, ao Secretário Municipal de Saúde e à Coordenadora das equipes de Saúde da Família do município, a fim de obtermos seus consentimentos e autorização para o desenvolvimento do estudo.

Tendo as autorizações assinadas em mãos, em 27 de fevereiro de 2009, o projeto foi encaminhado e submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos-MG (FESP/UEMG - Campus de Passos), o qual foi aprovado em sua Reunião Ordinária, realizada em 22 de abril de 2009 (Anexo A).

Vale ressaltar que os princípios éticos foram respeitados no decorrer do estudo, sendo assegurado aos participantes a livre expressão a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), ficando garantido o direito de acesso aos dados coletados; os esclarecimentos verbais e escrito; direito de desistirem do estudo quando assim desejarem, o sigilo e o anonimato destes participantes através da identificação do recorte das falas dos sujeitos por números.

Entendendo o contexto do presente estudo, vale trazer para a reflexão dados referentes ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 2002, p. 36), em seus artigos 35, 36 e 37, que explicita deveres éticos do enfermeiro:

> **Art. 35.** Solicitar consentimento do cliente ou representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completados objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar no momento que desejar.
> **Art. 36.** Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.
> **Art. 37.** Ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram obtidos através da análise e interpretação compreensiva dos dados, segundo as categorias identificadas. Assim, a análise inicia-se pela apresentação dos sujeitos e vai até discussões relacionadas às experiências que constroem através de saberes, dúvidas, reflexões, convicções e compromissos adquiridos e estabelecidos através das relações históricas e sócio-culturais, acreditando poder assim subsidiar a compreensão dos sentidos atribuídos à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem.

5.1 Apresentando os sujeitos do estudo

Quadro 1 - Identificação dos sujeitos pesquisados, segundo: idade, sexo, estado civil e religião

Dados de identificação dos sujeitos: Idade, sexo, estado civil e religião.									
Sujeitos	Idade (anos)	Sexo		Estado civil				Religião	
		Feminino	Masculino	Solteiro	casado	Divorciado	viúvo	católico	evangélico
1	57		X				X	X	
2	32	X				X		X	
3	21	X		X				X	
4	34	X			X				X
5	39	X			X			X	
6	40		X		X			X	
7	34	X		X				X	
8	25	X		X				X	
9	18	X		X				X	
10	45		X		X				X

O quadro 1 apresenta os sujeitos do estudo segundo idade, sexo, estado civil e religião. Através dele buscamos identificar os 10 (dez) trabalhadores que constituem a Equipe de Saúde da Família Penha I.

Com base na faixa etária, verificamos extremos de 18 e 57 anos de idade e a predominância de 5 sujeitos na faixa etária entre 30 e 40 anos o que confere característica de uma população de adultos jovens.

Em relação ao sexo identificamos 7 (sete) mulheres e 3 (três) homens, que corresponde a uma constituição predominantemente feminina, representada por 80% dos sujeitos.

Quanto ao estado civil existem 4 (quatro) solteiros, 4 (quatro) casados, 1 (uma) divorciada e 1 (um) viúvo, o que demonstra uma maior representatividade de solteiros e casados.

Com relação à religião, verificamos a predominância de católicos representada por 8 (oito) entre os 10 (dez) sujeitos, sendo somente 2 (dois) evangélicos.

Em seguida, verificaremos dados complementares referentes à identificação desses sujeitos, dispostos no quadro 2 e analisados a seguir.

Quadro 2 - Identificação dos sujeitos a partir de dados: escolaridade, categoria profissional, formação profissional, tempo de atuação na ESF, experiências profissionais anteriores à atuação na ESF.

Identificação dos sujeitos a partir de: escolaridade, formação profissional, categoria profissional, tempo de atuação na ESF, experiências anteriores à atuação na ESF.										
Sujeitos	**Escolaridade**						**Categoria profissional**	**Formação profissional**	**Tempo de atuação na ESF**	**Experiências profissionais anteriores**
	Fundamental		Médio		Superior					
	I	**C**	**I**	**C**	**I**	**C**				
1						X	Médico	Medicina	8 anos	- Residência médica em cirurgia geral e plástica. - Atendimentos em hospital. - Pronto Socorro. - Consultório.
2						X	Enfermeira	Enfermagem	10 anos	- Pronto Socorro. - Saúde da Família
3					X		Agente Comunitária de Saúde	Cursando graduação em enfermagem	3 anos	Não possui.

continua na página seguinte

continuação da página anterior.

4				X			Agente Comunitária de Saúde	Não possui	2 anos e 7 meses	- Ajudante de costura. - Ajudante de cozinha.
5				X			Agente Comunitária de Saúde	Não possui	3 anos	Não possui
6				X			Agente Comunitária de Saúde	Não possui	8 anos	- Ajudante em confecções.
7				X			Técnica em enfermagem	Técnico em enfermagem	3 anos e 3 meses	- Setor de urgência e emergência da Santa Casa de Passos.
8					X		Agente Comunitária de Saúde	Cursando graduação em Serviço Social	4 anos	- Balconista de loja e de supermercado.
9				X			Recepcionista	Não possui	3 meses	- Balconista de supermercado. - Tele marketing.
10				X			Agente Comunitária de Saúde	Técnico em Higiene Bucal	3 anos	- Proprietário de empresa de marketing.

Legenda: I = Incompleto; C = Completo.

Com relação ao quadro 2 que se trata de dados complementares referentes à identificação dos sujeitos, evidenciamos que a escolaridade mínima é o ensino médio completo. Com essa escolaridade identificamos 6 (seis) sujeitos, sendo os demais 2 (dois) com ensino superior incompleto e 2 (dois) com ensino superior completo.

Com base nessa observação, depreendemos que dos 6 (seis) sujeitos que possuem ensino médio completo, 3 (três) representam a categoria profissional Agentes Comunitários de Saúde, 1 (um) Técnico em Enfermagem e 1(um) recepcionista. Com escolaridade ensino superior incompleto, identificamos que os 2 (dois) sujeitos pertencem à categoria profissional Agente Comunitário de Saúde, e os demais com ensino superior completo 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico.

Verificamos ainda que de 10 (dez) sujeitos, 04 (quatro) possuem formação profissional, 1 (um) em medicina, 1 (um) em enfermagem, 1 (um) em técnico em enfermagem e 1(um) em Técnico de Higiene Dental (THD), sendo que esse atua como Agente Comunitário de Saúde.

Ainda com relação à formação profissional, identificamos que 4 (quatro) não possuem nenhuma formação e que 2 (dois) encontram-se em formação para atuarem em outra profissão, sendo 1 (um) em enfermagem e 1 (um) em serviço

social.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, verifica-se uma variação considerável entre 3 meses e 10 anos, com uma predominância de 5 (cinco) sujeitos com tempo de atuação médio de 3 anos.

Verificamos que quanto às experiências profissionais anteriores à atuação na ESF aparecem diversas, algumas relacionadas à área da saúde, tais como: residência médica, atendimento hospitalar, em Pronto Atendimento (PA), consultório e em outras Unidades de SF, sendo essas relatadas por 3 (três) sujeitos das categorias profissionais médica, enfermagem e técnico em enfermagem. As demais experiências não se relacionam à área da saúde, e são ligadas principalmente às aéreas de confecções, comércio e marketing.

Assim, identificamos uma heterogeneidade na identificação dos sujeitos que nos chama a atenção em relação a alguns itens como a variação expressiva de faixa etária, a predominância do sexo feminino na constituição da equipe, a variação relacionada ao tempo de atuação na ESF e, especialmente à ausência de formação/profissionalização de parte dos sujeitos para atuarem na área da saúde.

Na seqüência, daremos continuidade à análise, com referência nos achados evidenciados através da questão de número 1 do roteiro de entrevista, relacionada ao significado do ser homem.

5.2 Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos a partir das questões norteadoras

Quadro 3 - Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 1 - Qual o significado que você atribui para o ser homem?

Sujeito	Respostas: Qual o significado que você atribui para o ser homem?
1	O ser homem é o elo de um casal em que ele faz parte dentro do nosso sistema como sendo o mentor e mantenedor de um lar.
2	É uma pessoa machista desligada se acha o mais forte ou que não adoece
3	É muito relativo porque a primeira imagem que a gente vê em se tratando de homem é o nosso pai, que no meu caso é uma pessoa sensível, que o pessoal até critica, porque os homens assim de um modo geral eles são desligados, mas para mim não, tem um significado de uma pessoa sensível e companheira.
4	O ser homem é mais fechado, não é assim muito cuidadoso com a saúde, geralmente espera as coisas acontecerem e têm as emoções mais fechadas.
5	Machista.
6	Para mim o significado do ser homem é um misto de ação e razão.

continua na página seguinte

continuação da página anterior.

7	Ser homem hoje deixou de ser o mandão da casa né, quem controlava, quem comandava, só que eles ainda não aceitaram bem, eles ainda querem ser o tal, porém isto está muito difícil porque a mulher está cada vez mais independente, mas, ser homem é ser isso, ser o pai de família ser o que comanda.
8	Muito machista, eu acho que também sinônimo de trabalho.
9	Atitude, responsabilidade e raciocínio.
10	Hoje a gente analisa que o ser homem esta abrindo mais a guarda deixando mais livre o que é ser um homem, por exemplo, apesar de a gente ter uma percepção do "macho" ainda ser uma pessoa assim cheia de autoritarismo, isto está diminuindo.

5.2.1 Categorização do significado do ser homem

1 - Relacionado a sucesso, poder e força: "... é uma pessoa machista...", "... se acha o mais forte ou o que não adoece...", "...machista...", "... eles ainda querem ser o tal...", "...o mandão da casa né...", "... muito machista...", "... apesar da gente ter uma percepção do "macho" ainda ser uma pessoa assim cheia de autoritarismo...", , "...ser o que comanda...", "...para mim o significado do ser homem é um misto de ação e razão...", "...raciocínio...", (S: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

2 - Relacionado à provisão: "...ele faz parte dentro do nosso sistema como mentor e mantenedor de um lar...", "...um misto de ação...", "...quem controlava, quem comandava...", "...ser o que comanda...", "... eu acho que também sinônimo de trabalho...", "...atitude, responsabilidade.."(S:1,6,7,8,9).

3 - Relacionado a déficits de cuidados: "...uma pessoa desligada...", "... porque os homens assim de um modo geral eles são desligados...", "... não é assim muito cuidadoso com a saúde, geralmente espera as coisas acontecerem..." (S:2,3,4).

4 - Relacionado à prescrição social: "...o ser homem é o elo de um casal em que ele faz parte dentro do nosso sistema...", "...é uma pessoa sensível, que o pessoal até critica..." (S:1,3).

5 - Relacionado à figura paterna: "...a primeira imagem que a gente vê em se tratando de homem é o nosso pai...", "... mas, ser homem é ser isso, ser o pai

de família...” (S: 3,7).

6 - Relacionado à heterogeneidade das possibilidades de ser homem: “...tem um significado de uma pessoa sensível e companheira...”, “...porém isto está muito difícil porque a mulher está cada vez mais independente...”, “...ser homem hoje deixou de ser ...” , “... hoje a gente analisa que o ser homem esta abrindo mais a guarda deixando mais livre o que é ser um homem...”, (S:3,7,10).

7 - Relacionado à um ser fechado, reservado: “...o ser homem é mais fechado...”, “...e têm as emoções mais fechadas...” (S: 4).

5.2.2 Síntese Interpretativa I: significado do ser homem

De acordo com o significado do ser homem para os sujeitos, evidenciamos atribuições que vão desde sucesso, poder, força, introspecção e provisão, até a de um ser companheiro e sensível. Nolasco (1997) contribui com essa constatação, fazendo uma analogia do que é ser homem em uma sociedade patriarcal.

Para o presente autor, uma resposta para essa indagação poderia convergir para a representação do *homem de verdade,* entendendo que meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são o que são por natureza.

Assim, no modelo de masculinidade a ser seguido, ressaltam-se as idéias de que o *homem de verdade* é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades.

Giddens (1993) acrescenta que questões relativas à sexualidade tendem a expressar inquietação no processo de construção da identidade masculina.

Desse modo, Goldenberg (1991) em seu estudo com homens verifica a existência de alguns marcos vigentes para a afirmação da identidade masculina e aponta para tensões diante de padrões tradicionalmente construídos, tais como: a iniciação sexual; a negação do homossexualismo; a referência constante de certo padrão de comportamento sexual masculino; o desejo de corresponder às expectativas sociais (em especial dos amigos e das mulheres).

E, acrescenta que embora sabendo que há diferenças do que é ser homem e ser mulher no tempo, no espaço e, em específico, no interior das classes sociais, podemos observar que ainda há homens que utilizam padrões tradicionais – de poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada – para construir a sua identidade (JABLONSKI, 1995).

Colaborando com a observação de Jablonski (1995), Gomes (2008) relata que em algumas sociedades, sucesso, poder e força costumam ser tidos como características específicas da masculinidade.

Nesse sentido, verificamos essas características nas falas de 7 entre os 10 sujeitos do nosso estudo, aproximando-se de constatações de Gomes (2004) em uma pesquisa com homens que buscou compreender o significado de ser homem em diferentes segmentos sociais.

Com base nessas constatações, Korin (2001) entende que essas características, especialmente as associadas a 'poder' e 'força', encontram-se muito presentes no imaginário social contemporâneo e acrescenta que quando os homens tentam seguir esse modelo masculino, com frequencia adotam condutas compensadoras, disfuncionais, agressivas e de risco, que os predispõem a doenças, lesões e morte. O que para o autor ganha visibilidade quando se focaliza a mortalidade masculina por causas externas.

Souza (2005) em seu estudo sobre mortalidade por causas externas, baseado em dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS) no período de 1991 a 2000 conclui que a taxa média de mortes por essas causas na população masculina é cinco vezes maior que na população feminina, além disso, que na faixa etária entre 15 e 19 anos, a mortalidade masculina é 6,3 vezes maior do que a feminina, e, na faixa etária entre 20 e 24 anos os homens morrem por causas externas 10,1 vezes mais do que as mulheres pelas mesmas causas.

A autora acrescente que em todas as causas externas, homens correm riscos de morrer em relação às mulheres de duas a quatro vezes maior e que especificamente em relação aos homicídios, a diferença entre mortes masculinas e femininas intensifica, com 12 óbitos masculinos para cada morte feminina.

Além disso, que homicídios e acidentes de transporte são considerados como as principais causas externas de mortes masculinas, que para a autora podem se articular com símbolos masculinos: armas e carros. E, com base nesse raciocínio,

conclui que os carros simbolizam poder de locomoção, velocidade, liberdade e status social, que são signos de sucesso e de sedução.

As armas têm o poder de submeter o outro a seus desejos e interesses, o poder de vida ou morte. Esses objetos são introduzidos desde cedo na vida do menino, na forma de brinquedos e passam a fazer parte do universo masculino com todos os simbolismos que possuem no contexto capitalista ocidental contemporâneo. (SOUZA, 2005, p. 65).

Identificamos também nas falas dos sujeitos significações do ser homem relacionadas a trabalho, atitude e responsabilidade, aproximando-as do imaginário social influenciado por prescrições sociais de homem provedor.

Assim, entendemos que questões referentes ao trabalho são associadas à função de provedor na figura masculina, sendo este um traço presente no ideal masculino hegemônico (BANKS, 2004).

No imaginário social, o ser homem ainda se associa muito à provisão, sendo essa constatação também evidenciada em um estudo realizado em 24 (vinte e quatro) estados brasileiros. Nesse estudo, esse dado foi tão significativo a ponto de a co-participação da mulher na provisão das famílias, encabeçadas por homem, não ter apresentado visibilidade social (OLIVEIRA, 2005).

Contrapondo-se aos achados do estudo de Oliveira (2005), no que se refere à co-participação feminina na provisão, no presente estudo verificamos a constatação de que a mulher "*está cada vez mais independente*". Entretanto, entendemos sua baixa visibilidade, uma vez que os mesmos sujeitos que demonstram esse entendimento, complementam suas falas com relatos de que ela não é reconhecida pelos homens de maneira geral, e que os homens ainda possuem uma concepção de serem os que "*comandam*".

Ampliando nossa discussão, identificamos referências ao ser homem como desligado, descuidado, fechado e racional, porém, verificamos também atribuições relativas à sensibilidade, companheirismo e um ser em transformação.

Ante o exposto, Ramos (2000) apresenta tensões que surgem entre a manutenção do poder do macho nas relações entre os gêneros e a possibilidade de se viver um novo modelo masculino associado a características de afetividade e de um relacionamento igualitário entre homens e mulheres, o que tem sido um dos motivos para se falar de uma crise da dominação masculina.

Colaborando com esse entendimento, Gomes (2007) explica que o ideal masculino investido de traços da masculinidade hegemônica encontra-se abalado por questionamentos dos movimentos feministas (anos 70) e de gays (anos 80). Tais questionamentos, que rechaçam as bases naturalistas da dominação masculina, têm possibilitado a abertura de um imenso campo de pesquisas, bem como a possibilidade de entendimento da heterogeneidade das possibilidades de ser homem.

Dessa forma, Damatta (1997) não aborda especificamente como crise masculina, mas nos fala das inseguranças do ser homem. Para ele, num cenário em que se prega que a sexualidade se efetiva pela atração pelos opostos, a construção da masculinidade é atravessada por pontos de insegurança traduzidos principalmente pelo medo do homossexualismo e da impotência. Assim, dentre outros aspectos, os comportamentos masculinos apontam para o fato de que para que uma pessoa pudesse ser um homem, deveria primeiro sentir-se ameaçada de virar mulher.

Junto a esses medos, o homem também pode concentrar a sua preocupação de, mesmo sendo *equipado para funcionar como macho*, falhar na hora H. Nesse sentido, mais do que ter um pênis é saber se relacionar, o que para Damatta, consiste basicamente em descobrir que “ser homem” não é o mesmo que “sentir- se como homem”. Ser homem [é] receber de uma mulher o atestado ou a prova de que se [é] verdadeiramente “homem”.

A crise da masculinidade, para Nolasco (1997), em parte está associada a valores sociais que transcendem a dimensão do indivíduo; caracteriza-se pela tentativa de homens se diferenciarem do padrão de masculinidade socialmente para eles estabelecido. Para o autor essa crise representa a quebra do cinismo a respeito da existência de um homem de verdade em torno do qual todo menino é socializado.

Por seu intermédio, temos acesso a uma reflexão em face da inclusão de seus sonhos e sentimentos como um valor pertencente ao cotidiano masculino.

Para ele, frente a esse cenário, abrem-se possibilidades relacionadas à transformação da intimidade, terreno tenso e confuso para o homem devido ao fato de os homens comumente pouco conhecerem as dimensões do contato, da proximidade, da troca, da solidariedade e da cumplicidade.

Enfim encerramos nossa reflexão sobre o ser homem, trazendo para a discussão considerações dos sujeitos que relacionam o ser homem à figura paterna,

o que nos possibilita uma discussão recorrente nos últimos anos nos estudos sobre a saúde reprodutiva e Keijzer (2003) traz contribuições para essa discussão considerando a paternidade um dos temas mais problemáticos e, ao mesmo tempo, promissores nos estudos da saúde masculina com ênfase em questões de sexualidade e gênero.

Além disso, há que se considerar, nas diversas modalidades de ser pai, dimensões pouco exploradas, tais como a vivência que os homens têm no exercício da paternidade, contribuindo para que se reconheça formas mais presentes e equitativas relativamente à participação das mulheres, ou o impacto atual das mudanças no tradicional papel de provedor, com a intensa participação da mulher no mercado de trabalho. Essa última situação, por exemplo, pode conduzir para outros tipos de provisão: o de cuidador e o de guia cognitivo, em que novas emoções e experiências podem ser vivenciadas pelos pais, sobretudo a vivência do cuidado.

Orientados por discussões relacionadas ao significado do ser homem, apresentamos em seguida as percepções dos sujeitos relacionadas à sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem.

Quadro 4 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 2 - Como você percebe a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem, no que se refere à prevenção, promoção e recuperação da saúde?

Sujeito	Respostas: Como você percebe a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem, no que se refere à prevenção, promoção e recuperação da saúde?
1	O homem há muito tempo, e, até a bem pouco tempo tinha certa apreensão, certa rejeição de todo tratamento com relação a sua sexualidade devido ao tabu que envolvia toda sexualidade masculina, sendo que no caso não acontecia esse cuidado com a saúde do homem como era com a mulher que é muito mais aberta a este tipo de cuidado, mas, com as campanhas educativas com o trabalho que tem sido feito junto com os PSF's, o trabalho de esclarecimento junto à mídia, tem facilitado muito a procura dos homens por cuidados, e este cuidado é importante lembrar que não é só o com o PSA, mas ele veio para servir como uma porta para o paciente poder fazer o toque, que antes do PSA era muito rejeitado e tão estiguimatizado pelo homem.
2	Quanto à prevenção eles não desenvolvem atividades de prevenção, eles não procuram o serviço para prevenir, porque ao meu ver eles se consideram fortes, eles são criados com a concepção de que homem não chora, de que homem é mais forte do que mulher, então eles vêm procurar por cuidados, quando o problema já esta no estado avançado, o que reduz a chance de cura, aumenta as complicações e o gasto do Sistema Único de Saúde, então eles só deixam para procurar quando já agravou.
3	Eles só procuram quando aperta né, principalmente na parte da sexualidade, eles esperam aparecer uma patologia para depois estarem procurando a Unidade, agora esta parte de prevenção assim é raro no homem por iniciativa própria ta procurando o PSF.
4	Tem muito a desejar né, o PSF é muito pouco procurado por homens, assim, tipo eles acham que se procurarem alguma ajuda com relação à saúde e sexualidade eles estão sendo fracos, eles gostam de resolver por si mesmo estes problemas.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

5	O homem não tem a prevenção né, quando vai falar com eles, logo, logo eles cortam a gente, com a frase: Minha saúde é boa, então eles não deixam a gente abordar muita coisa sobre saúde com eles não, e isso piora quando tem alguma relação com a questão de sexualidade
6	A sexualidade masculina é muito aflorada e possui muito valor para o homem, assim percebo que os cuidados com a saúde são deixados de lado, principalmente quando pensamos em prevenção, pois o homem tem pouco interesse em prevenção de doenças e em cuidados com a saúde masculina, exceto quando o problema de saúde compromete sua virilidade.
7	Eu acho que é mais voltada para a recuperação, porque prevenção e promoção eles não se preocupam e nem seguem as orientações que a gente passa, mas, só depois que ficam doentes mesmo é que eles procuram mais o serviço de saúde, e muitas vezes vão direto a outros médicos, como: cardiologista, urologista, né, porque não são muito de virem no PSF, acho que têm um pouco de vergonha da gente, dos vizinhos, sabe.
8	Desinteressados, o homem muitas vezes não dá tanta importância para sua saúde como deveria não se preocupando tanto em se prevenir para mais tarde não ter conseqüências piores.
9	Ainda esta sendo assim muito pequena assim a busca deles, mas estamos observando assim que principalmente a terceira idade já está buscando mais um conceito assim de saúde a partir de cuidados preventivos.

