

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René-Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**GÊNERO, MASCULINIDADE E SAÚDE DO HOMEM: A REPRESENTAÇÃO
SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

por

Priscila Neves Silva

Belo Horizonte
Fev/2015

DISSERTAÇÃO	MCHSS- CPqRR	P.N.SILVA	2015
--------------------	---------------------	------------------	-------------

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René-Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**GÊNERO, MASCULINIDADE E SAÚDE DO HOMEM: A REPRESENTAÇÃO
SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

por

Priscila Neves Silva

Dissertação apresentada com
vistas à obtenção do Título
de Mestre em **Saúde Coletiva**
na área de concentração
Ciências Humanas e Sociais
em Saúde.

Orientação: Prof.Dra. Celina Maria Modena

Belo Horizonte
Fev/2015

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

S586g Silva, Priscila Neves.
2015

Gênero, masculinidade e saúde do homem: a representação social do Agente Comunitário de Saúde / Priscila Neves Silva. – Belo Horizonte, 2015.

X, 79 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 82 - 89

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Saúde do Homem/etnologia 2. Agentes Comunitários de Saúde/utilização 3. Identidade de Gênero 4. Mídia Audiovisual 5. Promoção da Saúde/métodos I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação)

CDD – 22. ed. – 613.042 34

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René-Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**GÊNERO, MASCULINIDADE E SAÚDE DO HOMEM: A
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE**

por

Priscila Neves Silva

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (Presidente)

Profa. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo

Profa. Dra. Adriana Maria de Figueiredo

Suplente: Profa. Dra. Denise Nacif Pimenta

Dissertação defendida e aprovada em: 03/02/2015

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

(João Guimarães Rosa)

Suporte Financeiro

Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG nº CDS-APQ-01932-12)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq nº 402050/2011-8)

AGRADECIMENTOS

O desafio de finalizar um mestrado no prazo de um ano só é possível se neste barco subirem várias pessoas que ajudem a conduzi-lo. O processo de produção desta dissertação, mesmo tendo um aspecto individual, teve um apoio coletivo e, portanto, faço questão de agradecer a todos aqueles que subiram comigo neste barco e me auxiliaram a chegar ao final.

À Celina Maria Modena, minha orientadora, pelo apoio e disponibilidade em me orientar, por acreditar que eu conseguiria e por não me deixar desistir;

À Joselia Oliveira Araújo Firmo, pelo apoio, confiança e contribuições dadas ao projeto;

Ao Alberto Martins Mesaque por me aceitar de maneira tão generosa na equipe do projeto e pelo auxílio na realização da pesquisa;

Aos amigos e parceiros nesta pesquisa Jhonatan Jeison de Miranda, Mateus Aparecido de Faria, Thalita Rodrigues e Douglas Marcos Pereira de Paula pelo auxílio, apoio e contribuições;

A todos os agentes comunitários de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, pela confiança;

Aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Pompéia, Serra verde, Copacabana e Novo Horizonte por permitir e auxiliar a realização deste estudo;

Aos professores e colegas da pós graduação em especial a Alexandre Costa Val, Bianca Ruckert, Fernanda Freire Fonseca, Janete Evangelista, Juliana Sousa Coelho e Valquíria Vieira, pelo apoio e amizade;

À minha mãe Magda Maria Bello de Almeida Neves e ao meu pai Everaldo Chrispim da Silva pelo amor e apoio incondicional em todas as minhas escolhas, e por cuidar da minha filha com tanto amor nos momentos em que me ausentei;

Ao companheiro de tantas vidas, Henrique Mourão Carneiro Rocha, pelo amor, incentivo, apoio, companheirismo e amizade;

À minha pequenina, Clarice Neves Silva Rocha, pela presença, inspiração, sorrisos, amor, por me dar força e ser sempre um incentivo ao término deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	IX
Abstract	X
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivo específico	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Relação de gênero	21
3.2 Construção Social da Masculinidade	25
3.3 Gênero e saúde do homem	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 Método qualitativo	30
4.2 Representação Social	31
4.3 Local do estudo	33
4.4 População do Estudo	34
4.5 Coleta de Dados	35
4.6 Análise dos dados	37
4.7 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Concepção de gênero do agente comunitário de saúde no município de Belo Horizonte-MG	40
5.2 A percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a importância da mídia na saúde do homem.	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7 ANEXOS	76
7.1 Anexo 1 – Roteiro do Grupo Focal	77
7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
7.3 Anexo 3 – Carta de Aprovação Comitê Ética	80
7.4 Anexo 4 – Comprovante de submissão do artigo	81
8 REFERÊNCIAS	82

RESUMO

O modelo de masculinidade hegemônica determina que os homens devem ser fortes e invulneráveis o que repercute na relação destes sujeitos com a saúde e na maneira com que os profissionais de saúde percebem esses usuários. Sendo o agente comunitário de saúde um elo de comunicação entre as unidades básicas de saúde e a comunidade, ele tem um papel importante na conscientização sobre a prevenção das doenças e promoção da saúde. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as questões de gênero e masculinidade, e sua relação com a saúde do homem, a fim de identificar possíveis ações que possam melhorar o empoderamento deste usuário e, consequentemente, aproximá-lo das unidades básicas de saúde.

Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando a representação social, com 56 agentes comunitários de saúde de 4 unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte-MG. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal e foram feitos 06 grupos focais. O referencial teórico da pesquisa foi a masculinidade e a teoria de gênero sobre a perspectiva de Joan Scott que trata as questões de gênero como relacionais. A análise dos dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo, e após exaustiva leitura do material coletado, foram criadas as categorias temáticas.

Observou-se que as concepções de gênero estão enraizadas no discurso dos agentes comunitários de saúde e determinam as relações destes com os usuários homens. Verificou-se, também, que a mídia é uma estratégia importante para a promoção da saúde do homem, segundo os entrevistados, devido a sua capacidade de influenciar os discursos sociais e mudar comportamentos.

Conclui-se que é importante incluir o tema das relações de gênero e da saúde do homem na pauta das ações de educação permanente, favorecendo a construção de práticas assistenciais que facilitem a adesão e vinculação da população masculina aos serviços de atenção básica, e que a mídia é uma estratégia fundamental para melhorar a participação do homem nas atividades das unidades básicas de saúde.

ABSTRACT

The hegemonic model of masculinity dictates that men should be strong and invulnerable which affects his relationship with his health and the way health professional treat them. As ACS do the link between UBS and the community, they have an important role in raising awareness about disease prevention and health promotion. In this sense, this research aims to understand how the ACS's perception of gender and masculinity and their relationship with men's health in order to identify possible actions to improve men's empowerment and approximate him to the UBS

It was performed a qualitative study, using social representation as a methodological framework, with 56 community health agents from 4 health basic units at the municipality of Belo Horizonte-MG. For data collection it was used the focus group technique, and 06 focus groups were made. The theoretical analysis was masculinity and gender theory in the prospect of Joan Scott that deals with gender issues as relational. Data analysis was performed using the content analysis technique and, after a carefully reading of the collected material, the thematic categories were created.

It was observed that gender conceptions are rooted in the discourse of ACS and determine their relationship with men. It was also found, according to the interviewees, that media is an important strategy for the men's health promotion due to its ability to influence social discourse and change behavior.

Thus it is important to include the issue of gender relations and men's health in the agenda of continuing education, favoring the construction of healthcare practices that facilitate the adhesion of the male population to primary health care services, and that media is a key strategy to improve men's participation in the basic health units activities.

1 INTRODUÇÃO

O tema saúde do homem entrou na pauta dos pesquisadores a partir da década de 1970 (Figueiredo, 2008). No entanto, estes primeiros estudos avaliavam os aspectos biológicos e epidemiológicos da saúde sem se ater às questões de gênero. Muitos pesquisadores à época identificaram que a taxa de mortalidade dos homens era maior quando comparado às mulheres o que, segundo Gomes et al. (2011), demonstrava um paradoxo uma vez que socialmente os homens tinham mais vantagens sobre as mulheres, já que eram detentores do poder. Desde então os pesquisadores começaram a ampliar a discussão incluindo, a partir dos anos 1990, a perspectiva relacional de gênero, para tentar entender as singularidades masculinas e como elas poderiam afetar a saúde do homem.

Joan Scott, historiadora norte-americana, publicou na década de 1980 um estudo no qual ela definia gênero como um construtor das relações sociais de poder indicando que a questão tinha que ser compreendida de forma relacional. Este texto foi a base de muitas pesquisas posteriores sobre gênero, e também influenciou os estudos sobre a saúde do homem.

Tendo como base esse olhar ampliado sobre a saúde do homem, saindo da questão biológica e introduzindo outras questões, Mckinlay (2005) publicou um estudo no qual estabeleceu cinco hipóteses explicativas para as diferenças entre homens e mulheres no que se refere à mortalidade e morbidade: especificidades biológico-genéticas dos sexos; diferenças e desigualdades sociais; expectativas sociais diferenciadas para ambos os sexos; busca por e uso de serviços de saúde por parte dos homens; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.

Percebe-se, portanto, que para além das questões biológicas, as expectativas sociais influenciam a saúde do homem. Connell (1995), estudando sobre masculinidades, identificou que existe uma masculinidade hegemônica, esperada socialmente, na qual o homem deve ser provedor, invulnerável e corajoso. Para este pesquisador existem vários tipos de masculinidades cujas variabilidades se relacionam com a raça, classe social, dentre outros fatores. No entanto, existe uma, hegemônica, na qual se espera que todos os homens se identifiquem. A masculinidade hegemônica, segundo Oliveira (2004) é simbólica, estruturante e partilhada coletivamente. Sendo coletiva ela auxilia na construção social e está no imaginário de todos os indivíduos.

O papel de invulnerável leva o homem a se envolver em atividades muitas vezes agressivas e que põe em risco sua saúde. Alguns autores (Melo et al., 2008; Meireles & Hohl, 2009; Schwarz, 2012; Martins & Malamut, 2013) relatam que a mortalidade dos homens é maior, quando comparado às mulheres, em todas as faixas etárias, inclusive antes

de nascer, uma vez que a maioria dos abortos espontâneos são do sexo masculino. No entanto, muitos fatores que se relacionam com a alta mortalidade masculina se referem à proximidade do homem com os acidentes e a violência.

Além de se exporem mais a situações de risco os homens têm mais resistência a procurarem os serviços de saúde. Esta resistência também se relaciona com a perspectiva de gênero e a invulnerabilidade masculina. O lugar do sofrimento e da fragilidade pertence ao feminino, portanto, os homens não podem demonstrar fraqueza e buscar ajuda e cuidado (Schwarz, 2012). Este lugar pertence à mulher cujo papel de cuidadora é esperado socialmente. Este descaso do homem com sua saúde repercute em diagnóstico tardio e pior prognóstico levando a altas taxas de mortalidade (Meirelles & Hohl, 2009). Além disso, Knauth et al (2012) afirmam que os homens são mais objetivos e não têm paciência de esperar, eles demandam por rapidez no atendimento, o que muitas vezes não acontece nas unidades básicas de saúde.

Esta situação, além de prejudicar a saúde do homem, sobrecarrega a mulher que, em muitos casos, é considerada como única responsável pela saúde do companheiro e dos filhos. Neste sentido os autores Couto et al (2012) afirmam que lidar com a saúde do homem, envolve, necessariamente, a saúde da mulher e vice-versa.

Isto posto, percebe-se que as representações sobre o que é próprio do masculino e o que é próprio do feminino são substratos para as relações sociais, portanto, não é possível pensar na formulação de políticas públicas que amparam a saúde do homem, ou da mulher, se a questão relacional de gênero não for colocada de forma transversal.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi oficialmente publicada em 2009, muitos anos depois da criação do programa de assistência integral à saúde da mulher (Braz, 2005). Este dado por si só já demonstra que a saúde do homem demorou a entrar na pauta da agenda das políticas de saúde do país.

Figueiredo (2008) relata que a medicina é uma prática masculina, feita, historicamente, por homens, cujas práticas refletem as relações sociais estabelecida. Por isso, sendo o homem considerado invulnerável, não seria preciso uma política que cuidasse do seu bem-estar. Esta situação foi discutida por Scott (1989) que defende que as ideologias políticas construídas durante o regime democrático do século XX se baseiam em conceitos de gênero e se traduzem em políticas concretas e o Estado, ao criar políticas e leis dirigidas às mulheres, demonstra um papel paternal e protetor.

A elaboração da PNAISH, portanto, foi um primeiro passo para tentar mudar as relações do Estado com a população masculina, dos serviços de saúde com o homem e do homem com sua própria saúde.

Importante analisar que esta política, apesar de tentar ampliar o olhar para a saúde do homem e priorizar a integralidade, está muito voltada para a questão sexual, uma vez que o câncer de próstata é o foco do documento. Alguns autores (Gomes et al., 2012; Schwarz, 2012; Martins & Malamut, 2013) descrevem que ela é vaga, não considera os determinantes sociais da saúde e da doença, não auxilia a trazer os homens para as unidades básicas de saúde e nem a desenvolver um olhar diferenciado para o atendimento deste sujeito pautado na promoção da saúde e no conceito de integralidade. Portanto, ela ainda está muito estruturada no modelo biomédico de saúde, o que dificulta a discussão do conceito relacional de gênero.

Martins et al (2013) relatam, ainda, que a política apresenta um discurso que culpabiliza o homem pela não adesão às unidades básicas de saúde, sem refletir de que modo a estrutura e organização do serviço contribuem para este cenário. Os homens, muitas vezes, quando chegam à unidade básica de saúde, encontram outras barreiras e não conseguem ter suas demandas e necessidades atendidas.

A concepção de que os homens não se cuidam está tão enraizada na cultura que os próprios profissionais de saúde não esperam que eles busquem o serviço assim, de acordo com Knauth et al (2012), existe uma invisibilidade dos homens nas instituições. O resultado disso é um despreparo dos profissionais para as questões trazidas pelo homem e um número maior de intervenções voltadas para as mulheres e as crianças. Mesmo as ações de comunicação são voltadas para este público (Meireles & Hohl, 2009).

O discurso midiático, na sociedade contemporânea, tem um papel fundamental na determinação de comportamentos individuais e coletivos. Ele tem o poder de gerar representações sociais e ideologias contribuindo para a mudança de paradigmas (Rangel, 2003; Pitta & Rivera; 2006; Bydlousky et al., 2004; Teo, 2010; Minayo, 2004). Segundo Oliveira (2000) o sistema de comunicação auxilia na compreensão do mundo e na forma que os indivíduos irão se relacionar com o cotidiano social.

Santos et al (2008) relatam que a mídia exerce, sobre a sociedade, um poder simbólico assim como a política e a economia e são capazes de reproduzir jogos de poder fortalecendo os estigmas e os valores sociais. Esta participação da mídia na produção e reprodução de formas simbólicas tem estreita relação com as questões de gênero. O discurso

mediático pode ser utilizado tanto para fortalecer as identidades de gênero como para mudar os conceitos já estabelecidos.

Como tem a capacidade de mudar comportamentos e influenciar a tomada de decisão, a mídia é uma estratégia importante na promoção de hábitos saudáveis. Para Pitta et al (2000) a educação e a informação em saúde estão intimamente relacionadas com a comunicação, desta forma os meios de comunicação são ferramentas importantes na promoção da saúde, sendo a promoção da saúde entendida como uma proposta que tem como objetivo empoderar, através da educação, a sociedade na perspectiva da autonomia reconhecendo suas necessidades e mudando favoravelmente o meio em que vivem visando uma melhora na qualidade de vida. Atividades de promoção da saúde transformam os indivíduos para que eles possam ser sujeitos sociais e exerçam o papel de cidadão (Bydlousky et al., 2004). Com relação à saúde do homem o governo pode desenvolver ações educativas midiáticas visando promover a saúde e o empoderamento destes sujeitos. Assim, a mídia é um importante aliado na mudança de comportamento do homem, dos profissionais de saúde e na implantação da PNAISH.

