TIAGO NOEL RIBEIRO

**Atenção à saúde reprodutiva e sexual masculina no
município de Francisco Morato**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2008

TIAGO NOEL RIBEIRO

**Atenção à saúde reprodutiva e sexual masculina no
município de Francisco Morato**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2008

Agradecimentos

Ao apoio da CAPES.

À Márcia pela interlocução e orientação.

Aos funcionários, pesquisadores e professores do departamento de medicina preventiva pelo apoio na construção desse texto e pelos bons momentos que pudemos compartilhar.

Aos colegas do Instituto de Saúde, lugar no qual iniciei meus estudos no campo da Saúde Coletiva e das maculinidades.

Aos meus amigos e familiares que estiveram sempre presentes durante o processo de elaboração da dissertação: Paulo Roberto, Chuny, Letu, Netto, Ingrid, Bayard, Raquel Destro, Fábio 107, Tais, Flávia, Daniel (irmão) e João Campos (padrinho).

À Livia K, Raquel (irmã), Jorge Cláudio (pai), Maria Inês (mãe), Sueli Terezinha, Sandro, Marcelo (Loiro), Wilza e Bottazo pelas contribuições nas idas e vindas do percurso trilhado.

À Teresa pela cuidadosa revisão do texto em inglês.

À Gisele Toassa pelas horas dedicadas, pelo apoio e pela amizade.

À Eiko por ser companheira nos momentos alegres e tristes.

Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

Fernando Pessoa

Chegou um tempo em que não adianta morrer.
Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.
A vida apenas, sem mistificação.

Carlos Drummond de Andrade

Sumário

	Resumo	
	Summary	
	Apresentação	1
1	Fundamentação teórica	4
1.1	Saúde Coletiva	4
1.2	Gênero	7
1.3	Saúde Reprodutiva e Sexual	16
2	Objetivos	24
3	Metodologia	25
3.1	Campo: do aprimoramento ao mestrado	26
3.1.1	Processo de escolha das unidades de saúde para a pesquisa do aprimoramento	27
3.2	Análise dos dados	29
3.3	Procedimentos éticos	30
4	Caracterização do município Francisco Morato	32
4.1	Localização Geográfica	32
4.2	Composição Populacional	33
4.3	Indicadores Sociais	34
4.4	Organização da assistência à saúde no município	36
5	Perfil dos entrevistados	39
5.1	Sexo	39
5.2	Escolarização	40
5.3	Período em que trabalham na área da saúde e em Francisco Morato	40
6	Percepção sobre os serviços e a assistência à saúde: um recorte de gênero	42
6.1	Atenção Primária	48
6.2	Atenção Secundária e Terciária	51
6.3	Acesso/uso dos serviços de saúde por idosos, mulheres e homens	52
6.4	Emprego e desemprego	57
7	Saúde, sexualidade e esterilização masculina	60

7.1	Sexo, sexualidade e preservativos	60
7.1.1	Prevenção: aconselhamento para saúde sexual	60
7.1.2	Prevenção: distribuição e uso do preservativo	64
7.1.3	Atenção às DSTs	67
7.2	Esterilização masculina	70
7.2.1	Público-alvo da esterilização	70
7.2.2	Do planejamento familiar à vasectomia	72
7.2.2.1	O processo decisório para a cirurgia	72
7.2.2.2	O processo pré-cirúrgico	74
7.2.2.3	O processo pós-cirúrgico	75
7.2.3	Motivos para a realização da vasectomia	78
8	Conclusão	78
	Anexos	
I	Termo de Consentimento Livre e esclarecido – gerentes e gestores	82
II	Termo de Consentimento Livre e esclarecido – profissionais	83
III	Parecer do comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde	84
IV	Parecer do comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina USP	86
V	Roteiro para as entrevistas com gerentes e gestores	87
VI	Roteiro para as entrevistas com profissionais	88
	Referências bibliográficas	89

RESUMO

Ribeiro TN. *Atenção à saúde reprodutiva e sexual masculina no município de Francisco Morato* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 103. p.

Inserindo-se no campo de discussão da saúde dos homens, esta dissertação apresenta a trajetória da noção de gênero e do conceito de saúde reprodutiva e sexual voltada aos homens na perspectiva teórico-política da saúde coletiva. Teve como objetivo analisar como se configurava, em 2004, a atenção à saúde reprodutiva e sexual masculina no município de Francisco Morato a partir do discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. Os sujeitos da pesquisa foram oito profissionais, cinco gerentes e três gestores de saúde, tendo-se utilizado a entrevista como método de coleta de dados e a análise temática para o tratamento dos mesmos. Nossa análise constatou que a percepção das diferenças de gênero influencia a construção de discursos nos quais convivem elementos novos e antigos sobre a participação dos homens nos serviços de saúde. Mostramos que as ações gerais, como o planejamento familiar e os atendimentos de rotina, são calcadas em uma visão biomédica. Por outro lado, há ações isoladas que consideram as peculiaridades da vida dos homens para além do seu corpo biológico, como as atividades preventivas em espaços de sociabilidade masculina e a orientação sobre sexualidade em residências. O lugar-comum entre os entrevistados é o discurso de que os homens usam os serviços de saúde de forma seletiva, menos freqüente que as mulheres, sobretudo na atenção básica. Em consonância com diversos autores, este estudo revelou que os homens procuram os serviços quando ocorre a intensificação de algum problema de saúde e como participantes de alguns programas e serviços disponibilizados para si próprios e para a família. Ficou evidente o vínculo entre o aumento na participação e o incentivo à presença dos homens proporcionado pelo programa de saúde da família (PSF). Esse aumento deflagrou alguns esforços de entrevistados para atraí-los aos espaços de cuidado à saúde, revelando que os sujeitos de pesquisa percebem certas características do masculino em sua realidade particular, bem como a existência de poucos espaços coletivos organizados para discutir o cuidado à saúde. A dissertação se encerra afirmando a necessidade de uma maior formulação e implementação de propostas que levem em conta os diversos perfis de morbi-mortalidade do município.

Palavras chave: Identidade de gênero; Saúde sexual e reprodutiva; Sistema Único de Saúde; Assistência integral à saúde; Homens.

SUMMARY

Ribeiro TN. *Male reproductive and sexual health care in the municipality of Francisco Morato* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 103. p.

Within the discussion field of masculinities, this dissertation introduces the path of gender notion and the concept of reproductive and sexual health concerning men, under the political – theoretical perspective of collective health. It aimed to analyze the conditions of male reproductive and sexual health care in the municipality of Francisco Morato in 2004, based on the discourse of eight health care practitioners, five managers and three public health administrators. The participants, whose discourses were submitted to thematic analysis, were interviewed for data collection. The way through which the perception of gender differences builds the discourses which congregate new and old elements on men's participation in healthcare services was analyzed. It was shown that general actions, such as family planning and routine assistance, are based on a biomedical viewpoint. On the other hand, there are isolated actions which consider the peculiarities of men's life beyond their biological body, such as preventive actions in male sociability spaces and home guidance on sexuality. It was common-place among the interviewees the discourse that men use health services selectively, less frequently than women, especially regarding primary health care. In consonance with several authors, this study revealed that men look for health services when they are afflicted by more serious health problems and /or as participants in some specific health programs which became available to them or to their families. The link between the increase in men's participation and the incentive to their presence promoted by Family Health Program (FHP) was unequivocal. This increase generated some efforts from the part of the interviewees to attract male users to health care centers showing that the subjects of this research realize that they have certain of these male characteristics in their private reality and also the existence of very few organized collective spaces where health care could be discussed. In conclusion, this dissertation emphasizes the need for further formulation and implementation of proposals which take into consideration the different morbidity and mortality profiles in the municipality.

Key words: Gender identity; Sexual and reproductive health; Single health System; Comprehensive health care; men.

Apresentação

A escolha pelo tema das masculinidades relaciona-se às minhas confusões de adolescente: o que é ser homem? Como um homem age frente as mulheres? Na relação com seus colegas? A busca por resposta passou pela utilização de exemplos de os homens mais velhos com quem convivia, por processos psicoterápicos, e pela leitura de textos literários, confrontando tudo isto com os desafios que a realidade me apresentava. Já durante a graduação em psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), estudei escritos de Sócrates Nolasco, psicanalista que discute os aspectos psicológicos da identidade masculina.

A idéia de estudar a relação entre masculinidades e saúde surgiu durante a definição do projeto de pesquisa para o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (IS). Às voltas com diversas questões sobre possíveis sujeitos da pesquisa, comentei com Wilza Vilella, então pesquisadora da instituição, que não tinha interesse em estudar crianças, mulheres ou idosos acreditando não restar outro segmento populacional. Ela então perguntou “por que você não estuda a saúde dos homens em Francisco Morato?”. Nesse diálogo, ela me orientou a procurar por autores, pesquisadores e referências bibliográficas sobre o tema.

Os textos me levaram a perceber como o mundo se organiza a partir do masculino em detrimento das mulheres enquanto sujeitos históricos (Gómez-Ferrer Morant, 1995), apontando também que o lugar de dominadores não é vivido confortavelmente por muitos homens, pois a cobrança por atitudes e comportamentos ditos masculinos estreita as possibilidades de percepção do outro, do cuidado, e da

manifestação de sentimentos. Um exemplo disto é a crença de que a demonstração da dor e da doença, bem como o auto-cuidado são demonstrações de fraqueza, comportamentos tipicamente femininos (Bourdieu, 2002).

Neste sentido, aprendi que a noção de gênero poderia servir de ferramenta para estudar e compreender a saúde dos homens, discussão cujos contornos foram mais definidos no Brasil a partir da década de 1990, embora persista uma abordagem que considera a referida noção como sinônimo de mulheres. A saúde, dentro dessa perspectiva, aparece como um tema paradigmático, pois o distanciamento dos homens com respeito ao cuidado de si é produto e produtor de uma atenção à saúde que os percebe, de modo geral, a partir da saúde do trabalhador, desconsiderando outros aspectos da vida masculina (Courtenay, 2000).

Indicando a relevância da questão para as políticas públicas de saúde, recentemente, no discurso de posse do atual ministro da saúde, José Gomes Temporão, em 19 de março de 2007, foram apresentados alguns princípios e propostas, entre os quais o de “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem”.

O presente trabalho insere-se, portanto, num cenário de maior preocupação com a saúde masculina, procurando mostrar como se configura a atenção à saúde reprodutiva e sexual voltada aos homens no município de Francisco Morato, a partir do discurso de seus profissionais, gerentes e gestores. Com tal objetivo, esta dissertação foi dividida em sete capítulos: no primeiro, foi feita uma discussão teórica sobre a noção de gênero e alguns pontos do debate em torno da saúde reprodutiva e sexual, no contexto da saúde coletiva. No segundo, estão colocados os objetivos; no terceiro, são apresentadas as questões metodológicas e éticas.

No quarto capítulo, são descritas as características do município de Francisco Morato e, no quinto, as dos entrevistados. Dentre os capítulos de análise, o sexto discutirá como os entrevistados caracterizam os serviços e assistência à saúde da população no município e avaliam as ações de saúde oferecidas. No sétimo, será debatida a percepção dos entrevistados quanto às temáticas da atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva dos homens no município. A conclusão retomará os principais achados, buscando analisá-los a partir de uma perspectiva de gênero e sugerindo algumas contribuições para a organização dos serviços de saúde.

Capítulo 1

Fundamentação Teórica

Com o intuito de compreender as políticas públicas de saúde reprodutiva e sexual dirigidas aos homens do município de Francisco Morato serão apresentados neste capítulo o conceito de saúde reprodutiva e sexual e a noção de gênero. O ponto de partida serão as discussões na área da saúde reprodutiva e sexual vinculando-as à visão de sociedade vigente no campo da saúde coletiva, campo de conhecimento que concebe a produção científica como articulada a um projeto de mudança da realidade sanitária, que tem como um dos seus pressupostos a compreensão ampliada dos processos de saúde-adoecimento.

Nossa discussão será introduzida a partir do campo da Saúde Coletiva e, na sequência, serão abordados a noção de gênero e alguns pontos do debate em torno da saúde reprodutiva e sexual.

1.1. SAÚDE COLETIVA

Neste primeiro tópico a saúde coletiva será brevemente apresentada, o contexto brasileiro de surgimento e suas premissas. Na década de 1970, tem início no Brasil o campo da saúde coletiva, momento em que recrudesceram práticas repressivas do governo militar, enfrentado por uma intensa movimentação de resistência. Naquela época, várias instituições e profissionais da saúde criticavam as tradicionais práticas sanitárias, pautadas pelo modelo biomédico e defendiam um

avanço no entendimento da saúde como processo socialmente construído (Canesqui, 1995; Campos, 2000; Botazzo, 2005).

Esta crítica se constitui uma alternativa à concepção da saúde como individual e de base biológica, tendo uma orientação teórica, metodológica e política que privilegia o social como categoria analítica. Tal entendimento é base para toda uma produção de “[...] práticas – sanitárias, sociais ou de investigação – que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais, os serviços de saúde etc, e os submete à *crítica transformadora*” (Botazzo, 2005: 9).

Nesse campo de conhecimento, três premissas são fundamentais: a proposição de projetos para a sociedade; o processo saúde-doença; e a interdisciplinaridade. Estes projetos questionam a compreensão da doença como fenômeno biológico individual e apresentam-na como determinada socialmente, abrindo espaço para a reflexão e implementação de uma prática de saúde e de pesquisa que supere uma atenção restrita à cura individual (Campos, 2000).

Neste sentido, defende-se que a saúde não é a ausência de doença, e vice-versa, enquanto aspectos dicotômicos da vida das pessoas. Entende-se que saúde e doença são processos que ocorrem concomitantemente no dia-a-dia, compondo a percepção da impossibilidade de um bem-estar ou mal-estar completo e absoluto.

(...) Por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo? Pensamos que seja assim por duas razões parcialmente. Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo,

não bastam os fatos biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza (Laurell, 1983:152).

A partir dessa proposição, é possível entender a idéia da vinculação do processo biológico ao processo social, e que este entendimento amplia horizontes da saúde e da doença para a compreensão do ser humano e de seus modos de viver. Este objeto de estudo coloca o desafio de um entendimento que não o enclausure numa determinada disciplina científica ou profissão. “Trata-se, então, e inicialmente, de *uma indisciplina, uma rebeldia epistemológica*” (Botazzo, 2005: 9).

É necessário enfatizar que essas premissas não são independentes umas das outras. Evidencia-se, primeiro, a necessidade da construção de uma nova forma de pesquisar que seja sensível à complexidade dos processos sociais. Em seguida, pensa-se essa prática como vinculada a um projeto de melhoria das condições sanitárias, o que envolve, além do esforço de uma produção acadêmica, o

planejamento de práticas em saúde, seu financiamento, a aproximação com os sujeitos que dão assistência à saúde e com os que a recebem. Esses esforços têm em comum o projeto de modificar a realidade sanitária brasileira, porém não estão vinculados entre si como etapas de uma intervenção.

Tal concepção de saúde se relaciona à noção de gênero e com a saúde reprodutiva e sexual por ter como ponto nodal a negação de idéias eternizadas e naturalizadas, situando-as em contextos históricos. Discute o fato de os atributos anátomo-fisiológicos, como o pênis ou a vagina, não serem preponderantes para determinar os modos de viver: a questão está em como a cultura percebe essas condições e se organiza para garantir possibilidades e ou colocar impedimentos aos indivíduos portadores dessas características (Bourdieu, 2002).

1.2. GÊNERO

A categoria gênero é ferramenta para compreender as diversas manifestações que diferenciam o masculino do feminino na realidade social, conferindo possibilidades de relacionamentos cotidianos distintos. Começaremos contextualizando-a, em seguida será especificada sua construção epistemológica, a qual se apóia em três pressupostos: a construção social; as relações de poder; e o caráter relacional.