5.2.3 Categorização da percepção da sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem

1 - Relacionado à apreensão e rejeição quanto aos cuidados e tratamentos da saúde com exposição à sexualidade: "...tinha certa apreensão, certa rejeição de todo tratamento com relação à sua sexualidade...", "...Eles só procuram quando aperta, né, principalmente na parte da sexualidade...", "...eles acham que se procurarem alguma ajuda com relação à saúde e sexualidade eles estão sendo fracos..." (S: 1, 3, 4).

2 - Relacionado à falta de cuidado com a saúde masculina em comparação com a mulher: "...sendo que no caso não acontecia esse cuidado com a saúde do homem como era com a mulher que é muito mais aberta a este tipo de cuidado..." (S:1).

3 - Relacionado à mudança de comportamento dos homens em relação aos cuidados com a saúde masculina e sexualidade: "...mas, com as campanhas educativas com o trabalho que tem sido feito junto com os PSF's, o trabalho de esclarecimento junto à mídia, tem facilitado muito a procura dos homens por cuidados...", "...mas estamos observando assim que principalmente a terceira idade

já está buscando mais um conceito assim de saúde a partir de cuidados preventivos...” (S: 1, 10).

4 - Relacionado à necessidade de cuidado da saúde masculina não somente pela vulnerabilidade ao câncer de próstata: “...e este cuidado é importante lembrar que não é só o com o PSA...” (S:1).

5 - Relacionado ao advento do exame de PSA: “...ele veio para servir como uma porta para o paciente poder fazer o toque, que antes do PSA era muito rejeitado e tão estiguimatizado pelo homem...” (S: 1).

6 - Relacionado à não procura de homens por ações preventivas: “...Quanto a prevenção eles não desenvolvem atividades de prevenção, eles não procuram o serviço para prevenir, porque ao meu ver eles se consideram fortes, eles são criados com a concepção de que homem não chora, de que homem é mais forte do que mulher...”, “...esta parte de prevenção assim é raro no homem por iniciativa própria ta procurando o PSF...”, “...O homem não tem a prevenção né...”, “...pois o homem tem pouco interesse em prevenção de doenças e em cuidados com a saúde masculina...”, “...Quanto à prevenção eles não previnem não...”, “...porque prevenção e promoção eles não se preocupam e nem seguem...”, “...como deveria não se preocupando tanto em se prevenir...” (S: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9).

7 - Relacionado à busca tardia pelo serviço de saúde e reducionismo à recuperação: “...então eles vêm procurar por cuidados, quando o problema já esta no estado avançado, o que reduz a chance de cura, aumenta as complicações e o gasto do Sistema Único de Saúde, então eles só deixam para procurar quando já agravou...”, “...eles esperam aparecer uma patologia para depois estarem procurando a Unidade, agora...”, “...não procuram muito, e quando procuram é porque já chegou num nível que não tem mais muito o que se fazer...”, “...Eu acho que é mais voltada para a recuperação...”, “..mas, só depois que ficam doentes mesmo é que eles procuram mais o serviço de saúde...”, “...para mais tarde não ter conseqüências piores...” (S: 2, 3, 7, 8, 9).

8 - Relacionado à dificuldade de se abordar sobre temas relacionados à saúde e sexualidade com a população masculina pelo desinteresse e baixa

importância dada aos cuidados com a saúde: "...quando vai falar com eles, logo, logo eles cortam a gente, com a frase: Minha saúde é boa, então eles não deixam a gente abordar muita coisa sobre saúde com eles não, e isso piora quando tem alguma relação com a questão de sexualidade...", "...Desinteressados, o homem muitas vezes não dá tanta importância para sua saúde...", "...e nem seguem as orientações que a gente passa..." (S: 5, 8, 9).

9 - Relacionado à sexualidade masculina ser muito aflorada e possuir muito valor para os homens: "... A sexualidade masculina é muito aflorada e possui muito valor para o homem, assim percebo que os cuidados com a saúde são deixados de lado, principalmente quando pensamos em prevenção...", "...exceto quando o problema de saúde compromete sua virilidade..." (S: 5)

10 - Relacionado à procura por atenção à saúde a partir de serviços de atenção secundária (especialidades): "...e muitas vezes vão direto a outros médicos, como: cardiologista, urologista, né..." (S: 8).

5.2.4 Síntese interpretativa II: a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem

Ao buscarmos esclarecimento sobre a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem, verificamos expressões referentes à apreensão e rejeição aos cuidados e tratamentos da saúde com exposição à sexualidade.

De acordo com Rohden (2001), possivelmente essa rejeição associa-se à vergonha e relaciona-se à forma como homens e mulheres são socializados. Diferentemente do homem, a mulher foi mais acostumada a ter seu corpo exposto para a medicina. Principalmente com o advento da ginecologia, ela teve seu corpo mais medicalizado em diferentes ciclos da vida. Isso pode ter contribuído para que a exposição da mulher seja vista como mais natural do que a do homem.

Gomes (2008) complementa com os dados obtidos em entrevistas com homens que o fato dos mesmos não buscarem cuidados médicos poderia estar associado à vergonha de ficarem expostos a um outro homem ou a uma mulher. Especialmente, no caso da busca do diagnóstico de câncer de próstata, eles falaram da resistência a mostrar partes de seu corpo tão íntimas, consideradas interditadas, o que seria demandado numa situação de exame de próstata.

Gomes (2003) cita vários exemplos para problematizar a dificuldade de promovermos medidas preventivas que demandem a discussão da representação da sexualidade masculina corroborando com a percepção dos sujeitos desse estudo. Assim, nos focalizaremos na prevenção do câncer de próstata para contextualizarmos essa temática.

O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma.

Não precisamos raciocinar muito para descobrirmos que o toque retal mexe com características identitárias masculinas. Damatta (1997) observa que a parte da frente do homem o diferencia da mulher, enquanto a sua traseira a ela o iguala. Assim, se o falo é a marca registrada do ser masculino, a nádega representa o outro lado da medalha.

Com base nessa constatação, verificamos na percepção de um, entre os dez sujeitos que o advento da dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) contribuiu para a redução da resistência masculina ao diagnóstico de câncer de próstata.

Esse sujeito explica que, com base em sua experiência profissional ele percebe que o exame de próstata com dosagem de PSA tem sido uma maneira de *"laçar"* os homens para os cuidados com a saúde. Nesse raciocínio, o sujeito explica que atraídos pelo cuidado de sua virilidade sem a exposição de sua sexualidade os homens abrem a possibilidade de atuação da equipe de saúde para outras vulnerabilidades à saúde masculina e até mesmo ao toque retal.

Tais considerações nos coloca diante de uma verdadeira polêmica facilmente identificada em diversas fontes analisadas, que refere-se à forma mais eficaz de se fazer a detecção precoce do câncer de próstata.

Gomes, Rebello, Araújo e Nascimento (2008), explicam que em geral, esse diagnóstico é recomendado para ser realizado através do exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA, e também observam que, quando necessário, deverá ser realizada uma ultra-sonografia transretal.

Além disso, os autores fazem discussões sobre a eficácia do toque retal e do PSA, por exemplo, questionam o toque retal, afirmando que muitos homens quando têm o câncer prostático detectado por esse exame já se encontram em estado avançado da doença. Segundo os autores, “Além disso, esse exame depende inteiramente da qualidade do médico que o faz, sendo portanto, muito subjetivo”.

Quanto aos tipos de diagnóstico, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda, em termos de rastreamento oportunístico, a realização dos exames de toque retal e da dosagem do PSA total. Recomenda ainda que, a partir desses exames e havendo indicação, se realize a ultra-sonografia pélvica ou prostática transretal.

A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os homens que têm acima de 50 anos e os que têm 40 anos e com histórico familiar de câncer de próstata, pensem na possibilidade de “ir anualmente ao urologista para fazer check-up da próstata”, mesmo que não tenham sintomas urinários e, por considerar que o toque retal não é infalível, recomenda que esse deva ser associado ao exame PSA.

Já o texto de um órgão do Ministério da Saúde não entra na discussão sobre o assunto. Numa posição diferente desse consenso, o órgão do MS, em texto veiculado pela Internet, aponta para a necessidade de todos os homens brasileiros, entre 45 e 75 anos, de se submeterem a exames de prevenção e diagnóstico precoce de câncer de próstata.

Comparando o conjunto das fontes estudadas com os textos que serviram de referência para a análise, verifica-se que o consenso sobre o diagnóstico precoce do câncer de próstata ou ainda não está consolidado, ou não é consenso.

Continuando nossa discussão, com base nas falas dos sujeitos, evidenciamos associações da sexualidade masculina com a falta de cuidados, especialmente quando comparado às mulheres.

Quanto a essa constatação, Costa (2003: 87) faz a seguinte reflexão: “A preocupação com a saúde das mulheres sempre esteve expressa na atenção com a reprodução biológica, visando uma adequada reprodução social. Assim, cuidados com a gravidez e o parto somavam-se às preocupações com aleitamento materno e a educação das crianças”.

Gomes (2008) corrobora com a reflexão de Costa (2003) e considera questões relativas à falta de unidades de saúde específicas para o cuidado do

homem, e essa percepção é apontada por homens entrevistados em seu estudo relacionado às barreiras para o acesso do público masculino aos serviços de saúde.

Costa (2003) finaliza com a reflexão de que tal resistência pode estar associada ao fato do poder da medicina colocar o homem na condição passiva de "paciente", que pode ser percebida como algo destoante da idéia de masculino. Em outras palavras, pode haver uma percepção de que o masculino se feminiza ao ser tratado como passivo.

Nas falas dos sujeitos, verificamos também categoria relacionada à percepção de que os homens buscam soluções de seus problemas por si próprios, associando-se masculinidade a risco.

Em geral, os homens costumam ser influenciados por essas associações como refletimos na Síntese Interpretativa I, o que os fazem entender que o risco ou seus problemas de saúde não são algo a ser evitado ou cuidado, mas a ser superado cotidianamente.

Ante o exposto, verificamos no estudo de Costa (2003) a constatação de que os hábitos de prevenção ainda encontram-se mais associados às mulheres do que aos homens.

Encontramos também na percepção dos sujeitos a constatação de que a população masculina acessa o serviço de saúde especialmente pela atenção especializada, aproximando-se da verificação feita pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

Assim, a presente política é alinhada aos princípios da Atenção Básica e, define a APS como "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde, fortalecendo ações e serviços de atenção à saúde em redes, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família e evitando assim, a setorialização de serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Entendemos também com base nas falas dos sujeitos, a necessidade de se considerar que a masculinidade é um processo em permanente construção e transformação, sendo esse entendimento fundamental para a promoção da saúde e sexualidade masculina.

Essa consideração se faz necessária, sobretudo, ante ao empenho de se promover a equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. É

fundamental que ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação (BRASIL, 2008).

Além disso, os sujeitos fazem referência quanto às mudanças comportamentais da população masculina relacionadas às divulgações sobre temáticas relativas à saúde do homem e sua sexualidade e entendem o impacto positivo delas quanto à maior adesão masculina às ações preventivas nos últimos anos, bem como sua necessidade de ampliação, no sentido de uma maior mobilização dessa população.

Brasil (2008) reconhece essa necessidade através da Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem, com a seguinte referência: "A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania".

Na sequência propomos a continuidade das reflexões, trazendo para a discussão os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos cuidados com a saúde do homem.

Quadro 5 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 3 - Que sentido você atribui aos cuidados com a saúde do homem, a partir dos aspectos: biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais?

Sujeito	Respostas: Que sentido você atribui à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, a partir dos aspectos:			
	Biológicos	Psicológicos	Sócio-culturais	Espirituais
1	De aspectos biológicos o homem é visto como macho, o macho que até bem pouco tempo era visto como poligâmico, e até hoje nossa sociedade aceita certa poligamia com relação ao macho, com relação ao homem, mas rechaça com relação à mulher, então no aspecto biológico eu o vejo como macho é que diz ser protetor, e que diz ser extremamente egoísta com relação à posse das mulheres.	Seria extremamente machista e extremamente protetor, não aceita separação mão aceita traição trata isso como uma fórmula de, por ele ser extremamente possessivo com relação ao seu par, ou a fêmea, com relação à fêmea?	No aspecto de sociedade ele é extremamente companheiro, ele é extremamente amigo, no aspecto fiel e volto a reiterar extremamente possessivo.	Eu vejo no nosso meio é um homem muito evangelizado, é homem muito crente em valore religiosos crente em valore morais e crente em DEUS.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

2	Eu acho que biologicamente os aspectos da sexualidade interferem no cuidado da saúde sim, tanto é que a preocupação deles é com a próstata por sua relação com a sexualidade, por medo de perder a ereção então ele deixa as outras vulnerabilidades e adoecimento de lado.	Psicologicamente, eu penso que eles já são condicionados desde a infância a se acharem fortes então se consideram fortes.	Eu acho que eles têm dificuldade para cuidarem de sua saúde porque eles são na maioria das vezes provedores do lar e os atendimentos no PSF acontecem no horário em que eles estão trabalhando. Além disso, penso que culturalmente eles se sentem envergonhados em freqüentarem o PSF, porque é um local onde serve mais mulheres, idosos e crianças.	Espiritualmente vejo que a mulher já é condicionada ao cuidado, Por exemplo: cuidar dos filhos, da mãe que adoece. Já o homem deixa pra mulher esta parte de cuidar.
3	Acho que o homem não se controla, vive muito em função do corpo, é muito biológico e pouco racional.	Acho que os aspectos psíquicos se resumem em aspectos sexuais, se eles estiverem bem sexualmente, eles vão estar bem em todos os aspectos, no trabalho, no dia a dia da casa, em tudo.	Me faz lembrar o ponto de vista financeiro, pois quando a situação financeira aperta em casa interfere na sexualidade e na saúde muito, porque a pessoa não tem cabeça, não se desliga das coisas materiais, porque é assim que buscam o prazer	Eu acho que a religião interfere em questões de cuidado e de sexualidade sim, muitas religiões abominam o sexo antes do casamento, a traição, a valorização do dinheiro, e isso é importante no desenvolvimento da pessoa, talvez até no relacionamento homem e mulher, é uma questão que está em falta hoje em dia, por isso que as pessoas estão tão descuidadas, e escravas do prazer.
4	Eles têm dificuldades de procurar ajuda médica, já a mulher é mais cuidadosa nesta área. A dificuldade de procurar um PSF, porque geralmente não gostam de faltar do trabalho, para se mostrar fortes.	O homem tem a mente mais fechada, ele dificilmente reclama alguma coisa, alguma doença, eles guardam mais pra eles mesmos.	Eu já acho que o homem é mais sociável, mas mesmo assim isso não é suficiente para se cuidar corretamente.	Ta mudando, assim eles já estão mudando muito. Nas igrejas já estão pregando para os homens procurar mais atenção à saúde nos PSF's.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

5	Despreocupados com sua saúde.	Desligados com a parte psíquica.	A cultura do homem ainda está de esconder seus problemas de saúde, de sexualidade principalmente.	O homem é pouco espiritualizado, não liga com a saúde espiritual, assim eles muitas vezes vão na igreja por imposição da mãe ou da esposa.
6	Fútil	Sempre ativo	A cultura de cada homem influencia em seu ser.	Independente da religiosidade e espiritualidade, ele é auto-suficiente.
7	O homem cuida muito pouco do biológico, do estado físico, não se alimenta bem não pratica atividade física, etc...	Neste aspecto eles são mais fortes e controlados do que a mulher, que é mais sensível, ficando mais vulnerável à doenças psíquicas.	O homem hoje em dia está melhorando, em aspectos sócio-culturais, antes ele eram mais trabalhadores rurais, braçais, hoje eles estão tentando se informar mais, melhorar sua qualificação profissional, mesmo que não tenham estudo, estão tendo mais informação.	O homem não é muito espiritualizado não.
8	Os homens mais jovens se preocupam mais com a parte biológica e física, já os mais velhos não se preocupam com a aparência, com a qualidade de vida, uma alimentação boa, usar um filtro solar.	Eu acho que as mulheres têm mais problemas que os homens na parte psicológica. Os homens não têm tempo pra pensar nisto, e na maioria das vezes quando sofrem de problemas psíquicos, sofrem sozinhos, não são como as mulheres que falam qual o seu problema, eles não socializam aquilo que estão sentindo.	Acho que influencia muito, porque vem desde pequenininho colocado pra ele que homem tem que ser forte, homem tem que ser aquilo que a sociedade influencia.	Cada um tem sua crença só não compartilha tanto quanto a mulher eu vejo do lado que ele sozinho faz suas orações não acredita tipo numa benzeção.
9	Indiferente, e, pouco interessado.	Racional	Dependendo da cultura e sociedade machista e individualista	Espiritualmente, penso que não chega à interferir na sexualidade, isso vai muito de homem para homem, independente da religião.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

10	Falta muito conhecimento ainda, eles ainda não têm consciência do grau de incapacidade que pode chegar uma certa, nessa parte de doença o homem não está conscientizado.	Machista ainda né.	Na parte sócio cultural eles se reconhecem como quem tem que trabalhar, mas que não tem tempo de vir a unidade utilizar os recursos que a gente oferece.	Eu percebo que eles estão assim mais conscientizados espiritualmente, da importância disso para a saúde da mente.

5.2.5 Categorização dos sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde do homem, a partir de aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais

1 - Relacionado a sentidos de machismo: "... De aspectos biológicos o homem é visto como macho, o macho que até bem pouco tempo era visto como poligâmico, e até hoje nossa sociedade aceita certa poligamia com relação ao macho, com relação ao homem, mas rechaça com relação à mulher, então no aspecto biológico eu o vejo como macho é que diz ser protetor, e que diz ser extremamente egoísta com relação à posse das mulheres...", "...A dificuldade de procurar um PSF, porque geralmente não gostas de faltar do trabalho, para se mostrar fortes...", "...Seria extremamente machista...", "...trata isso como uma fórmula , por ele ser extremamente possessivo com relação ao seu par...", "...Sempre ativo...", "...Racional...", "...Machista, né..." (S: 1, 4, 6, 9, 10).

2 - Relacionado a sentido de descontrole: "...Acho que o homem não se controla..." (S:3)

3 - Relacionado à valorização do corpo: "...vive muito em função do corpo...", "...fútil..." (S: 3, 6)

4 - Relacionado à interferência com a sexualidade: "...Eu acho que biologicamente os aspectos da sexualidade interferem no cuidado da saúde sim, tanto é que a preocupação deles é com a próstata por sua relação com a sexualidade, por medo de perder a ereção..." (S: 2).

5 - Relacionado ao enfoque reducionista ao cuidado com a saúde do homem: "...então ele deixa as outras vulnerabilidades de adoecimento de lado...", "...é muito biológico e pouco racional..."(S: 2,3).

6 - Relacionado à despreocupação com os cuidados com a saúde e procura reduzida por cuidados: "...Eles têm dificuldades de procurar ajuda médica, já a mulher é mais cuidadosa nesta área...", "...Despreocupados com sua saúde...", "...O homem cuida muito pouco do biológico, do estado físico, não se alimenta bem não pratica atividade física etc...", "..., já os mais velhos não se preocupam com a aparência, com a qualidade de vida, uma alimentação boa, usar um filtro solar...", "...Indiferente, e, pouco interessado..." (S: 4, 5, 7, 8, 9).

7 - Relacionado à idade: "...Os homens mais jovens se preocupam mais com a parte biológica e física..." (S: 8).

8 - Relacionado ao desconhecimento e falta de conscientização: "...Falta muito conhecimento ainda, eles ainda não têm consciência do grau de incapacidade que pode chegar uma certa doença, nessa parte de doença o homem não está conscientizado..." (S: 10).

9 - Relacionado a serem condicionados a se acharem fortes: "...Psicologicamente, eu penso que eles já são condicionados desde a infância a se acharem fortes então se consideram fortes..." "...Neste aspecto eles são mais fortes e controlados do que a mulher, que é mais sensível, ficando mais vulnerável à doenças psíquicas...", "...Eu acho que as mulheres têm mais problemas que os homens na parte psicológica..." (S:2, 7, 8).

10 - Relacionado a aspectos sexuais: "...Acho que os aspectos psíquicos se resumem em aspectos sexuais, se eles estiverem bem sexualmente, eles vão estar bem em todos os aspectos, no trabalho, no dia a dia da casa, em tudo..." (S: 3).

11 - Relacionado à instrospecção e descuido: "...O homem tem a mente mais fechada, ele dificilmente reclama alguma coisa, alguma doença, eles guardam mais pra eles mesmos...", "...Desligados com a parte psíquica...", "...e na maioria das vezes quando sofrem de problemas psíquicos, sofrem sozinhos, não são como as

mulheres que falam qual o seu problema, eles não socializam aquilo que estão sentindo...”(S: 4, 5. 8).

12 - Relacionado a ser influenciado por sua cultura e socialização: “...A cultura do homem ainda está de esconder seus problemas de saúde, de sexualidade principalmente...”, “...A cultura de cada homem influencia em seu ser...”, “...Acho que influencia muito, porque vem desde pequenininho colocado pra ele que homem tem que ser forte, homem tem que ser aquilo que a sociedade influencia...”, “...Dependendo da cultura e sociedade machista e individualista...” (S: 5, 6, 8, 9).

13 - Relacionado a mudanças de comportamento a partir da evolução: “...O homem hoje em dia está melhorando, em aspectos sócio-culturais, antes eles eram mais trabalhadores rurais, braçais, hoje eles estão tentando se informar mais, melhorar sua qualificação profissional, mesmo que não tenham estudo, estão tendo mais informação...” (S: 7).

14 - Relacionado à valores morais: “...Crente em valores morais...” (S: 1).

15 - Relacionado espiritualização feminina com ênfase no cuidado: “...Espiritualmente vejo que a mulher já é condicionada ao cuidado, Por exemplo: cuidar dos filhos, da mãe que adoece. Já o homem deixa pra mulher esta parte de cuidar...”, “...só não compartilha tanto quanto a mulher...” (S: 2, 8).

16 - Relacionado a ceticismo e individualismo: “...eu vejo do lado que ele sozinho faz suas orações não acredita tipo numa benzeção..” (S: 8).