Alguns autores (Knauth et al., 2012; Gomes et al., 2012) afirmam que os profissionais de saúde têm pouca familiaridade com a PNAISH, não são formados para analisar o processo saúde-doença com um olhar ampliado, e acreditam que a política vai sobrecarregar o serviço. As poucas atividades realizadas são pontuais e clínicas, quase não existem ações continuadas e com abordagem integral para a saúde do homem.

Outro fator que dificulta a adesão do homem às unidades básicas de saúde (UBS) é o horário de funcionamento dos serviços que coincide com o horário de trabalho (Knauth et al., 2012; Braz, 2007). Soma-se a isto o fato da unidade básica de saúde, geralmente, não fornecer atestado médico para atividade de promoção da saúde, o que inviabiliza a presença do trabalhador (Knauth et al., 2012). Neste contexto restam a eles os serviços de emergência (Braz, 2007).

Percebe-se, portanto, que a falta de adesão dos homens aos serviços de saúde e o consequente comprometimento na implantação da PNAISH pode estar pautada nas concepções sociais de gênero as quais repercute no imaginário dos profissionais da saúde, nas ações e no funcionamento das unidades básicas de saúde.

Como os profissionais de saúde são produtores e reprodutores das relações sociais a diferença no cuidado de saúde entre os homens e as mulheres pode ser uma consequência das percepções sociais de gênero. Schwarz (2012) considerou que quando gestores e profissionais de saúde trabalham com o mesmo modelo de masculinidade que está incutido

na sociedade, eles reforçam as barreiras que afastam os usuários homens dos serviços. Assim, segundo este autor, é importante discutir os conceitos de gênero com todos os atores envolvidos com os serviços de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, e sua articulação com outras políticas públicas.

A profissão dos agentes comunitários de saúde ganhou visibilidade com a criação do Programa Saúde da Família o qual foi elaborado com a finalidade de fortalecer a atenção básica. A reforma sanitária, que deu origem a criação do Sistema Único de Saúde, no final da década de 80, visou reforçar os serviços de atenção primária com o objetivo de oferecer um acesso universal, equitativo e integral. O modelo de atenção à saúde vigente até então, pautado no modelo médico-privatista, já não conseguia suprir todas as demandas da população. Tendo como princípio a criação de um modelo de atenção organizado na atenção básica e voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças foi criado o Programa Saúde da Família. Este programa tem como princípio a formação de equipes de saúde da família constituídas por médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, inseridas nas unidades básicas de saúde e responsáveis por atuar em áreas geográficas definidas (Paim et al., 2011).

Os agentes comunitários de saúde são a porta de entrada nas unidades básicas e o elo de comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade. Eles devem morar dentro do território onde está inscrita a unidade básica de saúde na qual trabalha, com isso é capaz de conhecer todos os problemas de saúde da comunidade. Ele é responsável por atender um máximo de 750 pessoas e deve realizar pelo menos uma visita domiciliar por mês, considerando critérios de risco e vulnerabilidade. Também são eles que fazem os cadastros de todas as pessoas do território e orientam as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde. Eles auxiliam na realização de atividade de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância a saúde. As ações educativas individuais e coletivas são feitas buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população (Brasil, 2006).

Estes profissionais são, muitas vezes, os responsáveis por mobilizar os indivíduos a buscar atendimento e cuidar da saúde. Esse papel de intermediar a comunidade com os serviços de saúde pode ser de grande valia para auxiliar na mobilização do homem e na participação deste usuário em atividades de promoção da saúde. No entanto esse papel só poderá ser realizado se as concepções de gênero destes trabalhadores não estiverem ancoradas no que se entende como papel da mulher, cuidadora, e papel do homem, provedor e invulnerável. Enquanto os profissionais que trabalham na saúde não conseguirem perceber

as questões de gênero e, a partir daí, modificarem suas atitudes frente aos homens e as mulheres, dificilmente o comportamento da população masculina em relação à própria saúde vai se modificar.

Neste sentido, este estudo pretende compreender qual é a representação social dos agentes comunitários de saúde sobre as questões de gênero e masculinidade, e sua relação com a saúde do homem, a fim de identificar possíveis ações que possam melhorar o empoderamento do usuário homem e, conseqüentemente, aproximá-lo das unidades básicas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a representação social dos agentes comunitário de saúde sobre as questões de gênero e masculinidade e como estas influenciam a promoção da saúde do homem.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Compreender a concepção de gênero dos agentes comunitários de saúde
- ✓ Interpretar de que forma a representação social de homem dos agentes comunitários de saúde pode interferir nas ações de atenção à saúde do homem

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico sobre o qual foi feita esta pesquisa se insere nas teorias de gênero e no conceito de masculinidade hegemônica. O conceito de gênero abordado tem respaldo na teoria de Joan Scott, historiadora norte-americana cujo estudo sobre gênero auxiliou muitos pesquisadores na compreensão deste conceito. Importante analisar que sendo as identidades de gênero construídas socialmente elas repercutem nas instituições de saúde refletindo nas concepções de gênero dos profissionais.

3.1 Teorias de Gênero

As teorias sobre gênero se iniciaram junto com os movimentos feministas, que lutavam por direitos humanos, buscando igualdade e respeito, e buscavam explicação para a diferença nos papéis sociais entre homens e mulheres que determinavam a subordinação delas. Estes movimentos ocorreram em várias partes do mundo, em épocas bem determinadas, e lutavam por questões específicas em cada período, sendo classificados em: primeira, segunda e terceira onda.

A primeira onda do feminismo teve início no final século XIX, junto com o movimento feminista do sufrágio universal, momento em que as mulheres lutavam pelos direitos políticos, direito de votar e ser eleita. Quando este direito foi estendido a elas, o que no Brasil aconteceu no ano de 1934, o movimento se arrefeceu tomando força novamente após a publicação do livro *Segundo Sexo* da filósofa francesa, Simone de Beauvoir, em 1949. Neste livro, Simone de Beauvoir afirmou que: "Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade: é a conjunto da civilização que elabora esse produto. [...]" (Beauvoir, 1949, p.2). Este livro impulsionou o início da segunda onda do movimento feminista na década de 1970 que priorizou a luta pela autonomia do próprio corpo e contra o patriarcado (Piscitelli, 2009).

Segundo Scott (1989) o termo gênero, na época da segunda onda, foi analisado sobre três teorias distintas: a primeira tentou explicar as diferenças entre o homem e a mulher, através do patriarcado; a segunda toma como base a teoria marxista e a terceira se fundamenta na psicanálise.

As teorias do patriarcado explicavam a subordinação da mulher através da necessidade do homem de dominar a fêmea. Nesta época os homens acreditavam que eles determinavam a continuidade da espécie, portanto, eram superiores à mulher. O papel da

mulher na reprodução era colocado em segundo plano e ela ficava refém deste modelo de sociedade dominado pelo homem. Para as teóricas da época a libertação da mulher só aconteceria quando ela assumisse um outro papel no processo da reprodução ou quando a evolução tecnológica conseguisse criar condições para que a reprodução da espécie pudesse ser feita de outras formas e não obrigatoriamente por meio do corpo da mulher (Scott, 1989; Piscitelli, 2009). Neste sentido a produção de anticoncepcionais, especialmente a pílula na década de 1960, deu à mulher mais autonomia e poder de decisão sobre a reprodução. Nesta mesma linha, Catherine Mackinnon, feminista norte-americana, explicava que a origem do patriarcado estava na sexualidade e não na reprodução (Scott, 1989). Para ela o ato sexual era onde se iniciava a sujeição das mulheres que podia ser traduzido na frase: “o homem come a mulher”, onde mulher está no lugar de objeto tanto gramaticalmente como na análise literal da frase. Para esta teórica a desigualdade tinha origem nas questões sexuais e se perpetuava nas relações sociais (Scott, 1989).

Contudo estas ideias foram muito questionadas por outras feministas uma vez que a teoria do patriarcado não conseguia explicar de que forma as desigualdades reprodutivas ou sexuais eram perpetuadas em outras esferas da sociedade, além de reduzir a análise da questão às diferenças físicas entre homens e mulheres, não levando em consideração as questões socioculturais (Scott, 1989; Piscitelli, 2009).

Para Scott (1989) as feministas que discutiam as questões de gênero sobre a ótica do marxismo conseguiam dar uma abordagem histórica à questão, no entanto, tentavam encontrar uma explicação material para o termo limitando o desenvolvimento de novas análises. Para estas teóricas as diferenças encontradas da divisão sexual do trabalho corrobora com a dominação social masculina. Assim, os sistemas econômicos e as questões de gênero se apoiam para reproduzir as estruturas socio-econômicas vigentes na sociedade.

A terceira teoria sobre as questões de gênero, ainda inserida na segunda onda do feminismo, tem como base teórica a psicanálise. Para estas feministas, consideradas estruturalistas, a identidade de gênero se estabelece ainda na infância e a construção da estrutura psíquica das crianças está intimamente relacionada com o papel que elas irão desempenhar na sociedade. Dentro desta perspectiva os conceitos de homem e mulher são transformados em masculino e feminino os quais não são características inerentes dos indivíduos, mas construções subjetivas de cada um. (Scott, 1989; Piscitelli, 2009). Segundo Scott (1989) existem dois grupos que estudam gênero sobre a ótica da psicanálise: a Escola

Anglo-Americana e a escola Francesa, sendo que esta última tem como referência o psicanalista Jaques Lacan.

No entanto, para Scott (1989) esta teoria limita a questão de gênero ao ambiente familiar e não consegue explicar a razão pela qual o poder está associado ao masculino, reduzindo, assim, o que é próprio do feminino a conceitos socialmente inferiores. Para esta historiadora a necessidade de definir gênero dentro de uma perspectiva relacional, só apareceu no século XX. Foi então que, em 1989, ela escreveu o texto: *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*, no qual define que o termo gênero “tem duas partes, com várias subpartes” (Scott, 1989, 13p.).

Logo, gênero foi definido como “um campo primeiro no seio do qual e por meio do qual o poder é articulado” (Scott, 1989, 14p.). Ele molda as relações sociais, está disponível culturalmente e tem múltiplas representações, no entanto existem conceitos normativos (religiosos, jurídicos, políticos, científicos e educacionais) que limitam suas possibilidades e faz surgir uma posição dominante e declarada como única possível. Para esta autora é importante fazer uma análise histórica, tanto política como das organizações sociais, da representação binária de gênero a fim de questionar esta posição social estabelecida. Apesar do papel importante da construção familiar no entendimento do que é próprio do feminino e do masculino, a elaboração do conceito de gênero não se resume a este espaço. Para Scott, “ele é igualmente construído na economia, na organização política e, pelo menos na nossa sociedade, opera atualmente de forma amplamente independente do parentesco” (Scott, 1989, 14p.).

Scott defende que gênero é uma identidade subjetiva, concordando com a teoria da psicanálise, mas admite a necessidade de trabalhar o termo com uma abordagem histórica avaliando como as identidades de gênero se relacionam com as organizações sociais historicamente construídas. Sendo assim, é preciso pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais (Scott, 1989).

A terceira onda do feminismo, com origem no início na década de 1990, teve como objetivo questionar o conceito de feminilidade determinado na segunda onda e pautado na cultura das mulheres brancas de classe média e alta. Dentro deste movimento se destacou a filósofa Judith Butler que trouxe uma nova definição de gênero baseada em uma interpretação pós-estruturalista, na chamada Teoria Performativa. Para ela, como sexo tem um caráter mutável, sua definição é culturalmente definida, assim como gênero, para servir a

interesses políticos e sociais. Apesar de ser este o conceito mais recente sobre sexo e gênero, esta pesquisa utilizou como referencial teórico a definição de Joan Scott (Piscitelli, 2009).

Portanto, considerando a definição de Joan Scott, ao falar em gênero é necessário diferenciá-lo de sexo, onde sexo se refere às diferenças biológicas entre homens e mulheres; e gênero se refere às desigualdades nas relações sociais de poder entre homens e mulheres, que resultam da construção social dos papéis. Sendo assim pode-se dizer que o papel dos homens e das mulheres é culturalmente determinado e determina as relações de poder, de dominação e de subordinação (Scott, 1989; Piscitelli, 2009).

Gênero, então, é a interpretação cultural do sexo, ou seja, o conjunto de expectativas sociais colocadas sobre as funções a serem desempenhados por homens e mulheres. Tendo o sexo como base a sociedade define os papéis, identidades, atitudes, comportamentos e funções a serem atribuídos a cada um, determinando as relações de poder. Esse sistema não se limita a relacionar o sexo com os diferentes papéis na sociedade, mas transforma as diferenças em desigualdades.

Importante ressaltar que o conceito de gênero, definido por Joan Scott, é relacional e afeta tanto mulheres como homens. As meninas são incentivadas a serem passivas, sensíveis, frágeis, dependentes e suas brincadeiras reforçam o papel de mãe, dona de casa e responsável por tarefas relacionadas ao cuidado dos filhos e da casa. Por outro lado, meninos são incentivados a brincar na rua e desde muito jovem aprendem que pertencem ao grupo das pessoas com poder. Eles são incentivados a serem fortes e corajosos e a suportar, sem chorar, suas dores físicas e emocionais. Esta subjetividade do homem, a masculinidade hegemônica, é construída pela sociedade, e molda o comportamento e as atitudes frente ao cuidado com a saúde (Braz, 2005).

Portanto, uma vez que os homens são participantes na produção, manutenção e/ou resignificação das relações de poder com as mulheres, torna-se importante dar visibilidade às suas necessidades e vulnerabilidades para que, com isso, a relação com a mulher possa ser trabalhada visando à construção de relações mais simétricas (Couto & Gomes, 2012).

3.2 Masculinidade Hegemônica

Durante o processo histórico de construção do conceito de gênero, este termo, durante muitos anos, se referia exclusivamente à mulher, sendo que muitas vezes estas palavras foram usadas como sinônimos. A partir de então a construção da categoria gênero, antes reificada na figura feminina, passa a incluir a figura masculina, como objeto importante para as discussões das relações de gênero. Assim, o uso de gênero como um conceito relacional e que determinava que o entendimento das relações de poder passava pelo estudo dos papéis sociais tanto das mulheres como dos homens, só ocorreu na década de 1980 com a nova definição do conceito por Joan Scott. A partir de então, os estudos sobre masculinidade, tendo como referência a perspectiva de gênero ganharam visibilidade (Figueiredo, 2008).

Segundo Connell et al (2013) a masculinidade se refere as práticas sociais desempenhadas pelos homens e condicionadas pelas relações de gênero. Como nas relações de gênero interagem outras condicionantes como raça, classe social, religião dentre outras, é adequado falar em masculinidades, no plural, uma vez que não existe um único tipo de prática social.

No entanto, apesar de co-existirem várias masculinidades, Connell et al (2013) sugerem que existe uma masculinidade hegemônica, idealizada culturalmente, que se caracteriza pelo papel de dominação do homem e de subordinação da mulher. Este tipo de masculinidade é legitimada pela sociedade patriarcal e tem como características a agressividade, a competição, a ambição, a virilidade, a austeridade, a invulnerabilidade, dentre outros.

A masculinidade ocupa, portanto, um lugar estruturante na subjetividade do homem, sendo coletivamente partilhada. Para Oliveira (2004) uma vez que a masculinidade ocupa um lugar simbólico e estruturante, ela impõe a estes homens, masculinos, uma série de comportamentos e atitudes pautados em valores tradicionais e que se assemelham a características e valores presentes desde a época medieval. São estes valores que determinam a dignidade de um homem e a condição de poder frente às mulheres e a outros homens que não tem “competência” para manter as relações de gênero. Estes valores hegemônicos seriam idealizados culturalmente.

Esta posição social que o homem tem que ocupar não permite que ele demonstre sinais que seriam próprios do feminino, como sofrimento e fragilidade. Logo, a sociedade machista e patriarcal, na qual o homem é provedor e invulnerável, não permite que ele se preocupe com a promoção da saúde e prevenção das doenças. O papel de cuidador é delegado à mulher e o homem não assume a responsabilidade sobre sua saúde (Braz, 2005).