Gênero é uma noção que explicita alteridades sociais a partir das diferenças percebidas entre os sexos. Adquire contornos mais definidos a partir da década de 1980, quando estudiosos da área passam a concebê-lo como algo que diz respeito “a homens e mulheres” (Gomariz, 1992; Connell, 1997; Garcia, 1998). Houve uma intensa produção teórica e empírica tanto do movimento feminista como da teoria

social, que procurou entender as diferenças cotidianas vividas por homens e mulheres. Nesse sentido, abriram-se as possibilidades de estudos sobre as masculinidades e suas implicações no modo de viver dos homens, envolvendo aspectos como trabalho, sexualidade, saúde, vida familiar .

O primeiro pressuposto que fundamenta a construção do gênero é a negação da idéia de que os aparelhos genitais, enquanto características anátomo-fisiológicas, definem a forma como as pessoas se relacionam no cotidiano. Esta abordagem vincula o processo biológico ao processo social, o que amplia possibilidades de compreensão e intervenção na realidade (Gomáriz, 1992). Neste sentido, há uma desvinculação das conseqüências sociais de se pertencer a um sexo como sendo algo determinado pelas características biológicas de nascimento.

Esse primeiro pressuposto fundamenta a crítica à naturalização de características sexuais humanas. Entendendo que apresentar uma idéia que, embora historicamente permeada por contradições, embates e diferentes posições, como dada, acabada, universal e imutável, é perder a capacidade de reflexão crítica acerca desse processo de constituição dos sujeitos e instituições sociais (Bourdieu, 2002).

O segundo pressuposto se refere às relações de poder que têm sido inerentes às relações entre os gêneros, fundamentadas por assimetrias que configuram a subordinação feminina e a dominação masculina. No cotidiano, dentre tantos exemplos, o poder se manifesta na desigualdade de oportunidades profissionais para homens e mulheres, o cuidado de doenças tardio pelos homens, a violência contra as mulheres, os rendimentos diferenciados para homens e mulheres mesmo quando no exercício da mesma função, dentre tantos exemplos. Em todos esses casos verifica-se que, apesar do avanço das mulheres em ocupar espaços historicamente tidos como

masculinos, o masculino está vinculado ao lugar do dominador, do prestígio social, e aos espaços externos; já o feminino é vinculado ao âmbito da interioridade, da casa e do dominado.

Embora na vivência concreta das relações entre homens e mulheres a atualização dos modelos de masculino e feminino seja, por vezes, criticado, este é o valor, o ideal e o imaginário que prevalece. O conflito entre o ideal, o valor e o concreto-vivido pode trazer conseqüências concretas à saúde dos homens e das mulheres. Por exemplo, o fato de o masculino estar ligado à pode “esconde” uma doença que os homens têm, dando-se uma impressão geral de que estes ficam menos doentes que as mulheres, garantindo suporte para uma prática social que ratifica esse entendimento (Connell, 1997; Garcia, 1998; Bourdieu, 2002).

O terceiro pressuposto refere-se ao caráter relacional da noção de gênero, o que significa que gênero se refere à construção social de ser homem e ser mulher. Masculinidade e feminilidade são construídas como práticas, idéias e relações complementares e, por vezes, opostas e conflitantes. Neste contexto, utilizar gênero como categoria analítica própria da história das mulheres implica deixar de considerar os homens como produtores e resultado desta relação. Entende-se, portanto, que esta formulação possibilita uma compreensão mais global da realidade concreta.

É importante reter que gênero não é uma categoria que explica, por si só, a constituição da realidade. Há outros aspectos a serem considerados, como raça, classe e desigualdade social. Aponta-se com isso a necessidade de ir além da própria categoria. Os elementos mencionados, aliás, também são atravessados por gênero (Connell, 1997). Não se pensa em uma paridade dessas noções, cada um tem uma

construção epistemológica que as fazem partícipes de uma complexidade na qual é preciso levar em conta a compreensão da realidade social (Scott, 1991).

A noção de gênero se fundamenta na crítica acerca do lugar da mulher na sociedade, possibilitada pelas revoluções liberais a partir do século XVII e XVIII, nas quais se produz uma noção de indivíduo livre e sujeito de sua vida, e se formulam os direitos dos cidadãos da modernidade (Gomáriz, 1992). Momento no qual se abre a possibilidade de se pensar o acesso igualitário dos sujeitos, homens e mulheres, a bens culturais e materiais produzidos pela humanidade.

Nesta introdução, será apresentada brevemente a produção da teoria de gênero a partir dos anos 1960, momento em que a distinção nodal entre sexo e gênero se consolida. Esta diferenciação ganha importância a partir da metade da década de 1960. Na América Latina, os governos militares recrudescem o controle da vida civil, ao mesmo tempo em que há uma forte produção de crítica da condução política, marcada pela emergência da participação popular. Nesse momento há: um movimento de questionamento do modelo biomédico de atenção à saúde (Laurell, 1983); uma nova onda de mobilização popular das mulheres; e o início da crise dos paradigmas nas Ciências Sociais (Gomáriz, 1992). Ao apresentar o movimento de crítica ao modelo biomédico, Laurell dá-nos um belo retrato desse momento histórico:

(...) No calor desta luta [populares], inicia-se uma crítica que procura formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas. Desta maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se

define, assim, a base social sobre a qual se sustentam
(Laurell, 1983: 135).

Pretende-se apontar que a distinção entre sexo e gênero faz parte (é fruto) de um momento histórico que busca fazer uma re-leitura da vida social, no qual se procura recuperar a contribuição das mulheres na construção da vida social, política, cultural . Caso contrário, há o risco de se considerar que não existem variações significativas entre as manifestações da feminilidade e masculinidade do século XV e do XXI.

A década de 1980 é definida por Gomáriz (1992) como o momento em que os estudos de gênero adquirem contornos mais definidos e maior complexidade, tanto que, segundo o autor, pode-se falar em uma “teoria de gênero”. No interior do campo do feminismo o sistema teórico sexo-gênero avança para além da capacidade explicativa da teoria do patriarcado, pois até então o foco na subordinação feminina havia encontrado a “(...) explicação na ‘necessidade’ do macho dominar as mulheres” (Scott, 1991: 6). Para Scott (1991), a escolha por este quadro explicativo impossibilitou olhar a relação da desigualdade de gênero como sendo permeada por outras desigualdades e o universalizou para qualquer situação, desconsiderando a mudança contemporânea nas desigualdades de gênero.

Baseado em De Barbieri, Gomáriz apresenta três vertentes em desenvolvimento na teoria de gênero dentro do movimento feminista. A primeira é a que concebe “o gênero como um sistema hierarquizado de *status* ou prestígio social”; a segunda vertente “privilegia a divisão social do trabalho, como elemento que gera a desigualdade, baseia-se em investigações sobre a inserção feminina no

mercado de trabalho”; e a terceira “considera os sistemas de gênero como sistemas de poder, resultado de um conflito social de dominação” (1992: 97).

No âmbito da teoria social, na década de 1970, as investigações empíricas evidenciaram fenômenos relativos à masculinidade não-previstos nas formulações teóricas, possibilitando a inserção de pesquisadores masculinos no campo dos estudos de gênero (Gomáriz, 1992; Kimmel, 1992). A produção sobre masculinidade em tal década está vinculada à discussão de gênero, o que ampliou seu potencial explicativo.

Os estudos sobre as masculinidades, na década de 1980, podem ser classificados entre os aliados do feminismo e os estudos autônomos (Kimmel, 1992). Os primeiros reconhecem no movimento feminista e nas produções teóricas em torno do conceito de gênero a base para os estudos sobre masculinidade. Segundo esta perspectiva, todas as produções sobre masculinidade são produto das conquistas feministas. Já os estudos autônomos admitem que o avanço das discussões produzidas pelo movimento das mulheres não reconhecem no feminismo uma teoria própria capaz de dar conta do caráter múltiplo e complexo dos fenômenos que envolvem a masculinidade e feminilidade. Estes estudos podem ser categorizados em duas vertentes.

A primeira adota uma postura mais analítica, cuja diversidade de matrizes teóricas se assemelha ao desenvolvimento dos estudos sobre a mulher. A segunda pertence ao movimento do crescimento pessoal ou mitopoético que visa a produzir uma discussão mais “profunda” sobre masculinidade, procurando identificar, nos espaços míticos dos arquétipos jungianos, explicações para o modo de pensar e agir dos homens contemporâneos (Kimmel, 1992).

Nesse contexto, critica-se o uso da palavra “homem” com significado de “ser humano genérico”. Isto significa a possibilidade de pensar os homens a partir da sua especificidade enquanto construção mediada pela cultura, passando a ter cara, voz, corpo e ações. Assim, são considerados sujeitos históricos.

Essa discussão foi importante para o estudo do gênero, pois abriu a possibilidade de se pensar esta noção como algo relativo a homens e a mulheres, ao invés de ser um termo que designa os estudos sobre mulheres. Pensar gênero nesses termos tem impacto sobre a construção dessa noção, até então levada adiante pelo movimento de mulheres. Esse movimento fez a escolha política de focar a experiência feminina em seus estudos, mesmo considerando a importância de se estudar os homens para a compreensão da vida social.

Karen Giffin (2005) relata a discussão feita pelo movimento feminista, nos anos 1960, sobre a questão do masculino nos estudos de gênero. Sua colocação traz à luz a decisão das feministas naquele momento de veto aos homens na discussão sobre a condição feminina.

Havia homens interessados em participar da reflexão sobre essas questões [sexualidade e saúde reprodutiva]. Sua aproximação às discussões em pequenos grupos e seminários, no entanto foi vetada naquele momento por nós, mulheres. Exercer este poder de veto foi visto como necessário (...) dada nossa experiência cotidiana com a dominação masculina (Giffin, 2005: 48).

Na década de 1990, ganhou vulto o debate sobre a participação masculina em aspectos relacionados à vida sexual e reprodutiva e a transmissão do HIV/Aids em relações heterossexuais. A execução do Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, atribuiu uma importância crescente ao estudo acadêmico e político das masculinidades pela percepção de que a política de saúde reprodutiva voltada para as mulheres não teve o resultado esperado. Começava-se a pensar que os homens influem nos resultados das políticas voltadas para a reprodução e sexualidade das mulheres.

Diversos autores (Garcia, 1998; Couto, 2001; Arilha, 2005) têm sistematicamente mostrado como o uso de gênero enquanto noção relacional, adquirindo um caráter polissêmico. No campo da política, o movimento feminista tem conseguido ocupar espaços importantes, o que aumenta suas possibilidades de viabilizar as ações diversas voltadas às mulheres. Com relação à teoria, setores do feminismo e da teoria social, consideram que esta compreensão de gênero tem maior capacidade explicativa dos fenômenos sociais e de intervenção no cotidiano das pessoas.

Segundo Couto & Schraiber (2005), esse enfoque incorpora os homens nas análises de gênero no campo da prevenção, promoção e cuidado em saúde e tem sido utilizado sobretudo nos estudos de três temáticas: 1) morbimortalidade em homens; 2) violência e gênero; 3) saúde reprodutiva e sexual. Isto significa, por exemplo nos estudos de morbimortalidade, considerar os padrões gerais de socialização nos processos de saúde e adoecimento. Às discussões sobre violência, de gênero e entre homens, agregou-se a compreensão de que sua emergência deve-se, em parte, aos padrões de masculinidade que valorizam comportamentos de exposição ao perigo,

relações de dominação no espaço doméstico e sociabilidade que ocorre fundamentalmente no espaço público.

Neste sentido, a incorporação da noção de gênero no campo de estudo das masculinidades possibilitou pensar essas questões considerando a relação entre formas de ver e agir no mundo de homens e mulheres como elementos que se intercambiam, se complementam e se chocam, sendo necessários para uma compreensão da complexidade das manifestações das masculinidades.

O campo da saúde reprodutiva e sexual é uma área de destaque nesta perspectiva. Isso porque, anteriormente, a temática privilegiava o olhar feminino sobre questões como o aborto e o planejamento familiar. O aumento da transmissão horizontal do HIV-Aids por via heterossexual evidenciou que essa questão estava sendo tratada de forma parcial, pois desconsiderava que, no campo da sexualidade conjugal, as mulheres têm pouco poder de negociação quanto ao uso do preservativo. Como a questão do HIV-Aids relaciona-se a outras temáticas, próprias do campo da saúde reprodutiva e sexual (planejamento familiar, conjugalidade), houve a incorporação dos homens como sujeitos de pesquisa, extrapolando o estudo das masculinidades para outras questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexual.

1.3. SAÚDE REPRODUTIVA E SAÚDE SEXUAL

A discussão sobre o conceito de saúde sexual e reprodutiva diz respeito à vida reprodutiva e sexual das pessoas, sendo profundamente vinculados à configuração dos atributos de gênero, à maneira como homens e mulheres vivenciam o cotidiano de forma diferente (Ávila & Gouveia, 1996). Refere-se também a uma discussão de políticas públicas que pensam a construção de uma rede de serviços e atividades que considerem a reprodução e a sexualidade como direitos dirigidos a homens e mulheres.

Nesse campo conectam-se dois pontos: o primeiro é que a discussão da saúde sexual e da saúde reprodutiva envolve uma série de conceitos que compõem seu entendimento (como controle da natalidade e saúde da mulher); discute-se assim uma faceta da saúde. O segundo ponto se refere às estratégias de concretização desses conceitos nas políticas públicas. Esse debate tem como contexto temas que configuraram a segunda metade do século XX.

Aquele momento foi marcado por um grande crescimento populacional, ao mesmo tempo em que se fez necessária a elaboração de modelos de desenvolvimento que garantissem a todos o acesso às riquezas e recursos produzidos pela humanidade. Outras marcas foram: a redefinição da idéia de saúde, para além dos referenciais do modelo biomédico que conceitua a saúde “como um fenômeno biológico individual” (Laurell, 1983: 135), no sentido de ampliar seu entendimento; a discussão do papel do Estado na garantia de direitos; as conquistas das mulheres (Galvão, 1999; Villela & Monteiro, 2005).

Saúde sexual e reprodutiva, e direitos sexuais e reprodutivos têm como pano de fundo o debate sobre a realidade populacional. Ele surge a partir da crítica feita pelo

movimento social, sobretudo de mulheres, aos programas estatais de controle de natalidade em questões como contracepção, concepção, paternidade e maternidade. Pretendia-se pensar esses temas não como algo *em si*, mas cuja construção se dá nas possibilidades e impossibilidades do corpo e nos sentidos sociais acerca delas. Trata-se de construções sociais acerca dos usos possíveis do corpo.

É importante situar historicamente esse debate a partir do controle populacional. Essa questão é definidora das políticas públicas propostas para controle da reprodução e da sexualidade. Os anos 50 e 60 foram marcados por políticas populacionais pautadas pelas idéias neomaltusianas segundo as quais “muitas pessoas reproduzindo-se rapidamente, retardam o crescimento econômico, destroem o meio ambiente, exaurem os serviços sociais e aumentam a pobreza” (Galvão, 1999: 165). Isso subsidiou teoricamente o controle de natalidade voltado às mulheres, pois se entendia que elas, por sua capacidade biológica de gerar filhos, seriam as responsáveis por este aspecto da vida. Começou-se na década de 1960 a implementação mundial de programas verticais de planejamento familiar.

Em 1967 realizou-se a Convenção Contra Todo Tipo de Discriminação Feita à Mulher (Cedaw). Olavarria (2003) aponta este evento como uma das cinco principais referências para a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais. Na década de 1970, marcada pela contestação empreendida por diversos movimentos sociais, inicia-se uma crítica ao distanciamento entre as políticas sociais e os interesses populares (Laurell, 1983). Concomitantemente, institucionaliza-se a verticalização como estratégia dos programas de planejamento familiar, considerados a forma privilegiada de controle populacional.