5.2.6 Síntese interpretativa III: sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde do homem, a partir de aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais

Ao considerarmos os sentidos atribuídos pelos sujeitos referentes aos cuidados com a saúde do homem, depreendemos que, consensualmente explicitam expressões compatíveis com a despreocupação com o cuidar de si.

O que para Gomes (2008, p. 53) é apontado em termos masculinos que: “homens em geral não foram criados para se cuidar”.

Keijzer (2003) corrobora com essa percepção e elucida que o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não são questões presentes na socialização dos homens e articula as dimensões de gênero e de classe social, entendendo que os homens cuidam-se menos que as mulheres; e, quando estão nas posições superiores da hierarquia social, cuidam-se mais do que outros homens, nos segmentos menos favorecidos.

Por outro lado, o mesmo autor faz uma alerta de que quando alguns homens promovem o cuidado de seu corpo podem apresentar um extremo fisiculturismo, levando o cuidado a se transformar em risco de adoecimentos, o que os sujeitos do nosso estudo atribuem como “descontrole” e excesso de “valorização do corpo” no sentido da aparência e não do cuidado.

Evidenciamos também, através dos sentidos dos sujeitos marcas de interferências relacionadas à sexualidade e gênero, o que nos remete à necessidade de uma discussão mais aprofundada da masculinidade, bem como da socialização desses sujeitos.

Oliveira (2004) observa que a palavra masculinidade surgiu no século XVIII, para explicitar critérios de diferenciação entre os sexos. O autor chama a atenção para a insuficiência das definições a respeito dessa expressão e destaca a importância de que o debate sobre masculinidade leve em conta suas características históricas, a sua força de arregimentação social, a imbricação com outros lugares simbólicos estruturantes e o seu poder de orientar a formação de juízos.

Contemporaneamente, observamos o enredamento do ser masculino com fragilidades, angústias, crises, modismos e aparentes contradições, como evidenciamos nas falas de alguns sujeitos, especialmente do ponto de vista de aspectos psicológicos e sócio-culturais, o que Oliveira (2004, p. 285) assinala que: “Apesar de todas as mudanças sócio-estruturais e todos os movimentos que continuamente contestam a hegemonia masculina, esse lugar simbólico ainda é bastante valorizado e funciona como bússola de orientação para a construção de identidades em diversos seguimentos sociais”.

Assim entendemos a necessidade de se conceituar masculinidade buscando, pois, entender suas relações com o cuidado para o ser homem. Para isso recorremos a Connel (2007), Keijzer (2003) e Oliveira (2004) citados por Gomes (2008). Com base nesses autores, Gomes (2008) conceitua a masculinidade como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem,

modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados. Aqueles que seguem tais modelos não só recebem o atestado de homem como também não são questionados pelos outros que compartilham desses símbolos.

Assim, a masculinidade - situada no âmbito do gênero - representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura. Esses atributos se diferenciam ao longo do tempo e, especificamente, nas classes e nos segmentos sociais.

A partir desta reflexão, há a necessidade de se considerar essas condutas e valores como indicativas de eixos temáticos para a estruturação dos debates acerca dos cuidados com a saúde da população masculina, bem como as prioridades de atenção à saúde dessa população, em linhas de cuidado que resguardem o reconhecimento de modelos de masculinidade e suas interferências nos cuidados com a saúde.

Nessa analogia, evidenciamos que os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos que estão intimamente relacionados com modelos da masculinidade hegemônica: violência, tendência à exposição a riscos com conseqüência nos indicadores de morbi-mortalidade e saúde sexual e reprodutiva.

Quanto à violência, Couto e Scharaiber (2005, p. 702) sublinham que a discussão sobre as relações entre violência e gênero vem sendo ampliada de forma a permitir melhor compreensão da relação entre violência e masculinidade.

Outro estudo mencionado por Couto e Scharaiber (2005) verificou que: a) um em cada dois homens (56%) já experimentou algum tipo de violência física; b) destacam-se como agressores referidos, os amigos (37,5%), estranhos (34,8%) e policiais (5%); c) 29,9% declaram que já haviam agredido alguém fisicamente após os 18 anos.

Nessa perspectiva, evidenciamos através da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem o reconhecimento de determinantes de sua saúde, bem como a apresentação de diversos elementos condicionantes, que resguardem a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação.

Somando-se a esse reconhecimento, verificamos também através dela indicadores que visam oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento e de vulnerabilidade a agravos à saúde na população de homens, buscando conciliar,

por um lado, reflexões sobre o comportamento e vida social dessa população, e, por outro, dados epidemiológicos que ilustram os problemas mais prementes em sua saúde, e que devem ser estrategicamente enfrentados (BRASIL, 2008).

Ainda em atenção aos aspectos conceituais relativos à masculinidade, Gomes (2008) observa que as expressões “masculinidade” e “virilidade” muitas vezes são empregadas como sinônimos. Entretanto, há estudiosos que estabelecem uma distinção conceitual entre elas. Enquanto a masculinidade estaria associada à posse de características tradicionalmente atribuídas ao sexo masculino, a virilidade seria definida com base na presença acentuada dessas características. Assim, a primeira é uma definição modal, enquanto a segunda se relaciona à intensidade. Porém, a segunda é o único modo de a primeira se expressar. Nesse sentido masculinidade é virtual, e tem como desdobramento a virilidade.

Compartilhando dessa reflexão relacionada aos cuidados com a saúde do homem em seus aspectos biológicos, psicológicos, sócio-culturais e espirituais, observamos presentes nas falas dos sujeitos uma separação do que é visto como feminino, como sendo oposto do que é visto como masculino.

Assim sendo, entendemos que no imaginário masculino, características tais como a sensibilidade, o cuidado, a dependência e a fragilidade são exclusivamente femininas, portanto, os homens de verdade devem se afastar delas (SCHARAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Essas observações reforçam o verificado em outros estudos, estando ancoradas na idéia de que a socialização das mulheres, desde cedo, se volta para a consolidação de papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidado) e pela prestação de serviços aos outros, em contrapartida, a socialização masculina estaria mais associada à invulnerabilidade, força e virilidade.

Além disso, verificamos categorias referentes ao enfoque reducionista aos cuidados com a saúde do homem, associada à variável “sexo” e ao desconhecimento e falta de conscientização sobre os cuidados com sua saúde.

Quanto ao enfoque reducionista aos cuidados com a saúde, destacamos a noção de “sexo” que historicamente estava subordinada à idéia da perfeição metafísica do corpo masculino. Dessa maneira, a hierarquia sexual ia da mulher ao homem. Sexo tinha como referência, exclusivamente, os órgãos reprodutores do

homem, sendo a saúde masculina reduzida ao bom funcionamento do órgão reprodutor masculino (COSTA, 1995).

Todavia, evidenciamos esses traços no imaginário social contemporâneo, através da presença ainda marcante do determinismo biológico nas relações de cuidados com a saúde masculina, verificados pela valorização da doença, sob o ponto de vista biológico.

Assim verificamos na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem diversos elementos condicionantes da saúde masculina, que buscam ampliar o enfoque da saúde masculina para além da vulnerabilidade ao câncer de próstata, infarto, câncer de estômago e cólon, por exemplo.

Entendemos que esses agravos são de fato significativos no quadro de morbi-mortalidade masculina no Brasil. No entanto, outros males que afetam a saúde do homem brasileiro não podem estar ausentes. Entre as ausências, destaca-se a violência, que, dependendo da faixa etária, tanto é a principal causa de morte como, no geral compromete a saúde dos homens brasileiros. (GOMES, 2008).

Sendo assim, na presente política são apresentados indicadores que visam oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento e de vulnerabilidade a agravos à saúde na população de homens, buscando conciliar, por um lado, reflexões sobre o comportamento e vida social dessa população e, por outro, dados epidemiológicos que ilustram os problemas mais prementes em sua saúde e que devem ser estrategicamente enfrentados.

A consideração de determinantes sociais sobre a saúde do homem prima pelo desenho de estratégias preventivas e de promoção da saúde, mas o reconhecimento das barreiras e da precariedade do acesso de homens aos serviços de AP implica na necessidade de definição estratégica de linhas de ação com foco na atenção especializada de média e alta complexidade. O diagnóstico sobre a situação da saúde de homens, portanto, reflete esse duplo movimento entre a consideração de determinantes sociais que respaldem ações de prevenção e promoção da saúde a dados epidemiológicos que sinalizam ações necessárias e urgentes no enfrentamento de altos índices de morbimortalidade (BRASIL, 2008).

Em relação às considerações dos sujeitos voltadas para o reconhecimento da idade e suas interferências no cuidados com a saúde masculina, verificamos a necessidade de se tangenciar relações de faixa etária e cuidados com a saúde homem, numa perspectiva intergeracional.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total da população residente do Brasil, em 2007-2008, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 188.029.000, sendo 51,2% de população feminina (96.268.000) e 48,8% de população masculina total (91.761.000).

A população de homens no Brasil, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos percentuais: Na infância (grupo etário entre 0 e 9 anos) identificamos uma população de 15.446.000, o que corresponde à 16,8%; na adolescência (grupo etário entre 10 e 24 aos) uma população masculina de 26.182.000 , o que corresponde à 28,5%; na fase adulta (grupo etário entre 25 e 59 anos) uma população de homens de 41.384.000, que corresponde à 45%; e idosos (grupo etário de 60 anos e mais) uma população de 8.748.000, que corresponde à 9,5%, e finalmente verificamos uma população total de 90.671.019 homens, que representa 100% da população masculina brasileira (Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS, 2007-2008).

Pinheiro e colaboradores (2002), com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em relação ao panorama do estado de saúde do homem, concluiu que: a) até 9 anos de idade, foram os que apresentaram o pior estado de saúde; b) na faixa etária de 10 a 14 anos, não houve diferença por sexo; c) a partir dos 15 anos, foram as mulheres que apresentaram as piores condições de saúde; d) na faixa etária de 50 a 64 anos, aumentaram as diferenças entre homens e mulheres, com avaliação piores para elas em relação à eles.

Os dados apresentados demonstram que esse panorama diferencia-se muito por faixa etária, sendo assim, estudos que abordam a temática “homem-saúde” colaboram para a interpretação desses dados, concluindo que, em geral, os homens vivem mais do que as mulheres em condições severas e crônicas de saúde e morrem mais do que elas pelas principais causas de morte (COURTENAY, 2000; LUCK, BAMFORD, WILLIAMSON, 2000; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

Trazendo essa analogia para a realidade do Brasil, pesquisadores como Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005) observam que os homens morrem mais do que as mulheres e em geral as esperanças de vida ao nascer e em outras idades sempre são menores para os homens. As diferenças entre os sexos, nas décadas anteriores a 1980, eram de aproximadamente cinco anos e, em 2001, elevaram-se para oito anos. Assim, neste último ano, a esperança de vida feminina era de 73 anos e a masculina, de 65 anos. Essa diferença se intensificava especialmente no

Rio de Janeiro, onde a sobrevida das mulheres era maior do que a esperança de vida masculina em 12 anos. Esse quadro epidemiológico indica a necessidade de considerar as especificidades dos gêneros em termos de condições de vida que podem contribuir para que se viva mais ou menos.

Ainda em relação à categoria idade relativa aos cuidados com saúde masculina destacamos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para a necessidade de focalizar os homens enquadrados no grupo etário da adolescência, com base nos seguintes argumentos:

a) o comportamento dos homens adolescentes em relação à saúde tem efeitos na idade adulta (por exemplo, comportamentos adotados na adolescência podem contribuir para altas taxas de consumo de tabaco, uso de álcool, acidentes e violência);

b) a saúde e o comportamento dos homens adolescentes influenciam diretamente na saúde das mulheres adolescentes (em grande parte, homens adolescentes e adultos são responsáveis por morbidades vividas por mulheres adolescentes);

c) a desconsideração das especificidades da saúde dos homens adolescentes pode trazer enormes custos para a sociedade - a pandemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), em grande parte, se relaciona com o comportamento sexual de homens adolescentes e adultos; d) a melhoria e a proteção da saúde dos rapazes é uma questão de direitos humanos (WHO, 2000).

Who (2001) destaca também a preocupação em promover o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento. Nesse documento, defende-se, por um lado, a pertinência das abordagens específicas de gênero, que revelam as desigualdades persistentes em relação ao ser mulher nas diferentes sociedades. Por outro lado também se defende a necessidade de investigar as especificidades do status do ser homem, especialmente os mais velhos e suas repercussões em termos de determinantes da saúde masculina.

Daremos sequencia à análise das respostas emitidas pelos sujeitos presentes nos quadros 6 e 7, a partir da Síntese Interpretativa IV. E, esclarecemos que esta contextualizará as categorias analíticas obtidas com base nas questões 4 e 5 que tratam-se da procura de homens pela ESF, como se segue.

Quadro 6 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 4 - Fale um pouco sobre a procura de homem pela Estratégia de Saúde da Família.

Sujeito	Respostas: Fale um pouco sobre a procura de homem pela estratégia de saúde da família?
1	O que eu sempre bati, e sempre disse a todas as pessoas é o seguinte que não é o PSF que vai ser o iniciador das ações de saúde do homem. O iniciante, o que seria ideal para isso, seria a mídia, e isso tem sido feito ultimamente, porque realmente, aumentou muito a procura nos PSF's dos pacientes e a mídia tem tirado muito estigma do tratamento da sexualidade , e do tratamento do câncer de próstata do homem .
2	O homem que procura é o homem mais idoso que já está aposentado, o homem na atividade produtiva dele, quase não procura o serviço de saúde, o idoso que já está aposentado as vezes procura com uma queixa, mas não pra prevenir também, somente quando tem queixa de alguma coisa.
3	Eles não procuram só quando as mulheres dão um cutucão neles.
4	É bem pouca, o homem geralmente não é de procurar assistência. São algumas vezes, quando hipertensos, diabéticos, mas nem todos se preocupam, as vezes nem tomam os remédios.
5	É pouca, sempre quem procura mais são as mulheres. Os homens na faixa etária entre 25 e 45 anos procuram muito pouco, agora os idosos procuram do sexo masculino já procuram um pouco mais.
6	A procura é pouca, às vezes por falta de interesse, outras vezes porque colocam o serviço em 1º lugar.
7	Aqui é bem balanceado, mulher e homem, principalmente agora com a realização deste Programa de atendimento noturno, eles vêm, procuraram, seguem.
8	O homem só procura o programa em caso de doença mesmo , quando está sentindo alguma coisa ou já está com algum problema , porque a prevenção e promoção é muito raro.
9	A procura dos homens pela Estratégia de Saúde da Família acaba sendo pouca, eles se interessam pouco em cuidar de si, muitas vezes com desculpas como: trabalho, falta de tempo, mas, na minha opinião, a maior causa da baixa procura vem do preconceito dos homens, por se acharem fortes.
10	Tenho observado uma maior procura nos últimos tempos pelo Programa Hiperdia porque a gente tem cobrado muito deles, para virem aqui, mas mesmo assim temos que ficar buscando, avisando e tudo mais, agora é mais fácil trazer para participar das atividades os homens da terceira idade, ou que aposentam mais cedo.

5.2.7 Categorização sobre a procura de homens pela estratégia de saúde da família

1 - Relacionado ao papel da mídia no aumento da procura de homens pelo serviço de saúde: "...O que eu sempre bati, e sempre disse a todas as pessoas é o seguinte que não é o PSF que vai ser o iniciador das ações de saúde do homem. O iniciante, o que seria ideal para isso, seria a mídia, e isso tem sido feito ultimamente, porque realmente, aumentou muito a procura nos PSF's dos pacientes e a mídia tem tirado muito estigma do tratamento da sexualidade , e do tratamento do câncer de próstata do homem ..." (S:1).

2 - Relacionado ao aumento da procura pela Estratégia de Saúde da Família pela população masculina idosa em relação à população em idade produtiva: "...O homem que procura é o homem mais idoso que já está aposentado, o homem na atividade produtiva dele, quase não procura o serviço de saúde, o idoso que já está aposentado as vezes procura com uma queixa...", ".... Os homens na faixa etária entre 25 e 45 anos procuram muito pouco, agora os idosos do sexo masculino já procuram um pouco mais...", "...agora é mais fácil trazer para participar das atividades os homens da terceira idade, ou que aposentam mais cedo..." (S: 2, 5, 10).

3 - Relacionado à procura somente em caso de doença: "...mas não pra prevenir também, somente quando tem queixa de alguma coisa...", "...São algumas vezes, quando hipertensos, diabéticos, mas nem todos se preocupam, as vezes nem tomam os remédios...", "...O homem só procura o programa em caso de doença mesmo , quando está sentindo alguma coisa ou já está com algum problema..." (S: 2, 4, 8).

4 - Relacionado à procura dos homens a partir de influência das mulheres: "...Eles não procuram só quando as mulheres dão um cutucão neles..." (S: 3).

5 - Relacionado à baixa procura da população masculina à Estratégia de Saúde da Família: "...É bem pouca, o homem geralmente não é de procurar assistência...", "...É pouca, sempre quem procura mais são as mulheres...", "...A procura é pouca...", "...porque a prevenção e promoção é muito raro....", "...A procura dos homens pela Estratégia de Saúde da Família acaba sendo pouca..." (S: 4, 5, 6, 8, 9).

6 - Relacionado ao desinteresse da população masculina em relação aos cuidados com a saúde: "...às vezes por falta de interesse...", "...eles se interessam pouco em cuidar de si..." (S: 6, 9).

7 - Relacionado ao trabalho: "...outras vezes porque colocam o serviço em 1º lugar...", "...muitas vezes com desculpas como: trabalho, falta de tempo..." (S: 6, 9).

8 - Relacionado à baixa procura devido à socialização masculina e preconceito: "...mas, na minha opinião, a maior causa da baixa procura vem do preconceito dos homens, por se acharem fortes..." (S: 9).

9 - Relacionado à necessidade de cobrança e busca ativa da população masculina para a participação em programas de atenção à saúde: "...Tenho observado uma maior procura nos últimos tempos pelo Programa Hiperdia porque a gente tem cobrado muito deles, para virem aqui, mas mesmo assim temos que ficar buscando, avisando e tudo mais..." (S: 10).

10 - Relacionado à procura equilibrada entre homens e mulheres: "....É balanceada, né, agora com programas de saúde do homem.." (S: 7).

Quadro 7 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 5 - Quem procura mais por atenção à saúde nesta Unidade de Saúde da Família: homens ou mulheres? Por quê?

Sujeito	Respostas: Quem procura mais por atenção a saúde nesta Unidade da Saúde da Família?	
	Homens – Por quê?	Mulheres – Por quê?
1		As mulheres porque elas são mais cuidadosas elas não têm tanta aversão ao exame preventivo. O homem é tanto por seu trabalho que ele geralmente manda a mulher procurar, a mulher trazer o exame, a mulher pegar a receita, ele parece ter certa rejeição, ele se sente diminuído vindo fazer uma consulta, geralmente ele terceiriza uma consulta e às vezes a gente tem que aceitar esta terceirização porque simplesmente eles não vêm, mesmo às vezes quando o Agente de Saúde faz uma visita na casa deles, tentam fazer uma busca ativa, mas mesmo assim, eles não vêm.
2		Geralmente a mulher não trabalha, fica em casa para cuidar do filho e por isso que ela vem, ela vem pra trazer o filho ou ela vem consultar pra ela ou ela vem trazer a mãe é mais a mulher mesmo.
3		Acho que pelo fato de horários, o homem trabalha o dia todo e a maioria das mulheres são donas de casa ou então fazem bicos e sempre tem aquele tempo vago para estar procurando a unidade.
4		As mulheres são mais cuidadosas, geralmente elas preocupam mais com preventivo, com a mamografia e em geral ela preocupa mais com a sua saúde, a saúde do filho, esta sempre cuidando dela mesmo e da família.
5		São as mulheres, porque eu acho que as mulheres são um pouco mais carentes, têm a necessidade de estarem vindo pra conversar, acho que às vezes muitas nem vêm por problemas de doença, mas porque elas querem sair vir aqui para conversar. Eu acredito que seja mais é carência mesmo, porque elas ficam em casa, muitos maridos não da atenção, os filhos não estão nem ai, elas como não saem para trabalhar, porque não tem nada de atividade assim numa igreja, não tem nada mesmo, acaba criando alguma coisa na cabeça e ficando doente, mas no fundo no fundo mesmo acho que isso tudo é carência afetiva.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

6		As mulheres, porque se interessam em cuidar mais, talvez por questões de vaidade, ou por terem mais tempo e serem mais frágeis.
7		Aqui ainda é mais a mulher, mas já está melhorando um pouco ficando mais equilibrado do que antes, quando a gente não via homens por aqui de jeito nenhum.
8		As mulheres, por terem mais tempo, por estarem uma conversando com a outra, vendo que o que sentem podem realmente ser um problema de saúde. Eu acho que o homem na maioria das vezes tem pré-conceito de vir na unidade porque só tem mulheres, e ficam meio desajeitados, porque as mulheres falam demais, ficam perguntando: Por que estão ali? O que está acontecendo? Então eu acho que isto inibe a procura deles, principalmente por medo de ficarem comentados por algum problema de saúde.
9		As mulheres procuram bem mais o serviço de saúde, isso acontece muito porque elas se interessam mais em se prevenirem, por vaidade ou até mesmo por medo de terem complicações no futuro e medo de morrer e deixarem seus filhos, esposo, família etc...
10		Mulheres, porque os homens como eu tenho analisado passam por falta de tempo porque trabalham e os horários não dão, porque o PSF funciona no horário que eles trabalham.

5.2.8 Categorização sobre quem procura mais por atenção à saúde naquela ESF, homens - mulheres. Por que?

1 - Relacionado ao fato das mulheres serem mais cuidadosas: "...As mulheres porque elas são mais cuidadosas...", "...As mulheres são mais cuidadosas...","... As mulheres, porque se interessam em cuidar mais..." (S: 1, 4, 6).

2 - Relacionado ao fato das mulheres aderirem mais à prevenção: "...elas não têm tanta aversão ao exame preventivo...", "...geralmente elas preocupam mais com preventivo, com a mamografia...", "...As mulheres procuram bem mais o serviço de saúde, isso acontece muito porque elas se interessam mais em se prevenirem..." (S: 1, 4, 9).

3 - Relacionado ao fato das mulheres assumirem alguns cuidados de saúde para os homens: "...O homem é tanto por seu trabalho que ele geralmente manda a mulher procurar, a mulher trazer o exame, a mulher pegar a receita...", "...geralmente ele terceiriza uma consulta e às vezes a gente tem que aceitar..." (S: 1).