Com isso, o homem só procura o serviço de saúde se alguma situação interfere na realização do seu papel de trabalhador. O cuidar de si e o cuidar do outro não faz parte do processo de socialização do homem (Knauth et al., 2012). Aliado a isto, os homens têm a tendência de se exporem a situações de risco, como uma forma de afirmar sua virilidade e invulnerabilidade, o que os torna ainda mais vulneráveis aos problemas de saúde (Gomes et al., 2007). Sendo assim, as características atribuídas ao gênero, para o homem, dificultam a busca pelo serviço de saúde.

3.3 Gênero na Saúde

Segundo Figueiredo (2008) muitos estudos que utilizam a perspectiva de gênero para entender as diferenças no processo saúde-doença entre homens e mulheres vêm sendo realizados. Para este autor as discussões sobre estas diferenças não pode ser edificada sobre uma visão biologicista e sexista, é necessário entendê-las sobre uma perspectiva construtivista onde as determinações sociais e históricas são consideradas.

Assim, a articulação de conceitos biológicos com fatores socioculturais traz grandes contribuições para a saúde, por exemplo, a tendência dos homens de se envolver em atividades agressivas e de se exporem a situações de risco, como verificado pelos autores Gomes et al (2007), pode ser explicada pela diferença de massa muscular aliado ao fator social de invulnerabilidade masculina. Portanto, os estudos que levam em consideração o referencial de masculinidades avaliam que a masculinidade hegemônica promove comportamentos danosos a saúde, contribuindo para o surgimento de fatores de risco para o adoecimento (Figueiredo, 2008).

A pesar de alguns estudos tentarem uma aproximação com o referencial teórico de gênero, a maioria dos estudos epidemiológicos na área da saúde não conseguem se apropriar deste conceito para fazer as análises dos dados. Geralmente o termo gênero, quando utilizado, substitui a palavra sexo, sem nenhuma mudança de sentido. Assim, é importante ressaltar que a incorporação do referencial teórico gênero em saúde amplia a discussão sobre

o processo saúde-doença tanto de homens como de mulheres, contribuindo para a avaliação das inequidades sociais e sua repercussão na saúde (Figueiredo, 2008).

As práticas e comportamentos em saúde dos homens podem ser adotados com o objetivo de reforçar os padrões hegemônicos de masculinidades, que está associado a ideia de que homem não adoece, e a busca pelo serviço de saúde pode revelar fragilidade e vulnerabilidade. Como o cuidado à saúde é uma prática relacionada com o feminino, os homens tendem a rejeitá-las e a negação das necessidades do cuidado em saúde é uma forma dos homens construírem as relações de gênero.

A forma como os serviços de saúde lidam com as necessidades dos homens, muitas vezes, é insuficiente para suprir as demandas. Knauth et al (2012) identificam barreiras ou mesmo invisibilidade dos homens dentro das instituições de saúde. Estas barreiras podem estar relacionadas com a identidade de gênero. Para os homens as instituições de saúde são espaços voltados para os idosos, as mulheres e as crianças, sendo, portanto, lugares feminilizados, o que repercute em uma sensação de não pertencimento, de pouca identificação (Knauth et al., 2012).

A análise das atividades cotidianas de grande parte das instituições de saúde demonstra que a identidade de gênero é reproduzida nas ações de assistência e cuidado com a saúde, o que sugere que os profissionais de saúde também enxergam este espaço como próprios da mulher e reforçam o senso comum de que ela é a responsável pelo cuidado e pela saúde de seus companheiros e filhos.

Neste contexto é importante lembrar que o conceito de masculinidade hegemônica é construído culturalmente e, da mesma forma que os homens não podem demonstrar dor ou sofrimento, a sociedade espera este comportamento por parte deles. Como os profissionais de saúde fazem parte deste constructo social, eles também estão incutidos nesta visão de ser homem, determinados pelos padrões de relações de gênero, o que pode dificultar e inibir a busca pelo serviço por parte daqueles que tentam construir um outro tipo de masculinidade.

Para Figueiredo (2008) o saber médico, da assistência, pesquisa e cuidado, é construído dentro de uma perspectiva histórica masculina, reforçando os padrões hegemônicos da cultura de gênero. Estes padrões são, portanto, incluídos nas práticas médicas.

Isto posto, percebe-se que as instituições de saúde estão despreparadas para lidar com a saúde da população dentro de uma perspectiva relacional de gênero.

4.1 Método Qualitativo

Para Minayo et al (2011) a religião, a filosofia, a arte e a poesia, assim como a ciência, são importantes ferramentas que tentam explicar o sentido da vida e que expressam a organização da sociedade impressa no inconsciente coletivo. No entanto, por muitos anos, a ciência, entendida aqui como ciências naturais, ocupou um lugar de hegemonia como instrumento capaz de explicar a realidade e o processo saúde-doença. O enfoque positivista da saúde, o qual explica as questões do processo saúde-doença sobre uma ótica biologicista, sem considerar o contexto sócio-histórico-cultural, foi, por muito tempo, a concepção filosófica utilizada nas pesquisas da área da saúde. No entanto, ele não conseguia explicar questões como pobreza, fome e violência, neste sentido os conceitos das ciências sociais foram essenciais para estudar com maior profundidade as questões que envolvem a saúde de uma população (Minayo et al., 2011; Minayo, 2006; Flick, 2009; Gibbs, 2009).

Em contrapartida ao positivismo foi desenvolvido o compreensivismo, ou sociologia compreensiva. Para os teóricos desta corrente as ciências sociais são responsáveis por compreender o significado das ações humanas e não apenas descrevê-las como fazia as ciências naturais, uma vez que os homens respondem de maneira diferente aos estímulos externos e esta diferença é o resultado da forma com que eles interpretam as situações. Esta interpretação está condicionada as experiências vividas e às crenças, valores e significados que cada um possui. Assim, a análise das relações sociais passa por entender o significado subjetivo que está intrínseco às atitudes do homem. Portanto, a abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo (Minayo et al., 2011; Minayo, 2006; Flick, 2009; Gibbs, 2009).

De acordo com Nunes (2003) a utilização dos conceitos abordados pelas ciências sociais como ferramenta para os estudos na área da saúde é muito antiga. Relatos da introdução desta disciplina para auxiliar na análise das questões referentes ao processo saúde-doença remonta do século XIX. Segundo este mesmo autor o trabalho publicado pelo médico americano Charles McIntire em 1894 seria o ponto de partida histórico. Nesse período muitos médicos e pensadores perceberam o viés social da medicina, as questões socio-econômicas tinham grande impacto na saúde dos indivíduos, esta nova forma de pensar abriu espaço para o desenvolvimento da medicina social. A partir de então, outros pesquisadores publicaram vários documentos que faziam a intercessão entre esses dois campos do conhecimento (Nunes; 2003).

No entanto as descobertas bacteriológicas de Robert Koch em 1882 reforçaram o

pensamento biomédico e o positivismo, com isso o renascimento da medicina social só aconteceu no início século XX. Assim, apesar dos primeiros documentos que relacionam as ciências sociais com a medicina remontarem ao século XIX, o período compreendido entre final na década de 1920 até a década de 1940 configuram a primeira fase do desenvolvimento da sociologia médica. Neste período a escola de Chicago realizou vários trabalhos importantes que correlacionavam os problemas sociais com a distribuição das doenças (Nunes; 2003).

No final da década de 1950 e início de 1960 o positivismo e o modelo biomédico começaram a ser questionados, o atendimento hospitalocêntrico e individualizado era insuficiente para responder as demandas e a abordagem preventivista ganhou espaço. Com isso a incorporação das ciências sociais para explicar o processo saúde-doença passou a acontecer de forma sistemática (Nunes; 2003; Nunes, 2006).

Na América Latina a medicina social começou a tomar força nos anos 1980 e 1990, a saúde da população passou a ser discutida dentro de um conceito biopsicossocial e no Brasil um dos primeiro trabalhos publicados datam de 1978. Neste mesmo ano foi assinada a declaração de Alma-Ata pelos países participantes da Organização Mundial da Saúde, na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. A partir deste momento a saúde foi definida como um processo bio-psico-social e multifatorial. A visão biomédica já não era suficiente para responder a todas as questões fortalecendo, então, o modelo social do processo saúde-doença e as práticas de promoção da saúde (Nunes, 2003; Nunes, 2006).

A introdução da medicina preventiva e social nas escolas de medicina propiciou o desenvolvimento do campo de pesquisa em saúde coletiva e alguns pesquisadores, como Cecília Donnangelo e Sergio Arouca, se destacaram como precursores desta nova forma de pensar a saúde e a doença.

A saúde coletiva passou, então, a ser entendida como um campo estruturante das práticas e do conhecimento do processo saúde-doença ao qual se vinculam vários campos do conhecimento desde as ciências naturais até as sociais e humanas. Foram, então, estabelecidas três grandes áreas de formação disciplinar: epidemiologia, política e planejamento e ciências humanas e sociais em saúde (Nunes, 2003; Nunes, 2006).

Percebe-se que a importância das ciências sociais e da abordagem qualitativa nas pesquisas em saúde foi consolidada no Brasil na década de 1980. Desde então esta metodologia tem sido utilizada de forma sistemática na produção de conhecimento sobre o processo saúde-doença e sua relação com as crenças, valores, e significados de uma dada população, os quais irão determinar suas ações dentro da comunidade. Segundo Minayo et al

(2011) esta metodologia é indicada aos estudos no campo da saúde que buscam uma compreensão da realidade social na qual os indivíduos estão inseridos.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes” (Minayo et al., 2011, p. 21).

4.2 Representação Social

A teoria de reapresentação social, elaborada por Sergei Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet tem sua origem no conceito de representação coletiva de Durkheim. Segundo Durkheim os fenômenos coletivos como religião, ou a criação de um idioma, só podem ser compreendidos quando analisados como produtos de uma sociedade, pois é no coletivo que estes processos sociais se formam. Sendo assim, as regras que comandam a vida individual, ou seja, as representações individuais, não são as mesmas que regem a vida coletiva, surgindo, então, o conceito de representação coletiva (Jodelet, 1989; Alexandre, 2004; Spink, 1993).

Baseado neste conceito e influenciado por outros pensadores como Saussure e sua teoria da linguagem; Piaget e a teoria das representações infantis e Vygotsky, teoria do desenvolvimento cultural, Moscovici elaborou o conceito de representação social (Jodelet, 1989; Alexandre, 2004; Spink, 1993).

A representação social, portanto, é um conhecimento prático, baseado em conceitos, atitudes, opiniões, crenças e valores sociais. Ela reconhece e valoriza a dimensão subjetiva das práticas sociais e, para tanto, se volta ao conhecimento dos indivíduos sobre determinado tema, querendo, com isso, extrair deles o sentido social que possui e a forma como os comportamentos sociais são construídos (Silva et al., 2011). Este tipo de conhecimento, em contrapartida ao conhecimento científico, é construído a partir de um conteúdo simbólico, ajuda a organizar nossa relação com a sociedade e não está restrito a uma parcela da população.

Segundo Oliveira (2000) o processo de representação social que visa tornar familiar um objeto desconhecido é formado por um duplo mecanismo conhecido como ancoragem e objetivação. O primeiro faz relação com o barco que se ancora em um porto seguro, ou seja, em um conhecimento familiar. Com isso, na medida em que surgem novos conceitos e ideias é necessário relacioná-los, ou seja, ancorá-los, aos conceitos que já são conhecidos, “ancoramos o desconhecido em representações já existentes” (Spink, 1993, p.306). A objetivação se refere ao processo seguinte, quando ocorre a cristalização da representação. Nesta fase o que antes era abstrato se transforma em algo concreto imagens reais, concretas e compreensíveis, que são incluídas aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais os indivíduos ou grupos sociais têm que lidar (Jodelet, 1989; Alexandre, 2004; Spink, 1993).

Importante fazer uma distinção entre teoria da representação coletiva de Durkheim e teoria da representação social de Moscovici. A primeira se refere às representações duradouras, tradicionais, amplamente distribuídas, ligadas a cultura e transmitidas lentamente entre as gerações; já a segunda, se relaciona com as sociedades contemporâneas, são fluidas e intensas, possuem curto período de vida e espalham-se rapidamente por toda a população. (Jodelet, 1989; Alexandre, 2004; Spink, 1993)

Para Jodelet (1989) esta forma de conhecimento é definida muitas vezes como “saber do senso comum” ou “saber natural” e, por sua importância na vida social, ela é tão legítima quanto o saber científico uma vez que permite esclarecer os processos cognitivos e as relações sociais. Portanto, nem todo conhecimento é considerado representação social, para tanto é necessário que ele faça parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, elaborado socialmente e com a função de interpretar, agir e pensar a realidade social.

Assim, a representação social é definida por Minayo como “categorias de pensamento, de ação e de sentimentos que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 2006, 219 p.). Ela é uma forma de conhecimento socialmente construído e partilhado que rege nossa relação com o mundo e com os outros construindo a realidade de um determinado grupo social. Por meio dela são estabelecidas as condutas e as identidades individuais e sociais.

O atual deslocamento do modelo biomédico de saúde para o social, do pensamento individual da saúde para o coletivo e do modelo de prevenção da saúde para o modelo de promoção favorece o uso das representações sociais como metodologia para as pesquisas em saúde coletiva, uma vez que esta valoriza o entendimento social e partilhado dos processos

de saúde-doença. Portanto, o uso das representações sociais em estudos de saúde coletiva auxilia nas discussões sobre os paradigmas de saúde além de facilitar o entendimento do processo saúde-doença e da forma como a população lida com as situações de saúde (Oliveira, 2000).

De acordo com Oliveira (2000) uma das dimensões do uso da metodologia de representação social na saúde é na compreensão de como o conhecimento dos profissionais de saúde modifica a relação que eles estabelecem com o usuário, e como as instituições de saúde podem construir ou transformar o conhecimento compartilhado pela comunidade. Portanto, tendo este olhar em perspectiva, este foi o referencial teórico-metodológico desta pesquisa.

4.3 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte-MG. Este município é dividido em nove distritos sanitários, os quais correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte, e possui 144 unidades básicas de saúde cujas áreas de abrangência foram estabelecidas de acordo com os setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIGURA 1).

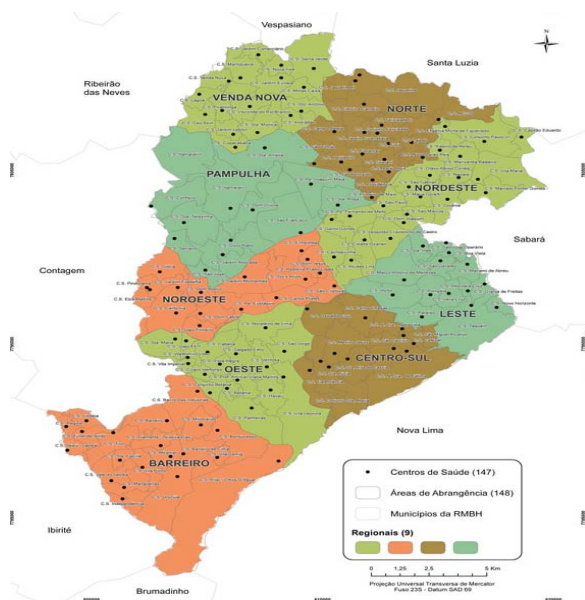


FIGURA 1- Mapa de abrangência dos distritos sanitários de BH-MG

Fonte: Página da Prefeitura de Belo Horizonte ¹

¹ Disponível em <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrutura-territorial/areas-de-abrangencia-dos-centros-de-saude>. Acesso em nov. 2014.