Na década de 1980, a crítica feita aos programas verticais, de que não atendem as necessidades de saúde das mulheres reais e que restringe sua atenção à um aspecto das possibilidades femininas (a concepção), toma corpo. O processo de expansão dos programas de planejamento familiar continua, mas com um elemento novo, um movimento social composto por profissionais de saúde, cientistas sociais e usuárias em potencial, a partir das/os quais é feita a proposição político-conceitual do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Segundo Galvão (1999) “Esses programas não tinham preocupações específicas com uma integração com programas para a saúde da mulher, com as perspectivas das usuárias, com a qualidade dos serviços e com a melhoria da qualidade de vida” (p.166).

Na década 1990, as políticas internacionais foram redirecionadas “para ampliar o debate sobre políticas populacionais a fim de também abranger questões do meio ambiente e desenvolvimento” (Galvão, 1999: 166). Nessa época são produzidas quatro das cinco principais referências, apontadas por Olavarria (2003), sobre os direitos sexuais e reprodutivos: o plano de ação do Cairo, de 1994; a plataforma de ação de Beijing, de 1995; a plataforma de ação do Cairo+5, de 1999; a plataforma de ação Beijing+5, de 2000.

Nos anos 1990 há um movimento internacional, iniciado na década de 1980, de redefinição e ampliação dos conceitos de *Saúde Materna, Saúde Sexual e Reprodutiva* e *Saúde da Mulher* a partir do entendimento de que suas formulações primeiras são marcadas por um modelo biomédico de saúde (Galvão, 1999). O movimento de mulheres reivindica a reprodução como direito e não um dever. A discussão dos direitos sexuais e direitos reprodutivos está, então, ligada ao movimento que as mulheres fizeram para se apropriar de seu corpo, sexualidade e

reprodução (Ávila & Gouveia, 1996; Olavarria, 2003; Villela & Monteiro, 2005). Villela & Monteiro (2005) sintetizam a transformação do dever em direito e o rompimento no nível governamental com a idéia de saúde materno-infantil.

Como sujeitos, as mulheres não se colocam mais o dever de reproduzir, e sim o direito de exercer essa potencialidade dos seus corpos. Dada a intrínseca relação entre reprodução e sexualidade, entende-se também que para que a reprodução seja um direito, a sexualidade também o deve ser. Desta forma, a proposição Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos assume, ao final do século XX, o caráter de diretriz das políticas e práticas de saúde voltadas para as mulheres (p.17).

A colocação de Villela & Monteiro (2005), de que a proposição dos direitos sexuais e reprodutivos pode ser considerada diretriz para a organização da atenção à saúde da mulher, tem como contexto a ocupação, ao longo do tempo, de espaços institucionais pelas mulheres, o que possibilitou a estas proporem formas de pensar a saúde a partir de suas necessidades (Arihla, 2005). Rompeu-se, neste momento, em nível governamental com a idéia de saúde materno-infantil. Pretendeu-se construir o conceito “saúde reprodutiva”.

A formulação desse conceito se deu na década de 1960, quando foi criticada a idéia de “controle de natalidade”, entendendo-se que esta se referia a uma mera aplicação de métodos contraceptivos a serviço de interesses estatais voltados para o controle populacional. Na década de 1980, o termo preferencialmente empregado foi

“saúde reprodutiva”, pois o movimento de mulheres radicalizou a crítica ao controle da população e passou a reivindicar melhores condições de vida. Ampliou-se o conceito para além do setor saúde (Galvão, 1999).

Na década de 1990, o conceito de saúde reprodutiva ganha contornos mais definidos e maior capacidade explicativa. Em 1992, a Fundação Ford propõe que o conceito de saúde reprodutiva inclua a sexualidade que já contemplada em grande parte das formulações do conceito saúde da mulher, na medida em que considera elementos que não digam respeito somente a vida reprodutiva das mulheres (Galvão, 1999).

Em 1994, acontece no Cairo a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (ICPD). Esta foi importante, pois colocou na pauta do dia da discussão internacional a questão da *saúde sexual e saúde reprodutiva*. Além disso, é adotada uma agenda internacional que incluiu os temas *direitos reprodutivos, empoderamento das mulheres e saúde sexual e reprodutiva*, nos programas de planejamento familiar. Por fim, construiu-se um consenso sobre o que significam os termos *saúde reprodutiva e direitos reprodutivos* (Galvão, 1999).

A definição parte do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) para apresentar de forma integrada o conceito de saúde reprodutiva, a forma de assistência que lhe é apropriada e o conceito de saúde sexual. Segundo este conceito a saúde reprodutiva implica “(...) que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (Melo, 2002: 8). Explicita-se que homens e mulheres têm direito ao acesso a informações sobre métodos de planejamento familiar e de regulação da fecundidade eficientes, seguros, aceitáveis e compatíveis

com sua renda. Além disso, coloca-se que se deve garantir condições adequadas para que as mulheres passem pela gestação “(...) e pelo parto, propiciando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio” (Melo, 2002: 9).

Uma vez definida saúde reprodutiva e seus elementos, é apresentado o entendimento da sua assistência como uma “constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva” (Melo, 2002: 9). A saúde sexual deve ser considerada na assistência à saúde reprodutiva, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1995 acontece em Beijing a Conferência da Mulher. Esta “(...) Confirmou os resultados da ICPD, porém suas metas enfatizaram ainda mais o enfoque de igualdade de gênero, reafirmando o foco nos direitos reprodutivos e humanos individuais” (Galvão, 1999: 171).

Neste processo, só recentemente os homens estão sendo incluídos na discussão conceitual da saúde reprodutiva. Sua inserção tem sido feita através dos aspectos relacionados à sexualidade no processo reprodutivo. Galvão (1999) apresenta esse movimento.

Cinco anos após a Conferência do Cairo (‘ICDP +5’), a tendência internacional aponta para uma maior discussão sobre saúde sexual da mulher e do homem. Nessa discussão, a saúde sexual tem sido incluída como parte da definição de saúde reprodutiva ou referida também, de forma mais ampla, como saúde sexual e reprodutiva. Essas definições são

baseadas nos conceitos discutidos no ICDP entre outros (p. 173).

O resultado da discussão foi a ampliação da capacidade explicativa da definição de saúde reprodutiva, cunhando-se o conceito de *direitos reprodutivos e sexuais* com o intuito de implementar e concretizar esses direitos nos serviços de saúde e nas políticas públicas.

É posto em debate a junção ou disjunção dos direitos sexuais aos reprodutivos. Por um lado, a vivência da sexualidade e da reprodução pode se dar ao mesmo tempo na vida das pessoas. Por outro lado, a sexualidade se refere a um conjunto de fenômenos (uso de preservativo, transmissão de DSTs), e reprodução a outro (esterilização, concepção). A distinção pode ser tida como positiva na medida em que permite apontar a complexidade dessas vivências em sua especificidade; e negativa, ao separar aspectos da vida que se constituem de forma integrada (Leal & Boff, 1996; Bandeira, 1999).

Este debate tem como aspecto importante a relação entre público e privado. As noções de sexualidade e de reprodução têm sido representadas como setores privados da vida social. Isso, porém adquire diferentes contornos no contexto em que a garantia de acesso a serviços de saúde, enquanto aspecto público da vida, é condição fundamental ao exercício dos direitos sexuais e dos reprodutivos. Há, então, uma “invasão” do público no privado, na medida em que são pensadas ações de saúde que determinam a vida sexual e reprodutiva de homens e mulheres; e do privado no público, pois, ao se criar serviços públicos de atenção, eles ganham importância no cotidiano.

O conceito de saúde reprodutiva e sexual é resultado de um processo de explicação dos fenômenos gerados pelas falhas das políticas públicas no âmbito da sexualidade, focadas exclusivamente na mulher e no controle de natalidade. Ficam à margem de uma compreensão dinâmica dos costumes e crenças relativas à vida sexual e reprodutiva.

Entretanto, persiste um desnível entre a assistência dirigida a homens e a mulheres, conforme será explicado adiante, no contexto da atenção à saúde em Francisco Morato. De que forma os profissionais, gerentes e gestores percebem esse desnível? Como os homens procuram assistência e a recebem? Essas preocupações estruturam o presente trabalho.

Capítulo 2

Objetivos

- Analisar a partir do discurso de Profissionais, Gerentes e Gestores de saúde do Município de Francisco Morato, como se configura a atenção à saúde reprodutiva e sexual voltada aos homens no município.
- Objetivos específicos:
 - a) Apontar como profissionais da saúde, gerentes e gestores do Município descrevem as ações de saúde reprodutiva e sexual existentes voltadas à população masculina.
 - b) Identificar propostas de ações na área da saúde reprodutiva e sexual para a população masculina apontadas pelos profissionais, gerentes e gestores da saúde do Município.

Capítulo 3

Metodologia

A presente dissertação é desdobramento de uma investigação apresentada ao Instituto de Saúde (IS), instituição de pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), como exigência da atividade do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)¹ em Saúde Coletiva.

A investigação, intitulada *Homens e serviços de saúde no Município de Francisco Morato*², teve como objetivo verificar como os serviços públicos e privados do sistema de saúde do município de Francisco Morato são organizados para atender as demandas apresentadas por homens entre 15 e 59 anos. No estudo citado, a produção de dados empíricos foi além dos objetivos inicialmente propostos pela pesquisa visando o aprimoramento, o que gerou a possibilidade de aprofundamento da investigação com base no material que havia sido coletado.

Nesta dissertação, trabalhou-se com a pesquisa social, a qual permite perceber de maneira sensível o movimento de construção das políticas públicas de saúde

¹ O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) é administrado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), instituição vinculada à Casa Civil do Estado de São Paulo com personalidade jurídica de direito privado. A Fundap tem como missão “contribuir para a elevação dos níveis de eficiência e eficácia da Administração Pública do Estado de São Paulo, mediante (...):

- Formação e aperfeiçoamento de executivos públicos;
- Desenvolvimento de tecnologia administrativa;
- Prestação de assistência técnica;
- Realização de pesquisas aplicadas à economia do setor público” (FUNDAP, 2005).

² Pesquisa fez parte de uma proposta institucional e matricial feita aos sete aprimorandos do PAP em Saúde Coletiva dos anos 2003 e 2004 para discutir os *Efeitos da Regionalização sobre o Sistema de Saúde*.

(Deslandes, 1997; Minayo, 2004) e utilizou-se o discurso dos sujeitos como material de análise da pesquisa.

Utilizar a fala das pessoas implica fazer um recorte da realidade em que estão inseridas. Para acessar o discurso dos sujeitos, utilizou-se o método da entrevista. Essa técnica ocorre no encontro entre um pesquisador e determinado sujeito inserido ou conhecedor da realidade que se pretende pesquisar. A entrevista visa levar o interlocutor “a exprimir a sua vivência ou percepção do problema que interessa ao investigador” (Quivy & Campenhoudt, 1998: 80).

3.1 CAMPO: DO APRIMORAMENTO AO MESTRADO

A coleta dos dados para este trabalho começou ao longo do PAP, e se estendeu nesta dissertação. O material coletado no projeto de aprimoramento foi categorizado em fontes primárias e secundárias. As fontes primárias são quatro: questionário de usuários dos serviços municipais de saúde; entrevistas semi-estruturadas com profissionais, gerentes e gestores do município; questionário para caracterização das unidades de saúde; diário de campo.

Os dados produzidos por outras pesquisas e instituições, fontes secundárias, foram sete: questionário para caracterização da rede municipal de serviços de saúde; relatório das ações desenvolvidas pela coordenação do Programa de Saúde da Família no município de Francisco Morato no ano de 2003; relatório das ações de Vigilância Epidemiológica de janeiro a dezembro de 2003; sumarização dos dados de mortalidade de 2001, fornecido pela Fundação Seade, e os dados de morbidade de 2004, populacionais e de serviços de saúde de Francisco Morato, cuja fonte foi o Data SUS; relação de telefones das unidades do Programa de Saúde da Família;

dados detalhados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sobre Francisco Morato dos anos de 2003 e 2004; mapa da cidade de Francisco Morato.

Na presente dissertação foram utilizadas quinze entrevistas semi-estruturadas com profissionais, gerentes e gestores de saúde da atenção primária e secundária do município de Francisco Morato. Foram realizadas quinze entrevistas, entre 18 de agosto e 9 de dezembro de 2004, com oito profissionais, cinco gerentes e três gestores.

3.1.1 PROCESSO DE ESCOLHA DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA PESQUISA

A escolha das quatro unidades de saúde que constituíram os campos de pesquisa se deu a partir de uma visita agendada pelo Instituto de Saúde para apresentar os aprimorandos em Saúde Coletiva aos gestores e a alguns profissionais de saúde de Francisco Morato. Nessa ocasião, um dos gestores municipais apresentou dados secundários que retratavam a realidade social e de saúde. A partir desse primeiro contato, foi construído o projeto de pesquisa.

Entre abril e maio de 2004, foi feito um retrato do município a partir de dados de morbi-mortalidade oferecidos pelo DataSUS e pela Fundação Seade. Chamou atenção a alta taxa de internação de homens entre 30 e 39 anos para realizar procedimento de esterilização (vasectomia) em comparação com as mulheres (laqueadura) na mesma faixa etária. Após este momento, foi feita a coleta de dados produzidos pelo próprio município sobre a situação de saúde da população e rede de serviços através do “Questionário para caracterização da rede municipal de serviços de saúde”.

A partir do mapeamento dos serviços de saúde e da realidade social feito através de dados secundários, foram realizadas visitas frequentes ao campo da pesquisa para conhecer o cotidiano da assistência. Foi solicitado à Coordenação do PSF que um agente comunitário de saúde (ACS) pudesse apresentar todas as unidades de saúde do município. Nessas visitas, o objetivo era investigar junto aos profissionais e gestores que trabalhavam nos locais quais eram os serviços disponíveis à população, se os homens frequentavam a unidade e o que os profissionais pensavam a respeito do uso feito pela população masculina do espaço de saúde.

Nestas visitas, foi investigada a presença de profissionais envolvidos com o cuidado à saúde da população masculina, bem como a possibilidade de acompanhar o ciclo de referências e contra-referências para a realização da vasectomia. O critério fundamental para seleção das unidades de saúde foi poder apreender a complexidade do atendimento da unidade para a compreensão do sistema de saúde de Francisco Morato.

A partir desse primeiro contato *in loco*, foi criado o “Instrumento para caracterização das unidades de saúde”. Os dados coletados com esta ferramenta possibilitaram dimensionar as unidades com relação ao seu porte. Além disso, com a ajuda da Coordenação do PSF, definiu-se no mapa do município de Francisco Morato a localização das unidades de saúde, o que possibilitou contemplar a dispersão geográfica dos serviços.

As unidades de saúde selecionadas foram: o equipamento para atenção secundária; a unidade central que combina atendimento domiciliar, via agentes comunitários de saúde (ACS), com atendimento na atenção primária e secundária

(especialidades como urologia, infectologia, neurologia); unidade de grande porte, referência em fisioterapia, situada na periferia do município; unidade localizada na região rural do município e exerce somente atividades de saúde da família.

Com o campo definido, foram programadas visitas às unidades selecionadas para acompanhar as atividades cotidianas. Nesse período, foram realizadas entrevistas com os profissionais e gestores de saúde de Francisco Morato. A escolha dos sujeitos ocorreu durante o contato com as ações rotineiras nestas unidades, na fase das visitas para descrição do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. O critério utilizado foi o fato de os entrevistados serem informantes-chave sobre o serviço de saúde e das atividades voltadas aos homens. Durante essa fase, mapearam-se as necessidades de saúde masculinas e identificadas as unidades que dispunham de profissionais, identificados por seus pares, os quais abordavam mais diretamente o atendimento à população masculina.