4 - Relacionado ao fato dos homens se recusarem à participarem das ações de saúde nas Unidades de Saúde da Família: "...ele parece ter certa

rejeição, ele se sente diminuído vindo fazer uma consulta...", "...porque simplesmente eles não vêm, mesmo às vezes quando o Agente de Saúde faz uma visita na casa deles, tentam fazer uma busca ativa, mas mesmo assim, eles não vêm...", "...Eu acho que o homem na maioria das vezes tem pré-conceito de vir na unidade..." (S: 1, 9).

5 - Relacionado ao fato das mulheres nem sempre trabalharem e assim terem mais tempo para se cuidar: "...Geralmente a mulher não trabalha...", "...porque elas ficam em casa...", "...elas como não saem para trabalhar, porque não tem nada de atividade assim numa igreja, não tem nada mesmo...", "...ou por terem mais tempo...", "...por terem mais tempo...", "...Mulheres, porque os homens como eu tenho analisado passam por falta de tempo porque trabalham e os horários não dão..." (S: 2, 5, 6, 8, 10).

6 - Relacionado ao fato das mulheres assumirem mais o papel de cuidadoras: "...para cuidar do filho e por isso que ela vem, ela vem pra trazer o filho ou ela vem consultar pra ela ou ela vem trazer a mãe é mais a mulher mesmo...", "...esta sempre cuidando dela mesmo e da família...", "...ou até mesmo por medo de terem complicações no futuro e medo de morrer e deixarem seus filhos, esposo, família etc..." (S: 2, 4, 9).

7 - Relacionado ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família: "...Acho que pelo fato de horários, o homem trabalha o dia todo e a maioria das mulheres são donas de casa ou então fazem bicos e sempre tem aquele tempo vago para estar procurando a unidade...", "...porque o PSF funciona no horário que eles trabalham..." (S: 3, 10).

8 - Relacionada ao fato das mulheres se preocuparem mais com saúde: "...e em geral ela preocupa mais com a sua saúde, a saúde do filho..." (S: 4).

9 - Relacionado ao fato das mulheres serem mais carentes: "...São as mulheres, porque eu acho que as mulheres são um pouco mais carentes, têm a necessidade de estarem vindo pra conversar, acho que às vezes muitas nem vêm por problemas de doença, mas porque elas querem sair vir aqui para conversar. Eu acredito que seja mais é carência mesmo...", "...acaba criando alguma coisa na

cabeça e ficando doente, mas no fundo no fundo mesmo acho que isso tudo é carência afetiva...” (S: 5).

10 - Relacionado à vaidade: “...talvez por questões de vaidade...”, “...por vaidade...” (S: 6, 9).

11 - Relacionado ao fato das mulheres serem mais frágeis: “...serem mais frágeis....” (S: 6).

12 - Relacionado ao fato de ter aumento a freqüência de homens nos últimos anos em comparação com outros tempos: “...Aqui ainda é mais a mulher, mas já está melhorando um pouco ficando mais equilibrado do que antes, quando a gente não via homens por aqui de jeito nenhum...” (S: 7).

13 - Relacionado ao fato das mulheres serem mais comunicativas: ”... por estarem uma conversando com a outra, vendo que o que sentem podem realmente ser um problema de saúde...” (S: 8).

14 - Relacionado ao fato das Unidades de Saúde da Família serem identificados como espaço para mulher: “...porque só tem mulheres, e ficam meio desajeitados, porque as mulheres falam demais, ficam perguntando: Por que estão ali? O que está acontecendo? Então eu acho que isto inibe a procura deles, principalmente por medo de ficarem comentados por algum problema de saúde...” (S: 8).

5.2.9 Síntese interpretativa IV: a procura de homens pela estratégia de saúde da família

Iniciamos essa discussão com base no reduzido envolvimento de homens com os cuidados em saúde, seja no que se refere ao autocuidado, seja no que tange à busca de cuidados através da ESF.

Inicialmente, faz-se necessário observar que “a procura” neste estudo não está relacionada com o consumo de serviços de saúde, não cabendo aqui uma mensuração entre oferta e demanda. Tal expressão se remete a hábitos de cuidados com a saúde que, usualmente, são mais associados às mulheres do que aos homens.

Na literatura nacional e internacional, são recorrentes as considerações sobre o fato de homens utilizarem menos os serviços públicos de saúde do que as mulheres, o que pode trazer prejuízos para a cura de doenças que, se diagnosticada a tempo, podem ser tratadas ou controladas. Estudo realizado em 17 paises europeus (BANKS, 2004) concluiu, por exemplo, que a incidência de melanoma é mais alta em mulheres do que em homens. Em contrapartida, a taxa de mortalidade por essa doença é maior entre homens. Isso pode estar relacionado com a procura tardia por serviços de saúde por parte dos representantes do sexo masculino.

Em nosso estudo, 9 (nove) entre os 10 (dez) entrevistados afirmam que homens procuram menos a Estratégia de Saúde da Família do que as mulheres.

As explicações elaboradas pelos sujeitos quanto à baixa procura da população masculina à ESF giraram em torno de 6 (cinco) eixos estruturantes: a) Socialização masculina e provisão; b) A construção da masculinidade; c) Procura por atenção à saúde restritiva; d) Dependência (feminina); e) Idade; f) o papel da mídia.

Assim, evidenciamos a constatação da persistência dos modelos da masculinidade hegemônica.

Dessa forma, entendemos que influenciados por esses modelos, os homens podem trazer comprometimentos não só para a sua saúde como também para seus familiares. Eles podem, por exemplo, “ignorar as necessidades de saúde de seus filhos (especialmente dos filhos homens e aqueles portadores de doenças crônicas como asma) vendo-os como “fracos” e “perdedores”. Forçando-os a uma masculinidade estereotipada, transmitem a idéia de ter um filho arruinado” (KORIN, 2001, p. 75).

As discussões acerca das relações entre cuidados de saúde e modelo hegemônico têm mostrado que, de modo paradoxal em relação a esse modelo em que o homem é investido de poder, “os homens, com freqüência, assumem um papel dependente quanto à atenção de sua saúde (primeiro por suas mães e, logo, por suas esposas e companheiras)” (KORIN, 2001, p. 72).

No Brasil, pesquisa realizada (Pinheiro et al., 2002) com base no Pnad/IBGE, de 1998, concluiu que o percentual de mulheres que realizaram consultas médicas foi maior do que o de homens - 62,3% e 46,7%, respectivamente. Em termos de faixas etárias, observou-se que as diferenças de gênero no que se refere à utilização

dos serviços de saúde crescem a partir dos 15 anos de idade e diminuem nas faixas etárias de 50 a 64 anos ou mais.

Dessa maneira, grande parte da fundamentação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante esse recorte etário estratégico da população masculina, focando homens adultos e reconhecendo que a adolescência e velhice são etapas do ciclo vital que maximizam a vulnerabilidade masculina, requerendo seu expresso reconhecimento.

Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário de homens na faixa de 25 a 59 anos, é priorizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, apesar de não configurar restrição da população alvo. Essa foi uma estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil e corresponde a parcela preponderante da força produtiva e além do mais, exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008).

No que diz respeito aos motivos para a utilização dos serviços de saúde, o referido estudo concluiu que as mulheres procuram mais os serviços para a realização de exames de rotina e prevenção (mulheres, 40,3%, e homens, 28,4%) e os homens mais por motivos de doenças (homens, 36,3%, mulheres, 33,4%), como explicitam os sujeitos.

Baseados no reconhecimento de que a população masculina geralmente adentra o sistema de saúde tardiamente e que esse acesso acontece, na maioria das vezes, pela atenção especializada e pelos serviços de emergência, estudos, a exemplo de Pinheiro et al. (2002), apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro e corroboram nessa discussão com a constatação: “Talvez os homens prefiram utilizar as farmácias ou prontos-socorros porque esses responderiam mais objetivamente às suas demandas”.

Nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois é vista como uma instância “semiprofissional” onde se pode pedir um conselho, sem precisar enfrentar filas, marcar consultas, ou ainda ser identificado como “paciente”.

Além disso, outra questão é observada por Costa (2003) quanto à resistência masculina à procura pela ESF. Segundo o autor, tal resistência pode estar associada ao fato do poder da medicina de colocar o homem na condição de "paciente", que pode ser percebida como algo destoante da idéia de masculino. Em outras palavras, pode haver uma percepção de que masculino se feminiza ao ser tratado como passivo.

Com relação à provisão no que se refere à procura reduzida de homens pela ESF, como explicitado no estudo, evidenciamos serem reforçados os papéis, historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família.

Dessa maneira, um estudo de Gomes (2004), sobre a afirmação de que a procura masculina é menor do que a feminina por serviços de saúde, também constatou questões relacionadas ao trabalho.

Diante dessa constatação, o presente autor considera que, os homens repisam um lugar-comum segundo o qual o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Contudo esse problema pode não estar restrito apenas ao universo masculino. Os horários de funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem estes homens ou mulheres.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) a partir de achados em um estudo com uma amostra de 2.000 (dois mil) homens maiores de 18 anos, em 24 estados brasileiros, acrescentam que, além de o trabalho impedir a procura por serviços de saúde, o exercício dele também pode comprometer o ser saudável. O fato de o trabalho se constituir uma função atribuída socialmente ao homem, a possibilidade de não progredir no serviço ou da perda do emprego, podem gerar tensões não somente econômicas, mas também de identidade.

Outra explicação dos sujeitos para a procura reduzida de homens pela ESF relaciona-se à falta de propagandas e divulgações que promovam novos olhares para as necessidades de atenção à saúde da população masculina.

Diante dessa explicação, verificamos com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que a mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios

dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

Desta maneira, daremos continuidade à reflexão quanto à procura pela ESF de homens e mulheres, através de uma discussão referente à questão da maior procura por atenção à saúde na ESF em estudo, por ser necessário articularmos essa análise para a dimensão de gênero.

Inicialmente, trataremos da qualificação de gênero, entendendo que a imprecisão em sua interpretação, bem como seu uso indiscriminado pode fazer com que a natureza das relações estabelecidas entre anatomia (sexo) e dimensão cultural (gênero) se torne obscura, como nos alerta (HEILBORN, 2004).

Sendo assim, recorremos a Gomes (2008) para a qualificação de gênero, pois, em sua opinião os atributos culturais associam-se a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos.

Desta forma, o autor entende que feminino e masculino assumiram feições de acordo com as múltiplas culturas, sendo vistos como construções culturais e não como alusões a um ativismo biológico. Assim, a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da cultura produzida/reproduzida/modelada em dada sociedade.

O autor acrescenta que, no âmbito das relações de gênero, podem ocorrer negociações ou flexibilizações acerca das características dos modelos masculinos e femininos. Seja no nível do indivíduo, seja na esfera da sociedade, a cristalização de características tidas como exclusivas de um gênero pode tanto levar a uma não-legitimação da identidade de um gênero como suscitar transgressões de um gênero em busca de outro.

Encerra suas considerações sobre gênero dizendo a fundamental importância para se entender relações homem-mulher, mulher-mulher e homem-homem. No entanto, para que, no campo da saúde em geral, se avance na discussão das questões da sexualidade masculina em uma perspectiva relacional de gênero, é importante não cair em armadilhas reducionistas, buscando uma outra direção, assinalando: a) Não reduzir os estudos sobre sexo e gênero à dicotomia natureza/cultura; b) evitar a circunscrição do debate de gênero à instância do feminino; c) compreender discussões que vão além das diferenças culturais

genéricas entre homens e mulheres e das abstrações sociais das relações de gênero considerando as diversidades produzidas por classe, raça/etnia, geração e orientação sexual (GOMES, 2008, p. 67).

Assim, a partir das falas dos sujeitos evidenciamos fundamentações relativas ao porquê da maior procura de mulheres por atenção naquela ESF, sendo essas agrupadas em 14 (quatorze) categorias analíticas, que serão tratadas através do entendimento de homens e mulheres enquanto seres especificamente genéricos e dimensionadas em 3 (três) eixos temáticos: 1) Socialização feminina; 2) Estrutura e organização dos serviços de saúde voltados para a mulher, 3) Mudanças neste paradigma nos últimos anos em comparação com outros tempos.

Entre as explicações mencionadas, destacamos: a) o fato das mulheres serem mais cuidadosas do que os homens; b) o fato das mulheres aderirem mais à prevenção; c) o fato das mulheres assumirem alguns cuidados de saúde para os homens; d) o fato dos homens se recusarem à participarem das ações de saúde nas Unidades de Saúde da Família; e) o fato das mulheres nem sempre trabalharem e assim terem mais tempo para se cuidar; f) o fato das mulheres assumirem mais o papel de cuidadoras; g) o horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família; h) o fato das mulheres se preocuparem mais com saúde; i) o fato das mulheres serem mais frágeis; j) o fato das Unidades de Saúde da Família serem identificados como espaço para mulher; k) o fato de ter aumento a freqüência de homens nos últimos anos em comparação com outros tempos.

Diante do eixo temático relativo à Socialização feminina chamamos a atenção para o fato de que a idéia de cuidados está muito associado, ao âmbito feminino, e apóia-se na socialização das mulheres que desde cedo se volta para a preparação para a reprodução e assume os papéis de cuidados, primeiramente de si e posteriormente dos filhos, dos maridos ou companheiros e dos pais idosos, ou com necessidades de cuidados.

Evidenciamos ainda com relação aos achados um paralelo, bastante rígido, que separa o que faz parte das preocupações e atribuições femininas opondo-se ao que faz parte das preocupações e atribuições masculinas, sendo essa mais uma evidência para a necessidade de se considerar a socialização de homens e mulheres, por sabermos que os homens também têm necessidades de saúde, assim como direitos e deveres distintos da mulher, porém necessários de serem compreendidos no âmbito das relações em que se estabelecem.

Nessa perspectiva, a saúde reprodutiva ganha destaque, uma vez que quando nos deparamos com temáticas da assistência à saúde da mulher, a exemplo da saúde reprodutiva, não podemos desconsiderar questões da sexualidade masculina. Sob essa ótica, Gomes (2008) destaca acerca da sexualidade masculina que as discussões das dimensões de gênero e suas implicações na socialização masculina, também fazem sentido para a saúde da criança e da mulher.

Ainda com relação à maior procura feminina por atenção à saúde na ESF em estudo, verificamos a percepção dos sujeitos relacionada à barreiras institucionais e organizacionais daquela Unidade de Saúde propriamente dita, que aproximam-se da organização das ESF's em geral. Quanto a essas barreiras destacam-se: a) a constituição das equipes das ESF's, predominantemente femininas; b) o horário de funcionamento, incompatível com a disponibilidade da população masculina inserida do mercado de trabalho formal; c) as ações de saúde desenvolvidas na ESF serem direcionadas prioritariamente à população feminina e infantil.

Essas explicações reforçam as conclusões de outros estudos, a exemplo de Kalckmann, Batista e Souza (2005) apud Gomes (2008), segundo os quais os homens não se reconhecem como alvo do atendimento de programas de saúde, porque ações preventivas se dirigem quase que exclusivamente às mulheres. O fato de os serviços públicos serem comumente frequentados por mulheres e compostos por equipes de profissionais formados, em sua maioria, também por mulheres, poderia provocar nos homens a sensação de não pertencer àquele espaço.

Buscando, pois compreender essas explicações destacamos que nos últimos anos vem ocorrendo uma priorização das políticas de atenção à saúde da mulher que ultrapassam as dimensões da equidade entre os gêneros, sendo perceptível a estruturação das programações das agendas das ESF's com a valorização das ações direcionadas à saúde da mulher, tais como: prevenção do câncer de mama e de colo uterino, planejamento familiar focado na mulher, pré-natal, comitês de prevenção de óbito de mulheres em idade fértil, grupos de gestantes, grupos de vivência frequentados exclusivamente por mulheres.

Somando-se a essas verificações, destacamos ainda o enfoque do MS à saúde da mulher reforçado pela priorização dessa atenção nas ESF's, perceptível em sua produção bibliográfica, materiais informativos, cadernos de atenção à saúde, materiais de educação permanente disponibilizados aos trabalhadores da ESF que

se centram, quase que exclusivamente na atenção à saúde das mulheres, crianças e idosos.

Assim há evidências de que as ESF's estão estruturadas enquanto espaços femininos, e organizadas quase que exclusivamente para as necessidades de atenção à saúde dessa população, como verificado pelos sujeitos do estudo.

Finalmente destacamos, a partir dessa lógica de priorização na atenção à saúde, a estruturação dos currículos das universidades, bem como das escolas técnicas de formação de profissionais na área da saúde ainda se encontram voltados à saúde da mulher. Dessa maneira, imprimem no processo de formação um olhar diferenciado para as questões femininas, o que dificulta a percepção das necessidades de atenção à saúde da população masculina, em um cenário de seres especificamente genéricos que possuem necessidades de saúde distintas e ao mesmo tempo complementares, quando o par masculino-feminino está em interação.

Assim alertamos quanto ao baixo impacto das ações de saúde centrados na mulher, em temáticas tidas como exclusivamente femininas, tais como: planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino, prevenção de IST/AIDS e outras, pois essas só avançam com a inclusão do homem enquanto parte da solução e não somente como o causador do problema.

Partindo dessa reflexão, um estudo latino-americano (CASTELLSAGUÉ, BOSCH, MUÑOZ, 2003), por exemplo, verificou que o risco de câncer cervical em mulheres com papiloma vírus humano (HPV) genitais, que são, predominantemente, sexualmente transmissíveis, pode depender em grande parte da conduta sexual de seu marido ou de outros companheiros.

Finalizando essa discussão acerca da maior procura de mulheres por atenção à saúde através da ESF, destacamos ainda com relação à percepção dos sujeitos que nos últimos anos, tem aumentado a procura de homens naquela ESF, em relação a tempos anteriores, assim sendo, constatamos novamente presentes nesses sujeitos a percepção de que as bases naturalistas da dominação masculina encontram-se abaladas (GOMES, 2007).

Além disso, as discussões relacionadas aos esforços de se incluir os homens na pauta da priorização da atenção à saúde, mesmo que ainda recentes, já demonstram visibilidade a no entendimento desses sujeitos.

Quadro 8 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 6 - Em geral, na Estratégia de Saúde da Família, quais são as maiores buscas dos homens para atenção a saúde?

Sujeito	Respostas: Em geral, na Estratégia de Saúde da Família, quais são as maiores buscas dos homens para atenção a saúde?
1	Essencialmente o homem busca e tem preocupação com impotência, e próstata, ele tem medo, hoje se criou um medo, acho que um medo muito bom no sentido do câncer de próstata, mas eu acho que ele procura mais pelo câncer de próstata com medo de ficar impotente, então a impotência é que leva ele a procurar tratamento precoce e isso é bom, isso é um bem, porque faz com que o homem procure tratamento e faça o seu exame, como eu falei disso no inicio porque o PSA foi a porta e janela que se abriu para um toque que hoje o paciente vê, e quando ele vê que tem uma possibilidade de ele ter alguma patologia prostática e que isso pode envolver sua sexualidade e na sua virilidade então ele passa a procurar, ele passa a aceitar mais o tratamento complementar, porque sabemos que o PSA não é diagnóstico de nada, ele é simplesmente uma porta de entrada para uma seqüência de ações de prevenção e tratamento de doenças relativas ao sexo masculino.
2	Eles buscam preservativos, no caso eles são cadastrados e vêm buscar preservativo ou quando tem alguma receita vem pegar o medicamento.
3	Acho que quando a patologia já está instalada, eles buscam assim é, uma continuidade ao tratamento. Os exames preventivos eles não fazem, só quando a patologia está instalada.
4	Geralmente, é mais na área de hipertensão e PSA, exame de PSA.
5	As maiorias dos homens procuram por problemas de hipertensão, não estão preocupados com outra coisa, é só falar em pressão, pressão, acho que as propagandas sobre a hipertensão os deixam preocupados.
6	A prevenção do câncer de próstata, que acontece através da busca ativa.
7	Aqui a maioria vem por problema de pressão, consulta médica, pedir atestado, alguns para pegar medicamentos, mas mesmo assim a média de idade desses homens é de 40 a 65 anos.
8	A procura pela parte da sexualidade agora que está começando, com esta iniciativa do PSA. Eles agora estão procurando, perguntando mais, só que somente querem passar pelo exame de sangue porque quando se trata do toque retal, eles ainda têm muito preconceito. Agora a parte de hipertensão, diabetes isso eles não preocupam, não preocupam em ter uma boa alimentação, não preocupam com a bebida alcoólica que consomem, com o fumo, somente quando começa afetar outra coisa mesmo principalmente a parte sexual.
9	Acho que os homens mais procuram no serviço de saúde é o controle da pressão e da diabetes, o que na minha opinião não seria o mais importante, porque a saúde não é feita apenas de pequenas preocupações, o homem tem que passar a se preocupar mais com seu corpo como um todo, através da procura maior por informações, por exemplo do câncer de próstata.
10	Eles procuram mais o serviço para aferir PA (Pressão Arterial), e eles vêm também para buscar medicamento, mais a parte curativa mesmo.

5.2.10 Categorização das buscas dos homens por atenção à saúde através da ESF

1 - Relacionado à busca de cuidados relativos à preocupação com a virilidade e câncer de próstata: "...Essencialmente o homem busca e tem

preocupação com impotência, e próstata, ele tem medo, hoje se criou um medo, acho que um medo muito bom no sentido do câncer de próstata, mas eu acho que ele procura mais pelo câncer de próstata com medo de ficar impotente, então a impotência é que leva ele a procurar tratamento precoce e isso é bom, isso é um bem, porque faz com que o homem procure tratamento e faça o seu exame, como eu falei disso no inicio porque o PSA foi a porta e janela que se abriu para um toque que hoje o paciente vê, e quando ele vê que tem uma possibilidade de ele ter alguma patologia prostática e que isso pode envolver sua sexualidade e na sua virilidade então ele passa a procurar, ele passa a aceitar mais o tratamento complementar, porque sabemos que o PSA não é diagnóstico de nada, ele é simplesmente uma porta de entrada para uma seqüência de ações de prevenção e tratamento de doenças relativas ao sexo masculino...", "...PSA, exame de PSA...", "...A prevenção do câncer de próstata, que acontece através da busca ativa...", "...A procura pela parte da sexualidade agora que está começando, com esta iniciativa do PSA. Eles agora estão procurando, perguntando mais, só que somente querem passar pelo exame de sangue porque quando se trata do toque retal, eles ainda têm muito preconceito. Agora a parte de hipertensão, diabetes isso eles não preocupam, não preocupam em ter uma boa alimentação, não preocupam com a bebida alcoólica que consomem, com o fumo, somente quando começa afetar outra coisa mesmo principalmente a parte sexual..." (S: 1, 4, 6, 8).