No ano de 2012 foi feito um mapeamento das ações de saúde voltadas para o público masculino realizadas pelas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Esse mapeamento foi realizado através da aplicação de um questionário estruturado o qual foi respondido pelos gerentes. Como resultado a pesquisa identificou a regional que mais ações realizou para este público (regional Leste) e a que menos realizou (regional Norte). Tendo como base o resultado deste estudo foi feito um sorteio aleatório de 2 unidades básicas de saúde em cada uma destas regionais. Na regional leste foram sorteadas as UBS Pompéia e Novo Horizonte, e na regional norte as UBS Serra Verde e Copacabana. Estas serão as unidades básicas de saúde que participarão desta pesquisa

4.4 População do estudo

A pesquisa foi realizada com os agentes comunitários de saúde (ACS) das unidades de saúde Pompéia, Novo Horizonte, Serra Verde e Copacabana. Todos os ACS destas unidades básicas de saúde foram convidados a participar. Foram realizados 6 grupos focais com 8 a 12 participantes. Ao total foram entrevistados 56 ACS.

Os participantes tinham entre 24 e 61 anos com média de 8,6 anos de atuação, havendo um predomínio de trabalhadoras mulheres - apenas 4 eram homens. Com relação à escolaridade 69% dos entrevistados tinham o ensino médio completo, 3,7% técnico incompleto, 7,5% técnico completo e 18% estavam cursando ensino superior em diversas áreas: enfermagem, serviço social, comunicação e engenharia (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos participantes

UBS	Número participantes	Escolaridade	Sexo	Tempo médio de atuação como ACS
Pompeia	16 (2 grupos)	E. médio - 10 Técnico - 4 Sup. Incom. - 2	2 Homens 14 Mulheres	8,4 anos
Novo Horizonte	19 (2 grupos)	E. médio - 13 Técnico - 3 Sup. Incom. - 3	1 Homem 18 Mulheres	10 anos
Serra Verde	10 (1 grupo)	E. médio - 7 Sup. Incom. - 5	10 Mulheres	8,7 anos
Copacabana	12 (1 grupo)	E. médio - 7 Sup. Incom. - 5	1 Homem 11 Mulheres	7,6 anos

Fonte: Elaboração do autor baseada nos dados colhidos durante os grupos focais

4.5 Coleta de Dados

Como instrumento para a coleta de dados foi realizada a técnica de grupo focal, na qual entrevistas e observações se aliam para captar as informações sobre um tema determinado. O grupo focal, definido por Kind (2004) como “entrevista em grupo que atende a fins específicos em uma investigação” (Kind, 2004, 125p.), é especialmente utilizado em delineamento de pesquisas que consideram a visão dos participantes em relação a uma experiência ou a um evento. Esta técnica vem sendo utilizada com muita frequência nas pesquisas qualitativas pois permite aos participantes liberdade de expressão, que é favorecida pelo ambiente, levando a uma participação efetiva (Barbour, 2009; Trad, 2009; Noveli, 1988).

Segundo Lopes et al (2010) esta forma de coleta de dados pode ser utilizada em pesquisas exploratórias, que pretendem gerar novas ideias ou hipóteses, ou em pesquisas que visam compreender como os indivíduos interpretam a realidade através de seus conhecimentos e experiências.

A técnica se fundamenta na sociologia e na psicologia social crítica, disciplinas que possuem tradição com trabalho de grupos. Alguns pesquisadores consideram que o grupo focal tem sua origem teórica nos grupos operativos desenvolvidos por Pichón-Rivière, psicanalista que deu grandes contribuições para os trabalhos em grupo. A grande diferença entre os grupos focais e os operativos reside no fato de que o primeiro deve ser mais direcionado, cabendo ao mediador intervir na dinâmica grupal sempre que o tema for extrapolado. No grupo operativo o moderador apenas acompanha o movimento do grupo, confiando em sua potencialidade para realizar a tarefa (Barbour, 2009; Trad, 2009; Noveli, 1988).

Já outros pesquisadores defendem que o grupo focal tem um enfoque mais direcionado às contribuições de Bion, psicanalista que também desenvolveu vários estudos sobre o trabalho em grupo. Segundo Kind (2004) ao analisar a técnica de grupo focal sobre a perspectiva dos trabalhos de Bion, considera-se o grupo como um grupo de trabalho, portanto, o moderador deve manter a postura investigativa acima da clínica durante a condução da discussão.

Historicamente a técnica de grupo focal surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos quando Robert Merton foi chamando para analisar as respostas dos espectadores de um programa de rádio. Este pesquisador observou a dificuldade que as pessoas tinham de expressarem sua opinião em entrevistas individuais e, após esta análise, utilizou a técnica

inicialmente denominada de *entrevista focalizada em grupo* para avaliar o treinamento de soldados no exército. Esta experiência resultou na publicação do livro *Focus Group* (Barbour, 2009; Trad, 2009; Noveli, 1988).

Para Lopes et al (2010) este instrumento de coleta de dados consiste em uma variação da entrevista aberta, que desloca o interesse do individual para o coletivo, onde um grupo de pessoas é convidado a discutir sobre um determinado tema. Uma vez que o tema é discutido em grupo a fala não é meramente descritiva ou expositiva, ela tem características de uma fala em debate devido ao processo de interação grupal. Esta interação resulta em trocas, descobertas e análise dos próprios participantes sobre as suas ideias e convicções (Cruz-Neto; Moreira & Sucena, 2002; Lopes et al.,2010). Por meio da troca de opinião são construídas novas ideias que representam o grupo e não o indivíduo. De acordo com Lopes et al (2010) os indivíduos se sentem mais à vontade de expressar suas opiniões em grupo resultando em participações mais comprometidas.

Os participantes da pesquisa são escolhidos por apresentarem pelo menos uma característica em comum. Assim, uma vez que a história de cada indivíduo se faz dentro de um contexto de interrelações sociais, ou seja, as opiniões e posicionamentos são construídos durante as relações e em conjunto com as experiências de cada um, os participantes se tornam porta-vozes das ideias presentes no contexto em que se inserem (Barbour, 2009; Cruz-Neto; Moreira & Sucena, 2002; Lopes et al.,2010; Noveli,1988).

Durante o grupo focal é necessária a presença do mediador o qual tem um papel muito importante durante a realização do grupo focal, é ele quem vai orientar a discussão mantendo a liberdade de expressão e evitando assuntos que fogem ao interesse da pesquisa. Ele também tem que estar apto para a escuta ativa e neutra e para estimular a fala interativa entre os participantes (Barbour, 2009; Cruz-Neto; Moreira & Sucena, 2002; Lopes et al.,2010; Noveli,1988). Além das falas o pesquisador deve estar sempre atento às interações que ocorrem entre os participantes do grupo, tendo em mente que a postura deles durante o processo também pode ser utilizada como material de análise. Kind (2004) acrescenta, ainda, que os moderadores devem se preocupar com certas indicações para condução da discussão, tais como: tamanho e homogeneidade do grupo, focalização no tema e garantia de participação de todos os integrantes na discussão.

Para a condução desta pesquisa foram escolhidos um moderador e dois observadores que coordenaram a discussão do grupo com base em um roteiro de temas preestabelecidos. O roteiro para a orientação das questões a serem abordadas no grupo focal foi previamente elaborado com base na literatura e na experiência empírica dos pesquisadores (Anexo I).

4.6 Análise dos Dados:

A tarefa de interpretação dos dados deve sempre ser feita por meio de um olhar distanciado, de modo a impedir que as crenças pessoais e pré-julgamentos dos pesquisadores possam interferir de modo a comprometer a confiabilidade dos resultados da investigação. Assim, as discussões nos grupos focais foram gravadas e depois transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1979) a análise de conteúdo pode ser definida como: “Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1979, 42p.).

Segundo Campos (2004) o primeiro indício de uso da técnica ocorreu há muitos anos quando se tentava identificar mensagens nos textos bíblicos. A partir de então existem vários relatos de uso da técnica. Durante a primeira guerra Laswell, pesquisador norte americano, utilizou a análise de conteúdo para interpretar artigos de imprensa e propaganda. Sua pesquisa teve continuidade durante a segunda guerra mundial quando a mesma técnica foi utilizada a fim de descobrir jornais e revista com propagandas subversivas (Campos, 2004; Minayo, 2011).

O primeiro livro que sistematizou a técnica de análise de conteúdo foi publicado por Lazarsfeld e Berelson em 1948, pesquisadores reconhecidos como marco na história da técnica. No entanto esta primeira sistematização era muito objetiva, baseada no positivismo, e preconizava o rigor e a cientificidade. O próprio autor do livro, Berelson, se referia a técnica como uma maneira de descrever de forma objetiva e quantitativa o conteúdo dos documentos (Campos, 2004; Minayo, 2011). No entanto, segundo Campos (2004), os próprios autores verificaram que o uso da técnica, de forma tão objetiva, limitava o seu uso pois não permitia a análise de conteúdos latentes.

De acordo com Minayo (2011) nos anos seguintes se observou muitas divergências com relação à técnica, seu grau de cientificidade e sua eficácia eram sempre questionados. Alguns teóricos defendiam o seu uso de forma quantitativa (valorizando a frequência com que surgiam as características dos conteúdos), enquanto outros preconizavam a análise qualitativa (valorizando a presença ou ausência de uma característica de conteúdo ou fragmento de mensagem).

Na década de 1970 Bardin descreveu a técnica com sua história e atualização e trouxe uma nova definição. Para a autora a análise de conteúdo poderia ser utilizada para

descobrir o que não está dito claramente nos documentos. Ela relata que existem várias maneiras para analisar o conteúdo dos documentos a serem pesquisados, entre eles a análise temática (Bardin, 1979).

A análise temática, utilizada nesta pesquisa, consiste em “identificar núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1979, 105p.). A criação dos códigos e categorias temáticas é uma forma de indexar os dados para, assim, estabelecer uma estrutura com ideias similares a cada código ou categoria (Gibbs, 2009).

Nesta pesquisa a análise das entrevistas foi realizada segundo as etapas descritas por Minayo et al (2011) que consistem em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Após leitura exaustiva do material de transcrição dos grupos focais encontramos as categorias temáticas.

4.7 Aspectos Éticos:

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Essa pesquisa faz parte do projeto “Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva dos usuários e trabalhadores da Atenção Primária” o qual foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz protocolo 28/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa SMSA-BH, em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo III).

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo. O primeiro artigo intitulado *Concepção de Gênero de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Belo Horizonte* foi submetido à revista **Cadernos de Saúde Pública** (Anexo IV) e aborda a visão dos agentes comunitários de saúde sobre a questão de gênero e de masculinidade e como estas questões podem interferir na relação destes profissionais e das instituições de saúde com o usuário.

O segundo artigo desta dissertação contempla a visão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do discurso midiático para a saúde do homem e se intitula: *A representação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a importância da mídia na saúde do homem*.

5.1. Concepção de Gênero de Agentes Comunitários de Saúde do Município de Belo Horizonte –MG

Resumo: O modelo de masculinidade hegemônica determina que os homens devam ser fortes e invulneráveis, o que repercute na sua relação com a saúde e na maneira com os profissionais de saúde percebem esses sujeitos. Sendo o ACS um elo de comunicação entre as UBS e a comunidade, ele tem um papel importante na conscientização sobre a prevenção das doenças e promoção da saúde. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo compreender de que forma as concepções de gênero dos ACS podem influenciar a atenção à saúde do homem nas UBS. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de 06 grupos focais com 56 ACS de 4 UBS do município de Belo Horizonte-MG. Observou-se que as concepções de gênero estão enraizadas no discurso dos ACS e determina as relações destes com os usuários homens. Assim é importante incluir o tema das relações de gênero e da saúde do homem na pauta das ações de educação permanente, favorecendo a construção de práticas assistenciais que facilitem a adesão e vinculação da população masculina aos serviços de atenção básica.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Identidade de Gênero, Saúde do Homem

Abstract: The hegemonic model of masculinity dictates that men should be strong and invulnerable which affects his relationship with his health and the way health professional treats them. As ACS do the link between UBS and the community, they have an important role in raising awareness about disease prevention and health promotion. In this sense, this research aims to understand how ACS's conceptions of gender can influence men's health

care at UBS. It was performed a qualitative study using 06 focus groups with 56 ACS from 4 UBS at the municipality of Belo Horizonte-MG. It was observed that gender conceptions are rooted in the discourse of ACS and determine their relationship with men. Thus it is important to include the issue of gender relations and men's health in the agenda of continuing education, favoring the construction of healthcare practices that facilitate the adhesion of the male population to primary health care services.

Key words: Community health workers, Gender Identity, Men's health

Introdução:

Vários autores (Couto & Gomes 2012; Meireles & Hohl, 2009; Melo et al., 2012; Figueiredo, 2005) relatam o distanciamento dos homens com o cuidado com sua própria saúde. Muitas são as razões levantadas que justificam esta relação, uma delas se refere à influência das questões de gênero a qual determina os papéis sociais de homens e mulheres, sejam eles usuários, gestores e/ou profissionais da saúde. (Scott, 1989; Piscitelli, 2009; Villela & Pereira, 2012).

Segundo Connell et al (2013) o modelo de masculinidade hegemônica determina que os homens devam assumir diversas posturas que reforçam a virilidade, a invulnerabilidade e a força. Neste contexto os homens, em geral, se expõem com maior frequência às situações de risco, o que os torna, paradoxalmente, ainda mais vulneráveis aos problemas de saúde (Connell & Messerschmidt 2013; Schraiber et al., 2005; Braz, 2005; Laurenti et al., 2005; Gomes & Nascimento, 2006; Meireles & Hohl 2009; Schraiber et al., 2010; Knauth et al., 2012; Gomes et al., 2012; Schwarz, 2012; Scott, 1989; Villela & Pereira, 2012; Figueiredo, 2005).

A masculinidade, além de ocupar um lugar simbólico e estruturante da subjetividade do homem, é partilhada coletivamente sendo responsável por dar significado às relações sociais (Oliveira & Messerschmidt, 2004). É recorrente que estas concepções dificultem e, em alguns casos, inviabilizem que homens assumam características que os aproximem do que seria socialmente atribuído ao âmbito do feminino como fragilidade, sensibilidade, cuidado de si e dos outros e a dependência, moldando o comportamento e as atitudes masculinas frente ao cuidado com a saúde (Connell & Messerschmidt 2013; Schraiber et al., 2005; Braz, 2005; Schwarz, 2012; Knauth et al, 2012; Figueiredo, 2005). Assim, as características atribuídas ao homem, pelo modelo de masculinidade hegemônica, prejudicam a busca deles pelos serviços de saúde, bem como dificultam que o próprio serviço de saúde encare-os enquanto potenciais usuários.

É importante ressaltar que o modelo de masculinidade hegemônica não se encontra restrito aos usuários dos serviços de saúde. Estudos apontam que tais concepções também constituem os modos de pensar, sentir e agir de gestores e profissionais de saúde, refletindo assim no acolhimento e no delineamento das propostas assistenciais ofertadas ao público masculino (Couto & Gomes, 2010; Gomes et al., 2011). Nesse sentido, ainda é recorrente a dificuldade que os profissionais e gestores de saúde encontram para reconhecer e acolher das demandas dos homens, resultando, quase sempre, num maior número de ações voltadas para mulheres e crianças, refletindo a invisibilidade dos homens nas instituições de saúde, em especial, aquelas situadas no contexto da Atenção Básica (Gomes et al., 2011).

Visando transformar este cenário foi publicada, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem como objetivo desenvolver ações em saúde, com ênfase na Atenção Básica, que incluam os homens nas pautas assistenciais e contribuam para a redução das taxas de morbi-mortalidade masculina (Brasil, 2008). Importante ressaltar que mesmo tendo sido elaborada sobre a égide do cuidado integral da saúde alguns autores (Gomes et al., 2012; Schwarz, 2012; Martins & Malamut, 2013) apontam que os determinantes sociais de saúde e doença foram pouco considerados, revelando dificuldades para que ela auxiliasse no desenvolvimento de um cuidado pautado na promoção da saúde e no conceito de integralidade.