As entrevistas foram priorizadas segundo a realidade dos serviços e a formulação de políticas de saúde do município estudado. Por isso, os primeiros entrevistados foram os profissionais e os gerentes dos serviços de saúde e, em seguida, os gestores dos níveis centrais. Desta forma, puderam-se discutir ações concretas e pactuação que orienta o sistema de saúde do município.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram avaliadas a partir da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2004). Tal método permite extrair do texto respostas às perguntas ligadas aos objetivos do trabalho.

A partir de tais questões, os temas foram categorizados e relacionados aos objetivos da pesquisa (Bardin, 2000; Minayo, 2004). O procedimento de análise consistiu nos seguintes passos: transcrição das entrevistas³; levantamento de temas comuns e categorização dos conteúdos; retomada das perguntas-guias da pesquisa e estabelecimento da relação delas com os temas levantados inicialmente para a construção das categorias de análise temáticas; construção de uma tabela na qual constavam relatos comuns às categorias temáticas estabelecidas no terceiro passo; descrição dos temas a partir do sentido dado pelos entrevistados.

3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado mediante análise do Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS), protocolo 008/04 (anexo), e pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), protocolo 1044/05 (anexo).

As entrevistas foram realizadas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo) com o entrevistado para possibilitar esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir com relação a algum aspecto da pesquisa. Enfatizou-se, nesse momento, que a participação do sujeito não seria remunerada e que o entrevistado poderia interromper a entrevista caso desejasse. Os aspectos de confidencialidade e privacidade para os sujeitos foram levados em conta no consentimento da gravação das entrevistas em fita K7, oferecendo a possibilidade de negar tal procedimento. Além disso, foi ressaltada a possibilidade de os

³ Quando transcritas por terceiros, o autor das entrevistas realizou a conferência de fidedignidade.

resultados e dados obtidos serem utilizados em publicações e estudos futuros. Assegurou-se os sujeitos, caso desejassem, entrarem em contato com o pesquisador.

As entrevistas apenas começaram após a assinatura do TLCE por parte dos sujeitos e do entrevistador, cada qual ficou com uma via do documento. Tendo compreendido os objetivos e decorrências de sua participação, caso o sujeito não desejasse assinar o TCLE, a atividade era interrompida. Estas foram, na maioria das vezes, realizadas nos serviços, buscou-se um espaço que garantisse a confidencialidade e a privacidade para os sujeitos. Esta pesquisa não apresentou riscos atuais nem futuros aos sujeitos desta.

Capítulo 4

Caracterização do município

Neste tópico, se tratará da situação geográfica de Francisco Morato, sua composição populacional, indicadores sociais e organização da assistência à saúde no município.

4.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Francisco Morato situa-se na Grande São Paulo e encontra-se a 45 km da Capital. Sua área de abrangência corresponde a 49,16 km² e metade dos munícipes residem em áreas de ocupação irregular⁴. O terreno do município é acidentado e as residências foram construídas de forma aglomerada, com esgoto a céu aberto. Há poucos e dispersos postos de saúde para atender a população. O pequeno comércio é a atividade econômica predominante da população local.

⁴ Informações apresentadas em reunião aos aprimorandos e pesquisadores do Instituto de Saúde pela Administração Municipal em 5/12/2003.

Figura 1: Localização de Francisco Morato no estado de São Paulo
 Fonte: www.ibge.gov.br

4.2 COMPOSIÇÃO POPULACIONAL

Estima-se que o município tenha uma população em torno de 149.096 habitantes (Brasil, 2004) havendo uma pequena diferença na proporção entre homens (49,9%) e mulheres (50,1%). Em relação à taxa de analfabetismo, os dados de 2004 mostram que esta era de 10,8% entre a população maior de 15 anos (Seade, 2004).

O coeficiente de mortalidade infantil em 2002 era de 17,68 por mil nascidos vivos, acima da média estadual de 15,08 por mil nascidos vivos (SES/SP, 2004). Da mesma forma, em 2000 o coeficiente de mortalidade materna, reflexo da assistência ao parto e do puerpério, foi de 50,35 óbitos por 100 mil mulheres em idade fértil enquanto, no estado de São Paulo, esse índice foi de 34,66 (SES/SP, 2004).

Quanto ao saneamento básico, o município dispunha de rede geral de abastecimento de água para 92% dos domicílios; 49,1% das residências possuía fossa rudimentar, 26,1% rede de esgoto ou pluvial; 83% do lixo produzido era coletado e 10,1% queimado (Brasil, 2004).

4.3 INDICADORES SOCIAIS

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) de 2000 Francisco Morato encontra-se no grupo 5, que indica a pior classificação quanto ao desenvolvimento econômico e social. Os municípios desse grupo possuem baixos índices de riqueza municipal, longevidade e escolaridade média. O grupo 5 engloba municípios de pequeno porte, muitos deles predominantemente rurais, marcados pela lógica da pobreza e pela dificuldade local de propiciar avanços significativos no campo social (Seade, 2004).

Em comparação com quatro municípios vizinhos, Franco da Rocha se situa no Grupo 5; Cajamar e Mairiporã estão no Grupo 2 (economicamente dinâmico e baixo desenvolvimento social); Caieiras situa-se no Grupo 1 (município pólo).

Em relação ao Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS) – que considera a dimensão biológica⁵, renda, habitação, educação e serviços de saúde –, Francisco Morato ocupa a 591ª posição entre os 645 municípios paulistas avaliados. Cajamar classifica-se em 315º lugar; Mairiporã, em 350º; Caieiras, em 415º; e Franco da Rocha, em 445º (NISIS, 2002).

Analisando os resultados do Índice de Resposta dos Serviços de Saúde (IRSS) – que combina o coeficiente de mortalidade proporcional em menores de um ano, o índice de óbitos mal definidos e o índice sintético de óbitos evitáveis por doenças crônicas, infecciosas e por causas externas (NISIS, 2002) –, observa-se que Francisco Morato ocupa o 624º lugar dentre os 629 municípios paulistas avaliados.

⁵ É composto pela variável *perfil etário e de gênero* que utiliza os indicadores: percentual de crianças até 5 anos de idade; percentual de idosos (acima de 65 anos); percentual de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) (NISIS, 2002).

Cajamar ocupa o 46º lugar; Mairiporã, o 53º; Franco da Rocha, o 54º; e Caieiras, o 234º.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 2000 – que combina indicadores de longevidade, escolaridade e renda –, Francisco Morato classifica-se em 586º lugar entre os 645 municípios paulistas (SEADE, 2004). Caieiras está em 95º lugar; Mairiporã em 151º; Cajamar em 276º; e Franco da Rocha no 332º (Seade, 2004).

Quadro 1: *Ranking* dos municípios com relação aos quatro indicadores sociais

	IRSP	ICVS <i>Ranking</i>	IRSS <i>Ranking</i>	IDH-M <i>Ranking</i>
Caieiras	Grupo 1	415 3º	234 4º	95 1º
Cajamar	Grupo 2	315 1º	46 1º	276 3º
Francisco Morato	Grupo 5	591 5º	624 5º	586 5º
Franco da Rocha	Grupo 5	445 4º	54 3º	332 4º
Mairiporã	Grupo 2	350 2º	53 2º	151 2º
Referência		645	629	645

Legenda:

IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social - F. Seade

ICVS - Índice de Condições de vida e saúde - NISIS/IS/SES/SP

IRSS - Índice de Resposta dos Serviços de Saúde - NISIS/IS/SES/SP

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - F. Seade

Todos os índices citados apontam para uma condição precária de vida em Franco da Rocha. O fato de 50% dos habitantes residirem em áreas de ocupação irregulares indica baixo poder aquisitivo e, conseqüentemente, baixo nível de arrecadação municipal. Esta realidade contribui para que o município tenha recursos econômicos restritos, dificultando o desenvolvimento de ações de desenvolvimento. Além disso, a ocupação desordenada dos terrenos pode ter contribuído para uma rede de saneamento básico parcial, prejudicando as ações preventivas em saúde.

4.4 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

Em junho de 1998, Francisco Morato assumiu a Gestão Plena de Sistema de Saúde, prevista na NOB-96. A maior parte dos serviços ofertados à população é municipalizada, com exceção do Hospital Estadual Professor Carlos da Silva Lacaz. Estima-se que 90% da população do município utilizem a programação das ações públicas de assistência à saúde. Conta com a Organização Social de Saúde (OSS)⁶ que é administrada pela Universidade de Santo Amaro, cujo hospital atende os partos de alto risco.

A rede de serviços de saúde é gerida pelo Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato (SAME), uma autarquia criada por lei municipal em julho de 1998. O Sistema de Saúde é organizado através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários (PACS) que cobrem 91,09% população.

O município conta com 14 equipes totalizando 95 agentes vinculados ao PSF que cobre 58,64% da população. Outras três equipes com 57 agentes vinculados ao PACS atendem 32,45% da população.

O município dispõe também: ambulatório de especialidades; fisioterapia; Centro Integrado de Saúde da Mulher (CISM) – Casa da Mulher; pronto-atendimento e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária têm sede em uma edificação onde também se encontrava o SAME.

As unidades de saúde, cuja gestão fica a cargo da coordenação do PSF, são divididas em doze setores:

Setor 1 – Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Alegria.

⁶ Inaugurada em 2 março de 2004.

Setor 2 – USF do *Lions*.

Setor 3 – (a) USF do Jardim Rosas e (b) Santa Casa de Misericórdia de Francisco

Morato: local onde é feito o pronto atendimento e o pronto socorro.

Setores 4 e 5 – Unidade Básica de Saúde (UBS) do Parque 120: onde é realizado o serviço de fisioterapia.

Setor 6 – USF do Centro: onde está locado o CISM.

Setor 7 – USF Jardim Santo Antônio.

Setor 8 – USF Água Vermelha.

Setor 9 – USF Bairro Casa Grande.

Setor 10 – USF Jardim Vassouras.

Setor 11 – UBS Parque Paulista e CAPS

Setor 12 – UBS do Centro: local onde se localiza o ambulatório de especialidades.

Segue, abaixo, o organograma da saúde do município de Francisco Morato:

Figura 2: Organograma da Saúde em Francisco Morato

Fonte: Coordenação do Programa de Saúde de Família, 2004

Capítulo 5

Perfil dos entrevistados

Os entrevistados foram classificados como profissionais, gerentes e gestores. Profissionais são os trabalhadores da saúde, independentemente do regime de contratação; gerentes são quaisquer profissionais de saúde que ocupem algum cargo de gestão do serviço de saúde; gestores são os gerentes dos níveis centrais na secretaria de saúde do município.

5.1 SEXO

Para este estudo, foram entrevistados dezesseis sujeitos divididos em oito profissionais, cinco gerentes e três gestores, sendo cinco homens e onze mulheres. Entre os profissionais, há três homens e cinco mulheres; entre os gerentes, todas são mulheres e entre os gestores, há dois homens e uma mulher.

Quadro 2: Distribuição dos entrevistados por sexo

	Homens	Mulheres	total
	n	n	n
Profissionais	3	5	8
Gerentes	0	5	5
Gestores	2	1	3
total	5	11	16

5.2 ESCOLARIZAÇÃO

Quanto à escolarização, cinco entrevistados têm ensino superior completo; quatro, têm especialização; três, ensino médio; três, curso técnico; para um dos gerentes não a informação não foi perguntada. Entre os profissionais, três têm ensino superior completo; dois têm especialização; dois têm curso técnico; e um tem o ensino médio. Entre os gerentes, dois têm o ensino médio; um tem curso técnico; um tem ensino superior completo. Entre os gestores, dois têm ensino superior com especialização; e um tem ensino superior completo.

Quadro 3: Escolarização dos entrevistados

Grau	Profissionais	gerentes	gestores	total
Ensino Médio	1	2	0	3
Curso Técnico	2	1	0	3
Ensino Superior incompleto	0	0	0	0
Ensino Superior completo	3	1	1	5
Especialização	2	0	2	4
Não perguntado (N/P)	0	1	0	1
total	8	5	3	16

5.3 PERÍODO EM QUE TRABALHAM NA ÁREA DA SAÚDE E EM FRANCISCO MORATO

Foram elaboradas três estratificações para o período de tempo em que os entrevistados atuam na saúde e duas para o tempo em que se dedicam ao município de Francisco Morato.

Dividiu-se o tempo de trabalho na saúde em: 1) maior ou igual a quatro anos e menor que sete anos; 2) maior que sete anos e menor ou igual a dez anos e 3) maior do que dez anos e menor ou igual a trinta anos. O período de trabalho no município foi dividido em: 1) maior ou igual a nove meses e menor ou igual a quatro anos e 2) maior do que quatro anos e menor ou igual a sete anos. Nesse segundo caso, houve três sujeitos (profissionais) a quem esta informação não foi perguntada.

Passa-se à descrição do tempo de trabalho na saúde. Oito sujeitos trabalham há mais de sete e menos de dez anos na saúde; cinco, há mais de dez e menos de trinta anos; e três sujeitos trabalham há mais de quatro e menos de sete anos.

Entre os profissionais, a maior parte está há mais de dez anos no município; todos os gerentes estão na faixa entre sete e dez anos e, entre os gestores, dois estão na área da saúde há mais de sete e menos de dez anos e uma está há mais de dez e menos de 30 anos.

Com relação ao tempo em que os entrevistados trabalham no município, a maior parte (oito) está na faixa entre quatro e sete anos; cinco sujeitos estão entre nove meses e quatro anos. Entre os profissionais, a maioria está na faixa entre nove meses e quatro anos. Entre os gestores, a maioria está na faixa entre quatro anos e sete anos; e entre os gerentes todos trabalham no município entre quatro e sete anos.

Quadro 4: Tempo de trabalho dos entrevistados na saúde e em Francisco Morato

	Profissionais	Gerentes	Gestores
Tempo na saúde			
.maior ou igual a 4 e menor que 7 anos	3	0	0
.maior que 7 e menor ou igual a 10 anos	1	5	2
.maior que 10 e menor ou igual a 30 anos	4	0	1
Tempo em Francisco Morato			
.maior ou igual a 9 meses e menor ou igual a 4 anos	4	1	0
.maior que 4 e menor ou igual a 7 anos	1	4	3
.Não perguntado	3	0	0

Capítulo 6

Percepção sobre os serviços e a assistência à saúde:

um recorte de gênero

De maneira geral, os profissionais, gerentes e gestores entendem que condições oferecidas pelo município atendem a grande parte das necessidades de saúde dos munícipes. Aproximando do nosso objeto de estudo, ou seja, ações visando ao cuidado à saúde da população masculina, observa-se que, a partir da maioria dos relatos, os serviços disponibilizados no tocante à saúde do adulto referem-se, sobretudo, à ações voltadas para as mulheres . Este dado tem fomentado a busca – entre algumas profissionais, gerentes e gestoras – de alternativas na construção de uma atenção mais focalizada nos diversos usos que os usuários masculinos fazem dos serviços de saúde:

Na rua, eles param e perguntam porque a gente dá mais importância à mulher e eles não. Fica difícil responder porque dá atenção a eles, mas não tanto. Eu creio que precisava mais porque tem coisa aí que acontecem por falta de informação às vezes deles. Igual, a atenção tem campanha de tudo quanto é coisa, voltado para a mulher. Não sei, é difícil (risos), e a gente é cobrada na rua por isso. Porque, no início, quando nós chegamos, era difícil pra gente chamar a

atenção, principalmente os homens, eles não queriam saber, achavam que era bobagem, que isso não tinha nada a ver. Só que agora eles perceberam a importância, tanto que dá pra ver de uns dois anos pra cá que o posto é freqüentado por homens, a maioria. Antigamente, as mulheres que viviam aqui e agora é difícil você vê. Aí, eles chega, tentam buscar e quando chega não tem tudo que eles precisam. Tinha que ter mais uma coisinha para eles, não sei de que tipo para chamar eles um pouco mais, tinha que ter (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

(...) É um atendimento (...) que vem de muito tempo, um certo tabu em que só se pensa mais na saúde da mulher. Eu acho importantíssimo a saúde do homem, até uma discussão que nós fizemos ano passado na nossa pré-conferência da montagem do nosso plano municipal, em ter uma visão melhor pra isso, (...) o sistema já vem de anos sem esse pensamento, acho que o homem é avaliado como na saúde do adulto, não diferenciado como na saúde da mulher. Acho que tem que ter sim, mas eu acho que vai demorar um pouco ainda para isso ocorrer. Acho que o PSF é um caminho, pelos dados, por você estar cuidando da família e, talvez, dos profissionais, a gestão, as pessoas terem uma visão diferencia

de que o homem também necessita uma visão de saúde do homem em si (Gestora).