2 - Relacionado à prevenção de DST's: "...Eles buscam preservativos, no caso eles são cadastrados e vêm buscar preservativo..." (S:2).

3 - Relacionado à busca de medicamentos: "...ou quando tem alguma receita vem pegar o medicamento...", "...alguns para pegar medicamentos..."... e eles vêm também para buscar medicamento..." (S:2, 7, 10).

4 - Relacionado à busca tardia por tratamento: "...Acho que quando a patologia já está instalada, eles buscam assim é, uma continuidade ao tratamento. Os exames preventivos eles não fazem, só quando a patologia está instalada...", "...consulta médica...", "..., mais a parte curativa mesmo..." (S: 3, 7, 10).

5 - Relacionado à solicitação de atestado: "...pedir atestado..." (S: 7).

6 - Relacionado ao controle da hipertensão e diabetes: "...Geralmente, é mais na área de hipertensão...", "...As maiorias dos homens procuram por problemas de hipertensão, não estão preocupados com outra coisa, é só falar em pressão, pressão, acho que as propagandas sobre a hipertensão os deixam preocupados...', "...As maiorias dos homens procuram por problemas de hipertensão, não estão preocupados com outra coisa, é só falar em pressão, pressão, acho que as propagandas sobre a hipertensão os deixam preocupados...", "...Aqui a maioria vem por problema de pressão...", "...Acho que os homens mais procuram no serviço de saúde é o controle da pressão e da diabetes...", "...Eles procuram mais o serviço para aferir PA (Pressão Arterial)..." (S: 4, 5, 7, 9, 10).

5.2.11 Síntese interpretativa V: as buscas dos homens por atenção à saúde através da ESF

Pretendemos nessa contextualização entender quais são as buscas da população masculina através da ESF, com base na percepção dos sujeitos, considerando-se suas vivências enquanto trabalhadores de uma ESF.

Sobre o questionamento aos sujeitos quanto às buscas dos homens por atenção na ESF, delimitamos 6 (seis) categorias analíticas e, dessas destacaremos neste momento a busca por cuidados relacionados à virilidade, para que em seguida possamos trazer outras constatações para a discussão.

A sexualidade masculina encontra-se intimamente ligada ao indicativo de saúde para a população masculina, seja pelo aspecto de valorização da virilidade enquanto característica fortemente presente no ideário masculino, seja pelo enfoque reducionista dado à sua saúde do homem nos últimos anos, com valorização da sexualidade e saúde reprodutiva.

Diante do exposto, Gomes (2008) colabora com nosso entendimento e faz a seguinte consideração: "...A expressão "sexualidade masculina" também pode indicar, em algumas áreas da saúde, muito mais questões relacionadas à doença do que à saúde propriamente dita. Falar dela pode significar falar de impotência, disfunção erétil, infertilidade, problemas de próstata, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outros assuntos que se relacionem aos agravos do funcionamento do ser homem. A redução dessa expressão à doença pode, em parte, ser explicada pela formação de algumas especialidades da saúde que se ancoram, quase que exclusivamente, na anatomofisiopatologia. Nesse foco, partes

do corpo e a doença são figuras/protagonistas, enquanto as pessoas e a saúde propriamente ditas são vistas como fundo/coadjunvante, quando vistas" (GOMES, 2008, p. 31).

Além disso, o autor nos chama a atenção em relação a alguns artigos publicados em periódicos científicos que costumam abordar o homem exclusivamente como: a) variável de sexo em perfil epidemiológicos de morbi-mortalidade; b) um agente transmissor de doença; c) um fator na vitimização de mulheres e crianças; d) um personagem ausente nas ações de serviços de saúde (GOMES, 2008).

Sendo assim, esta busca masculina que relaciona-se a cuidados com a virilidade e a vulnerabilidade ao câncer de próstata é, complementarmente explicada, a partir de constatações alinhadas entre o ideário masculino e a formação de alguns profissionais, especialmente médicos.

Ainda sabemos da necessidade de ampliação do enfoque de atenção à população masculina, especialmente da APS e, sobretudo através da ESF, valorizada por sua formação multiprofissional, generalista, e acima de tudo por estar alinhada aos princípios da SUS e da APS, especialmente da integralidade que transcende o olhar reducionista para uma compreensão do contexto sociocultural da população masculina.

Nesse contexto, verificamos no âmbito dos serviços de saúde, uma produção incipiente de obras sobre o assunto relacionado à ações voltadas para a saúde do homem em uma perspectiva de saúde integral, porém, Figueiredo (2005) diz que já existem iniciativas de ações voltadas para a saúde do homem , no âmbito da APS.

Como exemplo, cita a experiência por ele analisada, de ações que vêm sendo realizadas no Centro da Saúde Escola Professor Samuel B. Pessoa (CSE), vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e reconhece que as ações que levam em conta o contexto sociocultural dos homens, em uma perspectiva de gênero, vêm desenvolvendo ações em trabalhos com grupos em salas de espera do Centro de Saúde, e vêm sendo adotadas estratégias em espaços comunitários, como atividades durante campeonatos de futebol.

Além disso, Gomes (2008, p. 33) considera que iniciativas voltadas para a saúde do homem, vêm sendo implementadas: "... Os homens têm sido, por exemplo, incentivados à participar da assistência pré-natal, no âmbito dos serviços públicos de saúde. Associadas ou não a essa participação, questões relativas à sexualidade,

reprodução e paternidade também vêm sendo incluídas na pauta das discussões. No âmbito dos serviços públicos ou em instituições não governamentais, também têm sido promovidos encontros de reflexão voltados para homens envolvidos na violência cometida contra mulheres, crianças e adolescentes.

Prosseguimos nossa discussão na análise das demais categorias que se relacionam à busca dos homens por atenção à saúde na ESF, depreendendo da percepção desses sujeitos que suas buscas giram em torno de: a) preservativos; b) medicamentos; c) controle da hipertensão e diabetes; d) quando a patologia já está instalada; e) atestado.

No que se refere à busca por preservativos, bem como por tratamento quando a doença já se encontra instalada, voltamos nossos questionamentos sobre a necessidade dessa abordagem no âmbito da sexualidade masculina, assinalando que tal assunto, além de pouco debatido na área da saúde, costuma ser abordado exclusivamente nos termos da lógica da doença. Estudo de Gomes e Nascimento (2006) mostrou que a produção bibliográfica da saúde pública, ao abordar o exercício da sexualidade masculina, aponta o homem quase que exclusivamente como infectante e acaba por acentuar as questões da doença em detrimento das relacionadas à saúde propriamente dita.

Os autores acrescentam que a associação entre sexualidade masculina e doença ocorre, principalmente, porque nos perfis epidemiológicos referentes às DST há participação maior dos homens do que das mulheres. Sem desconsiderar esses dados epidemiológicos, observam que, para uma compreensão ampliada do problema, se faz necessária uma discussão mais abrangente que contemple a sexualidade masculina, em específico, e a sexualidade nas relações de gênero, em geral.

Consideramos ainda com relação à categorização referente à busca dos homens por preservativos, mencionada por apenas 1 (um) entre os 10 (dez) sujeitos questões relacionadas à sexualidade masculina na prevenção da AIDS, havendo necessidade de se ampliar as ações voltadas à prevenção de DST, bem como da infecção pelo HIV, através da APS.

Sendo assim, faremos uma discussão fundamentada através de uma pesquisa desenvolvida por Hawkes e colaboradores (2002) que teve como objetivo determinar a prevalência de fatores de risco para as infecções do aparelho reprodutor em homens e mulheres, em uma comunidade rural de Bangladesh, na

Ásia. Estudando uma amostra de 804 mulheres e 969 homens, os pesquisadores verificaram que nenhum caso de infecção pelo HIV foi detectado. Entretanto, observam que, entre os homens, havia um nível baixo de proteção contra a infecção. E concluíram que a baixa prevalência de infecções do aparelho reprodutivo, associada a um alto nível do comportamento de risco reportado, demanda ações de APS que previnam um aumento na incidência de infecções genitais, de DST e de infecção pelo HIV.

Através dessa discussão, reforçamos ainda a idéia de que o comportamento masculino deve ser enfocado no que diz respeito à prevenção de infecções tanto de homens quanto de mulheres.

No que diz respeito à procura de homens pela ESF para controle da hipertensão arterial e diabetes, como relacionam os sujeitos, verificamos a partir de estudos que abordam a temática “homem-saúde” que em geral, os homens vivem mais do que as mulheres em condições severas e crônicas (COURTENAY, 2000; LUCK, BAMFORD, WILLIAMSON, 2000; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

Completando a idéia acima descrita, um estudo de Luck, Bamford, Williamson (2000), na Grã-Bretanha, por exemplo, constatou que a expectativa de vida vem crescendo desde o século XIX. No período de 1841 a 1991, a expectativa de vida feminina passou de 43 para 79 anos, enquanto a masculina caminhou de 41 para 73 anos. Esses dados revelam um aumento considerável na expectativa de vida da população, em um período de 50 anos.

Fazendo essa mesma analogia em dados referentes à expectativa de vida da população brasileira, a partir de dados do IBGE (2003), verificamos que a esperança de vida estimada ao nascer no Brasil, para ambos os sexos, subiu para 71,3 anos. Foi um aumento de 0,8 anos em relação à de 2000 (70,5 anos).

O patamar desse indicador poderia ser superior em 2 ou 3 anos, não fosse o efeito das mortes prematuras de jovens por violência. O Brasil, por algum tempo, experimentou declínios nas taxas de mortalidade em todas as idades. Mas, a partir de meados dos anos 1980, as mortes associadas às causas externas (violência) passaram a ter um papel de destaque, desfavorável, sobre a estrutura por idade das taxas de mortalidade, particularmente dos adultos jovens do sexo masculino (IBGE, 2003).

Entre 1980 e 2003, a esperança de vida ao nascer, no Brasil, elevou-se em 8,8 anos: mais 7,9 anos para os homens e mais 9,5 anos para as mulheres. Em

1980, uma pessoa que completasse 60 anos de idade teria, em média, mais 16,4 anos de vida, perfazendo 76,4 anos. Vinte e três anos mais tarde, um indivíduo na mesma situação alcançaria, em média, os 80,6 anos.

Aos 60 anos de idade os diferenciais por sexo já não são tão elevados comparativamente ao momento do nascimento: em 2003, ao completar tal idade, um homem ainda viveria mais 19,1 anos, enquanto uma mulher teria pela frente mais 22,1 anos de vida.

A seguir, daremos continuidade às discussões e reflexões com a Síntese Interpretativa VI que trata-se da Integralidade da atenção à saúde do homem e sua sexualidade, com referência nos dados categorizados com base nas respostas dos sujeitos presentes nos quadros 9 e 10.

Quadro 9 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 7 - Nesta unidade existem ações voltadas para atenção integral para saúde dos homens?

( ) Não. Livre para se expressar.

( ) Sim. Você pode me dizer quais; com qual freqüência e quais os membros da equipe envolvidos?

Sujeito	Respostas: Nesta unidade existem ações voltadas para atenção integral para saúde dos homens?			
	Não	Sim		
	Livre para se expressar	Qual (is)	Com qual freqüência	Quais os membros da equipe envolvidos
1		Além dos convencionais tipo: intervenção para diabetes, existe um dia no mês que nós fazemos o dia da prevenção do câncer de próstata. Neste dia são atendidos os pacientes que vêm à unidade pra fazer exames, como: hemograma, urina rotina, glicemia de jejum, colesterol total e fração, triglisserides e PSA. É feito fora do horário de atendimento da unidade, justamente por causa do estigma que o paciente tem com relação a ficar perto das mulheres e se sentir constrangido, frágil, impotente, assim, ele se sente um pouco mais à vontade em procurar o serviço, tendo um dia só para eles.	Uma vez por mês em torno de 18 e 19 horas.	O médico, a recepcionista, a enfermeira, um agente de saúde do sexo masculino para acolher estes homens.
2	A gente até esta fazendo uma atividade à noite voltada para o homem, mas só foca a prevenção do câncer de próstata, então não considero integral, entende?			

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

3	Só ações individualizadas, tipo próstata, hipertensão, diabetes, e não é só isso que precisamos fazer, tem mito mais coisas que estão levando homens jovens da nossa área a óbito, como acidente de moto, abuso de drogas etc...			
4		Tem as consulta de Hiperdia, que é para controle dos hipertensos e diabéticos, o PSA à noite, por causa dos homens trabalharem, pusemos este horário noturno uma vez por mês, que ta sendo muito bom, inclusive já teve alguns casos do exame alterados que foram diagnosticados bem cedo.	O Hiperdia é semanal, toda terça feira, e o PSA à noite é uma vez por mês.	No Hiperdia, somos todos os membros envolvidos todas às terças feiras, agora, no PSA, por ser noturno fazemos uma revezamento no dia do atendimento, mas nos dias normais a busca ativa também é feita por toda a equipe, mais pelos agentes através das visitas domiciliares.
5	Integral não, só tem atendimento especializado.			
6	Tentamos trazer os homens para a unidade, mas eles sempre não podem vir, por motivo na maioria das vezes de trabalho, deixando os cuidados com sua saúde sempre a desejar.			
7		Aqui tem o Hiperdia e o programa de Controle de PSA.	Toda segunda quarta-feira de cada mês.	Os membros são todos envolvidos cada um conhece a sua área marca seu paciente sabe qual a faixa etária de idade
8	Nenhuma atividade integral, fragmentada sim.			
9	Não, pela falta de interesse dos homens com sua saúde. Aqui os profissionais de saúde divulgam bastante sobre cuidados com a saúde masculina, mas eles ainda não dão a importância que deveriam.			
10		Está iniciando, já estamos trabalhando com a prevenção do câncer de próstata, mas eu acho que teria que ter mais coisas, não é? Para ser integral.	Uma vez por mês	Os agentes de saúde, o médico e a enfermeira ou a técnica de enfermagem.

5.2.12 Categorização referente às ações integrais voltadas para a saúde do homem desenvolvidas na ESF

1 - Relacionado à inexistência de ações voltadas para a atenção integral à saúde do homem: "... Não, a gente até esta fazendo uma atividade à noite voltada para o homem, mas só foca a prevenção do câncer de próstata, então não considero integral, entende?...", "...Só ações individualizadas, tipo próstata, hipertensão, diabetes, e não é só isso que precisamos fazer, tem mito mais coisas que estão levando homens jovens da nossa área a óbito, como acidente de moto, abuso de drogas etc...", "...Integral não, só tem atendimento especializado...", "...Tentamos trazer os homens para a unidade, mais eles sempre não podem vir, por motivo na maioria das vezes de trabalho, deixando os cuidados com sua saúde sempre a desejar...", "...Nenhuma atividade integral, fragmentada sim...", "...Não, pela falta de interesse dos homens com sua saúde. Aqui os profissionais de saúde divulgam bastante sobre cuidados com a saúde masculina, mas eles ainda não dão a importância que deveriam..."(S:2, 3, 5, 6, 8, 9).

2 - Relacionado à existência de ações voltadas para a atenção integral à saúde do homem: "...Sim..."(S: 1, 4, 7, 10).

Quais:

A) Relacionado às ações voltadas para a hipertensão e diabetes: "...Além dos convencionais tipo: intervenção para diabetes...", "...Tem as consulta de Hiperdia, que é para controle dos hipertensos e diabéticos...", "...Aqui tem o Hiperdia..."(S:1, 4, 7).

• **Freqüência:** "...Semanal..." (S: 1, 4, 7).

• **Membros da equipes envolvidos:** "...No Hiperdia, somos todos os membros envolvidos todas às terças feiras...", "...mas nos dias normais a busca ativa também é feita por toda a equipe, mais pelos agentes através das visitas domiciliares...", "...Os membros são todos envolvidos cada um conhece a sua área marca seu paciente sabe qual a faixa etária de idade..."(S: 4, 7).

B) Relacionado a atendimento médico para a prevenção do câncer de próstata em horário especial: "...existe um dia no mês que nós fazemos o dia da prevenção do câncer de próstata...", "...É feito fora do horário de atendimento da unidade, justamente por causa do estigma que o paciente tem com relação a ficar

perto das mulheres e se sentir constrangido, frágil, impotente, assim, ele se sente um pouco mais à vontade em procurar o serviço, tendo um dia só para eles...", "..., o PSA à noite , por causa do homens trabalharem, pusemos este horário noturno uma vez por mês, que ta sendo muito bom, inclusive já teve alguns casos do exame alterados que foram diagnosticados bem cedo...", "...e o programa de Controle de PSA...", "...já estamos trabalhando com a prevenção do câncer de próstata...". (S: 1, 4, 7, 10).

C) Relacionado a atendimento médico para solicitação de exames de rotina em horário especial: "...Neste dia são atendidos os pacientes que vêm à unidade pra fazer exames, como: hemograma, urina rotina, glicemia de jejum, colesterol total e fração, triglicérides e PSA..." (S:1).

• **Freqüência:** "... Uma vez por mês em torno de 18 e 19 horas...", "...e o PSA à noite é uma vez por mês...", "...Toda segunda quarta-feira de cada mês...", "...Uma vez por mês..." (S: 1, 4, 7, 10).

• **Membros da equipes envolvidos:** "... O médico, a recepcionista, a enfermeira, um agente de saúde do sexo masculino para acolher estes homens...", "... agora, no PSA, por ser noturno fazemos uma revezamento no dia do atendimento...", "... Os agentes de saúde, o médico e a enfermeira ou a técnica de enfermagem..." (S: 1, 4, 10).

Quadro 10 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 8 - Qual (is) ação (s) você sugere para a atenção integral à saúde do homem através da Estratégia de Saúde da Família?

Sujeito	Respostas: Qual (is) ação (s) você sugere para a atenção integral à saúde do homem através da Estratégia de Saúde da Família?
1	Inicialmente sugiro a participação da mídia na divulgação da importância do cuidar de si para o sexo masculino, pois, nos dias atuais ela se tornou muito poderosa na formação de opiniões, principalmente a mídia televisiva. A televisão parece ter se tornado a dona da verdade, então, por exemplo, se falou que tem muito câncer de próstata as pessoas passam a procurar mais, assim como foi no câncer de mama, na divulgação do preventivo do câncer de colo de útero. Atualmente, eu até acho que já estão focando bastante o câncer de próstata, e principalmente a sua relação com a impotência, o próprio tabagismo, o abuso de álcool, mas precisa-se de muito mais, porque o que a mídia lança, e os homens vêem, desperta a curiosidade de virem até o serviço de saúde buscar esclarecimentos. Uma preocupação que tenho é quanto à forma de divulgação porque sinto uma corrente forte que diminui a temática do homem a uso de tabaco, uso de álcool e impotência, isso não podemos deixar acontecer, a mídia tem que atuar de maneira responsável.
2	Eu sugiro que seja feito mais treinamento com os profissionais. Digo isto pela minha formação, não tive nenhuma aproximação com o assunto de saúde do homem, e quanto à sexualidade o que tive não me confere segurança o bastante para atuar diretamente com os homens, para mim esta é uma grande barreira.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

3	Flexibilidade de horários das atividades do PSF, talvez seria interessante montar assim, do mesmo jeito que tem o PSA noturno, montar outros programas, como visitas domiciliares à noite , ou aos sábados. Porque o homem fica assim com receio de perder o dia de trabalho para vir ao médico, e tem firma que chega a tirar um monte de beneficio deles porque perderam o dia, ou então como eles nos reclamam, tem chefe que nem aceita a declaração de atendimento. Além disso, sugiro as visitas à noite porque tem homem que desde que eu entrei aqui no PSF eu ainda não conheci, porque na hora que passo para fazer as visitas eles estão para o trabalho, então as informações sobre eles são sempre passadas pelas esposas, filhos, quem me atende.
4	Assim palestras, grupos de apoio como são feitos mais para as mulheres. Quem sabe um grupo só com homens para eles se sentirem mais a vontade.
5	A única solução que eu vejo para trabalhar com os homens, seria no dia e horário que eles estão em casa, digo isto pelos trabalhadores mesmo, que são a maioria. Entendo que isso seria difícil, até para nós profissionais, porque teríamos que trabalhar nos domingos, nos feriados, mas não tem outra maneira, pra atender as necessidades dos homens temos que ter contato com eles, e isso só será possível em um horário especial mesmo, porque este horário que o PSF trabalha para o homem não funciona.
6	Fazer com que se interessem mais por cuidarem de sua saúde, por meio de divulgação com entrega de panfletos em suas casas para que quando chegarem do serviço possam ler, pois assim aumentando seus conhecimentos sobre a prevenção, talvez eles se interessem mais em se prevenir, e entendam que a prevenção é a melhor coisa que se tem a fazer.
7	Eu acho que deveríamos oferecer mais atividades, porque eu percebo que aqueles homens que não estão trabalhando (desempregados ou aposentados) estão muito parados. Eu acho que alguma atividade física, grupos em parceria com a associação de bairro, seria a solução, porque senão eles só vão pra pracinha, ficam sedentários, obesos, o que leva a outras complicações, ou ficam bebendo, usando drogas, aqui nesta área tem muito alcoólatra e usuário de drogas.
8	Eu acho que seria montar um grupo com os homens só com eles para eles estar socializando entre si o que estão acontecendo com eles e saber o que eles passam, se é normal, porque muita vezes você acha que tem algum problema, que é uma coisa muito anormal e não é todos têm isso, então deveria ter sim este grupo do PSF, acho que assim, sendo só homens, eles poderiam estar freqüentando, o que é a coisa mais difícil.
9	Divulgação com maior intensidade sobre os perigos de doenças no homem, sobre os cuidados que devem ter para prevenirem-se, palestras no PSF, caminhadas, vídeos informativos na T.V, panfletos, tentando assim levar a informação mais próximo deles.
10	Seria mais assim a busca ativa do homem e abrir mais os horários principalmente para eles se consultarem em outro turno.