No que tange à sua operacionalidade, estudos apontam que os profissionais de saúde ainda possuem pouca familiaridade com a PNAISH e, muitas vezes, não são formados para analisar o processo saúde-doença com um olhar ampliado e acreditam que a inclusão de novos sujeitos poderá sobrecarregar o serviço de saúde (Knauth; et al., 2012; Gomes et al., 2012). Desse modo, as poucas atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) voltadas para a saúde do homem ainda são, em sua maioria, pontuais e clínicas, sendo poucas as ações continuadas, construídas sob a perspectiva da integralidade. (Figueiredo, 2005; Gomes et al., 2012)

Neste contexto estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se configuram como o elo de comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade. São, também, os responsáveis por mobilizar os indivíduos na busca da atenção e do cuidado à saúde. (Paim et al., 2011; Brasil, 2006; Araujo & Assunção, 2004; Binda et al., 2013; Lotta, 2012). Segundo Araújo et al (2004), o ACS é articulador do processo de trabalho da equipe de saúde uma vez que mora na mesma comunidade e conhece de perto os problemas locais.

Este elo de comunicação se dá principalmente nas visitas domiciliares, momento em que ele vai conhecer as demandas das famílias, comunicar às equipes e retornar à

comunidade com orientações e encaminhamentos. Assim os ACS ocupam um papel importante na conscientização da comunidade e do próprio homem sobre a prevenção das doenças e promoção da saúde (Paim et al., 2011; Brasil, 2006; Araujo & Assunção, 2004; Binda et al., 2013; Lotta, 2012)

Entretanto, é fundamental lembrarmos que os ACS também são homens e mulheres que estão inseridos em um contexto marcado pelas desigualdades de gênero. Segundo Schwarz (2012), quando gestores e profissionais de saúde trabalham com a mesma concepção de masculinidade que reforça estereótipos de gênero e prescrições como virilidade, força e negação do cuidado, eles também reforçam as barreiras que afastam os usuários homens das instituições.

Percebe-se, portanto, que a falta de adesão dos homens aos serviços de saúde também pode estar pautada nas concepções de gênero dos profissionais e na organização e funcionamento do serviço. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender de que forma as concepções de gênero dos ACS podem influenciar a atenção à saúde do homem nas UBS.

Métodos:

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, (Minayo, 2006; Minayo et al., 2011) foi realizada no município de Belo Horizonte - MG. Participaram do estudo 56 ACS que compõem as Equipes de Saúde da Família de 4 UBS desse município, divididos em 06 grupos focais. A escolha das UBS foi feita por sorteio. Foram convidados a participar do estudo todos os ACS que desenvolviam suas atividades nas UBS selecionadas.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal (Trad, 2009; Kind, 2004). Um moderador e dois observadores conduziram a discussão do grupo, tendo como guia um roteiro de temas composto por questões abertas. O roteiro foi estruturado nos seguintes eixos temáticos: dados sócio-demográficos dos participantes; rotina de trabalho; ações realizadas nas UBS para os diferentes grupos; concepções acerca da relação dos homens com a saúde e, concepções acerca da assistência à saúde do homem.

Os grupos foram desenvolvidos entre abril e maio de 2014. Foram realizados 6 grupos focais que tiveram uma duração média de 1 hora e 10 minutos e contaram com a participação de 8 a 12 ACS por grupo. Para garantir o anonimato as falas dos participantes foram identificadas com relação ao sexo do entrevistado (Homem-H, Mulher-M) e pelo número do grupo ao qual pertenciam.

As discussões nos grupos focais foram gravadas e depois transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo (Minayo et al., 2011). O material transcrito foi submetido à exaustiva leitura e exploração até a identificação de núcleos de sentido e criação das categorias temáticas.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa pesquisa faz parte do projeto “Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva dos usuários e trabalhadores da Atenção Primária” o qual foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz protocolo 28/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa SMSA-BH, em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão:

Características sócio-demográficas dos participantes:

Os participantes tinham entre 24 e 61 anos com média de 38,6 anos de atuação como ACS, havendo um predomínio de trabalhadoras mulheres - apenas 4 eram homens. Com relação à escolaridade 69% dos entrevistados tinham o ensino médio completo, 3,7% técnico incompleto, 7,5% técnico completo e 18% estavam cursando ensino superior em diversas áreas: enfermagem, serviço social, comunicação e engenharia.

Da análise dos dados foram identificadas as seguintes categorias: aspectos institucionais com relação à saúde do homem; a relação do ACS com os homens; a relação dos homens com a saúde; o papel das mulheres na saúde do homem; concepções de homem do ACS. Não foram identificadas diferenças com relação às concepções de gênero entre os grupos focais.

Aspectos institucionais com relação a saúde do homem:

Os ACS afirmaram não ter recebido treinamento específico para lidar com as questões trazidas pelos homens, revelando que eles desconhecem a PNAISH e nunca participaram de cursos ou mesmo discussões sobre o tema, criando insegurança para abordar as demandas próprias do homem.

“A gente nunca foi preparado (...), eu tenho dificuldade”. (M,GF4)

“São assuntos que a gente não fica à vontade né?” ; (M,GF2)

Em contrapartida todos os entrevistados citam a existência de cursos de formação voltados para a saúde da mulher, ou de outros grupos, o que os aproxima das necessidades específicas desses públicos.

“Até mesmo para a gente, no nosso trabalho, a gente recebe mais informações para lidar com a saúde dos demais, crianças, mulheres, gestante, idosos, que a saúde masculina” (M,GF5)

“Mulher é o foco” (H,GF2)

As lacunas na formação, sobre as questões referentes à saúde do homem, parecem não preparar os ACS para uma visão integral do tema e, mesmo no que se refere ao câncer de próstata e seu exame preventivo, não os prepara para lidar com os medos, fantasias e aspectos simbólicos que permeiam o imaginário social. Segundo Gomes (2003), os aspectos que envolvem este assunto afetam questões identitárias dos homens necessitando de um preparo adequado para sua abordagem.

Outra diferença entre o atendimento de saúde das mulheres frente ao dos homens, relatada pelos ACS, se refere à facilidade de mobilização das mulheres para a realização de exames, o que não ocorre quando se considera a população masculina:

“A diferença é que a mulher, preventivo, ela tem mais facilidade, ela vem no posto e faz, o homem para fazer exame de toque já não tem um profissional que vai fazer exame no posto, ele tem que ser encaminhado” (M,GF3)

Para os ACS, as mulheres se sentem mais acolhidas nas instituições de saúde que os homens os quais, muitas vezes, não sentem que suas questões são respondidas., Tal fato, dificulta a busca pela UBS e aponta para o despreparo do serviço em acolher o homem em suas singularidades.

“Ele virou para mim e falou ele tá com um bocado de problemas mas ele não gosta de vir porque, segundo ele, não vai ser resolvido os problemas que eles precisa ser resolvido”; (M,GF3)

A diferença em relação ao tratamento oferecido aos homens e às mulheres também é notada, pelos ACS, nas atividades anuais. Grande parte das UBS realiza o dia do homem e o

dia da mulher, que consistem em ações voltadas exclusivamente para um público determinado. Estas atividades geralmente ocorrem no sábado para garantir a presença daquelas pessoas que trabalham durante a semana e não podem frequentar a UBS. Nesse dia, são oferecidos exames básicos e algumas vezes, concomitantemente, são realizadas outras atividades como palestras e distribuição de material educativo.

Um dos participantes afirmou que no dia da mulher eles oferecem outros atrativos, no entanto, o mesmo não ocorre no dia do homem podendo repercutir em um diferencial na participação dos dois grupos em cada evento. Por outro lado, ainda segundo os entrevistados, quando o dia do homem foi realizado junto com outras atividades o evento foi considerado um sucesso, os homens se interessaram, foram participativos e se envolveram nas ações de saúde.

“Ele faz um check-up, ele faz exame de sangue, vista, e próstata, olha a pressão, diabetes, faz o teste de tudo. Tem sorteio, brinde, cabeleireiro, corte de cabelo. É um dia dedicado a eles, todo cuidado, toda atenção naquele dia... Tivemos até show... Superou expectativa”; (M,GF3)

“Foram sorteadas camisas para eles também de futebol ai eles achavam interessante”. (M,GF3)

Em um dos grupos, os ACS relataram que no dia determinado para a saúde do homem eles vestiram camisas de times de futebol, o que os aproximou do universo masculino e pode ter favorecido o sentimento de pertencimento por parte dos homens. Esta aproximação favorece o reconhecimento da instituição de saúde como um ambiente que os acolhe.

“E foi legal também o uniforme, estava todo mundo com camisa do time... Até de futebol a gente tava falando sem saber.” (M,GF3)

A proposta de ações em um único dia do ano não deve ser considerada um planejamento de atividades para a saúde do homem, já que o ideal seria que as UBS conseguissem envolver os homens em suas atividades cotidianas, incluindo-os na pauta assistencial. Por outro lado, conforme destaca Schraiber et al (2010) muitos homens ainda apresentam certo receio, desconfiança e incômodo quando estão nas UBS, revelando pouca familiaridade com o espaço e a rotina dos serviços. Sendo assim, as atividades anuais podem

se configurar como um momento de aproximação com o ambiente e com os profissionais, o que poderia facilitar a procura pelo serviço em outros momentos.

Relação do ACS com os homens:

Alguns ACS, em seus relatos, afirmam que tem como costume abordar somente as mulheres, uma vez que os homens não conseguem responder questões sobre saúde:

“Quando eu vou para conversar com a família se é o homem que me atende eu chamo sua esposa.”(M,GF4)

“Todo mundo que me treinou tem isso na mecânica mesmo, de já procurar a esposa.” (M,GF4)

Esta relação estabelecida entre os ACS e os homens indica não só uma falta de preparo, mas também uma dificuldade de reconhecê-los como sujeitos dos cuidados em saúde (Figueiredo, 2005).

Esta dificuldade em estabelecer vínculos pode ser uma consequência das relações de gênero e dos papéis desempenhados por cada um na sociedade, na qual a mulher não deve interferir em questões próprias do homem. Neste contexto, a ACS mulher se sente desconfortável por ter que lidar com as demandas e necessidades específicas do homem. Esta situação não favorece a conscientização dele sobre o auto-cuidado, e alguns agentes de saúde tem ciência deste fato.

“Eu tinha bem o exemplo que aconteceu na minha área, a gente precisou levar um espermograma para um rapaz na minha área, ‘ai como eu vou entregar esse negócio’, na minha cabeça, ‘com que cara eu vou chegar e falar com ele: aqui tá aqui seu espermograma..’ vamos tentar ligar, vamos tentar fazer alguma coisa’, eu tentei de toda forma fugir daquela, né, daquela atribuição, porque eu já fiquei me imaginando naquela situação, que não seria uma situação fácil. Eu não sei se é pela minha personalidade, não tem tanta habilidade para lidar tanto com o homem” (M, GF4)

“O que a gente tem que fazer, conscientizar o homem que ele tem que procurar, isso aí a gente não tá fazendo, eu falo no geral, nem centro de saúde em relação a gente de tá preparando a gente para

fazer esta conscientização e nem a gente tá fazendo nada para atrair, para colocar na cabeça dele que ele tem que procurar. Eu acho que não tá sendo feito”. (M,GF3)

Visando facilitar o acesso do homem as UBS, os ACS relataram se esforçar para agendar a consulta evitando, assim, que eles tenham que passar pelo acolhimento. Esta ação pode facilitar o acesso à instituição uma vez que promove uma aproximação com o espaço, o conhecimento sobre o funcionamento e a dinâmica da UBS, podendo gerar mais confiança e segurança do usuário com o serviço de saúde.

“No meu caso, trabalhando na rua, quando eu vejo que o paciente tá interessado eu mesmo agendo uma consulta pra ele, eu chego na enfermeira e peço para marcar. Já pedi várias vezes quando eu sei que vai vir “(M,GF2)

Contudo, esta conduta não é vista da mesma forma por todos os ACS que acreditam que ela reforça a não conscientização do homem com o cuidado com sua saúde.

“Eu acho que é muito maternalista, para te falar a verdade, porque eu acho que o homem tem que preocupar de correr atrás, a gente tem que conscientizar ele que ele tem que ir que ele tem que procurar, eu acho um pouco de ser muito maternal, eu penso assim ne?” (M,GF3)

Importante avaliar que dos 56 ACS que participaram da pesquisa apenas 4 eram homens, reforçando a relação do cuidado com a figura feminina, e repercutindo em falas que são próprias das concepções das mulheres sobre o comportamento dos homens. Em alguns momentos as ACS se mostram irritadas com a atitude do homem de não se preocupar com sua saúde demonstrando sua incapacidade de lidar com esta situação. Talvez esta irritabilidade possa ser extrapolada para questões que são próprias das relações de gênero onde as mulheres assumem a função histórica de serem responsabilizadas pelos cuidados dos homens (Braz, 2005; Gomes et al., 2012). Sendo assim, o lugar de cuidadora de homens, que é revivido no cotidiano das atribuições das mulheres ACS, pode influenciar nas ações de saúde voltadas para o homem, gerando certa impaciência.

“É porque tinha um negócio aqui da gente ir atrás do usuário (...) agora se o cara quer morrer, deixa ele morrer pra lá, dane-se. Eu sou dessa opinião. Também já to de saco cheio... não vai ser eu que vou mudar a cabeça dele, não vai ser você que vai mudar, não é mesmo. Se a pessoa não tem consciência daquilo que ela precisa, não adianta campanha, eu ficar atrás, não adianta ela ficar atrás, a pessoa tem que saber o que ela precisa” (M,GF3)

“Homem não ta merecendo dia nenhum não. Só mata a gente de raiva, não faz nada que presta. Vai fazer com quem adere e pronto” (M,GF4)

Este pensamento, de fazer atividades para quem adere, repercute nas ações preventivas que são realizadas nas UBS. Os ACS relatam que ao pensar em atividades para serem desenvolvidas eles pensam imediatamente nos grupos que aderem como as gestantes, isto gera um círculo vicioso onde os homens não procuram o serviço de saúde e, da mesma forma, a UBS também não desenvolve ações para os homens. Enquanto as ações de prevenção não envolverem as demandas e necessidades dos homens, a adesão deles aos serviços de saúde será muito reduzida.

“Quando a gente vai fazer um grupo, eu acho que isso é tão automático, a gente própria já escolhe um grupo que vai ter adesão porque a gente quer que tenha adesão, então a gente já escolhe logo que é a mulher porque a gente sabe que ela que cumpre (...)” (M,GF4)

Neste contexto alguns ACS parecem culpabilizar os homens pela não adesão, não reconhecendo que a estrutura organizacional da instituição e as relações de gênero não favorecem que ele seja acolhido como as mulheres e as crianças (Figueiredo, 2005).

“Eles não vem em atividade nenhuma, não aderem, não vem”(M,GF4)

“Já estão conscientizados, sabem muito bem o que devem fazer, não vem porque não querem.” (M,GF3)

O mesmo parece vir se repetindo em outros contextos, também expressos na literatura científica nacional, que apontam para a dificuldade de profissionais e gestores em saúde de reconhecerem a importância dos aspectos organizacionais e estruturais na manutenção do distanciamento dos homens das ações ofertadas nas UBS (Gomes et al., 2011).

Relação dos homens com a saúde:

Para os ACS os homens só procuram auxílio em situações de urgência e poucos são os que se interessam em frequentar a UBS para atividades de prevenção.

“Só procura quando bicho está pegando mesmo”.(H,GF1)

“O homem quando chega aqui já ta quase em fase terminal.”
(M,GF5)

Esta relação do homem com a doença, o qual só procura cuidado em momentos de urgência, também pode ser considerada uma característica influenciada pelas questões de gênero. Muitos estudos relatam que a busca dos homens pelo serviço de saúde acontece, na maioria das vezes, na fase avançada da doença (Laurenti et al., 2005; Schraiber et al.2005; Braz, 2005; Gomes & Nascimento, 2006; Meirelles & Hohl, 2009; Schraiber et al., 2010; Knauth et al., 2012; Gomes et al., 2012; Gomes et al; 2011; Schwarz, 2012; Scott, 1989; Villela & Pereira, 2012; Figueiredo, 2005).