Apesar de a maior parte das ações curativas e preventivas terem um recorte por sexo, configurando e re-produzindo desigualdades entre gêneros, freqüentemente os entrevistados referem-se a um paciente sem definir o sexo. Este discurso está vinculado à relação cotidiana dos profissionais com os usuários, na qual as características dos usuários no contexto assistencial ficam evidenciadas e são classificados como “chatos”, “legais”, “insistentes”, “pacientes”, “compreensivos”, “não compreensivos”.

Pergunta: É diferente o seu jeito de tratar homens e mulheres na recepção?

Resposta: Não... (...) trato igual... as vezes tem homem que é mais grosso... mulher que é mais grossa, mas a gente trata igual... (Gerente, sexo feminino, atenção secundária)

Você deve fazer ações sempre para levar o bem estar para a família, então eu acho que não importa se é para o homem ou para a mulher... acho que toda a população tem aprender, tem saber se cuidar, então eu acho que é muito importante... a educação tanto do homem quanto da mulher... (Enfermeiro, UBS)

A atenção à família como estratégia aparece como elemento que justifica a indiferenciação entre os sexos do cuidado à saúde:

Eu acho que as ações não devem ser pelo gênero, tanto o homem como a mulher você deve fazer ações sempre para levar o bem-estar para a família. Então, não importa se é para o homem ou para a mulher, acho que toda a população tem aprender, tem saber se cuidar. Então, é muito importante a educação tanto do homem quanto da mulher (Enfermeiro, UBS).

Ao mesmo tempo, os entrevistados, ao refletirem acerca de suas práticas em saúde, percebem que os serviços são fundamentalmente freqüentados por mulheres:

O ministério prioriza muito, assim, grupos de atenção básica que acaba sendo a criança, a questão da gestante, a questão da hipertensão, diabetes (...). E, realmente, a questão do homem hoje, a gente vê, muito a parte (Enfermeira, UBS).

Esse depoimento dialoga com análises de autores segundo os quais as mulheres, historicamente, foram alvo da medicalização e, portanto, parecem usuários mais integrados ao modelo da assistência médica, sobretudo, na atenção primária (Figuerola-Perea, 1998; Herrera & Rodríguez, 2001; Telleria, 2003; Figueiredo, 2005; Schraiber, 2005).

Ao discutir as concepções dos profissionais de saúde acerca dos usuários do PSF e qual a relação destas com atenção à saúde no contexto institucional, Schraiber (2005) afirma que, além das questões referentes à própria organização hierárquica dos serviços, a questão de gênero aparece para determinar os perfis de utilização dos serviços de saúde:

Agregue-se a isto [questões referentes à organização dos serviços de saúde] os padrões tradicionais de gênero e tem-se, na percepção das/os profissionais e trabalhadoras/es das equipes, a clássica imagem da mulher usuária dos serviços. Percebida exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços, essa mulher é a principal usuária dos serviços de saúde (Schraiber, 2005: 50-51).

Os idosos, assim como as mulheres, aparecem também como usuários privilegiados. Estes têm como atributo principal a assiduidade nas atividades propostas pelo serviço de saúde, sobretudo os dirigidos ao controle do diabetes e da hipertensão. É esta característica que os aproxima da utilização referida pelas mulheres. O trecho abaixo apresenta essa discussão:

De manera general, los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos tanto por instituciones públicas o privadas se dirigen casi exclusivamente a las mujeres. Los servicios no atraen a los hombres, es más, los excluyen. La inhibición de los hombres frente a los servicios de salud

reproductiva empieza por el tipo de establecimientos y unidades de salud, orientadas preferentemente a la salud materna e infantil (...). El tipo de servicios que allí se ofrece, el que la mayoría del personal que atiende es, en su mayoría, femenino, los horarios, incluso la decoración de los establecimientos, resaltan los mensajes a mujeres y niños/as (Herrera & Rodríguez, 2001: 172).

Utilizando-se referencial construído por Schraiber (2005) para as mulheres, pode-se entender que o uso dos serviços de saúde de mulheres e idosos tem como pano-de-fundo uma prática institucional de atenção à saúde que supõe a disponibilidade dos usuários aos tempos organizados pelas unidades de saúde:

A noção que preside o trabalho assistencial é a de que o tempo das mulheres parece estar a serviço desses cuidados em saúde, podendo, assim dispor de um tempo ilimitado para a Unidade, que se organiza para responder ao seu tempo interno (Schraiber, 2005: 51-52).

A seguir, debate-se como os entrevistados caracterizam os serviços e a assistência à saúde da população no município de Francisco Morato e como avaliam as ações de saúde oferecidas. Estes são recursos importantes para, na sequência, serão apresentadas as implicações nas ações e propostas para os segmentos masculinos da população de Francisco Morato. Embora os profissionais, gerentes e

gestores participantes da pesquisa situem-se nas esferas primárias e secundárias da atenção à saúde, aqui são também consideradas suas percepções sobre os três níveis de atenção à saúde.

6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

No município, a atenção primária à saúde é organizada através do Programa de Saúde da Família (PSF), no qual crianças, adolescente, adultos, mulheres e idosos são assistidos. Sua implantação é considerada exitosa e um avanço em relação ao atendimento de saúde no município. A implantação do PSF no município teve início em janeiro de 2000. Em 2004, segundo a coordenação do PSF, o programa contava com quatorze Equipes de Saúde da Família (ESF), tendo 30.030 famílias cadastradas.

O PSF, segundo os entrevistados, ampliou o número de pessoas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A família é orientada, nas visitas domiciliares das agentes comunitárias de saúde (ACS), a comparecer em conjunto ao posto de saúde, abordagem também utilizada em residências nas quais moram somente homens. Os trechos abaixo ilustram tal situação:

Porque quando a gente orienta na casa, fala que se tem algum problema da família, que às vezes tem uma pessoa doente. Às vezes, não é uma doença tão grave, às vezes, é um problema da família que precisa de todo mundo ali junto. Sempre orienta assim ó “se está acontecendo isso, vai todo mundo” (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

(...) Têm várias casas que eu visito que só mora homem, aí, a maioria deles já tem pressão alta porque nunca teve tratamento nenhum. Já sentia coisas assim e deixou pra lá e agora já tão até fazendo tratamento, então, a gente orienta quanto a isso. E, às vezes, fala um pouquinho com eles porque eles sempre vêm perguntando, a dúvida deles maior é sobre HIV. Então, quando a gente chega numa casa assim, esse grupinho assim, a maioria, todos eles, pergunta sobre DST, sobre o HIV, sobre tudo e aí a gente tenta passar para eles o que a gente sabe e orienta vir ao posto. Aí, eles já ficam meio assim: “ah, porque lá tem um monte de mulher vai ficar olhando pra gente”, eles acham que não pode, eles acham que levando informação pra eles fica mais fácil. É bom, mas eles têm que procurar. A gente orienta quanto a tudo, tudo um pouquinho que sai deles. Então, a pergunta de cada um sai alguma coisa que você tem que estar pronta para responder (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

Os entrevistados têm percebido que os homens vêm utilizando mais as UBSs a partir da implantação do PSF. Além disso, há um conjunto de atividades preventivas que ocorrem fora da unidade de saúde, caracterizado por ações realizadas em espaços de sociabilidade masculina como bar, ferro-velho, depósito de gás. Os agentes comunitários de saúde de uma unidade fazem busca ativa por pressão arterial alta, imunizações, orientações sobre sexo seguro e hepatite, momento no qual também se enfatiza a necessidade de esses sujeitos irem à Unidade Básica de Saúde. Estas ações

partem do pressuposto de que os homens vão menos às unidades de saúde de atenção básica, comportamento entendido como de menor cuidado à saúde. Apesar de sua realização percebe-se que as atividades nas unidades de saúde são privilegiadas.

Há atividades que acontecem prioritariamente em ambiente escolar para adolescentes de aconselhamento sobre DSTs. As ações preventivas das unidades básicas de saúde mais citadas pelos profissionais, gerentes e gestores são os grupos de hipertensão e diabetes, cujos sujeitos privilegiados são os idosos com a doença instalada. Também são apresentadas ações voltadas para as mulheres gestantes e não-gestantes.

Estas atividades preventivas têm como pressuposto a mudança cultural dos educandos. Há um tom de reclamação pelo fato de os usuários (homens e mulheres) não colocarem em prática as orientações dos profissionais de saúde e utilizarem o serviço quando a doença está instalada ou com um quadro avançado. O trecho a seguir exemplifica tal aspecto:

A maioria [dos homens depois de uma certa idade] têm pressão alta, diabetes e não se cuida. Depois, dá os derrames, dá os enfartes, aí procura o serviço de saúde. Do contrário, na prevenção, não quer saber, só vem mesmo quando aconteceu ou quando está próximo de acontecer, do contrário não quer vir (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

O trabalho educativo tem, por vezes, o objetivo de “enfiar” (*sic*) a idéia do educador em saúde “na cabeça dos” (*sic*) educandos:

Eu acho que o Programa de Saúde de Família melhorou muito isso [dos homens participarem do cuidado dos filhos e da companheira]. Até aqui mesmo, na maternidade, a gente acaba conversando com o pai e eu acho que esses montes de trabalho que se referem à humanização, ao atendimento, do trabalho de parto, do trabalho ao idoso. Humanizar, humanizar o atendimento e trazer o atendimento e tentar. Não tem aquele ditado “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”? E enfiar isso na cabeça das pessoas, eu acho, que partindo do princípio da educação, acho que muda as coisas (Gerente, sexo feminino, hospital).

6.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

No que se refere à *atenção secundária*, os entrevistados avaliam que Francisco Morato dispõe de exames de alta complexidade, oferece especialidades (citaram mais Geriatria, Obstetrícia e Urologia) e atendimento psicológico e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com relação ao *nível terciário* os entrevistados mencionaram cirurgias como prostatectomia, vasectomia, ligadura de trompas, correção de hérnia de disco .. Franco da Rocha é o município para onde são encaminhados os usuários que precisam de serviços não disponíveis no município, alguns sujeitos da pesquisa apontaram problemas na referência e contra-referência. O trecho a seguir ilustra esse aspecto:

Se não existe na DIR, a gente busca via TCE [Tribunal de Contas do Estado] uma referência a nível estadual, o que também é, às vezes, uma dificuldade, nem sempre a gente tem. Precisa de um [procedimento laboratorial], nós chegamos a fazer alguns [procedimentos laboratoriais] aqui, mas se você precisa de uma biópsia, por exemplo, já não daria para fazer aqui. A equipe não fazia [procedimentos laboratoriais] como biópsia, teria que pensar um laboratório, uma referência que tenha um exame mais sofisticado para poder fazer essa biópsia. Se precisa fazer uma cirurgia, no caso positivo de um câncer de próstata, nós não temos nem no município e nem na região. Tem que aguardar uma referência estadual, aí o município fica de mãos atadas, porque fica batalhando junto ao TCE, fica brigando para que consiga essa vaga, mas nem sempre ela é tão rápida quanto a necessidade do paciente ou do usuário (Gestor do nível central).

6.3. ACESSO/USO DOS SERVIÇOS POR IDOSOS, MULHERES E HOMENS

Os entrevistados, de maneira geral, afirmaram que idosos e mulheres adultas são os usuários que mais utilizam os serviços de atenção básica. Eles entendem que cabe às mulheres a responsabilidade pela casa, marido e filhos. São elas que levam os membros da família aos serviços de saúde e esperam a chamada pelo atendimento nesses locais. Esta última característica é justificada por um enfermeiro ao afirmar que elas têm mais paciência do que os homens.

Segundo uma ACS, os homens adultos entendem o local de atendimento à saúde como sendo da esfera feminina. Os entrevistados afirmam que os homens não buscam frequentemente os serviços de saúde, apenas o acessam quando ocorre a intensificação de algum problema de saúde.

Um médico da UBS indicou que há outros momentos nos quais os homens frequentam os serviços de atenção básica, desacompanhados da família. Nessas situações, buscam informações sobre pressão alta ou diabetes para compreenderem a condição de saúde de algum familiar. O trecho abaixo apresenta tal opinião:

O [homem] adulto está mais preocupado com alguém da família, que teve pressão alta, que teve diabetes (Médico, UBS).

Uma gerente, utilizando como referência o atendimento médico feminino (Ginecologia e Obstetrícia), afirma que a especialidade médica própria homens é a Urologia. Esta entrevistada acredita que o fato de os homens primeiro procurarem atendimento de um clínico geral, numa UBS com urologista, indica que esse público não sabe acessar o serviço de saúde.

Aqui no posto, a gente tem a parte do urologista e a gente vê o quanto eles precisam e o quanto eles vêm até com uma certa vergonha de perguntar “aqui tem urologista?”. E, assim, que o homem é mais difícil de procurar médico, um clínico. Quando ele vem é porque ele está... Não é que nem mulher: vem, quer marcar um GO [Ginecologista e Obstetra]. Não, eles passam pelo clínico, mas tem uma dor,

tem um problema. Eles passam no clínico e o clínico encaminha para o urologista. Mulher não, mulher vem marcar direto para o GO, é mais esclarecida. Homem não vem direto procurando o urologista. Acho que tem mais receio (Gerente, sexo feminino, UBS).

Associada ao maior uso dos serviços por mulheres, existiria uma maior familiaridade dos usuários com esses locais.

Eu não sei porque as mulheres parece que, na unidade, no hospital, seja onde for, faz de um ponto de encontro e quando eles chegam num lugar com muita gente, eles ficam mais, não sei como explicar, é difícil para eles se soltarem e lá fora [da UBS], eles conversam. Porque aqui mesmo quando chega um dos nossos que a gente visita, eles até pra falar com a gente é diferente. Lá não, eles conversam, eles brincam, é totalmente diferente, aqui [na UBS] é uma coisa mais fechada (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

A percepção dos entrevistados de que os homens fazem uso deficiente dos serviços de atenção básica vai ao encontro das opiniões de autores como Figueroa-Perea (1998), Bird & Rieker (1999), Courtenay (2000), Herrera & Rodríguez (2001), Telleria (2003), Keijzer (2003), Figueiredo (2005), Schraiber (2005). Figueiredo

(2005), ao discutir a subutilização das unidades de atenção básica pelos homens, aponta:

É bastante disseminada a idéia de que as unidades básicas de saúde (UBS) são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. Com respeito à pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde, muitas são as suposições e/ou justificativas. Por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade (p. 106).

O tratamento de câncer de próstata é um claro exemplo desta percepção dos entrevistados. Uma ACS relatou que os homens adultos por volta de 40 anos sofrem,

sobretudo, deste tipo de câncer, procurando o serviço de saúde quando a doença está avançada devido ao pudor e receio de fazer o exame de toque.