5.2.13 Categorização das ações sugeridas para atenção integral à saúde do homem através da ESF

1 - Relacionado à ampliação da divulgação: "...Inicialmente sugiro a participação da mídia na divulgação da importância do cuidar de si para o sexo masculino, pois, nos dias atuais ela se tornou muito poderosa na formação de opiniões, principalmente a mídia televisiva. A televisão parece ter se tornado a dona da verdade, então, por exemplo, se falou que tem muito câncer de próstata as pessoas passam a procurar mais, assim como foi no câncer de mama, na divulgação do preventivo do câncer de colo de útero. Atualmente, eu até acho que já estão

focando bastante o câncer de próstata, e principalmente a sua relação com a impotência, o próprio tabagismo, o abuso de álcool, mas precisa-se de muito mais, porque o que a mídia lança, e os homens vêem, desperta a curiosidade de virem até o serviço de saúde buscar esclarecimentos...", "...Fazer com que se interessem mais por cuidarem de sua saúde, por meio de divulgação com entrega de panfletos em suas casas para que quando chegarem do serviço possam ler, pois assim aumentando seus conhecimentos sobre a prevenção, talvez eles se interessem mais em se prevenir, e entendam que a prevenção é a melhor coisa que se tem a fazer...", "...Divulgação com maior intensidade sobre os perigos de doenças no homem, sobre os cuidados que devem ter para prevenirem-se, palestras no PSF, caminhadas, vídeos informativos na T.V, panfletos, tentando assim levar a informação mais próximo deles..." (S: 1, 6, 9).

2 - Relacionado à ampliação do enfoque da divulgação: "...Uma preocupação que tenho é quanto à forma de divulgação porque sinto uma corrente forte que diminui a temática do homem à uso de tabaco, uso de álcool e impotência, isso não podemos deixar acontecer, a mídia tem que atuar de maneira responsável...' (S: 1).

3 - Relacionado à capacitação profissional: "...Eu sugiro que seja feito mais treinamento com os profissionais. Digo isto pela minha formação, não tive nenhuma aproximação com o assunto de saúde do homem, e quanto à sexualidade o que tive não me confere segurança o bastante para atuar diretamente com os homens, para mim esta é uma grande barreira..." (S: 2).

4 - Relacionado à flexibilização nos horários de atendimento nas Unidades de Saúde da Família: "...Flexibilidade de horários das atividades do PSF, talvez seria interessante montar assim, do mesmo jeito que tem o PSA noturno, montar outros programas, como visitas domiciliares à noite , ou aos sábados. Porque o homem fica assim com receio de perder o dia de trabalho para vir ao médico, e tem firma que chega a tirar um monte de beneficio deles porque perderam o dia, ou então como eles nos reclamam, tem chefe que nem aceita a declaração de atendimento. Além disso, sugiro as visitas à noite porque tem homem que desde que eu entrei aqui no PSF eu ainda não conheci, porque na hora que passo para fazer as visitas eles estão para o trabalho, então as informações sobre eles são sempre

passadas pelas esposas, filhos, quem me atende..., "...A única solução que eu vejo para trabalhar com os homens, seria no dia e horário que eles estão em casa, digo isto pelo trabalhadores mesmo, que são a maioria. Entendo que isso seria difícil, até para nós profissionais, porque teríamos que trabalhar nos domingos, nos feriados, mas não tem outra maneira, pra atender as necessidades dos homens temos que ter contato com eles, e isso só será possível em um horário especial mesmo, porque este horário que o PSF trabalha para o homem não funciona...", "...e abrir mais os horários principalmente para eles se consultarem em outro turno..." (S: 3, 5, 10).

5 - Relacionado à atividades de grupo com a população masculina: "...Assim palestras, grupos de apoio como são feitos mais para as mulheres. Quem sabe um grupo só com homens para eles se sentirem mais a vontade...", "...Eu acho que seria montar um grupo com os homens só com eles para eles estar socializando entre si o que estão acontecendo com eles e saber o que eles passam, se é normal, porque muita vezes você acha que tem algum problema, que é uma coisa muito anormal e não é todos têm isso, então deveria ter sim este grupo do PSF, acho que assim, sendo só homens, eles poderiam estar freqüentando, o que é a coisa mais difícil..." (S: 4, 8).

6 - Relacionado a ações de busca ativa: "...Seria mais assim a busca ativa do homem..." (S: 10).

5.2.14 Síntese interpretativa VI: ações integrais voltadas para a saúde do homem

Após discutirmos questões relacionadas à busca reduzida de homens por atenção à saúde na ESF e evidenciarmos a existência de algumas barreiras para a acessibilidade dessa população, destacando-se o reducionismo no tratamento das questões da saúde e sexualidade masculina, traremos para discussão, nesta síntese interpretativa questões relacionadas às ações desenvolvidas na ESF em estudo, buscando pois entender se existem ações voltadas para atenção integral à saúde do homem e as sugestões dos sujeitos para o desenvolvimento dessas ações.

Inicialmente, conceituaremos a integralidade, enquanto princípio norteador e organizador das práticas e dos serviços de saúde, de acordo com o IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal), buscando subsídios para a análise das falas dos sujeitos.

Assim, a integralidade, de acordo com o IBAM (1991), refere-se tanto ao homem quanto à organização do sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade, onde, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem um todo, não podendo ser compartimentalizadas; assim como as unidades constitutivas do sistema se configura também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

Com base nesse conceito, propomos uma discussão sobre percepção dos sujeitos quanto à existência de ações voltadas para atenção integral à saúde dos homens na ESF em estudo.

Assim sendo, verificamos que 6 (seis) entre os dez sujeitos referem não existir ações voltadas para a atenção integral à saúde do homem, enquanto 4 (quatro) fazem referência da existência dessas ações, descrevendo-as da seguinte maneira: a) ações voltadas para hipertensão e diabetes, desenvolvidas semanalmente, com envolvimento de todos os membros da equipe; b) atendimento médico para prevenção do câncer de próstata e solicitação de exames complementares, realizado em horário especial, mensalmente, por alguns membros da equipe, com participação de todos os trabalhadores da equipe com escala de revezamento.

Por essa constatação evidenciamos a inexistência de um consenso relacionado ao entendimento da integralidade na atenção à saúde pelos sujeitos do estudo, tendo em vista que os mesmos pautaram suas percepções com referência na mesma ESF.

Além disso, verificamos também um reducionismo no entendimento da integralidade, uma vez que fazem referência à existência de ações integrais voltadas para a saúde do homem, centrados em ações que valorizam a doença.

Assim, trazemos a noção de integralidade manifestada em uma articulação entre ações preventivas e assistenciais. Nessa perspectiva, Mattos (2003), relata que os desafios, postos por uma patologia, envolvem questões relativas à oferta dos serviços assistenciais que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da patologia em questão, existentes hoje e outras questões referentes às disponibilidades futuras de redução do número de portadores dessa patologia.

Colaborando com a opinião dos sujeitos, acima descrita, um estudo realizado com enfermeiros de ESF, em um município de Minas Gerais, relacionado à concepção de integralidade (BERNARDES, 2005, p. 122) demonstra que: "... Na concepção desses enfermeiros, a integralidade aparece de forma fragmentada, justaposta, ou melhor, somada a aspectos biológicos e psicológicos, sendo revelado através dos depoimentos desses enfermeiros uma percepção biologicista, um olhar linear pautado numa formação mecanicista, tecnicista e reducionista".

Nesse sentido, Cecílio e Mehry (2003), apresentam suas reflexões para a ampliação da concepção da integralidade no reconhecimento de que a atenção integral à saúde constitui-se em um esforço de uma abordagem completa, holística, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de atenção à saúde. Nessa direção, a integralidade implica na garantia desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para o usuário.

Além disso, Campos (1994) defende a necessidade de se pensar a saúde com outras feições sócio-culturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços. Esse autor alega que a integralidade em saúde deve ser entendida no sentido ampliado de sua definição legal, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Dando seqüência às discussões sobre a integralidade nas reflexões dos sujeitos, propomos, nesse momento, uma discussão sobre explicações daqueles que se posicionaram de forma contrária à existência de ações integrais voltadas para os homens na ESF.

Inicialmente, apresentamos algumas explicações fornecidas, para subsidiarem o entendimento da inexistência dessas ações, como se segue:

> "...Só ações individualizadas, tipo próstata, hipertensão, diabetes...".
> "...Integral não, só tem atendimento especializado...".
> "...Nenhuma atividade integral, fragmentada sim..."

Tomando como referência a percepção desses sujeitos, constatações da Conferência Nacional de Saúde (2001), relacionadas ao modelo de atenção à saúde vigente, vêm de encontro com essas percepções e afirmam que esses modelos se mantêm assistencialistas, pouco capazes de responder às necessidades da

população. São modelos curativistas, operados por profissionais, muitas vezes, despreparados para atuarem com respeito devido aos direitos do usuário e suas necessidades e com a qualidade necessária.

São centrados no profissional médico, priorizam mais a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar a doença medicamentosamente.

Starfield (2002), também, concorda com a percepção dos sujeitos e completa esse pensamento, pressupondo que as unidades de saúde devem realizar arranjos para que os usuários recebam diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isso inclui o encaminhamento a serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais. A autora considera que cada unidade possa definir diretamente sua própria diversidade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade, tanto para a população de usuários como para a equipe, assim como reconhecer as dimensões para as quais os serviços estão disponíveis.

De acordo com essas reflexões, a APS deve ser a principal “porta de entrada” dos indivíduos para a atenção à saúde, e que além disso devem resguardar acima de tudo a integralidade da atenção.

Com base nesse entendimento, reconhecemos que as ESF devem estar devidamente preparadas para garantir o acesso e a atenção integral à saúde da população masculina.

Assim sendo, verificamos que a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde do homem foi pautada na integralidade da atenção à saúde, sendo esta denominada “Política de Atenção Integral à Saúde do Homem”.

E, na perspectiva da integralidade a presente política apresenta a necessidade de superação do reducionismo na atenção à saúde homem (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, verificamos que a redução da saúde e da doença do homem que remetem-no exclusivamente à algumas vulnerabilidades, sendo essas prioritariamente, relacionadas ao câncer de próstata, transmissão de DST/AIDS, causador da gravidez na adolescência, entre outras, relacionadas à anatomofisiopatologia, ou seja ao “funcionamento do ser homem”. Preocupa-nos, uma vez que esse reducionismo reforça a dificuldade dos homens em reconhecer

suas necessidades de saúde, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2008).

Todavia, reconhecemos serem essas algumas barreiras a serem vencidas para a viabilização do acesso e atenção integral à população masculina, as quais implicam na necessidade de definição estratégica de linhas de ação com foco nos determinantes da saúde do homem, bem como em elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação da saúde (BRASIL, 2008).

Para a ampliação dessa discussão, trazemos para esta pauta as sugestões dos sujeitos quanto às ações a serem desenvolvidas através da ESF para a atenção integral à saúde do homem, expressas no quadro 10 e distribuídas a partir de 6 (seis) categorias analíticas, relacionadas à: a) ampliação da divulgação; b) ampliação do enfoque da divulgação; c) capacitação dos profissionais; d) flexibilização nos horários de atendimento das ESF; e) atividades de grupo com a população masculina; f) ações de busca ativa.

Nesse sentido, faz-se oportuno que reflitamos a integralidade na atenção à saúde, enquanto uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Sendo assim, utilizaremos a fundamentação dessa Política para discutirmos as sugestões dos sujeitos, buscando pois aproximá-las, entendendo a necessidade de estarem alinhadas e consonantes com as Políticas de Atenção Básica.

Quanto à sugestão relativa à ampliação da divulgação, bem como ao enfoque da divulgação, identificamos que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traz, como princípios norteadores, a humanização e a qualidade da atenção integral, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais (BRASIL, 2008).

Assinalamos que para que se cumpram esses princípios, são definidos alguns elementos a serem considerados, dentre eles destacamos o 3º (terceiro) e o 6º (sexto) elementos que tratam da divulgação, como sugerido pelos sujeitos, descrito da seguinte maneira: “3 - Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem; 6 - Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos”.

Além disso, encontramos descrito nessa política nos objetivos específicos a ampliação, através da educação, do acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos e, como desdobramento desse objetivo, verificamos ainda: “Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o auto-cuidado com sua própria saúde”.

Com relação a essas considerações podemos certificar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2008).

Verificamos, ainda, outras sugestões feitas pelos sujeitos, dentre as quais destacamos neste momento à capacitação dos profissionais, entendendo que esta também encontra-se descrita a partir dos princípios e diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, dispostas da seguinte maneira: “ Princípio: 5-Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem; Diretriz: Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem“.

Também podemos identificar mudança do foco programático da atenção à saúde do homem, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas.

Cecílio e Mehry (2003) defendem essa mudança, através do entendimento de que o atendimento integral prima pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requerendo o desenvolvimento do aprendizado e da prática e a incorporação da escuta, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica de proteção das condições produtoras da própria vida.

Também verificamos a necessidade de flexibilização nos horários de atendimento das ESF, enquanto estratégia para acessibilidade da população masculina, entendendo que seu horário de funcionamentos é incompatível com a disponibilidade dessa população, o que configura uma barreira para o acesso dos homens à ESF enquanto porta de entrada do SUS.

Diante dessa sugestão, encontramos também entre os objetivos específicos da política, a organização, implantação, qualificação e humanização, em todo território brasileiro da atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, enfocando o fortalecimento da atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde (BRASIL, 2008).

Finalizando essa discussão evidenciamos sugestões relacionadas à realização de atividades de grupo com a população masculina e de ações de busca ativa para captação precoce dos homens.

Quanto às atividades de grupo, verificamos no âmbito das responsabilidades institucionais descritas na política de atenção integral à saúde do homem, o compromisso da promoção de informações, junto à população masculina, de educação e comunicação em saúde com a população alvo visando a difusão dela.

E, quanto às ações de busca ativa verificamos através dos princípios dessa política uma constatação coincidente com a sugestão dos sujeitos, descrita como "Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes".

Assim sendo, encerramos a presente discussão com as constatações da Conferência Nacional de Saúde (2001) com relação à integralidade da atenção: que o que a população exige do SUS é que ele tenha capacidade de atender aos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, cuidando da qualidade da saúde e não apenas sendo capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. A integralidade deve ser ofertada no sentido de garantir que as ações de promoção à saúde e assistência sejam oferecidas pelos serviços públicos, visando o acesso das populações aos serviços, insumos e informações; e contemplando, nas propostas de equidade, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003), pensando nas questões analisadas anteriormente, propõem pensar na integralidade da atenção à saúde, apontando-a como um desafio manifesto em várias dimensões: a primeira seria relacionada à capacidade das políticas governamentais em ordenar e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população. A segunda dimensão seria relacionada à organização dos serviços de saúde, referente à necessidade de garantir acesso aos vários níveis de sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial para que o atendimento prestado tenha resolutividade. A terceira dimensão seria relacionada aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde, o que se refere à capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

E, para a conclusão desse pensamento, enquanto processo em construção Ceitlin (1998) nos indica que modelos centrados na família retomam as idéias provenientes do pensamento complexo e da visão sistêmica, utilizada através do modelo biopsicossocial e do método centrado no usuário, para alcançar a integralidade, entendida como a consideração do usuário como um todo, portador de necessidades, que são influenciadas por fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Quadro 11 - Distribuição Qualitativa das falas dos sujeitos referente à questão norteadora de número 9 - Quanto à educação permanente de trabalhadores sobre a temática de saúde do homem e sexualidade masculina, você sugere algum (s) tema (s) para a realização de atividades educativas com os trabalhadores desta ESF?

( ) Não. Livre para se expressar.
( ) Sim. Qual (ais)?

Sujeito	Respostas: Quanto à educação permanente de trabalhadores sobre a temática de Saúde do homem e sexualidade masculina, você sugere algum (s) tema (s) para a realização de atividades educativas com os trabalhadores nesta ESF?	
	Não - Livre para se expressar	Sim - Qual (is)
1		- Prevenção do câncer de próstata. - Doenças que levam à impotência, mostrando que não é somente o câncer de próstata, mas diabetes também, por exemplo. - Tabagismo e Alcoolismo.
2		Eu acho que o primeiro treinamento teria que ser quanto ao atendimento do homem com o enfoque na integralidade para todos os profissionais poderem identificar realmente os fatores de risco para a saúde do homem no domicilio, na comunidade, no trabalho.
3		Planejamento Familiar, porque a gente tem muita informação sobre planejamento familiar só para mulheres, e para o homem a única coisa que se fala é na camisinha, mesmo assim eu nunca recebi um treinamento, ou alguma palestra que falasse em planejamento familiar para homens.

continua na página seguinte.

continuação da página anterior.

4		Acho que sobre a sexualidade masculina, que é um tema muito difícil de ser trabalhado, principalmente por mulheres.
5		Sugiro que se fale sobre a próstata, porque os homens ainda estão meio fechados pra se estar conversando sobre este assunto. Sugiro também que fale sobre a parte sexual, porque acho que o homem tem dificuldades de se relacionar com a própria esposa na parte sexual mesmo, e isso prejudica a saúde da casa. Trabalhando isso nos homens, até as esposas vão ficar satisfeitas, porque é uma queixa delas, acho que a sexualidade acaba prejudicando assim no geral, até para os filhos. Acho que a gente tem que aprender a falar sobre sexo mesmo porque esta é uma queixa que interfere na saúde da família.
6		Palestras com temas específicos, por exemplo: - Conhecendo o homem. - Tudo sobre homem e sexo. - A andropausa e o câncer de próstata. - As doenças sexualmente transmissíveis
7		Quanto ao tema, acho que precisamos saber mais sobre a prevenção das doenças do homem, e fatores de risco como as drogas o álcool.
8		Eu acho que tem que ter algum programa para a gente trabalhar mais a parte da saúde, cuidados com a saúde mesmo, tipo tabagismo, alcoolismo, a parte sexual.
9		- Como devemos agir para nos aproximar dos homens e convencermos a participarem mais dos cuidados com sua saúde. - O câncer de próstata, melhor prevenir que remediar.
10		É o tema câncer de próstata, trabalhar muito em cima disto com os profissionais porque eu tenho visto que cada vez mais está acontecendo mais cedo, e em homens aparentemente saudáveis.

5.2.15 Categorização referente à educação permanente de trabalhadores sobre as temáticas: saúde do homem e sexualidade masculina, sugeridas para realização de atividades educativas

1 - Relacionado à necessidade de capacitação dos profissionais sobre as temáticas de saúde do homem e sexualidade masculina: "... Sim..." (S: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

• **Temas sugeridos:**

a) Relacionado à temática de câncer de próstata: "...Prevenção do câncer de próstata...", "...Sugiro que se fale sobre a próstata, porque os homens ainda estão meio fechados pra se estar conversando sobre este assunto...", "...A andropausa e o câncer de próstata...", "...O câncer de próstata, melhor prevenir que remediar...", "...É o tema câncer de próstata, trabalhar muito em cima disto com os profissionais porque eu tenho visto que cada vez mais está acontecendo mais cedo, e em homens aparentemente saudáveis..." (S: 1, 5, 6, 9, 10).

b) Relacionado à temática de doenças que levam à impotência: "...Doenças que levam à impotência, mostrando que não é somente o câncer de próstata, mas diabetes também, por exemplo..." (S: 1).

c) Relacionado à temática de tabagismo, álcool e drogas: "...Tabagismo e Alcoolismo...", "...como as drogas o álcool...", "..., tipo tabagismo, alcoolismo..." (S: 1, 7, 8).

d) Relacionado à temática de integralidade da atenção à saúde do homem com ênfase em determinantes sociais e fatores de risco: "...Eu acho que o primeiro treinamento teria que ser quanto ao atendimento do homem com o enfoque na integralidade para todos os profissionais poderem identificar realmente os fatores de risco para a saúde do homem no domicilio, na comunidade, no trabalho...", "...Quanto à tema, acho que precisamos saber mais sobre a prevenção das doenças do homem, e fatores de risco...", "...Eu acho que tem que ter algum programa para a gente trabalhar mais a parte da saúde, cuidados com a saúde mesmo...", "...Como devemos agir para nos aproximar dos homens e convencermos a participarem mais dos cuidados com sua saúde..." (S: 2, 7. 8, 9).

e) Relacionado aos temas de planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis: "...Planejamento Familiar, porque a gente tem muita informação sobre planejamento familiar só para mulheres, e para o homem a única coisa que se fala é na camisinha, mesmo assim eu nunca recebi um treinamento, ou alguma palestra que falasse em planejamento familiar para homens...", "...As doenças sexualmente transmissíveis..." (S: 3, 6).

f) Relacionado a temáticas para abordagem sobre sexualidade com a população masculina: "...Acho que sobre a sexualidade masculina, que é um tema muito difícil de ser trabalhado, principalmente por mulheres...", "...Sugiro também que fale sobre a parte sexual, porque acho que o homem tem dificuldades de se relacionar com a própria esposa na parte sexual mesmo, e isso prejudica a saúde da casa. Trabalhando isso nos homens, até as esposas vão ficar satisfeitas, porque é uma queixa delas, acho que a sexualidade acaba prejudicando assim no geral, até para os filhos. Acho que a gente tem que aprender a falar sobre sexo mesmo porque esta é uma queixa que interfere na saúde da família...", "...Tudo sobre homem e sexo...", "...a parte sexual..." (S: 4, 5, 6, 8).

5.2.16 Síntese interpretativa VII: educação permanente com os trabalhadores da ESF

Após termos refletido sobre a integralidade enquanto princípio norteador e organizador das práticas e serviços de saúde e como uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, resgatando o seu conceito, seus desafios, bem como a necessidade dos serviços de saúde estarem alinhados a ela, propomos a continuidade dessa reflexão por meio da análise da percepção dos sujeitos com relação à necessidade de ações de capacitação dos trabalhadores da ESF sobre temáticas relacionadas à sexualidade masculina e saúde do homem.

Assim a pertinência de se tratar questões relacionadas à capacitação dos trabalhadores com base no princípio da integralidade, buscando através da educação permanente ampliar o enfoque na atenção à saúde do homem, com base no referencial da integralidade.

Estendendo essa reflexão, trataremos das verificações dos sujeitos, expressas na entrevista. Inicialmente, esses sujeitos foram questionados quanto à necessidade de realização de educação permanente na ESF relacionada à temática em foco, o que demonstrou unanimemente essa necessidade.

Com base nessa evidência, percebemos que quanto ao preparo profissional, nem sempre a formação dos profissionais da área da saúde os possibilita a promoção de uma saúde e sexualidade masculina saudável. Gomes (2008) entende que na maioria das vezes, reduzimos o foco das nossas ações porque não estamos preparados para atuar em uma perspectiva mais ampla que contemple o bem-estar sexual, físico, mental e social, nos cenários de gênero, segmento social, faixa etária e raça/cor.

Assim, o autor vê que o reconhecimento dos limites de nosso preparo, como demonstrado pelos sujeitos deste estudo, é de fundamental importância, pois nos ajuda a não incorrer no erro de atuar em situações complexas com atitudes simplistas.