Segundo Schraiber et al (2010), o modelo hegemônico de masculinidade desqualifica e nega a existência de outras necessidades, como as questões relacionadas à saúde mental. Como exemplo pode-se citar a existência, em uma das UBS participantes, de um grupo de psicologia voltado para as mulheres indicando que a instituição consegue trabalhar a saúde da mulher dentro de uma abordagem integral, contudo, o mesmo não existe para o homem.

“Tem o grupo de mulheres de psicologia” (MGF2)

Os ACS também chamaram a atenção para o fato dos homens apresentarem dificuldades em comunicar/verbalizar seus problemas, que, segundo eles pode ser uma das razões que inibe o homem de procurar a UBS.

“Eles não gostam de se abri entendeu?!... determinados assuntos mantem em segredo. É difícil a gente encontrar alguma coisa sobre eles.” (M,GF6)

O homem não se abre com ninguém, é pouco, só os que estão precisando mesmo (H,GF2)

Esta característica também está presente no modelo de masculinidade hegemônica e se relaciona com a ideia de que o “homem de verdade” é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais (Schraiber et al., 2010; Gomes, 2003) Falar de seus problemas de saúde pode significar demonstração de fraqueza, uma característica feminina que eles lutam em não deixar transparecer (Gomes et al., 2012). Segundo alguns dos ACS esta resistência em falar de seus problemas fica exacerbada se o profissional for mulher. Mais uma vez percebemos como a atenção a saúde do homem é perpassada pelas relações de gênero.

“Eles não tem intimidade para falar com a médica. Às vezes eles tem uma coisa para falar e não fala” (M,GF1)

“Ele não quis ser avaliado pela médica, nas partes íntimas dele, ele não aceitou ser mulher, ele ficou com vergonha”. (M,GF 5)

“E que não seja mulher a proctologista.” (H,GF2)

Outro fato relatado pelos ACS, como sendo uma barreira para o homem frequentar a UBS, foi a falta de paciência em esperar.

“Homem não tem paciência de ficar na fila de acolhimento esperando, entendeu?” (M,GF3)

“Sem contar também que eles são impacientes. Não gostam de ficar mais de 5 minutos esperando” (M,GF5)

Segundo alguns autores (Knauth et al., 2012) os homens tem a tendência a serem mais objetivos, demandando por rapidez no atendimento, o que muitas vezes não acontece nas UBS. Esta explicação se ancora na cultura e nas determinações de gênero onde o homem é reconhecido como tendo pouca paciência em contraponto à mulher. Tal caracterização aparece na fala de vários ACS e permite compor outro significado também presente em suas concepções de homem. A impaciência, enquanto característica masculina atribuída pelos

ACS, pode repercutir como propiciadora de entraves para a função de mobilização desse público.

A questão da cultura foi apontada muitas vezes, pelos ACS, como a principal responsável pela não adesão do homem. Embora chamem atenção para os aspectos culturais, observa-se que os profissionais assumem a cultura como um fator estancado e determinante do comportamento masculino, abrindo pouco espaço para vislumbrar possibilidades de mudança e transformações na maneira como os homens se vinculam às práticas de autocuidado.

“São muito machistas. Eles não vão ao médico, são super saudáveis. Não precisa de médico, não precisa de centro de saúde, não tenho nada.” (M,GF2)

“Não pode sentir, ele pode sentir mas não pode demonstrar o que ele tá sentindo, então ser homem é mais ou menos isso, você tem que ser homem, é essa questão da cultura, o homem cresceu para ser forte, mesmo que ele estiver sentindo vontade de chorar, falta da mulher, se ele tiver amando mulher ele não vai falar, então o homem tem que ter uma máscara e isso vale para todos os outros campos né?” (H,GF5)

Junto à cultura estão associados o preconceito, a vergonha e o medo de serem descobertos, da comunidade saber que eles procuraram a UBS e o motivo que os levaram até lá.

“Eu acho que tem preconceito ainda” (H,GF3)

“O fato deles chegarem para gente, se abrirem sabendo que a gente mora no mesmo bairro que eles... eles ficam com vergonha, com medo da gente contar, falar...” (M,GF5)

Interessante observar que toda esta discussão sobre a cultura termina quando o homem se torna idoso. Segundo os ACS o homem idoso se preocupa com a saúde, procura a UBS, é participativo. Uma das possíveis explicações para esta mudança de atitude pode estar relacionada com o fato do homem idoso já ter cumprido seu papel de trabalhador e provedor, e agora, lhe é permitido demonstrar fraqueza e solicitar ajuda.

“Os idosos da minha equipe vem aqui para grupo de hipertensão, aferir pressão, são frequentes” (M,GF1)

“Acima de 55 a gente pode ficar despreocupado porque eles vem, eles procura, sentiu uma dor no braço “olha para mim se é o osso, se é a pele”... passou dos 55 automaticamente ligou a luzinha lá eles vem.” (M,GF5)

Uma discussão importante se refere à relação entre homem e trabalho. Muitos ACS alegam que a ausência do homem nas atividades da UBS se relaciona com o trabalho.

“O trabalho é o fator muito importante pra isso, talvez seja o primeiro...” (M,GF6)

“O horário do posto é o horário que geralmente eles trabalham” (M,GF4)

Apesar das recentes transformações nas relações de gênero, o trabalho ainda vem sendo reconhecido como uma função atribuída culturalmente ao homem e historicamente instituída (Gomes et al., 2012). Ao homem cabe o papel de provedor e a ausência em suas atividades de trabalho, mesmo para cuidar da saúde, é improvável. Interessante pensar que atualmente a mulher trabalha tanto quanto e, em alguns casos, mais que o homem, mas ela consegue participar das atividades do posto quando necessário. A associação homem-trabalho é uma elaboração sociocultural tão presente no imaginário dos ACS que eles não conseguem perceber esta incongruência, sendo a UBS vista como um local para mulheres e crianças.

“E na verdade também os homens trabalham, não podem parar o serviço para poder vir aqui” (M,GF1)

“O homem trabalha mais, a mulher também trabalha, mas é mais fácil o homem trabalhar do que a mulher, e tem a questão cultural né? Posto de saúde é mais para mulher e criança.”(M,GF4)

Apesar de todos estes complicadores a relação do homem com sua saúde vem mudando aos poucos e alguns ACS relataram diferenças no comportamento do homem.

“Tem muitos que procuram, muitos que correm atrás. Tem um da minha área que tá aqui todo dia. E tem muitos, que correm atrás, que procuram mesmo sem problema aparente” (M,GF3)

“Os homens estão conscientizando mais.”(M,GF 1)

“Eles costumam pedir, eles mesmo que pedem para vir. e antes nem isso acontecia” (M,GF6)

Seria importante compreender se esta mudança é decorrente do comportamento dos homens ou se deve a uma alteração no olhar dos ACS que começam a enxergar a presença de homens na UBS. Ou mesmo se ela se deve a própria instituição que está começando a se interessar por este público oferecendo, mesmo que de forma incipiente e não continuada, atividades voltadas para eles, aproximando-os do universo dos serviços de saúde.

O papel das mulheres na saúde do homem:

Não há como falar em saúde do homem sem discutir o papel que as mulheres representam dentro deste tema. Grande parte dos ACS relatou que o homem necessita do apoio da mulher para procurar os serviços de saúde, ele não tem autonomia e é completamente dependente de alguma mulher para este assunto.

“Na verdade, em relação à saúde do homem, o homem precisa sempre ter alguém para dar um empurrãozinho” (M,GF1)

“Até a consulta dele, geralmente quem marca é a esposa” (M,GF4)

Os ACS reforçam este quadro quando afirmam que os homens não sabem responder às questões de saúde e eles acabam se dirigindo, automaticamente, para a mulher. De todos os entrevistados poucos afirmaram que reconhecem a importância de abordar o homem da mesma forma como aborda a mulher.

“Eu abordo ele porque eu acho que o homem tem que saber tudo, não é só a mulher não (...) eu quero que eles se situem” (M,GF4)

Neste contexto as mulheres são vistas, pelos ACS, como detentoras do conhecimento sobre as questões de saúde de toda a família, incluindo a do homem, reforçando a concepção de gênero a qual responsabiliza a mulher pelo cuidado. Segundo Gomes et al (2012), as

mulheres desde cedo são criadas para manter as relações sociais e para prestar serviços aos outros, com isso a questão do cuidado é reconhecida no imaginário social como própria do feminino. Os homens, consequentemente, são eximidos da responsabilidade sobre sua própria saúde delegando-a, muitas das vezes, seja para a esposa ou para a mãe e filhas.

Enquanto a saúde do homem não for discutida dentro de uma abordagem relacional, a saúde da mulher ficará prejudicada, pois ela será sempre responsabilizada pelo cuidado dela, dos filhos e do marido, sobrecarregando-a física e emocionalmente.

Os homens sob o olhar do ACS:

Um outro ponto importante a ser discutido diz respeito às características de homem definidas pelos ACS. Para a grande maioria os homens são caracterizados como “machista”, “folgado”, “comodista”, “ignorante”, “resistente”, “teimoso” e “dependente”. Estas características atribuídas aos homens determinam a relação que o ACS irá estabelecer com eles e repercute no acesso aos serviços de saúde.

Interessante analisar que alguns entrevistados, ao falarem sobre os homens que procuram a instituição de saúde, afirmam que eles necessitam do amparo da mãe ou esposa, mesmo quando vai realizar algum procedimento considerado simples como o exame de sangue. Nestes momentos ele é visto como fraco e com pouca tolerância à dor, reforçando a ideia que perpassa toda a sociedade na qual “homem de verdade” não pode demonstrar medo, insegurança e fraqueza (Schraiber et al., 2005; Braz, 2005; Schwarz, 2012; Knauth et al., 2012; Figueiredo, 2005; Gomes, 2003)

“Eles não aguenta sentir dor, a hora que a dor aperta aí eles procuram entendeu? É tudo frouxo, entendeu?” (M,GF3)

“O homem realmente não consegue sentir a dor... nessa parte a mulher é mais forte que o homem né? em questão de dor, mas o homem é muito frágil, sensível em questão de dor.” (M,GF5)

A representação de homem dos ACS está tão pautada no modelo de masculinidade que a saúde do homem passa a ser reduzida às questões relacionadas ao câncer de próstata, ou à vasectomia, sem considerar outras demandas do homem dentro de um conceito mais amplo e integral. Apesar de reconhecer a alta incidência de uso de álcool e drogas pelos homens das comunidades, os participantes não citam a elaboração de atividades de saúde

que abordem estes temas, repercutindo em uma invisibilidade das demandas e necessidades específicas do público masculino.

“Os que trabalham, que são minoria, os restante encontra no boteco”
(M, GF6)

“O homem prefere ir pro bar bebe que ir pro consultório.” (H,GF1)

De acordo com Leal et al (2012), esta visão homogênea e genérica de homem dificulta o reconhecimento das desigualdades e o planejamento de ações para aqueles que não se enquadram nas características culturalmente pré-concebidas. Os homens não podem ser universalmente generalizáveis - classe, raça e outras características afetam suas experiências e moldam o olhar individual para com o mundo, promovendo necessidades e demandas diferentes.

Considerações Finais:

As concepções de gênero são produtos e produtoras das relações sociais e, dessa forma, perpassam os serviços de saúde. No presente estudo, observou-se que o modelo de masculinidade hegemônica está muito enraizado nas práticas de saúde, refletindo num despreparo dos ACSs e da própria UBS em lidar com as questões trazidas pelos homens. Esta situação fortalece a culpabilização dos homens pela não adesão às ações de saúde e poucos são os profissionais que conseguem identificar falhas na estrutura e organização do serviço que dificultam o acesso.

Considerando esse cenário, é importante estimular a representação dos profissionais de saúde quanto às necessidades e singularidades dos homens. Para isso, torna-se necessário incluir o tema das relações de gênero e da saúde do homem na pauta das ações de educação permanente, favorecendo assim a construção de práticas assistenciais que facilitem a adesão e vinculação da população masculina aos serviços de atenção básica.

5.2 A representação dos agentes comunitários de saúde sobre a importância da mídia na saúde do homem.

Resumo: A mídia, devido a capacidade de influenciar os discursos sociais e mudar comportamentos, pode ser utilizada pelo campo da saúde para promover hábitos de vida saudáveis. Na perspectiva da saúde do homem os discursos midiáticos podem ser utilizados para mudar as atitudes que os indivíduos do sexo masculino tem com sua saúde. Visando compreender, na visão dos ACS, o papel da mídia como estratégia para a promoção da saúde do homem, este estudo entrevistou 56 ACS de 4 UBS do município de Belo Horizonte. Segundo os participantes a mídia é fundamental para melhorar a participação do homem nas atividades das UBS, porém existem poucas estratégias midiáticas voltadas para este público.

Palavras-Chave: Mídia, Saúde do Homem, Promoção da Saúde

Abstract: The media has the ability to influence social discourse and change behavior, because of that it can be used by health sector to promote healthy lifestyles. In the perspective of men's health the media discourse can be used to change attitudes that males have with health. In order to understand, in the perception of ACS, the role of the media as a strategy to promote men's health, this study interviewed 56 ACS in 4 UBS in the city of Belo Horizonte. According to the participants the media is an important tool to improve men's participation in the activities of UBS, however there are few media strategies facing this public.

Key Words: Midia, Men's Health, Health Promotion

Introdução

A mídia, na sociedade contemporânea, tem um papel importante na formação dos discursos sociais, atuando como estratégia para a determinação de pensamentos e comportamentos individuais. Ela tem o poder de construir ideologias, que orientam a forma como as pessoas se percebem e se posicionam no mundo, ao produzir sentidos e valores que irão repercutir na subjetividade. Devido ao grande papel que exercem, os meios de comunicação são considerados uma das instituições mais eficazes para a manutenção da hegemonia dos valores e práticas sociais (Pitta & Rivera, 2006; Zucco & Minayo, 2009; Njaine & Minayo, 2004; Njaine & Minayo, 2002; Bydlowski et al., 2004; Rangel, 2003; Lefreve, 1999; Oliveira, 2000; Teo, 2010;).

De acordo com Pinsky et al (2008), estudos realizados nos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70 demonstraram que o ambiente tem grande influência na tomada de decisão e no comportamento individual. Neste sentido, a mídia tem um grande papel na construção e desconstrução das representações sociais, e na transmissão das formas simbólicas. Uma vez que o discurso midiático tem o poder de gerar representações sociais, ou seja, saberes de senso comum produzidos e reproduzidos na interação dos sujeitos entre si e com a sociedade, ele tem grande influência na relação dos indivíduos com o processo saúde-doença, sendo um elemento essencial para a construção ou ruptura de paradigmas. (Modena et al., 2006; Teo, 2010).

Esse poder em participar da construção simbólica, por meio das palavras e imagens, produzindo e legitimando opiniões, crenças e valores, transforma as relações sociais e influencia o olhar das pessoas para vários aspectos da sociedade. (Serra & Santos, 2003; Pinsky & Jundi, 2008; Romanini & Roso, 2012). Devido a esta capacidade de mudar hábitos de vida e influenciar a tomada de decisão, a mídia pode ser considerada uma forma de poder simbólico, como os poderes econômico e político, sendo capaz de reproduzir jogos de poder e fortalecer os valores já existentes. (Santos & Silva, 2008).

Isto posto, pode-se afirmar que a produção e reprodução das formas simbólicas pela mídia também atua na manutenção ou transformação das relações de gênero (Santos & Silva, 2008). Os papéis sociais definidos culturalmente para os homens determinam que eles devam ser fortes e invulneráveis (Connell, 2013). Este modelo de masculinidade hegemônica gera um distanciamento entre os indivíduos do sexo masculino e as instituições de saúde (Gomes et al, 2012; Gomes, 2003; Schraiber et al., 2005; Braz, 2005; Schwarz, 2012; Knauth et al., 2012; Figueiredo, 2005). Além disso, observa-se que muitas das atividades realizadas para a promoção da saúde, no país, sejam nas unidades básicas de saúde ou através dos meios de comunicação, estão direcionada às mulheres e crianças, reproduzindo as relações de gênero onde a mulher é vista como a responsável pelo cuidado. (Meireles & Hohl, 2009).