Aí, quando a gente sai na rua, eles sempre falam do câncer de próstata, nunca têm nada pra eles. Eles não sabem tanto que eles estão desinformados. A gente fala “vou te marcar”, principalmente se tem mais de 40 anos, “vou te marcar uma consulta com o clínico porque você precisa fazer uma avaliação, tudo”. Eles ficam “Ah, se for para fazer aquele exame, eu não quero” (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

Frente a esse problema, foram relatadas duas ações: a de uma ACS, que nas visitas domiciliares, alerta aos homens na faixa dos 40 anos acerca dos riscos do diagnóstico tardio do câncer de próstata. A outra ação, apresentada por uma gerente da atenção secundária, é considerar como prioridade a realização dos exames de ultra-som pedidos pelo urologista com o intuito de agilizar o processo de descoberta do câncer de próstata.

Uma ACS relatou que muitos homens idosos acabam tendo que se submeter à prostatectomia. Isto indica que esses usuários participam de atividades preventivas para hipertensão e diabetes, mas não ao diagnóstico do câncer de próstata.

Em consonância com a baixa procura pelos homens dos serviços de atenção básica de saúde, procurar atendimento no estágio inicial do adoecimento se configura como uma ação vinculada à fragilidade e à feminilidade. Courtenay (2000) apresenta um relato que ilustra esta questão:

(...) Long (1993) descreve que uma máquina pegou o dedo de um agricultor durante a colheita do trigo, ele retirou o dedo da máquina enrolado-o em um lenço e terminou o serviço do dia antes de procurar cuidado médico (Tradução livre – p.1393)⁷

6.4. EMPREGO E DESEMPREGO

A posição no mundo do trabalho foi considerada pelos entrevistados como um elemento que compõe a discussão do auto-cuidado e hetero-cuidado masculino. Os homens adultos que estão trabalhando são responsáveis financeiramente pela casa e por isso não vão à UBS, pois esta funciona no horário comercial. O trabalho formal e informal aparece como impeditivo para a utilização dos serviços de saúde de atenção básica.

Geralmente, eles não querem... [ir a atividades da unidade de saúde voltada à prevenção da diabetes, hipertensão e doenças do coração] (...) porque trabalha, não pode faltar no serviço... não querem se cuidar... (Agente comunitária de saúde, UBS)

⁷ Tradução livre do trecho do texto de Courtenay (2000): “Long (1993) describe a farmer who caught his finger in equipment while harvesting his wheat field; he pulled his finger out – severing it – wrapped his hand in a handkerchief, and finish his work for the day before seeking medical care” (p. 1393).

Pode-se depreender que as questões de saúde da população empregada foram relacionadas à saúde do trabalhador, pois entre os profissionais e gestores masculinos há uma percepção majoritária de que o atendimento de referência para os homens inseridos no mercado formal é o médico do trabalho e no mercado informal não há acompanhamento previsto pelas UBSs.

No contexto da importância do trabalho como elemento a ser considerado na discussão da saúde do homem, um médico (atenção secundária) propôs que o município realizasse cirurgias para resolução de problemas de incapacidades laborais.

Em pesquisa acerca da percepção dos homens sobre o uso dos serviços de saúde, Gomes *et al* (2007) indicam o trabalho como questão fundamental na constituição desses sujeitos enquanto homens, sendo relatado como impeditivo para participar de atividades voltadas ao auto-cuidado, questão também apontada por Keijzer (2003).

A partir da idéia de que é o horário de trabalho pouco flexível que determina a não-utilização pelos homens, os entrevistados homens sugeriram a implantação de um horário especial que atenda a estes munícipes. Esta ação, segundo Figueiredo (2005) e Villar (2007), poderia constituir parte da estratégia da unidade de saúde para transformar o ambiente da UBS em um espaço atrativo para os homens.

Keijzer (2003) e Villar (2007) apontam uma diferença na forma como as necessidades de saúde de trabalhadores e trabalhadoras são encaradas em seu espaço de trabalho:

Os chefes parecem menos resistentes em liberar as mulheres para consultas médicas (o que inclui papanicolau e pré-natal,

no caso das gestantes, e acompanhamento dos filhos ao pediatra), enquanto que para os homens, o próprio trabalhador procura rejeitar que “precisa ir ao médico”, evitando ser considerado “doente” por isso e assim perder o emprego, uma vez que o chefe se mostra mais resistente a aceitar essa necessidade do funcionário (Villar, 2007, p. 39).

Os entrevistados do sexo masculino apresentam o fato de que os homens desempregados levam os filhos para atendimentos de puericultura. Tais sujeitos declaram, ao mesmo tempo, caber às mulheres o cuidado da casa e dos filhos, evidenciando uma visão ancorada nos tradicionais papéis sociais dos homens.

O homem acha ainda que a mulher lavar, passar, cuidar dos filhos... só nos casos em que o marido está desempregado e a mulher trabalhando, esse papel acaba sendo dele, invertendo os papéis... (Enfermeiro, UBS)

Capítulo 7

Sexo, sexualidade e esterilização masculina

Este capítulo apresentará as percepções dos entrevistados sobre aspectos de saúde sexual e saúde reprodutiva em Francisco Morato, mostrando um quadro que prima pela visão biomédica da prevenção às DSTs e esterilização. Isso implica na conformação entre a realidade cultural e demográfica que toca aos usuários homens (suas preferências na busca pela atenção à saúde e reações no atendimento às DSTs, bem como o processo articulado para a esterilização) e a criação de estratégias para o aumento de sua participação.

7.1. SEXO, SEXUALIDADE E PRESERVATIVOS

De maneira geral, a saúde sexual é abordada a partir das DSTs/AIDS e pensando, preferencialmente, ações do sistema de saúde visando aos adolescentes e homens adultos. Os principais aspectos emergentes do discurso dos entrevistados são: Prevenção: aconselhamento para saúde sexual; Prevenção: distribuição e uso do preservativo; Atenção às DSTs..

7.1.1 PREVENÇÃO: ACONSELHAMENTO PARA SAÚDE SEXUAL

A *prevenção* é o primeiro aspecto a emergir do discurso do conjunto dos profissionais, e o foco de atuação é o *aconselhamento para saúde sexual* e o uso do *preservativo*. As atividades de aconselhamento acontecem prioritariamente em

ambiente escolar para adolescentes. São palestras mensais realizadas por profissionais de atenção básica de uma UBS, nas quais são apresentadas fotos de DST e se conversa sobre as dúvidas de assuntos referentes à sexualidade em alguns aspectos biológicos como doenças relacionadas à prática sexual e os métodos para evitá-las.

Uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde encaram essas atividades como primordiais por acontecerem em um momento e local privilegiados da vida. Estas entrevistadas consideram que a ampliação desse trabalho nas escolas e nas unidades de saúde poderia fazer com que a discussão sobre sexualidade atingisse um contingente expressivo de adolescentes residentes no município.

Esta ação trabalha um aspecto central da vivência dos adolescentes e jovens num espaço de sociabilidade deste grupo populacional. Ao mesmo tempo, apresenta-se como uma atividade pouco estruturada, construída a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e não integrada a uma programação de atividades educativas regulares voltadas para esta questão. Uma profissional apresenta os limites e as possibilidades desta atividade:

A juventude principalmente tinha que ter tinha que ter um apoio, um trabalho mais detalhado sobre DST porque não é feito. E nas escolas – e eu trabalho nas escolas também –, quando a gente chega que vai falar pra eles, mesmo um profissional tenha passado por lá mês passado, você chega hoje para eles, não sabem de nada, não entendem, acham horror tudo que você mostra. Porque você leva foto de uma

determinada doença “é um absurdo” (Agente Comunitária de Saúde, UBS).

Ayres & França Junior (2000) entendem a sexualidade como um aspecto importante da vida dos adolescentes por ser um aspecto da socialização com implicações na construção da subjetividade e identidade. Segundo os autores, dois aspectos desta vivência têm particular ligação com o setor saúde: a procriação e a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Os autores propõem que o objetivo de um programa de atenção à saúde do adolescente seja “apoiar a vivência da sexualidade adolescente” (p. 73) e que um dos tipos de ações seja “fornecer informações e espaços de reflexão sobre aspectos físicos, sociais e culturais julgados relevantes, pelos adolescentes e profissionais, para uma sexualidade mais livre e prazerosa” (p.73). Esta colocação reforça a relevância de trabalhar com os adolescentes nas unidades escolares, por ser um espaço no qual estes permanecem um período significativo do dia, além de ser um espaço de sociabilidade no qual a sexualidade aparece como elemento determinante das relações ali estabelecidas.

Pirotta (2006), acerca das atividades realizadas nas unidades de saúde com a juventude, percebe um enfoque informativo, no qual há pouca preocupação com a preparação pedagógica destas. Além disso, é privilegiado o ponto de vista do profissional, segundo o qual é dada atenção aos aspectos biológicos do exercício da sexualidade. Neste sentido, o adolescente parece ser compreendido como incapaz de determinar o que entende como relevante para as ações de prevenção em saúde na

escola. As colocações da ACS evidenciam uma prática semelhante à criticada por Pirotta (2006).

Pirotta *et al* (2006), sobre o debate das ações integradas para os adolescentes, apontam a necessidade de uma parceria entre educação e saúde para tratamento integral ao adolescente e ao jovem. Eles constataram um duplo movimento da escola que inclui o reconhecimento da importância da educação sexual e a preferência por realizar ações isoladas:

Nas escolas, há o reconhecimento da importância da educação sexual e os discursos revelaram sensibilidade para a necessidade de abordagem continuada e aprofundada desse tema. Constatou-se, entre os diversos profissionais ouvidos, o reconhecimento da relevância do trabalho com valores, preconceitos, afetos e pressões sociais e individuais que cercam o assunto. Apesar disso, as escolas continuam realizando atividades pontuais, focadas em informações, impossibilitando a formação do corpo docente para o tratamento das diferentes questões da sexualidade (p. 18).

Outra ação isolada de aconselhamento, são as visitas, de um ACS, a domicílios exclusivamente habitados por homens, nas quais esclarece muitas dúvidas dos moradores relacionadas ao HIV. A realização desta atividade aponta para a disponibilidade da profissional em discutir e se aprimorar no trabalho com tais questões. Os homens, segundo a entrevistada, demandam informação sobre

sexualidade em um espaço doméstico, atípico, predominantemente masculino, no qual esses se sentem à vontade para colocar suas dúvidas.

7.1.2 PREVENÇÃO: DISTRIBUIÇÃO E USO DO PRESERVATIVO

Em quase todos os ambientes (domicílios, unidades de saúde e escolas) onde ocorrem ações de prevenção o emprego da palavra *preservativo* aparece vinculado às DST. Extraímos das falas dos entrevistados três núcleos temáticos em que o preservativo (ou sua falta) aparece na assistência. O primeiro é quando a juventude vai à unidade de saúde pedir a realização de exames para verificar a infecção por HIV. Esta solicitação permite-nos pensar que falta o uso do preservativo neste grupo populacional.

O que eles mais querem saber é se podem doar sangue... se eles tiveram algum tipo de relação sem preservativo, querem que peça o exame do HIV... é mais esse tipo de coisa... é bem diferente o jovem (Médico, UBS)

Este uso freqüente da unidade de saúde parece-nos ter relação com as deficiências relacionadas ao trabalho de aconselhamento realizado nas escolas. Indica uma limitação na constituição de práticas preventivas relativas a sexo seguro pelos jovens, e, além disso, o dito aconselhamento parece reforçar o espaço das unidades de saúde como local no qual prioritariamente se realizam atividades curativas.

Por outro lado, a procura pelos adolescentes dos serviços de saúde, quando da suspeita de ter contraído DST/Aids via sexo desprotegido, parece apontar para o

êxito da ação preventiva nas escolas. Pode-se depreender disto que eles entendem o espaço da unidade de saúde como um dos locais próprio para o cuidado das questões ligadas à sexualidade.

O segundo núcleo temático é a negociação do uso da camisinha pelos casais. Uma profissional colocou a idéia de que os homens têm mais autonomia para decidir sobre uso do *condom* do que as mulheres. A dita entrevistada considerou importante a realização de um trabalho com os homens para discutir suas relações afetivas e sexuais.

As questões de sexo seguro, planejamentos, porque você tem que pegar o homem também... porque ele [influi] também na relação, as vezes ele tem mais autonomia do que a própria mulher... (Enfermeira, UBS)

Esta questão aponta para a inclusão dos homens em ações referentes ao uso da camisinha. A percepção de que os homens determinam predominantemente o método contraceptivo utilizado pelo casal, tem consonância com estudos realizados por Duarte (1998), Marchi *et al* (2003), Duarte *et al* (2003), Gomes (2003), Espírito-Santo & Tavares-Neto (2004).

A idéia mencionada na fala da enfermeira não se configura enquanto atividade ou percepção corrente nos serviços. Além disso, observamos que os entrevistados, em alguma medida, valorizam o fato de os homens decidirem sobre o uso do preservativo. A discussão de relações afetivas e sexuais com homens pode servir como possível instrumento para a transferência de poder para as mulheres, incrementando o uso da camisinha. Porém, acreditamos, como Vilella (1998), que

isto se configura apenas como um primeiro momento para gerar condições de negociação equânime pelo casal.

Autores como Arilha (1998), Nascimento (s/d), Figueroa-Perea (1998), Olavarria (2003) enfatizam a importância do trabalho em saúde sexual com os homens para além da concepção de que estes facilitam ou dificultam o uso da camisinha nas relações heterossexuais como método de proteção das DST/Aids. Eles argumentam a necessidade de romper com a vinculação de homens com a sexualidade e das mulheres com a reprodução, pois a pretensa autonomia sexual masculina esconde práticas prejudiciais à sua saúde e de suas companheiras.

Frente a este debate, Villela (1998) argumenta que uma estratégia para aumentar o uso da camisinha pelos homens e sua negociação pelos casais heterossexuais é vincular esta prática às concepções de virilidade, coragem e liberdade sexual. Aponta para esta ação como criadora de condições para discutir com os homens a redefinição de papéis de gênero e sexuais.

O terceiro núcleo temático se refere ao uso do preservativo após a esterilização masculina. Agentes comunitárias de saúde, médicos e enfermeiras envolvidos no processo de planejamento familiar relatam que os homens recebem esclarecimento quanto às características do procedimento cirúrgico, especialmente aos aspectos relativos à preservação da ereção, ejaculação, prazer.

Os entrevistados percebem que os homens equiparam vasectomia e castração, o que diminui a procura pela cirurgia de esterilização. Viveros *et al* (1998a) e Keijzer (2003) indicam que a impossibilidade de gerar filhos provoca o questionamento da identidade masculina calcada na demonstração pública de sua virilidade.

Os entrevistados percebem que os homens vinculam preservativo e reprodução, por isso recomendam enfaticamente o uso do *condom* como forma de evitar DSTs. Acreditam que com a realização da esterilização os homens aumentam sua atividade sexual desprotegida com diversas parceiras, pois o ato sexual passa a ser definitivamente desvinculado da atividade reprodutiva.

A gente deixa bem claro “Vai fazer a vasectomia, mas vai ter que continuar a prevenir”... que a vasectomia é só para não ter filho, agora DST não tem como... se não usar camisinha pega mesmo... (Agente Comunitária de Saúde, UBS)

7.1.3 ATENÇÃO ÀS DSTs

Este aspecto debate a presença e participação dos homens em diversos espaços de atenção à saúde, a partir da apresentação de duas intervenções com objetivos curativos. A primeira é realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na qual é montado um esquema de atendimento a homens e mulheres que buscam a unidade de saúde com queixas relativas às DSTs. Caso a queixa dos usuários indique uma DST, visando à preservação da sua intimidade, as ACSs agendam a consulta e comunicam à equipe. Preferencialmente, os homens são atendidos por médicos do sexo masculino.