Ainda corroborando com o entendimento do presente autor, verificamos que a Política de Atenção Integral à Saúde do homem, aponta essa necessidade, enquanto mecanismo de qualificação dos trabalhadores dos serviços de saúde, apresentada como seu primeiro objetivo específico que visa formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem (BRASIL, 2008).

Assim sendo, Gomes (2008) faz considerações relacionadas aos formatos em que esse preparo pode ser enquadrado, e orienta: Seja qual for a forma adotada para nos prepararmos para lidar com a sexualidade masculina, não podemos deixar de prestar atenção aos usuários que buscam os nossos serviços profissionais. Escutar suas falas e olhar suas ações são de fundamental importância para que possamos encontrar a forma mais adequada de abordá-los e de lidarmos com eles. Muitas vezes, detemo-nos em demandas específicas de um atendimento, sem uma compreensão geral das pessoas.

Com isso, o autor assinala que o preparo dos profissionais é também produto de suas experiências, que se constrói tanto no contato com textos científicos e através de atividades educativas como por meio da relação que estabelecem com as pessoas com as quais atuam profissionalmente.

Sequencialmente ao relato da necessidade dessas ações, os sujeitos foram questionados quanto às suas sugestões de temáticas a serem tratadas por meio da educação permanente.

Diante desse questionamento, depreendemos 6 (seis) categorias de análise, cada qual relacionada a uma temática. A primeira sugestão relaciona-se à temática de câncer de próstata, estando esta associada às doenças que levam à impotência.

Assim, verificamos que para explicar essa sugestão, os sujeitos se pautaram na dificuldade que têm em conseguir a adesão masculina aos cuidados com a próstata, especialmente devido ao tabu do toque retal, bem como na ênfase dada pela população masculina à virilidade.

Com base nessa evidência, propomos uma analogia baseada no referencial da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no que se refere aos indicadores de morbi-mortalidade relacionada aos tumores.

Sendo assim verificamos que entre as 10 neoplasias malignas que mais frequentemente causaram a morte nos homens aparece o câncer de próstata, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios (Fonte: MS - SIM, 2005).

Assim, a mesma política alerta que o câncer da próstata é uma neoplasia que, geralmente, apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o problema é diagnosticado e tratado com precocidade. Além disso, uma estimativa realizada pelo INCA para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008 aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele (BRASIL, 2008).

A partir dessas reflexões percebemos a coerência na visão dos sujeitos quanto à necessidade de se tratar de temáticas relacionadas ao câncer de próstata na Educação Permanente, porém alertamos quanto ao enfoque a ser dado às ações educativas relacionadas a esta temática, prevendo a possibilidade de um reducionismo nas abordagens.

Além disso, destacamos a necessidade de se abordar a "sexualidade masculina" pelo enfoque da saúde, com ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, entendendo que a expressão "sexualidade masculina" também pode indicar, em algumas áreas da saúde, muito mais questões relacionadas à doença do que à saúde propriamente dita (GOMES, 2008).

Junto às sugestões explicitadas, verificamos ainda temáticas relacionadas ao tabagismo, alcoolismo, e uso/abuso de drogas. Seguindo essa sugestão, trazemos para a pauta, questões relacionadas ao referencial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Inicialmente, propomos uma analogia com os dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), de que cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo. O uso abusivo do álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Esse índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema da prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool um grande problema de saúde pública.

Assim, verificamos a pertinência da temática sugerida no estudo, especialmente por entendermos que se faz necessário ampliar essa discussão para o âmbito de gênero, tendo em vista que no Brasil, diversos estudos comprovam a diferença no consumo de álcool entre homens e mulheres (BRASIL, 2008).

A partir de constatações do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas (CEBRID, 2006).

Além disso, dados divulgados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apresenta outro levantamento sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo CEBRID, mostrando que o uso na

vida e a e a prevalência de dependência do álcool são muito diferentes para homens e mulheres. O uso na vida de álcool é maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino. A prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9 das mulheres apresentam dependência. Segundo esses dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. Entre as mulheres, essa proporção é de 10:1 (dez por um).

A mesma política, apresenta um levantamento Nacional sobre os padrões do consumo de álcool na população brasileira, a partir de uma pesquisa realizada pela UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), 2007, que também aponta que na população adulta, tanto o uso nocivo quanto a dependência do álcool predominam entre os homens, sendo em média quatro vezes mais comum do que entre mulheres. De acordo com esse estudo, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem pelo menos 1 vez ao ano. Desses, 65% são homens e 41% são mulheres. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana (BRASIL, 2008).

Finalizando essa análise, verificamos, no Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais no SUS no ano de 2006. As internações de homens por uso de álcool representaram nesse mesmo universo 20% das internações. Não existem, no entanto estudos mais robustos que analisem as séries históricas desses dados.

Assim sendo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem verifica a magnitude desse problema - enquanto um grupo de transtornos de alta e crescente prevalência no Brasil e no mundo que estigmatiza e promove a exclusão social, na população brasileira, de cerca de 6 milhões de pessoas – ainda precisa ser melhor avaliada sob a lente das questões de gênero. Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental desse segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento (BRASIL, 2008).

Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta uma maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras, relacionadas ao uso regular de cigarro.

A partir desses achados, vale trazermos para a discussão questões relacionadas à tendência ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, em uma compreensão à luz de suas crenças de invulnerabilidade do homem que deve ser informado sobre os malefícios dessas práticas por meio de ações preventivas e de promoção da saúde e de hábitos saudáveis, traços que devem ser também contemplados nas propostas educativas a serem abordadas na ESF.

Verificamos ainda nas falas dos sujeitos sugestões referentes às temáticas como a inclusão do homem nas ações de planejamento familiar, a sexualidade masculina e a prevenção de DST/AIDS.

Sendo assim, verificamos uma consonância entre a percepção dos sujeitos de necessidades de abordagens por meio da educação permanente e temáticas priorizadas na construção da Política de Atenção Integral à saúde do homem. Essa afirmativa reforça o entendimento da necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, quanto à qualificação dos trabalhadores na perspectiva da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Por essas evidências, verificamos enquanto temática priorizada na Política em questão, os direitos sexuais e reprodutivos dos homens, que traz reflexões importantes a serem abordadas por meio da Educação Permanente.

Além disso, a política apresenta, enquanto um de seus objetivos específicos, o estímulo à implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde, sabendo que esses se desdobram em (BRASIL, 2008, p. 38-39).

> - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;
> - estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
> - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
> - promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
> - garantir a oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS;
> - estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;

> - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
> - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
> - associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população heterogênea de homens (BRASIL, 2008, p. 38-39).

Ainda com relação às preocupações com essa temática, verificamos a necessidade de superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas das mulheres, assegurando aos homens o direito à participação no planejamento reprodutivo, com o reconhecimento de que a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós parto e da educação da criança.

Além disso, a Política destaca que adolescentes e jovens masculinos também devem ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a paternidade como direito. A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado, resguardando a autonomia a essa população, que deve ser assistida diante de suas necessidades e projetos de vida, e não segundo a opinião do profissional de saúde quanto aos ideais para a sua saúde sexual e reprodutiva, que podem estar imersos em preconceitos sobre a própria adolescência e juventude.

Enfim, adverte com relação às ações de planejamento familiar, que nas ESF devem ser disponibilizadas informações à população masculina, além de métodos contraceptivos e preservativos a inclusão nos programas de planejamento familiar e a facilidade no acesso, principalmente aos adolescentes e jovens (BRASIL, 2008).

Retomando questões de direitos sexuais e reprodutivos, trazemos para a discussão aspectos a serem considerados com relação à velhice, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Neste sentido, entendemos que a temática merece atenção quanto à necessidade de educação dos trabalhadores de saúde no reconhecimento e tratamento das pessoas idosas como sujeitos de direitos sexuais, sabendo que o exercício da sexualidade não necessariamente é interrompido com o avanço da idade. A sexualidade não se reduz à meta reprodutiva e, assim sendo, é possível que a experiência do prazer

seja mantida, sem estar reduzida também ao coito genital. A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas, sendo necessário superar a sua compreensão como possibilidade apenas do adolescente, jovem e adulto (BRASIL, 2008).

Enfim, depreendemos com relação à preparação dos trabalhadores para lidarem com as temáticas “homem - saúde - sexualidade masculina” à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a necessidade de implantação e implementação de ações fortalecidas de Educação Permanente, como evidenciado nas falas dos sujeitos.

Assim, acreditamos no potencial das diretrizes que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, para a continuidade da formação dos trabalhadores da saúde - Educação Permanente - já que esta permitirá maior articulação entre necessidades geradas no interior dos serviços de saúde e a construção do conhecimento, com possibilidades de elaboração de estratégias adequadas, para construção de intervenções contextualizadas com as necessidades de implementação e efetivação de novas práticas pautadas na conquista do direito constitucional à saúde e à solidificação de princípios e estratégias do SUS (BERNARDES, 2005).

6 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A elaboração dessa proposta de intervenção educativa se deu após a categorização e análise dos dados, valorizando a socialização dos resultados e a busca de transformação da realidade vivenciada através da abertura do universo de respostas aos sujeitos e da participação dos envolvidos.

Inicialmente, foi realizado um encontro de (re) aproximação da pesquisadora com os sujeitos para definição das etapas seguintes. Nesse encontro foi definido que os próximos aconteceriam às quintas-feiras nos horários de 14:00 às 16:00 horas, na Unidade de Saúde da Família Penha I, e o número de encontros definido ao longo do desenvolvimento da proposta segundo a visão dos envolvidos.

Assim sendo, a intervenção educativa foi desenvolvida em 3 (três) encontros, distribuídos em 4 (quatro) momentos, como se segue:

1º Momento:

1 - *Integração, relaxamento e discussão (Prática integrativa de Automassagem):* Inicialmente, os participantes foram orientados quanto à execução da prática de automassagem, em seguida foi colocado som instrumental e solicitado que se afastassem das mesas, retirassem os sapatos caso sentissem vontade e buscassem a melhor posição para o desenvolvimento da massagem. Na sequencia, a pesquisadora/facilitadora foi direcionando o relaxamento, com orientações, tais como: posicionamento dos dedos, intensidade do toque, sentido dos movimentos e benefícios atingidos em cada ponto de massagem.

2 - *Objetivos:* Relaxamento corporal a partir da massagem através do toque como mecanismo terapêutico e como forma de consciência corporal.

3 - *Tempo de duração*: 60 (sessenta) minutos.

4 - *Recursos Humanos:* Uma facilitadora/pesquisadora e uma auxiliar para a realização de registros no diário de campo.

5 - *Recursos Didáticos:* Sala ampla, aparelho de som e CD com sons instrumentais.

6 - *Pontos para discussão:* Refletir quanto à necessidade de momentos de integração e relaxamento realizados na equipe, quanto à sensação proporcionada pelo toque e, quanto às fragilidades e vulnerabilidades do corpo.

7 - *Diário de campo:* Chamou-nos atenção a postura dos participantes, especialmente no que diz respeito à dificuldade de se soltarem, de realizarem os toques e de se manterem com os olhos fechados.

Logo após a realização da automassagem foi proposto pela facilitadora/ pesquisadora um momento para relatos dos participantes referentes à atividade desenvolvida, com estimulo à socialização de suas sensações referentes à experiência de se tocarem.

Os sujeitos de expressaram:

> [...] *é bom né, mas a gente fica um pouco constrangido em se tocar assim na frente de todo mundo.*
> [...] *eu gostei muito precisávamos realizar isto todos os dias aqui na Unidade.*
> [...] *é muito interessante, a gente se sente mais leve.*
> [...] *me senti meio envergonhado no início, mas depois me soltei.*
> [...] *tenho um pouco de dificuldade em realizar estas dinâmicas de grupo, mas eu achei bem interessante.*

As falas desses sujeitos demonstram barreiras relacionadas ao toque, através de sensações de vergonha, dificuldade e constrangimento. Elas nos aproximam de questões relativas à cultura e socialização e proporcionam uma reflexão quanto ao significado do ser homem, em um contexto sóciocultural.

Para ilustrar essa discussão, apresentamos aos participantes/educandos o significado do ser homem, obtido a partir da entrevista, que nos possibilitou uma densa discussão quanto à masculinidade hegemônica e déficits de cuidados, bem como questões relativas ao pensamento mágico de homem invulnerável e as contradições epidemiológicas que apontam para a maior vulnerabilidade masculina.

2º Momento

1 - *Teorização e Reflexão (Unidades Temáticas: A metodologia Pesquisa-Ação, A procura de homens pela Estratégia de Saúde da Família e As buscas dos homens para atenção à saúde):* A facilitadora/pesquisadora, inicialmente, explicou sobre a metodologia da Pesquisa-Ação enfatizando seu compromisso social em oportunizar aos participantes/educandos a produção do próprio conhecimento e à comunidade os benefícios das ações transformadoras desenvolvidas pelos envolvidos na pesquisa. Segundo Oliveira (1981, p.19) a Pesquisa-ação promove o conhecimento da consciência e também a capacidade de iniciativa transformadora dos grupos com quem trabalha, por eles compreendida como uma conquista popular. Em seguida foi discutido sobre a escolha pela temática e foi iniciada uma

discussão sobre a procura de homens pela Estratégia de Saúde da Família e sobre o que esses homens buscam na Estratégia de Saúde da Família.

2 - *Objetivos:* Estimular a percepção crítica e reflexiva dos participantes/educandos relacionada às práticas desenvolvidas para a população masculina através da ESF, bem como as dificuldades e as barreiras para a acessibilidade.

3 - *Tempo de duração*: 60 (sessenta) minutos.

4 - *Recursos Humanos:* Uma facilitadora/pesquisadora e uma auxiliar para a realização de registros no papel craft e no diário de campo.

5 - *Recursos Didáticos:* Sala ampla, papel craft e pincel.

6 - *Pontos para discussão:* Refletir sobre aspectos relacionados à procura de homens por atenção à saúde, especialmente através da ESF, as barreiras para o acesso da população masculina, as buscas deles através da APS, medidas a serem adotadas pela equipe para lidar com as questões identificadas.

7 - *Diário de campo:* A partir das discussões referentes à procura dos homens pela ESF, bem como do que esses buscam através dela, foi possível interagir com a percepção dos sujeitos, através de suas vivências, favorecendo a reflexão sobre a temática, através dos dados obtidos nas entrevistas e do referencial teórico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem.

Quanto às falas dos sujeitos destacamos:

> [...] *precisamos abrir as portas da ESF para os homens, através da divulgação,*
> [...] *formar um grupo de homens na Unidade.*
> [...] *divulgar através de panfletos.*
> [...] *só com panfletos eu acho que não dá certo, eu tenho muitos homens analfabetos na minha área.*
> [...] *eu acho que o espaço físico aqui deste PSF dificulta um pouco a realização de ações de grupo.*
> *[...] precisamos trabalhar esta proposta do homem aos poucos, porque o grande enfoque ainda é a mulher.*
> [...] *os homens da minha área que procuram a Unidade vêm incentivados pelas esposas, eu acho que podemos utilizar a mulher como nossa aliada para cuidar da saúde do homem.*
> [...] *precisa-se trabalhar também a cultura dos profissionais.*
> [...] *precisamos trazer os homens para o PSF porque eles vão direto no urologista.*
> [...] *eu acho que o caminho é fortalecer as medidas preventivas para o homem, assim como foi feito com a mulher com o crescimento da ginecologia.*
> [...] *precisamos também lutar por direitos trabalhistas dos homens para se cuidarem e terem liberação do serviço para fazerem isto.*

Diante dessas falas, discutimos questões relacionadas às barreiras socioculturais e institucionais para o acesso dos homens ao serviço de saúde, com destaque para a formação dos trabalhadores, especialmente os que atuam na APS.

Em seguida refletimos as propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, relacionadas a programas de Educação Permanente, desenvolvidos aos trabalhadores que já atuam na área.

Além disso, discutimos sobre estratégias a serem utilizadas pela equipe para maior adesão da população masculina às ações desenvolvidas naquela Unidade de Saúde.

Dessa maneira, refletimos quanto à utilização de mecanismos e instrumentos disponíveis na comunidade, tais como: divulgação através de igrejas, em reuniões da associação de moradores e a utilização da sala de espera da ESF para que enquanto a população aguarda por atendimento, sejam discutidas temáticas voltadas para a saúde do homem.

3º Momento

1 - *Teorização e Reflexão (Unidades Temática: A integralidade na atenção à saúde do homem e Educação para a saúde do homem:):* Para iniciação dessa teorização os participantes/educandos foram questionados quanto ao que entendem por integralidade e quanto à sua aplicabilidade, sendo possível desenvolver uma discussão sobre a Integralidade, enquanto Princípio da APS descrito por Starfield (2002) que para sua consecução faz-se necessário o reconhecimento das necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.

Dentro da construção participativa do conceito de integralidade foi possível refletir quanto às práticas desenvolvidas pela ESF à população masculina, bem como sugerir ações a serem implantadas no âmbito da atenção à saúde do homem e da educação para a saúde masculina.

2 - *Objetivos:* Estimular a construção do conceito de integralidade pelos participantes/educandos, através do desenvolvimento da noção crítica e reflexiva relacionada às ações propostas para a saúde do homem a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

3 - *Tempo de duração*: 60 (sessenta) minutos.

4 - *Recursos Humanos:* Uma facilitadora/pesquisadora e uma auxiliar para a realização de registros no papel craft e no diário de campo.

5 - *Recursos Didáticos:* Sala ampla, papel craft e pincel.

6 - *Pontos para discussão:* Refletir sobre o conceito de integralidade e sua aplicabilidade, em uma auto-avaliação das ações desenvolvidas na ESF,

especialmente aquelas direcionadas à saúde do homem e sobre a educação para a saúde masculina através da ESF.

7 - *Diário de campo:* Através dos registros no diário de campo depreendemos achados que complementam as falas dos sujeitos referentes à atenção integral à saúde do homem, sendo possível o desenvolvimento de um momento de reflexão quanto às práticas desenvolvidas, expressas através das falas dos participantes/educandos:

> [...] *eu acho que uma maneira de "laçar" os homens para virem até o PSF é através do exame de PSA, porque eles se preocupam muito com a virilidade, e assim vindo para a prevenção do câncer de próstata poderíamos realizar outras abordagens.*
> [...] *eu acho que a gente poderia incrementar um pouco mais a atividade noturna, com outras ações.*
> [...] *acho que é necessário envolvê-los mais com a saúde em geral, tipo a saúde dos filhos, da mulher, quem sabe participando do cursinho de gestantes, do pré-natal, para não ficar resumindo a saúde do homem à próstata.*
> [...] *eu acho que poderíamos realizar um simpósio de Saúde do Homem e de Sexualidade Masculina.*
> [...] *a gente tem que olhar o homem como um todo, e não só para a prevenção do câncer de próstata, né.*
> [...] *ampliar os atendimentos noturno, para facilitar o acesso que eu acho muito importante.*

Nessas falas, identificamos a formação do conceito de integralidade, a compreensão do reducionismo da saúde do homem à vulnerabilidade ao desenvolvimento do câncer de próstata, sendo possível a realização de uma discussão referente à morbimortalidade da população masculina.

Em seguida, refletimos sobre as hospitalizações e óbitos por causas sensíveis à APS, bem como sobre a alta demanda da população à ESF com agudização de condições crônicas por falta de acompanhamento, de controle, de adoção de medidas preventivas, e finalmente sobre a necessidade de mudança na forma de atuação da ESF para se trabalhar mais a prevenção e a promoção da saúde dessa população.

4º Momento

1- *Delimitação de Estratégias de Ação junto à comunidade:* Nessa etapa a pesquisadora/facilitadora orientou os participantes/educandos que naquele momento eles poderiam discutir livremente sobre estratégias para iniciar uma ação a ser desenvolvida com a comunidade, relacionada à saúde do homem e à sexualidade masculina, na perspectiva da integralidade, contemplando sugestões deles

expressas na entrevistas, assim como os objetivos, princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem .

Sendo assim, dentre as sugestões feitas pelos sujeitos destacaram-se: a) a participação em reuniões com a associação de bairros; b) realização de atividades em sala de espera na ESF; c) visitas aos estabelecimentos comerciais da área de abrangência, onde trabalham homens; d) realizar uma atividade de mobilização social no mês de novembro em comemoração ao dia nacional de prevenção ao câncer de próstata; e) realizar um simpósio sobre a temática de saúde do homem e sexualidade masculina; f) ampliar as ações de busca ativa.

Em seguida a pesquisadora/facilitadora, juntamente com os participantes/educandos, definiu como primeira estratégia de ação, a solicitação de uma pauta para participação na próxima reunião da associação de bairro.

Em seguida, foram discutidos quais seriam os pontos a serem abordados nessa primeira reunião com os moradores do bairro, representantes da associação, sendo sugeridos: a) divulgação da atividade desenvolvida na ESF voltada para a população masculina, visando maior adesão dos homens; b) solicitação de sugestões referentes às ações que eles entendem ser necessário trabalhar através da ESF.

2 - *Objetivos:* Estimular a iniciação de ações voltadas para a atenção integral à saúde e sexualidade masculina, através da ESF.

3 - *Tempo de duração*: 60 (sessenta) minutos.

4 - *Recursos Humanos:* Uma facilitadora/pesquisadora e uma auxiliar para a realização de registros no papel craft e no diário de campo.

5 - *Recursos Didáticos:* Sala ampla, papel craft e pincel.

6 - *Pontos para discussão:* Refletir quanto às práticas desenvolvidas na ESF direcionadas à saúde e sexualidade do homem e a necessidade de inclusão de ações para garantia da ampliação do escopo da atenção ao homem, bem como do trânsito dos usuários do SUS.

7 - *Diário de campo:* A partir das reflexões feitas nesse momento, foi possível verificarmos no posicionamento dos participantes/educandos um amadurecimento do conceito de integralidade, em comparação com as falas nas entrevistas. Além disso, evidenciamos ainda uma disponibilidade dos mesmos em realizarem algumas mudanças nas ações que já se encontram em funcionamento na ESF, bem como em implementarem novas ações que envolvam sobretudo a comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos propostos para esta pesquisa-ação, apresentamos nossas considerações finais.

De acordo com seu primeiro objetivo, o presente estudo identificou os trabalhadores de uma ESF, quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, formação e categoria profissional, tempo de atuação e experiências profissionais anteriores.

E, verificou a predominância de sujeitos do sexo feminino, de faixa etária entre 30 e 40 anos, de estado civil solteiro e casado, com ensino médio completo e católicos. Além disso, que alguns trabalhadores das categorias profissionais ACS e recepcionista, não possuem formação profissional e nem experiências profissionais anteriores à atuação na ESF que se relacionam à área da saúde.