Segundo Pitta et al (2000) a comunicação, a educação e a informação em saúde estão intimamente entrelaçadas. Neste sentido, ao reconhecer que a promoção da saúde é uma ação que estimula a autonomia do individuo capacitando-o para atuar na melhoria da qualidade de vida através da educação, as estratégias de comunicação podem ser muito eficazes para estimular hábitos de vida saudáveis (Bydlowski et al., 2004.).

Com relação à saúde do homem, a mídia pode auxiliar a mobilizar o usuário a participar das atividades de promoção da saúde contribuindo para o auto-cuidado. Assim, o discurso midiático pode fortalecer a autonomia do sujeito através do princípio de coresponsabilidade, entendendo que o indivíduo e o Estado são coresponsáveis pela promoção da saúde (Cavaca et al., 2012).

Os agentes comunitários de saúde (ACS), trabalhadores responsáveis por estabelecer o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, são parte integrante da comunidade compartilhando das mesmas crenças, valores e opiniões. Em virtude disso eles são atores sociais imprescindíveis na construção de estratégias de promoção da saúde. Assim, este estudo teve como objetivo compreender, através do olhar dos ACS, o papel da mídia como potencializada do cuidado do homem com sua saúde.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa com metodologia qualitativa (Minayo, 2006; Minayo et al, 2011) utilizando a técnica de grupo focal (Trad, 2009; Kind,2004). Participaram da pesquisa 56 ACS que compõem as Equipes de Saúde da Família de 4 unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte-MG. As UBS foram escolhidas por sorteio e todos os ACS foram convidados a participar. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2014 e foi utilizado um roteiro semi-estruturado elaborado com base na literatura sobre o tema. O roteiro abordava o assunto saúde do homem e com perguntas que tinham como objetivo identificar o que poderia ser feito para melhorar a adesão deste usuário aos serviços de saúde.

Os grupos tiveram uma duração aproximada de 1 hora e 10 minutos e contaram com a participação de 8 a 12 ACS por grupo. As discussões gravadas foram transcritas e analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo. (Minayo, 2006; Minayo et al., 2011). Após exaustiva leitura do material foram criadas as categorias temáticas. O referencial teórico que orientou a análise das entrevistas foi a mídia como construtora de identidades e ideologias. A perspectiva de gênero também orientou a análise dos dados. Para garantir o anonimato os participantes foram identificados por número.

Essa pesquisa faz parte do projeto “Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva dos usuários e trabalhadores da Atenção Primária” o qual foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz protocolo 28/2010 e pelo Comitê de Ética em

Pesquisa SMSA-BH, em acordo com a Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os participantes da pesquisa eram em sua maioria mulheres, 52, com idade entre 24 e 61 anos e média de 8 anos de atuação como ACS. Quanto à escolaridade 69% dos entrevistados tinham o ensino médio completo, 3,7% técnico incompleto, 7,5% técnico completo e 18% estavam cursando ensino superior em diversas áreas: enfermagem, serviço social, comunicação e engenharia.

Durante as entrevistas os pesquisadores notaram que todos os participantes da pesquisa relataram que a mídia seria uma estratégia eficaz para auxiliar na mobilização do homem. Assim, verificou-se a necessidade de fazer uma análise aprofundada sobre a relação da mídia com a saúde do homem.

Portanto, da análise do material coletado durante o grupo focal com os agentes comunitários de saúde foram criadas as seguintes categorias temáticas: “Põe na mídia, ai acontece”; “Da mesma forma que é divulgado pras mulheres deveria ser divulgado pros homens”; “Uma notícia dentro desses assuntos que eles costumam assistir talvez chamasse mais atenção deles”. O título das categorias foi retirado das falas dos participantes e representam o tema abordado em cada uma das categorias.

“Põe na mídia, ai acontece”

Os ACS são unânimes em reconhecer a importância da mídia como estratégia para aproximar o homem das práticas de saúde.

“Eu penso assim, eu acho que quando passa alguma coisa na televisão, por exemplo hoje passou a vacina da gripe, quando passa na televisão geralmente eles procuram mais.”(GF4, ACS 1)

“A gente é muito da de comunicação(...), então o homem vê e olha, eu tenho que vacinar, eu tenho...” (GF6, ACS 1)

“Principalmente na mídia, a mídia atinge... tem que colocar na mídia”(GF2, ACS 9)

“Põe na mídia, ai acontece”(GF1, ACS 2)

“Ai o usuário começa a perguntar: vi na televisão isso assim assim, posso ir lá na unidades ver?” (GF1, ACS 4)

Na sociedade contemporânea a mídia ocupa um lugar privilegiado para fazer circular os discursos sociais e culturais fornecendo bases para a elaboração de representações sociais. Também contribui para a mudança de comportamentos impactando na construção simbólica e contribuindo para a elaboração de identidades e de imaginários sociais (Oliveira, 2007; Xavier,2006; Romanini & Roso,2012; Bydlowski et al., 2004; Pitta & Rivera, 2006; Njaine & Minayo, 2004; Njaine & Minayo, 2002; Rangel, 2003; Zucco & Minayo, 2009; Oliveira, 2000; Teo, 2010; Lefreve,1999; Modena et al.,2006).

O potencial midiático de provocar mudanças tanto a nível individual quanto coletivo pode ser utilizado como estratégia de mudanças em várias áreas. No campo da saúde ela contribui para promover hábitos de vida saudáveis (Bydlowski et al., 2004; Pitta & Rivera, 2006; Evans,2006).

Para Pitta et al (2006) a ações de comunicação podem ser utilizadas para desfazer os “nós” críticos estabelecidos em decorrência do convívio em sociedade que muitas vezes são resistentes e determinam as fragilidades dos indivíduos e os processos saúde-doença. Ao entender as relações de gênero como um “nó” critico social, pode-se afirmar que a mídia teria a função de quebrar os padrões de normalidade determinados, culturalmente, pelas identidades de gênero evitando, assim, processos de exclusão.

Atualmente observa-se uma invisibilidade do homem nos serviços de saúde como relatado por Leal et al (2012). Tendo talvez, como gênese, a exclusão do discurso masculino dentro das instituições de saúde, repercutindo em um distanciamento dos profissionais de saúde no que se refere às necessidades e demandas destes usuários.

“Da mesma forma que é divulgado pras mulheres deveria ser divulgado pros homens”

Apesar do reconhecimento da importância da mídia em mudar o comportamento do homem com relação a sua saúde, poucas são as campanhas voltadas para este público.

“O homem, você não vê divulgação na TV.”(GF2, ACS 2)

“A saúde do homem é pouco divulgada...não tem praticamente”(GF1 ACS 6)

“Eu nunca vi um informativo que falasse sobre a importância do exame de próstata para o homem, nunca vi”(GF4, ACS 3)

“Mas acho tem pouca divulgação com relação ao homem, tem mais pra mulher do que pra homem.”(GF2, ACS 1)

As identidades de gênero, sendo gênero aqui entendido como funções, socialmente construídas, a serem desempenhadas pelos homens e mulheres, e que passam além das diferenças biológicas, são reforçadas pela mídia (Santos & Silva, 2008).

Culturalmente a mulher é reconhecida como responsável pelo cuidado. Desde pequena ela é preparada para manter as relações sociais de cuidado e para prestar serviços aos outros. Para o homem é esperado que sejam invulneráveis, fortes e viris, características incompatíveis com os sentimentos de quem procura os serviços de saúde. (Gomes et al., 2007).

Estas diferenças culturais estão representadas nas campanhas publicitárias nas quais as mulheres são o foco e as questões relativas à saúde do homem são pouco abordadas, como reconhecem os entrevistados.

“Até na propaganda, na televisão, das mobilizações, é da mulher.”(GF3, ACS 3)

“A mulher, passa na televisão pra ela prevenir o câncer de mama, pra fazer prevenção, pra fazer não sei o que...”(GF5, ACS 2)

“Da mesma forma que é divulgado pras mulheres deveria ser divulgado pros homens também principalmente as partes íntimas né, digamos assim. Pra eles ficarem mais espertos e criarem coragem de vir até o centro de saúde, procurar o profissional.” (GF5, ACS 5)

“Igual prevenção da mulher né? igual da mesma forma que é muito divulgado, do homem também tinha que ser da prevenção da próstata.” (GF6, ACS 4)

Segundo os discursos dos ACS, as diferenças estabelecidas culturalmente são as responsáveis pela ausência de peças publicitárias voltadas para o homem. Para eles,

como a sociedade entende que o homem não adoece não é necessário fazer campanha para este público. Assim, a mídia traduz o imaginário presente da sociedade e observam-se poucas ações midiáticas voltadas para o homem.

“Porque até na própria televisão muito difícil você ver alguma campanha, alguma coisa voltada pro homem, igual a rosa falou, é uma coisa que já vem da cultura.” (GF5 ACS 1)

“Geralmente não fala do homem, parece que o homem não morre dessas doenças nenhuma né? O homem não adoece né?! Então só mostra no número de doenças nas mulheres.”(GF5, ACS 6)

Verifica-se, portanto, uma assimetria no que se refere às ações de comunicação entre os dois segmentos da população. Esta situação traduz, e também é o resultado, de políticas públicas desiguais que gera atenção precária nos serviços de saúde para o público masculino (Braz,2005).

Para os ACS o trabalho que eles realizam é espelho das prioridades das políticas públicas, enquanto estas prioridades forem voltadas para a saúde das mulheres as ações realizadas nas UBS serão dirigidas para este segmento.

“Isso vem lá de cima gente. Vacina agora, é pra menina, então começa lá de cima e a gente vai continuando... O governo, o governo faz propagando de mulher, câncer de mama, não sei que lá mais preventivo, ah vacina para as meninas, então a gente vai acompanhando o que eles vão mandando.”(GF6, ACS 5)

Assim, a mídia pode auxiliar ou mesmo prejudicar o trabalho realizado nas UBS. Para os ACS a falta de material educativo voltado para o homem prejudica a ação deles e a mobilização deste usuário. Segundo Kelly-Santos et al (2010), os materiais educativos, como folhetos, cartazes e cartilhas, são materiais de divulgação muito utilizados nas práticas comunicativas dos serviços de saúde assumindo um importante papel na transmissão de informações e na promoção de mudanças comportamentais. Estes materiais também favorecem a mediação entre os profissionais e a população.

“Primeiro divulgação. entendeu? Primeira coisa. Se a mídia ajudar, o centro de saúde consegue levar à diante. Se você olhar ali tem um monte de folheto ali sobre HIV, saúde da mulher. Não tem nenhum falando do homem. Se tivesse material que você chegasse: olha seu João tem esse informativo falando sobre a saúde masculina, vou deixar com o sr. sabe? Eu acho que é interessante.” (GF4, ACS 2)

Os discursos dos ACS enfatizam que a adesão da mulher aos serviços de saúde, principalmente às questões que envolvem o câncer de mama, foi fortalecida quando a mídia informou às mulheres sobre a doença e os riscos que ela trazia.

“Eu acho que a própria mídia peca neste sentido porque não existe nada que chame este homem pro cuidado pra prevenir (...)então pra você ter este acesso a ele é mais difícil”. (GF 5, ACS 2)

“Eu acho que a mídia se tornar tão agressiva com o homem como foi com a mulher é o maior diferencial, a mídia quando colocou que o câncer de mama mata, a mulherada enlouqueceu porque antes tinha resistência também.”(GF6, ACS 6)

“Eu acho que uma divulgação até pela televisão mesmo, porque acho que conseguiu esta adesão da mulher no preventivo, na prevenção do câncer de mama, pela propaganda da televisão.”(GF6, ACS 7)

Estas falas reforçam a ideia de que a mídia tem um papel importante na construção de comportamentos mais saudáveis, e, portanto, é um meio necessário para a promoção da saúde como relatado pelos ACS.

“Essa ideia de divulgar também de que o número de mortes de homens são imensas também seria uma boa, porque ai eles iriam ficar mais atento também. Nossa! Morreu tantos homens disso, daquilo né!”(GF5, ACS 7)

“Câncer de próstata eu acho que tem que ter mídia pesada.”(GF6, ACS 9)

Uma vez que a mídia é capaz de criar identidades, representações sociais e simbólicas, as ações de comunicação voltadas para a saúde do homem podem ajudar a modificar os papéis sociais de gênero e, com isso, reduzir a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde auxiliando as instituições a elaborar atividades que possam suprir suas necessidade e demandas. Essa mudança de crenças e valores também pode favorecer o reconhecimento, pelo homem, de suas fragilidades, medos, angústias e anseios, que são próprios de qualquer ser humano e norteiam a busca pelo serviço de saúde. Enquanto homens, profissionais da saúde e gestores estiverem amparados pelos conceitos de gênero e de masculinidade hegemônica, culturalmente construídos, será difícil mudar a relação do homem com a saúde e das instituições de saúde com o homem.

“Uma notícia dentro desses assuntos que eles costumam assistir talvez chamasse mais atenção deles”

Segundo Evans (2006), a elaboração de uma mensagem capaz de ser rapidamente identificada pelo público alvo é a maneira mais efetiva de atingir a população com temas sobre a saúde. A utilização, pelas estratégias de promoção da saúde, das crenças, valores e conceitos culturais já estabelecidos podem potencializar o efeito da mídia de influenciar a tomada de decisão e condicionar os hábitos de saúde.

Os ACS reconhecem a importância das ações publicitárias focarem em situações que fazem parte do dia-a-dia do homem.

“Igual, hoje se fala do infarto né?! Porque o José Wilker (ator de novela) faleceu e tal, então assim...” (GF5, ACS 8)

“Ai teve um jogador né, aquele locutor de futebol que morreu no avião, Luciano do Vale, porque o homem assiste futebol. Talvez o foco vai ter de ser no futebol.”(GF5, ACS 9)

“Meu marido por exemplo tem que tomar sinvastatina pra evitar infarto, e já tinha uns dia que não tomava, depois que o comentarista de futebol morreu ele pegou e vou tomar, vou

começar a tomar né sinvastatina pra não dar infarto.”(GF5 ACS 4)

“Eu digo assim é um meio de acesso maior pra eles, se jogasse uma campanha, uma notícia dentro desses assuntos que eles costumam assistir talvez chamasse mais atenção deles.”(GF5 ACS 7)

Atualmente existem muitas e diversificadas tecnologias de comunicação e a circulação de informação sobre a saúde é intensa. No entanto, cada público tem sua preferência por um ou outro meio de comunicação ou programa de rádio e televisão. Estas características sócio demográficas e comportamentais devem ser consideradas e o local onde será veiculada a campanha deve ser selecionado de acordo com o segmento populacional a ser sensibilizado. Em grande parte dos produtos midiáticos o sujeito não é considerado como produtor legítimo de conhecimento capaz de negociar bens simbólicos, com isso, deixa de ser protagonista o que pode produzir um distanciamento com o que está sendo abordado. Para que a mobilização deste sujeito ocorra de maneira efetiva, e ele possa ser autônomo tendo um maior controle e participação no processo de promoção da saúde, é necessário que suas crenças, valores e opiniões possam ser considerados (Bydlowski et al., 2010). Logo, a proximidade entre o discurso e o sujeito deve ser o foco de qualquer ação midiática.

No Brasil, a relação entre os homens e o futebol é muito forte. Grande parte da população masculina acompanha o esporte e assiste a todos os jogos e comentários, portanto, as rádios e programas de televisão, especialistas neste assunto, poderiam ser o foco das campanhas publicitárias voltadas para os homens, como identificado pelos ACS.