Segundo relato do médico que atende o público masculino nessa unidade básica, os homens são detalhistas ao contar sua doença e a forma como a adquiriram. Durante a consulta, caso seja necessário o encaminhamento para um especialista, este é feito prontamente. Segundo uma enfermeira, a população na faixa dos 20 anos foi beneficiada por esta ação.

Esta estratégia reflete a concepção de que a sexualidade é um assunto privado que envolve diversas questões de abordagem delicada para ambos os sexos. Esta estratégia acolhe os homens com queixas de DSTs, garantindo que o motivo da procura pela unidade de saúde seja mantido em sigilo. Além disso, o fato de o profissional ser do sexo masculino possibilita, segundo o médico dessa UBS, que os homens percebem que os problemas serão mais bem compreendidos. Em um contexto no qual os usuários do sexo masculino percebem as unidades como espaço feminino, esta foi a forma encontrada pela equipe para tratar as DSTs.

Pergunta.: Como você acolhe a queixa desses homens com DST?

Resposta: Quem informa é o agente de saúde, o agente de saúde conversa com a gente, a gente combina um horário que eles possam estar vindo aqui... por que eles chegam na recepção e fala que tem um probleminha nesse sentido... a fila atrás está escutando ele, e não fala... (Médico, UBS)

Acerca da preferência dada pelo serviço de que os homens sejam atendidos por médicos do mesmo sexo, Wood *et al* (2002), em pesquisa realizada com *general practitioners* na Austrália, verificou que os profissionais homens tendem a realizar consultas mais curtas, pode-se pensar a partir deste achado que esta escolha seja um fato positivo, pois vai ao encontro das expectativas dos homens por atendimentos mais rápidos e diretos.

A outra ação curativa acontece no Pronto Socorro (PS). Neste nível de atenção, dada a própria característica de espaço e funcionamento, ao contrário da USF, os

homens são diretos ao falar na recepção sobre seu problema de saúde, bem como sobre o caráter extra-conjugal do contágio, comportamento não relatado na consulta junto com a companheira. As mulheres não se mostram tão confortáveis diante do médico.

Pergunta: Como os homens apresentam para você uma questão de saúde relacionada à DST?

Resposta: Dificilmente têm vergonha...

(Gerente, sexo feminino, Pronto Socorro)

Entrevistado: ... Não o homem é direto... o paciente homem chega e fala “meu negócio é isso, isso e isso”, não tem negócio ele fala mesmo...

(...)

E.: Ele só não vai falar se estiver com a esposa dele do lado, ele não vai falar mesmo... porque tem todo aquele negócio de traição...

Pesquisador: O que eles falam? São diretos?

E.: Eles falam “saí com uma garota...” e conta toda a historinha, não tem rolo não... agora quem esconde mais é a mulher... (Médico, UBS)

Estas colocações indicam que há espaços nos quais os homens se sentem mais seguros para apresentar problemas de saúde referentes à sexualidade. Wood *et al* (2003) elencam alguns elementos que ajudam a compreender a utilização dos

serviços de saúde pelos homens. Nesse trabalho, o tempo de espera pelo atendimento e o desconforto nos serviços de atenção primária configuram-se como questões que levam aos homens a buscar serviços de urgência e emergência. Além disso, os autores colocam a idéia de que o cuidado com a saúde é um aspecto negativo na construção da identidade masculina, idéias corroboradas por Keijzer (2000), Vigoya (2001), Telleria (2003), Figueiredo (2005), Schraiber (2005), Schraiber *et al* (2005).

A estratégia executada na unidade básica de saúde, bem como o olhar da profissional do pronto-socorro corroboram a pouca familiaridade dos homens com o espaço da UBS. Entretanto, não existe uma política municipal voltada a este problema, enfrentado apenas pela referida USF. Estratégias semelhantes, conforme discute Figueiredo (2005), produzem resultados interessantes na forma como os homens passam a perceber o serviço de saúde primário e o cuidado à saúde em geral.

7.2 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA

Este tópico tem como questão central a cirurgia de esterilização masculina a partir de categorias temáticas geradas pela análise do discurso dos entrevistados. Tem-se como eixo a realização da vasectomia no município, organizado do seguinte modo: público-alvo da esterilização; do planejamento familiar à vasectomia; motivos para a realização da vasectomia.

7.2.1 PÚBLICO-ALVO DA ESTERILIZAÇÃO

O *público-alvo* da esterilização, à época das entrevistas, eram os homens. Esta população, na percepção dos entrevistados, tem como características ser pobre, ter muitos filhos, uma maioria constituída por migrantes do Nordeste brasileiro e estar na faixa etária de 40 anos.

De modo geral, a pobreza aparece associada à uma capacidade reduzida de compreensão de questões referentes aos métodos de controle de natalidade. Outras características são: baixo auto-cuidado em termos de higiene pessoal, levando a uma ação, após a vasectomia, destinada a garantir uma recuperação sem infecções. Essa ação consiste na administração de um “antibiótico profilático” (Médico, atenção secundária), pois não se sabe “(...) se eles [homens] vão ter um asseio adequado” (idem). Segundo ele, essa população tem um acesso restrito ao saneamento básico e poucas práticas de auto-cuidado.

Ser nordestino relaciona-se a maiores restrições na utilização de métodos contraceptivos e a um número grande de filhos. Eles são percebidos pelos profissionais, gerentes e gestores, como homens machistas e não monogâmicos.

Tem a questão social de Francisco Morato, que é predominantemente de migrantes nordestinos. Uma sociedade que é machista, que não é monogâmica, que tem mais de uma mulher e dificuldade de usar preservativo, que acha que fazer uma cirurgia de vasectomia vai deixar de ser homem (Gestor)

Viveros (1998; 1998a) e Keijzer (2000), entre outros autores, apontam que a vasectomia, neste contexto é entendida como castração. Portella *et al* (2004) perceberam diferenças entre homens da zona da mata de Pernambuco e dos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo.

Enquanto os homens rurais do Nordeste seguem uma matriz tradicional de masculinidade, os homens urbanos do Sudeste articulam elementos tradicionais e inovadores no que toca aos padrões de gênero, embora os homens mais velhos compartilhem muitos dos pontos de vista dos pernambucanos (Portella *et al*, 2004, p.1).

Portella *et al* (2004) coloca que os homens migrantes advindos do Nordeste brasileiro, na faixa etária de quarenta anos, tendem a seguir o dito modelo tradicional de masculinidade, no qual a paternidade é tida como prova de hombridade. Este achado é consoante com a percepção dos entrevistados acerca dos homens nordestinos, característica do público-alvo da vasectomia que dificultam, segundo o supracitado gestor, a adesão dos homens à cirurgia.

7.2.2 DO PLANEJAMENTO FAMILIAR À VASECTOMIA

Segundo relato de profissionais, gerentes e gestores, o planejamento familiar ocorre em todas as unidades de atenção à saúde básica, tendo sido separado em três momentos: o processo decisório para a cirurgia, o pré e o pós-cirúrgico.

7.2.2.1 O PROCESSO DECISÓRIO PARA A CIRURGIA

Os entrevistados apresentam algumas formas de os homens freqüentarem os grupos de planejamento familiar. Uma delas, ocorre durante o pré-natal, no qual os profissionais de saúde sugerem aos usuários que se integrem ao planejamento

familiar⁸. Outra, no cotidiano da assistência à saúde (nível primário e secundário), com homens e mulheres sendo chamados a se integrarem no processo de planejamento familiar. Uma ACS afirmou que homens já esterilizados indicam o procedimento cirúrgico a outros, levando ao aumento da procura pelos grupos.

As informações indicam que com as ações do PSF os homens têm se preocupado mais com a saúde de sua companheira e de seu filho, mudando de uma paternidade ausente para uma presente. Os homens estão freqüentando mais as unidades de saúde, o que possibilita o convite dos profissionais para os grupos de planejamento familiar. Já a indicação de homens esterilizados a outros é, segundo Marchi *et al* (2003), uma fonte de informação freqüentemente buscada para o esclarecimento acerca do método.

Os entrevistados relataram que a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) é um fator importante para uma maior participação dos usuários homens nas ações propostas pelo sistema de saúde.

Antes era mais difícil... depois do PSF é que a maioria [dos homens] estão vindo... pra acompanhar a mulher ou filho... mas antes nem pra isso eles estavam vindo... (Agente Comunitária de Saúde, UBS)

No processo de planejamento familiar os usuários participam de grupos educativos com psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros para conhecer e decidir sobre qual o método contraceptivo os casais utilizarão. Os entrevistados relatam que esses grupos são mais freqüentados por mulheres, havendo muitas desistências.

⁸ Este convite ocorre numa realidade em que, segundo os entrevistados, os homens têm participado mais da assistência à gravidez.

Tabela 1: Taxa de internação masculina e feminina por anticoncepção na faixa etária ente 15 e 69 anos. Francisco Morato, 2003 a 2005*.

Faixa etária	2003		2004		2005	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
15 a 19 anos	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0
20 a 29 anos	26,8	8,9	86,6	37,9	30,3	57,4
30 a 39 anos	105,9	6,9	266,0	95,8	122,1	90,2
40 a 49 anos	35,0	0,0	105,0	19,2	36,9	8,4
50 a 59 anos	6,9	0,0	22,3	0,0	10,4	0,0
60 a 69 anos	5,6	0,0	10,9	0,0	0,0	0,0
Total	39,3	4,2	107,6	37,3	44,5	39,3

Fonte: www.datasus.gov.br

* Por 10.000 hab.

Pode-se concluir que, em 2003, foram realizadas 9,4 vezes mais vasectomias que laqueaduras; em 2004, foram 2,9 vezes e, em 2005, 1,1 vez. Homens e mulheres entre 30 e 39 anos são os que mais se submetem a procedimentos de anticoncepção, com predominância da população masculina; os homens são os principais sujeitos da esterilização da faixa etária entre 40 e 49 anos.

7.2.2.2 O PROCESSO PRÉ-CIRÚRGICO

Após a decisão pela vasectomia e o consentimento escrito da parceira quanto à cirurgia, os procedimentos são realizados na Santa Casa do município. Enfileirados em grupos de cinco, os homens aguardam em frente à sala do cirurgião para a vasectomia. Eles já se submeteram aos exames para hipertensão, diabetes e espermograma, além de ter realizado a ciclotomia (“raspar os pelinhos”).

Segundo a gerente responsável pela unidade hospitalar, é designando um auxiliar de enfermagem homem heterossexual, para acompanhá-los na espera da cirurgia. Antes do procedimento realiza-se uma breve reunião, na qual o profissional reitera a impossibilidade de ter filhos após a cirurgia, e a alternativa pela desistência, enfatizando que o método não impede a infecção por DSTs/AIDS.

No caso da vasectomia, o médico já é do sexo masculino, eu já deixo um funcionário do sexo masculino... porque eles se sentem constrangidos de ficar uma mulher lá dentro, quem é que não se sente, ele não está doente... porque quando ele está doente fica um pouco mais debilitado, acaba que nem faz tanta questão... mesmo assim se o paciente questionar e quiser alguém do sexo masculino, não é para opor, que vá alguém do sexo masculino lá... então na vasectomia, como eles estão conscientes, todos ativos, brincando o tempo inteiro, conversando eu mesmo faço essa colocação, eu só deixo homem, homem mesmo pra atender o sexo masculino na vasectomia... (Gerente, sexo feminino, Santa Casa)

7.2.2.3 O PROCESSO PÓS-CIRÚRGICO

Logo após a cirurgia, o grupo é novamente reunido e orientado no hospital a não ter atividade sexual no período de uma semana, e após esse período o homem deve usar camisinha e a mulher tomar anticoncepcional oral. Após vinte ejaculações, o homem precisa submeter-se ao espermograma para verificar se há produção de espermatozóides. Neste momento, entrega-se um atestado para liberação de cinco dias do trabalho.

7.2.3 MOTIVOS PARA A REALIZAÇÃO DA VASECTOMIA

Os profissionais apresentaram mais razões favoráveis que contrárias à cirurgia: sua realização é mais rápida e mais simples que a laqueadura; é uma cirurgia local e

de alta imediata. Seu caráter definitivo foi a única justificativa apontada para a não-realização.

Percebe-se que as vantagens técnicas para a realização da cirurgia foram privilegias. Viveros *et al* (1998a) criticam a visão biomédica da vasectomia. Esses afirmam que, em um contexto no qual decisão pelo método contraceptivo se dá na relação entre profissionais e usuários, as motivações subjetivas dos envolvidos e os temores dos homens deveriam ser levados em conta no esclarecimento acerca da vasectomia.

Os entrevistados freqüentemente se referiram à necessidade de romper com os preconceitos que envolvem a esterilização masculina nas atividades educativas, reiterando aos homens que sua potência sexual será preservada.

Ao relacionar os motivos técnicos que justificam a realização da cirurgia às ações programadas de planejamento familiar, verifica-se que esta política tem sido vista com satisfação pelos profissionais, gerentes e gestores. Estes relatam que a vasectomia tem contribuído para vencer o preconceito em torno da participação dos homens no planejamento familiar.

E isso está mudando, se você vir num dia que nós temos cirurgia, vai ver os homens vindo fazer cirurgia de vasectomia e saindo satisfeitos e indicando para outros homens. Então isso é uma mudança de cultura, de sociedade, de perfil, de visão de saúde pública. (Gestor do nível central, sexo masculino).

A referida mudança de cultura aponta para uma política voltada ao bem-estar dos usuários da saúde ou à redução no número de crianças nascidas no município? Machi *et al* (2003) fazem uma reflexão sobre a implicação dos homens nos métodos de contracepção.

É necessário ter presente que não se trata de trocar a esterilização feminina pela masculina, mas de permitir às pessoas a escolha livre e informada de um método contraceptivo, o que implica dispor de todas as opções para homens e mulheres e não apenas de algumas. Nesse contexto, apresenta-se como importante a constituição de tais serviços, o entendimento das motivações, da perspectiva e das expectativas dos homens quanto à anticoncepção (p.1019).

Capítulo 8

Conclusão

Este trabalho teve como objetivo analisar o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde do Município de Francisco Morato, no que se refere à saúde reprodutiva e sexual voltada para os homens no município.

Traçando a história das idéias, no campo da saúde coletiva, acerca das políticas de saúde reprodutiva e sexual, chegamos a um exemplo de como elas repercutem (ou não) no cotidiano da atenção à saúde. Discutimos que a noção de gênero tem instrumentalizado o debate sobre os modos de viver dos homens, encarando a masculinidade não como uma forma universal de existência, mas nas *nuances* da reprodução cotidiana de elementos novos e antigos da identidade masculina, referentes às relações familiares, sexuais e de trabalho, entre outras.

O lugar-comum entre os profissionais e gestores entrevistados é o discurso de que os homens usam os serviços de saúde de forma seletiva, de acordo com os modos de representar sua identidade de gênero, o que implica um uso menos freqüente que as mulheres, sobretudo na atenção básica. Os homens procuram os serviços oferecidos: quando ocorre a intensificação de algum problema de saúde; e como participantes de alguns programas e serviços disponibilizados para si próprios e para a família, quando incentivados.

A utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos frente ao diagnóstico do câncer de próstata é um claro exemplo da procura masculina por cuidado quando

da intensificação de um problema. Embora eles freqüentem mais os serviços de saúde, o que implicaria uma maior familiaridade com os procedimentos médicos, aponta-se que isso não se apresenta diante do exame de toque, relacionado a tabus sobre o uso de um corpo heterossexual. O referido exame implica na possível descoberta de uma doença, ao mesmo tempo em que expõe o homem a uma situação considerada sexualmente vexatória: aspectos sumamente relacionados à feminilidade.