Diante dessa verificação, nos chama a atenção, a predominância do sexo feminino na constituição dessa equipe, bem como, questões relacionadas à falta de formação profissional de alguns trabalhadores.

Quanto à predominância do sexo feminino, verificamos uma aproximação dessa constatação com os achados de Gomes (2004) ao reconhecer, através de um estudo realizado com homens, que os serviços de atenção básica são espaços femininos, devido à predominância de mulheres em sua constituição.

Além disso, Kalckmann, Batista e Souza (2005), corroboram com nossas constatações, ao identificar em seus estudos que, devido à predominância de mulheres na constituição dessas equipes e ao fato dessas unidades serem mais freqüentadas por mulheres, os homens não se reconhecem como alvo do atendimento delas.

Quanto à formação profissional, verificamos uma aproximação nas constatações realizadas por Mendes (2007), em seu diagnóstico da atenção primária à saúde no estado de Minas Gerais, no qual o autor revela enquanto um dos graves problemas da APS, a falta de formação de seus trabalhadores, e verifica a necessidade de fortalecimento do sistema de Educação Permanente.

O autor ainda faz uma crítica ao modelo de educação permanente atual e o considera um processo fragmentado, com cursos temáticos muito fracionados e sem suporte de boas práticas de educação para adultos. Além disso, ressalta os enormes

gastos de tempo dos profissionais e de recursos financeiros, sem uma contrapartida de efetividade educacional (MENDES, 2007).

Nosso segundo objetivo buscou compreender o significado do ser homem para os trabalhadores da ESF, o que nos permitiu constatar significações que vão desde sucesso, poder, força, introspecção e provisão, até de um ser companheiro e sensível.

Diante dessa constatação, compreendemos que traços do modelo masculino hegemônico encontram-se presentes, o que Nolasco (1997) identifica como influencia da sociedade patriarcal que aproxima o ser homem de características de poder, sucesso, força, virilidade e invulnerabilidade, as quais atravessam a socialização masculina, como consideram Scharaiber, Gomes e Couto (2005).

Entretanto, verificamos também, significações que se distanciam desse ideal masculino e se relacionam à sensibilidade e companheirismo, o que nos permite compreender por um lado que as bases naturalistas da masculidade hegemônica encontram-se abaladas e, por outro, que as masculinidades são construídas historicamente e sócioculturalmente, através de um processo em permanente transformação (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o presente estudo, identificou a concepção dos sujeitos referente à sexualidade masculina e aos cuidados com a saúde do homem, em um contexto sociocultural e a partir de aspectos relacionais de gênero.

Dessa maneira, verificamos várias concepções, com ênfase na rejeição de cuidados com a saúde que exponham a sexualidade. Diante dessa identificação, Giddens (1993) em seus estudos sobre a sexualidade masculina, reconhece que questões relativas à sexualidade tendem a expressar inquietações no processo de construção da identidade masculina.

Nesse sentido, observamos na literatura de Rohden (2001) constatações compatíveis com nossos achados, que faz associação dessa rejeição à vergonha, sendo essa relacionada à forma como homens e mulheres são socializados.

E, nos aproxima de uma identificação importante para o campo da saúde masculina, que nos remete à necessidade de considerar o homem de um lado, por sua base anatomofisiológica e, de outro, por uma dimensão sociocultural, impregnada de aspectos simbólicos e políticos.

Entretanto, consideramos quanto à compreensão da sexualidade masculina e dos cuidados com a saúde do homem a necessidade de ampliação de nossos

olhares para não cairmos em armadilhas reducionistas, sejam elas fisicanalistas ou de ordem sociológica.

Esse estudo, através de seu terceiro objetivo, também buscou conhecer as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da ESF direcionadas à saúde e sexualidade do homem, bem como suas aplicações na perspectiva a integralidade.

Nesse sentido, verificamos a existência de uma ação exclusivamente voltada para a população masculina, o atendimento médico noturno para prevenção do câncer de próstata, que acontece mensalmente, com participação de todos os membros da equipe, em horário especial (entre 19:00 e 21:00 horas). Além disso, os sujeitos também fazem referência ao programa “Hiperdia” para controle da hipertensão e diabetes, tendo em vista a participação de homens nesse programa.

Diante dessa verificação, consideramos que as ações desenvolvidas para a atenção à saúde e sexualidade do homem, ainda se encontram voltadas para uma abordagem biologicista e reducionista, centradas no profissional médico e realizadas por trabalhadores despreparados para atuarem na perspectiva da integralidade (Brasil,2008).

Desse modo, reconhecemos a necessidade de reflexões quanto ao desenvolvimento dessas ações. Cecílio e Mehry (2003) apresentam a integralidade, enquanto uma abordagem completa, holística e integral, que implica na garantia desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para o usuário.

Consideramos ainda, que não existe um consenso sobre o conceito de integralidade entre os sujeitos do estudo, e que, de forma geral desconhecem sua aplicabilidade.

Essa constatação soma-se à consideração do MS na formulação de uma política voltada para a saúde do homem que apresenta como uma de suas diretrizes a integralidade e que em seus objetivos enfatiza a capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo os da APS, nessa perspectiva de atenção.

Dessa maneira, os sujeitos reconhecem que para o alcance dos objetivos dessa política, faz-se necessário, entre outras ações, a capacitação dos trabalhadores, a flexibilização no horário de funcionamento das Unidades de Saúde, a realização de atividades de grupo coma a população masculina e a ampliação da busca ativa dos homens para participarem das ações nas ESF.

Nessa pesquisa-ação, também levantamos temas geradores e elaboramos uma atividade educativa, baseada em Freire.

Quanto a esses temas, destacamos: o significado do ser homem sob a ótica da masculinidade, a procura de homens pela ESF e a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Durante a realização dessa atividade, foi possível observar uma boa receptividade dos trabalhadores da ESF, que se interessaram pela temática, participaram efetivamente de suas etapas, se mostraram dispostos a superarem barreiras pessoais e profissionais relacionadas à saúde do homem e sexualidade masculina, reconheceram limitações profissionais e institucionais para o desenvolvimento de ações integrais voltadas para essa população e sugeriram várias ações que visam na ampliação do enfoque da atenção à saúde do homem.

Nesse sentido, consideramos que pressupostos de que a população masculina acessa menos o sistema de saúde e que esse acesso acontece especialmente pela atenção especializada, são confirmados no presente estudo.

Essa consideração aproxima-nos de barreiras da população masculina à APS, sejam elas de ordem institucional ou relacionadas a aspectos da masculinidade.

Quanto a essas barreiras destacamos o reducionismo do enfoque de atenção à saúde do homem, bem como, aspectos relacionados à socialização, cultura e historicidade masculina, que devem ser considerados a partir do reconhecimento da heterogeneidade nas possibilidades de ser homem.

Nesse sentido, entendemos a necessidade de adoção de estratégias relacionadas à formação profissional dos trabalhadores da saúde, através da inclusão da temática homem-saúde nos programas pedagógicos das universidades, e instituições de formação profissional na área da saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens.

Devemos também (re) pensar, adotar e trabalhar essas estratégias, através da aproximação e valorização do conhecimento técnico, científico e prático, com a construção do conhecimento, a partir de reflexões e indagações e buscando atingir uma aprendizagem significativa (BERNARDES, 2005).

A aprendizagem significativa é apontada por Freire (1992) como uma opção educativa com potências para a formação de sujeitos sociais com capacidade crítica e reflexiva para atuarem em espaços sociais, uma vez que ela permite ao sujeito

dialogar, compreender e de problematizar práticas e concepções vigentes, possibilitando que ele realize elaborações e adaptações a cada realidade e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social

Além disso, acreditamos que além da formação, o estabelecimento de diretrizes para a continuidade desse processo, como a Educação Permanente, adotada pelo MS através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens, permitirá maior articulação entre as necessidades geradas no interior dos serviços de saúde e a construção do conhecimento, das atividades educativas de maneira ascendente, com possibilidade de elaboração de estratégias adequadas, para a construção de intervenções contextualizadas com as necessidades de implementação e efetivação de novas práticas pautadas na conquista do direito constitucional à saúde da população masculina, à solidificação de princípios e estratégias do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U. & MEDRADO, B. Introdução. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U. & MEDRADO, B. (Orgs.) **Homens e masculinidades:** outras palavras. São Paulo: Ecos, Editora 34, 1998.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 465-469, 2003.

BANKS, I. *New models for providing men with health care*. Editorial. ***Journal of men's Health and Gender.*** v. 1, n. 2-3, p. 155-158, 2004.

_____. *New models for providing men with health care*. Editorial. ***Journal of men's Health and Gender***, In: GOMES, R. Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde, Rio de Janeiro, v.1, 2008.

BERNARDES, E. H. Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Estado de Minas Gerais. Dissertação **(Mestrado)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: **Cadernos de atenção básica:** direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUENO, S. M. V. **Marco conceitual e referencial teórico de Educação para Saúde: Orientação de DST/AIDS e drogas no Brasil para crianças, adolescentes e adultos jovens.** Brasil/Ministério da Saúde/CN DST/Aids. Brasília, 1997/8.

_____. Educação Preventiva em Sexualidade, DST-AIDS, drogas e violência. 2001. 263f. **Tese** (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BUTLER, J. **Corpos que pensam:** sobre os limites discursivos do 'sexo'. In: GOMES, R. Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

_____. ***Cuerpos que Importan: sobre os limites materiales y discusivos del 'sexo'***. Buenos Aires: Paidós, 2005.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 2, p. 29-87.

CASTELLSAGUÉ, X.; BOSCH, F. X. & MUÑOZ, M. D. The male role in cervical cancer. **Salud Pública México**, v. 45, n. 3, p. 345-353, 2003.

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 197-210.

CEITLIN, J. Conferência dictada em el hospital privado. Centro Médico de Córdoba. **Experiência Médica**, México, v.6, n.1, p. 3-13, 1988.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP, 2005.

COSTA, J. F. **A inocência e o vício:** estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

COSTA, M. C. S. Vidas em trânsito: trabalhadores rurais temporários na periferia de Ribeirão Preto. FFLCH/USP. Dissertação (**Mestrado**), São Paulo, 1995.

COSTA, R. G. **Saúde e masculinidade:** reflexões de uma perspectiva de gênero. Revista Brasileira de Estudos de População, V.20, n.1, p. 84, 2003.

COSTA NETO, M. M. Educação permanente. In: **Cadernos de atenção básica: programa saúde da família**, v. 3. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

CONNEL, R. W. ***Masculinities:*** *knowledge, power and social change.* University of California Press, Berkeley, Los Angeles, 1995.

_____. **Understanding men: gender sociology and new international research on masculinities.** Disponível em: <http://www.europrofem.org/contri/2_04_en/research-on-masculonities.pdf>. Acesso em: 02 set. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11. ed. 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198p.

COREN - MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas**. Ano 8. n. 1, 2002.

COURTENAY, W. H. ***Constructions of masculinity and their influence on men's well-being:*** *a theory of gender and health.* Social Science and Medicine, 2000.

COUTO, M. T; SCHRAIBER, L. B. **Homens, saúde e violência:** novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR. & C. E. A. (Orgs.) Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DAMATTA, R. **Tem pente aí?** In: CALDAS, D. (Orgs.) Homens. São Paulo: Senac, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa em serviços de saúde:** notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F.J. (Orgs.) Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

DOMINGUES, M. P. Postura educativa do enfermeiro psiquiátrico em sua atuação profissional: percepção dos alunos de graduação em enfermagem. Dissertação **(Mestrado)** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 61-88.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens:** um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, V.10, N.1, 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática de Liberdade**. V.21, Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 157, 1992.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. v. 41. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** UNESP, São Paulo, 1993.

GOMES, R. **A construção da masculinidade como fator impeditivo do cuidar de si.** Projeto de Pesquisa vinculado à Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Rio de Janeiro:IFF/Fiocruz, 2004.

_____. **Sexualidade masculina e saúde do homem:** proposta para uma discussão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

_____. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocroz, 20. ed. 2008, 183p.

GOLDENBERG, M. **Ser homem, ser mulher: dentro e fora do casamento**. Estudos antropológicos. Rio de Janeiro: Ed: Revan, 1991.

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

GOMES, R. et al. **A prevenção do câncer de próstata**: uma revisão da literatura. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, v. 13, n. 1, p. 825-829, 2008.

GOMES, R. et al. **As arranhaduras da masculinidade:** uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciência e Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 25 fev. 2009.

GOMÉZ, E. G. (Ed) ***Genero, Mujer, y Salud en las Américas***. Washington: OPS/OMS, 1993. (Publicación Científica, 541).

HARDY, E.; JIMÉNEZ, A. L. ***Masculinidad y género.*** In R Briceño-León, MCS Minayo & CEA Coimbra Jr. (coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

HAWKES, S. et. al. **Reproductive tract infections:** prevalence and risk factor in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization, v. 80, n.3, p. 180-188, 2002.

JABLONSKI, B. A difícil extinção do boçalossauro. In: S, Nolasco. (Org.) **A desconstrução do masculino**. Ed: Rocco, Rio de Janeiro, 1995.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G; GOMES, M. H. A. (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. **Dois é par:** gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2004.

IBAM. Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Escola Nacional de Serviços Urbanos. Núcleo de Saúde. **A saúde no município:** organização e gestão. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. 144p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos e Contagem Populacional, estratificados por idade e sexo (2003/2007).** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao>. Acesso em: 22 out. 2009.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata:** documento de consenso. Rio de Janeiro. Inca. 2002.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: GOMES, R. (Orgs.) **Sexualidade masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.

KEIJER, B. ***Hasta donde el cuerpo aguante:*** *gênero, cuerpo y salud masculina*. In: CÁCERES, C. et.al. (Orgs.) *La Salud como Derecho Ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima: Facultad de Salud Pública y Administración/Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003.

KIMMEL, M. ***La producción teórica sobre la masculinidad:*** *nuevos aportes.* Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres, 17: 131p, 1992.

_____. ***Homofobia, temor, verguenza y silencio en la identidad masculina***. Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres 24, 1997.

KORIN, D. ***Nuevas perspectivas de gênero em salud. Adolescência Latinoamericana***. In: GOMES, R. Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde. Rio de Janeiro, v. 1, 2001.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo:** corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1998.

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

LYRA, J. et.al. **Homens e cuidado:** uma outra família? In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. (Orgs.) Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE/PUC, 2003.

LUCK, M.; BAMFORD, M. & WILLIAMSON, P. **Men's Health:** perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences, 2000.

LÜDKE. M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, p. 99,1986.

MACHADO, L. Z. Feminismo, academia e interdisciplinaridade. In: COSTA, A. O. & BUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro, São Paulo: Rosa dos Ventos, Fundação Carlos Chagas, 1992.

MARTINS, A. P. V. **Visões de Feminino:** a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MAYAN, M. **Uma introducción a los métoos cualitativos.** Modulo de entrenamento para estudiantes y professionales, international Institute for Qualitative Methodology. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/_iiqm//pdfs/introduction.pdf>. 2001.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os modelos de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

MINAYO, M. C. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUNITEC/ABRASCO, 2006.

NARDI, H. C. **O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho**. In LFD Duarte & OF Leal. (orgs.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

NETO, O. C. O. **Trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa social teórica, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

NOLASCO, S. Um “homem de verdade”. In: D Caldas. (Org.). **Homens**. São Paulo: SENAC, 1997. p. 13-29.

OLIVEIRA, M. R. N. S. (Org.). **Alternativas do ensino de didática**. Campinas, SP: Papirus, 1981. p. 37-69.

OLIVEIRA, P. P. **A construção Social da Masculinidade.** Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2004

OLIVEIRA, Z. L. C. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: GOMES, R. In: GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, 2005.

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

PINTO, J. P. Os gêneros do corpo: para começar a entender. In: GONÇALVES, E. (Org.) **Desigualdades de Gênero no Brasil: reflexões e experiências.** Goiânia: Grupo Transas do Corpo, 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. v. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, M. S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: M. Goldenberg (Org.) **Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros**. Ed: Record, Rio de Janeiro, 2000

RIBEIRO, A. S.; ALMEIDA, A. M. O. **Masculinidade: nova história, velhas representações.** In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.) Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG, 2003.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: GOMES, R. **Masculina, gênero e saúde.** Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

SAITO, R. X. S.; OHARA, E. C. C. **Saúde da Família:** considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Ed. Martinari, 2008, 423p.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O & BRUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro, São Paulo: Rosa dos Ventos, Fundação Carlos Chagas, 1992.

SBU. **Sociedade Brasileira de Urologia**. Disponível em: <http://www.sbu.org.br>. Acesso em: 03 mar. 2009.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R. & COUTO, M. T. **Homens na pauta da saúde coletiva.** Ciências & Saúde Coletiva, v. 10, n. 1, 2005.

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

SORJ, B. Percepção sobre esferas separadas de gênero. In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (Orgs). **Gênero, Família e Trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SOUZA, E. R. **Masculinidade e violência no Brasil: contribuição para reflexão no campo da saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 81p.

WHO. World Health Organization. **Boys in the Picture**. Geneva: WHO, 2000.

_____. World Health Organization. **Men, ageing and Health**. Geneva: WHO, 2000.

ZERBIB, M.; PEREZ, M. **Próstata:** 100 perguntas e respostas. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

> "O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa." (Resolução n. 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo: "Saúde do homem e sexualidade masculina na equipe de saúde da família: trabalhando a pesquisa-ação com referencial teórico-metodológico de Paulo Freire" recebi da pesquisadora Vanessa Luzia Queiroz Silva, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), e de sua orientadora Professora Dra. Sônia Maria Villela Bueno, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a trabalhadores, membros da equipe de Saúde da Família Penha I;

- Que a importância deste estudo é compreender o sentido atribuído à sexualidade masculina e à saúde do homem, pelos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando, pois entender as relações existentes entre o sexo masculino e os cuidados com a saúde a partir da percepção desses profissionais.

- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: trazer subsídios para a promoção da saúde e da sexualidade masculina na atenção primária, de forma a contribuir nas discussões e propostas para a efetivação da Política de Atenção Integral à saúde do homem, sobre os efeitos dos processos relacionados ao gênero, no âmbito das equipes de Saúde da Família (SF).

- Que o estudo será feito da seguinte maneira: a coleta dos dados será realizada através de entrevista e observação participante com os trabalhadores membros da equipe de Saúde da Família Penha I, que aceitarem participar espontaneamente do estudo, logo após serão analisados os dados de acordo com os objetivos descritos acima e finalmente será realizado um programa educativo com os trabalhadores sobre a temática em foco;

- Que eu participei das seguintes etapas: coleta de dados, através da participação na entrevista individual, e da observação participante, através da presença da pesquisadora na Unidade de Saúde da Família que trabalho, ambas as etapas em meu local e horário de trabalho, conforme autorização a coordenadora das equipes de Saúde da Família municipal e da enfermeira da unidade;

- Que sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

- Que a qualquer momento eu poderei recusar a continuar participando do estudo e também, poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais e estudiosos do assunto;

- Que não existirão vulnerabilidade a danos e ricos a minha pessoa;

- Que receberei uma cópia deste documento assinado pela pesquisadora responsável e pela orientadora desta pesquisa;

Endereços das responsáveis pela pesquisa:
*Pesquisadora responsável: Vanessa Luzia Queiroz Silva
Endereço: Rua Gonçalves Dias, nº827.
Bairro: Centro Cidade: Passos-MG CEP: 37900-000
Telefone para contato: (35) 3521- 5639
*Orientadora responsável: Sônia Maria Villela Bueno
Endereço: Avenida Bandeirantes,3900 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
CEP:14040-902 – RP/SP - Brasil
Telefone para contato: (16)36023425

Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos
Endereço: Rua Doutor Carvalho, 1147 - Telefone: 3529 8034

Passos, ___ de _____ de 2009.

_____
Assinatura ou impressão datiloscópia
do participante do estudo

_____
Vanessa Luzia Queiroz Silva
Pesquisadora responsável

_____
Sônia Maria Villela Bueno
Orientadora responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

I - DADOS SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

* Idade: ____ anos;

* Sexo: ( ) masc. ( ) fem;

* Estado civil: _____; - Religião: _____;

* Escolaridade: _____;

* Categoria profissional: _____;

* Formação profissional: _____;

* Tempo de atuação na Saúde da Família: _____;

* Experiências anteriores à atuação na Saúde da Família: _____.

II - QUESTÕES NORTEADORAS

1) Qual o significado que você atribui para o ser homem?

2) Como você percebe a sexualidade masculina em relação aos cuidados com a saúde do homem no que se refere à prevenção, promoção e recuperação?

3) Que sentido você atribui aos cuidados com a saúde do homem, a partir dos aspectos:
* Biológicos:
* Psicológicos:
* Sócio-culturais:
* Espirituais:

4) Fale um pouco sobre a procura de homens pela Estratégia de Saúde da Família.

5) Quem procura mais por atenção à saúde nesta Unidade de Saúde da Família.
Homens: _____, Por quê?
Mulheres: _____, Por quê?

6) Em geral, na ESF, quais são as maiores buscas dos homens para a atenção à saúde?

7) Nesta Unidade existem ações voltadas para a atenção integral à saúde dos homens?
Não ( ). Livre para se expressar.
Sim ( ). Você pode me dizer quais; com que freqüência e por que membros da equipe são desenvolvidas?

8) Quais ações você sugere para a atenção integral à saúde do homem através da Estratégia de Saúde da Família?

9) Quanto à educação permanente de trabalhadores sobre a temática de Saúde do homem e sexualidade masculina, você sugere algum(s) tema (s) para a realização de atividades educativas com os trabalhadores nesta ESF?
Não ( ). Livre para se expressar
Sim ( ), Qual (ais)?

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO

fesp
FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS

cep
Comitê de ética em pesquisa
FESP

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. **15/2009**
Pesquisador (a) Responsável: **Sonia Maria Villela Bueno**
Tipo de Pesquisa: **Grupo III**
Registro no CEP: **16/04/2009** Processo Nº. **199/2009**
Instituição onde será desenvolvido: **Unidade de Saúde da Família Penha I**
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da FESP - Fundação de Ensino Superior de Passos analisou na sessão do dia **22/04/2009** o processo Nº**199/2009.**, referente ao projeto de pesquisa: "**Saúde do Homem e Sexualidade masculina na equipe de saúde da família: trabalhando a pesquisação com referencial teorico-metodologico de Paulo Freire"**, tendo como pesquisadora responsável **Sonia Maria Villela Bueno**

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Passos, segunda-feira, 27 de abril de 2009.

Coordenador do CEP-FESP

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Fesp
cep@passosuemg.br