A importância da oferta e do incentivo para maior uso dos serviços foi evidenciada na participação dos homens no processo de planejamento familiar, cujo maior objetivo era realizar a vasectomia. Se, por um lado, houve a inclusão dos homens no campo da saúde reprodutiva, por outro, esta ação restringiu os métodos disponíveis para contracepção, reproduzindo uma visão biomédica de cuidado à saúde e de controle populacional. Perspectiva biologizante que se apresentou também nas atividades de aconselhamento feitas nas escolas.

A maioria das estratégias está ligada ao campo da sexualidade, em detrimento da atenção integral à saúde, naturalizando a ausência masculina na atenção primária. Outro argumento que justifica esta naturalização é a relação estabelecida entre o trabalho masculino e a pouca procura para o atendimento nas unidades básicas de saúde (UBSs) e unidades de saúde da família (USF).

As diferenças entre homens e mulheres são percebidas pelos profissionais da saúde principalmente no que se refere à freqüência nos serviços, mas não na relação cotidiana. Neste nível, os entrevistados referem-se a um paciente sem sexo definido.

O aumento da presença dos homens na atenção básica deflagra o esforço de personagens isolados do município em atraí-los para os espaços de cuidado à saúde.

Revelando que os sujeitos de pesquisa percebem sua realidade particular, de forma local e restrita, indicando a existência de poucos espaços coletivos organizados para discutir o cuidado à saúde, assim como a formulação e implementação de propostas que levem em conta os diversos perfis de morbi-mortalidade.

Esta investigação revelou que ao falar das diferenças de gênero os entrevistados puderam refletir acerca da sua prática e expor suas idéias e concepções sobre como a noção de gênero configura as atividades em saúde. Depreende-se disso a importância de fortalecer os espaços para o exercício crítico da realidade e circulação das informações sobre a percepção dos atores envolvidos na atenção à saúde, criando conhecimento sobre o modo de viver de homens, mulheres, crianças, idosos, orientação sexual para intervenções que levem em conta aspectos geográficos, laborais, geracionais, raciais e de gênero. Isto implica a aquisição de concepções e práticas pedagógicas participativas, rompendo com paradigmas baseados em valores tradicionais e preconceitos.

ANEXOS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
ENTREVISTA – GERENTES E GESTORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Homens e Serviços de Saúde no Município de Francisco Morato

Autor: Tiago Noel Ribeiro

Orientador: Profº Drº Luís Eduardo Batista

Eu recebi uma descrição oral do estudo, incluindo uma explicação dos seus objetivos e seus procedimentos. Os dados encontrados serão utilizados para realização de um estudo que tem como objetivo de verificar como sistema de saúde (serviços públicos e privados) é organizado para atender a demanda dos homens entre 15 a 59 anos, no município de Francisco Morato. Os procedimentos do estudo ocorrerão somente com minha autorização para: participar de uma entrevista, consciente de que serão gravadas. Minha assinatura neste documento é por livre e espontânea vontade e representa o meu consentimento para agir na atividade proposta. Ficam assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase dos procedimentos, no momento em que julgar necessário; o sigilo da minha identidade; o de conhecer os resultados obtidos na pesquisa e que nenhum serviço ou compensação será oferecido em decorrência da minha participação. Declaro que estou ciente que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Assinatura do participante: _____

Eu, TIAGO NOEL RIBEIRO confirmo que informei e expliquei, ao gestor sobre o conteúdo deste documento.

Assinatura do pesquisador: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor ligar para: TIAGO NOEL RIBEIRO.

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 - tel: 3293 -2222 ramal: 2232 - de segunda-feira à sexta-feira – das 10h às 17h.

Observação: 01 cópia ficará com o pesquisador e 01 cópia, com o profissional.

Francisco Morato, ____/____/____.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
ENTREVISTA - PROFISSIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Homens e Serviços de Saúde no Município de Francisco Morato

Autor: Tiago Noel Ribeiro

Orientador: Profº Drº Luís Eduardo Batista

Eu recebi uma descrição oral do estudo, incluindo uma explicação dos seus objetivos e seus procedimentos. Os dados encontrados serão utilizados para realização de um estudo que tem como objetivo de verificar como sistema de saúde (serviços públicos e privados) é organizado para atender a demanda dos homens entre 15 a 59 anos, no município de Francisco Morato. Os procedimentos do estudo ocorrerão somente com minha autorização para: participar de uma entrevista, consciente de que serão gravadas. Minha assinatura neste documento é por livre e espontânea vontade e representa o meu consentimento para agir na atividade proposta. Ficam assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase dos procedimentos, no momento em que julgar necessário; o sigilo da minha identidade; o de conhecer os resultados obtidos na pesquisa e que nenhum serviço ou compensação será oferecido em decorrência da minha participação. Declaro que estou ciente que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Assinatura do participante: _____

Eu, Tiago Noel Ribeiro confirmo que informei e expliquei, a pessoa acima nomeada sobre o conteúdo deste documento.

Assinatura do pesquisador: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor ligar para: TIAGO NOEL RIBEIRO.

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 - tel: 3293 -2222 ramal: 2232 - de segunda-feira à sexta-feira – das 10h às 17h.

Observação: 01 cópia ficará com o pesquisador e 01 cópia, com o profissional.

Francisco Morato, ____/____/____.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUTO DE SAÚDE**

Protocolo 008/04

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. Identificação

Título do Projeto: "Homens e Serviços de Saúde no Município de Francisco Morato".

Pesquisadores Responsáveis: Tiago Noel Ribeiro, sob orientação do Dr. Luís Eduardo Batista.

Instituição onde se realizará o campo: Serviços de Saúde do Município.

Instituição Responsável: Instituto de Saúde/SES/SP

Data de Entrada no CEPIS: 16/04/2004

II. Parecer

A pesquisa apresenta questão inovadora com razoável fundamentação teórica, e aponta para a necessidade de se conhecer melhor o acesso da população masculina aos serviços de saúde do município de Francisco Morato. Alguns pequenos erros de digitação que não comprometem a leitura do texto deveriam ser eliminados.

Descreve o município que é o *locus* da pesquisa, e partindo da premissa de que a divisão dos habitantes por sexo é praticamente igual (49,9% são homens e 50,1%, mulheres), constata que os atendimentos médicos na região não seguem a mesma proporção. Lança mão então da categoria "gênero" para, em primeiro lugar, entender o mundo social e suas relações, diferenciando-a da mera distinção

biológica entre os sexos, para em seguida investigar o que denomina como “políticas de masculinidade”, e em que medida a organização e as práticas da rede médica pública constituem barreiras ao acesso dos homens aos serviços de saúde. Um terceiro elemento é a regionalização, como parte integrante do SUS onde tal rede se insere.

Como a metodologia consiste fundamentalmente em observar os serviços e entrevistar gestores e profissionais de saúde, por um lado, e usuários do sexo masculino por outro, o estudo não oferece nenhum risco físico, psíquico ou mesmo social aos que concordarem em participar do mesmo. Falta apenas indicar esta inexistência de riscos, bem como os benefícios – se houver – que a pesquisa trará ao sistema local e à pesquisas futuras na mesma linha.

Asseveramos, portanto, não ter encontrado nenhum elemento que constitua impedimento para que as atividades de pesquisa principiemos tal como previsto no cronograma, considerando o Projeto **Aprovado**.

São Paulo, 31 de maio de 2004

Dra. Marina Ferreira Rea
Coordenadora - CEPIS

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 09.11.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1044/05**, intitulado: "Homens e atenção à saúde sexual e reprodutiva no município de Francisco Morato" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Prof. Dr. Márcia Thereza Couto Falcão**

Pesquisador (a) Executante: **Sr. Tiago Noel Ribeiro**

CAPPesq, 09 de Novembro de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

HERÁCLITO BARBOSA DE CARVALHO
Coordenador do Programa de Pós-graduação do
Dept. de Medicina Preventiva (Suplente)

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05430 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax : 011 - 3069 6492 - e-mail : cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
mis

Roteiro para entrevistas – Gestores e Gerentes de Saúde

Ponto de vista político

- Identificação
 1. Formação:
 2. Tempo trabalha na área da saúde.
- Serviço de saúde e homens
 1. Considerações sobre serviço de saúde para a população masculina.
 2. Ações planejadas e/ou implementadas visando tal finalidade.
 3. Conhecimento acerca do conceito de saúde reprodutiva.

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ponto de vista prático

- Identificação
- 1. Formação:
- 2. Tempo trabalha na área da saúde.
- Serviço de saúde e homens
- 3. Considerações sobre serviço de saúde para a população masculina.
- 4. Ações planejadas e/ou implementadas visando tal finalidade.
- 5. Conhecimento acerca do conceito de saúde reprodutiva.

Bibliografia

1. Arilha M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/ Ed.34; 1998. p.51-77.
2. Arilha M. *O masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica ao discurso de gênero* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2005.
3. Ávilla MB, GOUVEIA T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: Parker R, Barbosa MR. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1996. p.160-72.
4. Ayres JRCM, França Junior I. Saúde do adolescente. In: Schraiber, LB; Nemes MIB; Mendes-Gonçalves, RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.66-85. (Saúde em debate 96; Série didática 3)
5. Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão L, Diaz J (orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council; 1999. p.180-97. (Saúde em Debate; 125)
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2000.
7. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine*. 1999;(48):745-5.
8. Botazzo C. A produção do conhecimento em Saúde Coletiva. *BIS*. 2005;(35):8-12.
9. Bourdieu P. A Dominação Masculina. Tradução: Maria Helena Kühner. 2a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geostatística – IBGE [online] Disponível em: <[http://www.ibge.com.br/cidadesat/default.php.navegabilidade/padrão/Francisco Morato.htm](http://www.ibge.com.br/cidadesat/default.php.navegabilidade/padrão/Francisco_Morato.htm)>. Acesso em: 15/02/2004.
11. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

12. Canesqui AM. As Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: CANESQUI, Ana Maria (org.) *Dilemas das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. Hucitec-Abrasco: São Paulo; 1995. p.19-35. (Questões da década de 80)
13. Connell RW. La organización social de la masculinidad. *Isis Internacional*. Ediciones de las mujeres. 1997;(24):31-48.
14. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000;(50):1385-1401.
15. Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCS (org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p.687-706.
16. Couto MT. *Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução* [tese]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
17. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*. 1997;13(1):103-7.
18. Duarte GA, Alvarenga AT; Osis MJD, Faúntes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(1):207-16.
19. Duarte GA. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(Supl.1):125-30.
20. Espírito-Santo DC, Tavares-Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(2):526-9.
21. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de saúde de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
22. Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Caderno de Saúde Pública*. 1998;14(Supl. 1):87-96.

23. Fundação SEADE [online]. *Perfil Municipal de Francisco Morato*. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/perfil/index.html>> Acesso em: 10/03/2004.
24. Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L, Diaz J (orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council; 1999. p.165-179. (Saúde em Debate; 125)
25. Garcia SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B (Orgs.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ed. 34; 1998. p.31-50.
26. Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;1(10):47-57.
27. Gomáriz E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. *Ediciones de las mujeres*. 1992;(17):83-110.
28. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
29. GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):825-9.
30. Gómez-Ferrer Morant G (Org.). *Las relaciones de género*. Madrid: Marcial Pons; 1995.
31. Herrera G, Rodríguez L. Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. In: Andrade X, Herrera G (Eds.). *Masculinidades en Ecuador*. Quito: Flacso; UNFPA; 2001. p.157-178
32. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: gênero, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S. (Coords.). *La salud como derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Faculdade de saúde pública y administração da Universidade Peruana Cayetano Herida; 2003. p.137-152.
33. Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Ediciones de las mujeres*. 1992;(17):129-38.

34. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.133-158. (Textos 3)
35. Leal OF, Boff AM. *Insultos, queixas, sedução e sexualidade*: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina Maria (Orgs). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996, p.119-135.
36. Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(4):1017-27.
37. Melo, M. *Ciência, sexualidade e reprodução humana*: como ensinar? [on-line]. 2002. Disponível em: <<http://cidade.usp.br/educar2002/mod08/paper%20melo.doc>> Acesso em: 05 agosto 2004.
38. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 8. Ed. São Paulo: Hucitec; 2004. (Saúde em debate, 46)
39. Nascimento P. *O sexo dos homens*: vulnerabilidade e prevenção às DST/AIDS [on-line]. Disponível em: <<http://www.papai.org.br/admin/biblioteca/arquivos/20070301124959.pdf?PHPSESSID=f589e3a4dcf6d8743ed1690dee077fc8>> Acesso em: 28 abril 2004.
40. NISIS - Núcleo de investigação em sistemas de saúde. Instituto de Saúde. CD Room: Quantos Brasis? Equidade para locação de recursos do SUS. 2002. São Paulo. Fabricado por: No AR Estúdios - SP Industria Brasileira.
41. Olavarria J. *Derechos sexuales y reproductivos y los hombres* [on-line]. Agosto 2003. Disponível em: <<http://www.flacso.cl/flacso/biblos.php?cade=619>> . Acesso em 20 out. 2005.
42. Pirotta KCM, Barbosa R, Pupo LR, Cavasin S, Unbehaum S. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*. 2006;40:6-18.
43. Pirotta KCM. A construção sócio-histórica da adolescência e a políticas públicas. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*. 2006; 40: 2-6.

44. Portella AP, Medrado B, Souza CM, Diniz S. *Sexualidade e Reprodução: perspectivas de homens e mulheres* [on-line]. *IPAS Brasil*, janeiro 2004. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/jan04.html>>. Acesso em 16 março 2004.
45. Quivy R, Campenhoudt LV. *Manual de investigação em ciências sociais*. 2.ed. Tradução: João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Lisboa: Gradiva – Publicações L.da; 1998.
46. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
47. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa de saúde da família do Recife. In: Villela W, Monteiro (Orgs.). *Gênero de saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva; Brasília: UNFPA – Fundo de população das nações unidas; 2005. p.39-61.
48. Scott J. *Gênero: Uma categoria útil para análise histórica*. Tradução: Angela Araújo e Lucelena Alves de Oliveira. Recife: S.O.S. Corpo; 1991.
49. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP) [online]. *Indicadores para avaliação do sistema*. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/html/fr-indica.htm>> Acesso em: 10/03/2004.
50. Tellería JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de la Siera-Bolivia. In: Cáceres C, Cuenco M, Ramos M, Vallens S (coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Puruana Cayetano Herida; 2003. p.165-172.
51. Vigoya MV. Contemporary Latin American Perspectives on Masculinity. *Men and Masculinities*. 2001;3(3):237-60.
52. Villar GB. *Gênero, cuidado e saúde: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina – USP; 2007.
53. Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Villela W, Monteiro S (Orgs.). *Gênero e saúde:*

- Programa de saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA – Fundo e População das Nações Unidas; 2005. p.15-30.
54. Villela W. “Homem que é homem também pega AIDS?”. In: Arilha M, Unbehaum S, Medrado B. *Homens e masculinidades*: outras palavras. São Paulo: ECOS/ Ed.34; 1998. p.129-142.
 55. Viveros M, Gomez F, Oterro E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cad. Saúde Públ.* 1998a;14(Supl.1):97-103.
 56. Viveros M. Orden corporal y esterilización masculina. *Horizontes Antropológicos*. 1998;(9):145-70.
 57. Woods M, Macdonald J, Campbell M. *General practitioners and men's health*: perceptions and practicalities. [on-line]. 2002. Disponível em: <<http://menshealth.uws.edu.au/documents/GP%20Conf%20Paper.pdf>> Acesso em: 28 abril 2008.