“Olha, assim, meu marido, meu cunhado, hora do comentarista (de futebol), eles ficam o dia inteiro ouvindo, então talvez se jogasse aí acho que eles pegariam....”(GF5 ACS 2)

Outro ponto a ser discutido se refere à atenção integral à saúde do homem. A visão de que o tema saúde do homem não se refere apenas ao câncer de próstata deve

ser reafirmado através da mídia. As ações comunicacionais não devem focar somente neste assunto, devem, também, se ater as outras necessidades e demandas do público masculino, reconhecendo os diversos tipos de masculinidades. Focar no câncer de próstata apenas é reforçar o imaginário do homem viril, que tem que se preocupar, apenas, com seu órgão sexual e reprodutor.

“Da mesma forma que eles fazem com as mulheres eles poderiam fazer com os homens também, não só de câncer de próstata mas também falar da obesidade, falar de várias coisas, do sedentarismo, como eles ficam depois que aposentam, tudo isso, se conseguir melhorar, é através da conscientização pela televisão, meio de comunicação usar tudo, não só a televisão, radio...”(GF6 ACS 8)

Desta forma, as ações de comunicação devem se definidas a partir da lógica das necessidades de saúde. Para Pitta et al, 2006, ao se falar em clínica ampliada o ideal seria articular o melhor da clínica com a subjetividade e com o contexto social do usuário, assim as ações seriam coerentes com o conceito de integralidade em saúde.

Importante salientar que as estratégias de comunicação devem ser nacionais e envolver toda a população, pois o imaginário de homem invulnerável perpassa toda a sociedade e é necessário sensibilizar usuários, profissionais e gestores para que a mudança possa acontecer de maneira duradoura e sustentável.

“Tem que ser uma campanha a nível nacional”(GF1, ACS 3)

“Tem que fazer uma campanha, uma campanha tão forte quanto uma eleição, explicar, pode ser que assim a gente consiga alguma coisa.”(GF2, ACS 5)

Considerações finais

Uma das mais importantes formas de autonomia dos sujeitos em relação à sua saúde é a apropriação dos conhecimentos relativos ao processo saúde-doença. Para isso, é essencial que a mídia possa atuar como corresponsável neste processo. As campanhas veiculadas pelos meios de comunicação atingem uma parcela grande da população, sendo, portanto, uma forma de comunicação de massa. Este alcance resulta em grande poder na criação de imaginários sociais e na transmissão de ideologias.

Essa característica da mídia pode ser utilizada em favor da disseminação das políticas públicas e como estratégia em ações que visam a promoção da saúde. Sendo os meios de comunicação importantes instrumentos na criação de representações sociais, eles também podem ser utilizados para melhorar a consciência da população com relação à sua saúde.

Em se tratando da saúde do homem poucas ações midiáticas são produzidas e observa-se uma iniquidade quando comparado ao número de campanhas publicitárias voltadas para a saúde da mulher. Sendo o homem invulnerável, ele não adoece e, portanto, não é necessário produzir conteúdos midiáticos que atinjam este público. Em contrapartida as mulheres, consideradas frágeis, demandam mais atenção, logo, para elas devem ser dirigidas às ações de promoção da saúde através dos meios de comunicação. No entanto, quando o homem não se responsabiliza pelo cuidado com sua própria saúde ele sobrecarrega a mulher que passa a ser a responsável pela saúde dela, dos filhos e do parceiro. Neste sentido, a saúde deve ser tratada de forma relacional, onde homens e mulheres possam ser acolhidos e suas demandas e necessidades valorizadas.

Assim, ações midiáticas que envolvam o tema saúde do homem, de forma integral, deve ser prioridade nas ações de saúde. Para tanto, é importante ancorar as ações publicitárias a contextos que remetam o homem a situações que pertençam ao seu ambiente, assim, pode-se criar relações indutoras com as ações de promoção da saúde uma vez que ele se sentirá representado. Pode-se concluir, portanto, que os discursos midiáticos tem um papel fundamental no processo de tomada de decisão, sendo capazes de criar comportamentos saudáveis e auxiliar na promoção da saúde do homem.

Neste trabalho abordamos a relação entre a concepção de gênero dos Agentes Comunitários de Saúde e a atenção à saúde do homem. Partimos da representação de que o homem, muitas vezes, não cuida da sua própria saúde e, ao mesmo tempo, se aproxima de práticas pouco saudáveis, o que pode repercutir em altas taxas de mortalidade. Discutimos também, o despreparo dos serviços de saúde para atender as demandas e necessidades desta população. A partir desta observação procuramos entender de que forma a identidade de gênero pode contribuir com este cenário e qual o papel dos profissionais de saúde neste processo. Uma vez que a concepção de identidade de gênero é partilhada coletivamente e organiza as relações sociais, ela também está presente nas instituições sociais, como nas Unidades Básicas de Saúde.

Construímos, então, a tese de que as concepções de gênero dos Agentes Comunitários de Saúde, pode interferir no processo de conscientização do homem com relação à sua própria saúde e, conseqüentemente, na atenção à saúde do homem dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Procuramos discutir os conceitos de gênero elaborados durante as últimas décadas nos atendo à definição de Joan Scott, publicada na década de 1980, onde o mesmo é entendido como construtor das relações sociais de poder. Esta historiadora afirma que gênero deve ser entendido e pesquisado como uma categoria relacional onde os constructos feminino e masculino devem ser avaliados sempre em conjunto.

Importante sinalar que as identidades de gênero são construídas e constroem as políticas públicas. Neste sentido observamos que por muitos anos as políticas de saúde eram voltadas para as mulheres e crianças. As necessidade e singularidades masculinas só começaram a despertar o interesse dos pesquisadores quando a sociedade começou a discutir como as relações de gênero influenciavam as atitudes dos homens.

Isto posto, identificamos que para os homens o papel desempenhado socialmente, denominado de masculinidade hegemônica, e respaldado pelo patriarcado, contém resquícios do homem da época medieval e características como virilidade, agressividade, invulnerabilidade e coragem fazem parte da subjetividade masculina, que é estruturante e partilhada coletivamente. Ao mesmo tempo ele tem que ser reservado e solitário em suas experiências pessoais.

Estas características impedem que os homens demonstrem medo, insegurança, ansiedade, dor e sofrimento, repercutindo nas suas práticas em saúde. Uma vez que demonstrar fragilidade é se aproximar das características próprias do feminino, os cuidados em saúde passam a ser responsabilidade da mulher.

Como, historicamente, a prática médica foi construída em um ambiente masculino, a relação destes profissionais com a assistência à saúde reproduz as identidades de gênero. Com isso as ações existentes nas instituições de saúde são voltadas para as mulheres, idosos e crianças. Atividades para a saúde do homem, quando existem, são pontuais e, muitas vezes, não atendem às necessidades e demandas desta população.

Mesmo com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, a assistência a esta população não tem uma abordagem integral, com orientações voltadas para as situações de violência, uso de álcool, drogas, além da prevenção do câncer de próstata e ações para a saúde sexual e reprodutiva. A atenção à saúde do homem ainda está pautada sobre o modelo biomédico, o que limita em muito as atividades para este público. Esta visão sobre o processo saúde-doença resulta em alta medicalização e pouca discussão sobre os fatores sociais que podem aflorar os sintomas clínicos, principalmente em se tratando da saúde mental. As demandas que não encontram solução através da medicalização não são valorizadas e escutadas. Neste sentido o homem é tratado como um objeto que precisa ser curado para poder retornar ao mercado de trabalho e continuar contribuindo para a produção de bens de consumo tão valorizados pelo sistema econômico vigente, o sistema capitalista. Neste contexto o sistema de saúde nada mais é que uma instituição social que existe para assegurar a saúde da força de trabalho, perpetuando a identidade de homem trabalhador e provedor.

Os Agentes Comunitários de Saúde fazem parte da estrutura social onde a identidade de gênero, e mais precisamente a masculinidade hegemônica é construída, e, portanto, compartilham das relações sociais estabelecidas. Uma vez que eles são o elo entre o serviço de saúde e os usuários, suas concepções ajudam a estabelecer o tipo de relação que a comunidade, neste caso os homens, terão com as instituições de saúde. No entanto poucos são os profissionais que reconhecem sua participação na construção da identidade e, consequentemente do adoecimento ou do cuidado.

Dito isto, observamos que os participantes da pesquisa demonstraram que possuem muitas dificuldades em se relacionar com os homens, em vários momentos eles relataram que não se sentem preparados para lidar com as necessidades específicas destes usuários confirmando que as atividades desenvolvidas nas unidades básicas de saúde estão voltadas para outro público como idosos, mulheres e crianças.

A ausência do homem nos serviços de saúde foi muitas vezes identificada como uma resistência destes em buscar o cuidado. Esta visão simplista do contexto não leva em

consideração as relações sociais tão complexas e invisíveis, que moldam o comportamento e as atitudes frente às diversas situações como o cuidado com a saúde.

Importante analisar que grande parte dos Agentes Comunitários de Saúde são mulheres, e que as identidades de gênero marcam as relações que elas estabelecem com os homens, sempre identificados como acomodados e dependentes em relação ao cuidado com a saúde. Assim, estes profissionais reforçam o lugar da mulher como cuidadora na medida em que não enxergam que o homem possa ter um papel ativo em relação à saúde e não o responsabilizam pelo cuidado.

Além disso, nota-se que os homens que procuram o serviço são classificados como fracos, o que, mais uma vez, reforça os padrões de gênero determinados culturalmente. Ao mesmo tempo, grande parte dos entrevistados avalia que o machismo, tratado sempre como uma característica negativa, influencia a ausência do homem nas atividades de saúde. Esta situação contraditória na qual o homem não pode ser invulnerável, tampouco mostrar fragilidade buscando atenção e cuidado, coloca-o em situação de insegurança tendo que repensar sua masculinidade.

Diante dessa situação de conflito, o homem não consegue se sentir acolhido nos serviços de saúde. Muitas vezes essas instituições são espaços com os quais eles não se identificam, portanto, não criam vínculos. Como demonstrado existem muitas barreiras que dificultam a percepção de suas demandas, sendo assim, suas necessidades não são incorporadas às práticas de saúde. Em todas as comunidades pesquisadas os Agentes Comunitários de Saúde relataram um alto índice no uso de álcool e drogas pelos homens, porém, mesmo cientes desta situação não foi relatada a necessidade de ações de saúde que possam abordar estas questões.

Junto a isto se associa a visão de homem como um grupo homogêneo, com características bem definidas, não reconhecendo as diversidades e os diferentes tipos de masculinidades determinados pela classe social, raça/etnia, faixa etária, religião e práticas sexuais. Estas diferenças repercutem em demandas de saúde específicas, contudo, as poucas ações existentes nas Unidades Básicas de saúde não conseguem assegurar as múltiplas necessidades destes usuários.

Não obstante, o papel de homem forte e invulnerável parece se perder com a idade. Ao homem idoso é permitido demonstrar fraqueza e vulnerabilidade. Para eles existem atividades específicas nas Unidades Básicas de Saúde, e é esperado que eles busquem o cuidado. A representação é de que o homem deve ser invulnerável para poder trabalhar e

suprir o papel de provedor. Quando ele se aposenta já cumpriu seu papel com a sociedade lhe sendo permitido retirar a máscara de invulnerável, forte e corajoso.

Durante as entrevistas o trabalho foi identificado, muitas vezes, como o grande responsável pela ausência do homem nas práticas de saúde, contudo vale ressaltar que a mulher também trabalha e mesmo assim ela consegue frequentar as atividades oferecidas nas Unidades Básicas de Saúde. Portanto esse não pode ser considerado o grande responsável pela não participação do homem nas ações de cuidado. Esta relação entre homem e trabalho está tão enraizada na cultura que os próprios agentes comunitários de saúde não conseguem conceber a hipótese do homem se ausentar do trabalho para participar de ações de promoção da saúde. E, por outro lado, as empresas não entendem a importância do cuidado com a saúde para a realização do trabalho. Quando os homens participam de atividades de promoção da saúde nas Unidades Básicas, o dia é descontado ao final do mês e a revelação de um problema de saúde pode diminuir a afirmação da masculinidade podendo repercutir na perda do posto de trabalho. Sendo assim, este lugar de provedor está diretamente relacionado a uma desvalorização do cuidado com a saúde. Podemos dizer que o trabalho, lugar de construção identitária, é também espaço de adoecimento e de negação das práticas de saúde.

A relação de desvalorização do homem com o cuidado com a saúde ganha força na mídia. Muitos entrevistados relataram que existem poucas ações voltadas para a saúde do homem na televisão ou na rádio. As campanhas publicitárias, geralmente, se vinculam à saúde da mulher, da criança e do idoso. Para os entrevistados esta situação prejudica a mobilização do homem para as práticas de auto-cuidado em saúde.

A mídia cumpre um importante papel em romper com paradigmas, mudando comportamentos e influenciando a tomada de decisão. Assim, ações de comunicação voltadas para a saúde do homem podem auxiliar no processo de promoção da saúde e estimular hábitos de vida saudáveis.

A promoção da saúde privilegia uma visão ampla e equitativa da saúde e pretende desenvolver autonomia dos indivíduos para que eles possam exercer a cidadania. Neste contexto, a mídia pode auxiliar na educação em saúde dos homens para que eles possam atuar como sujeitos ativos na relação com a saúde.

Durante as entrevistas os agentes comunitários de saúde foram unânimes em identificar o poder da mídia na mudança de hábitos de vida. Segundo eles este fator foi decisivo para as mulheres, no que se refere à prevenção do câncer de mama, e, portanto, o governo deveria utilizar da mesma estratégia para mobilizar os homens.

Ainda segundo os entrevistados, para que as ações de comunicação, dirigidas para os homens, possa, de fato, influenciá-los é necessário que elas sejam inseridas em um ambiente onde eles se identifiquem. Na visão dos agentes comunitários de saúde as ações midiáticas deveriam ser inseridas em programas cujo tema principal é o esporte, em especial o futebol.

A mídia também poderia ser uma estratégia importante na mudança dos papéis sociais definidos para os homens e mulheres, uma vez que ela tem o poder de criar símbolos, ideologias, representações sociais e mudar os conceitos já existentes. Portanto, o uso da mídia em ações para a promoção da saúde do homem pode não só estimular uma prática de saúde mais efetiva entre a população masculina, como também, mudar as concepções de gênero da sociedade.

Observamos que o imaginário do que é ser homem aprisiona tanto os profissionais como o próprio homem em amarras culturais dificultando a adoção de práticas de autocuidado, pelo homem, e de ações de conscientização por parte dos agentes comunitários de saúde. Considerando este cenário é importante estimular a representação dos profissionais de saúde quanto às necessidades e singularidades do homem. Assim a visibilidade destes usuários dentro do serviço de saúde será ampliada e o homem conseguirá reconhecer a instituição de saúde como um local onde suas demandas serão solucionadas.

A conscientização do homem sobre a importância de se responsabilizar pela sua saúde só será uma realidade se os profissionais de saúde não estiverem incutidos dos mesmos conceitos de relações de gênero que permeia a sociedade. Quando isto forma uma realidade, Agentes Comunitários de Saúde conseguirão fazer o elo entre o serviço e o usuário de forma mais eficaz. Assim, para que as ações de promoção e prevenção da saúde possam ter efeito, torna-se necessário mudar o comportamento de toda a população. Estas ações devem abordar os aspectos culturais e comportamentais e serem discutidos sobre a ótica da relação de gênero.

Neste sentido o estímulo a criação de grupos de discussão e educação em saúde, em horários mais flexíveis que permitam a participação dos homens e voltados para as necessidades e singularidades destes usuários, pode contribuir para uma abordagem integral da assistência. Estas ações podem favorecer o reconhecimento, por parte dos homens, que as instituições de saúde são espaços que atendem as suas demandas e necessidades.

Considerando que as políticas traduzem as relações sociais estabelecidas culturalmente mas, também, podem mudar os conceitos existentes, pode-se dizer que a partir de uma mudança nas políticas públicas, onde estas contemplem a discussão da questão de

gênero de maneira transversal, as relações de poder e as identidades de gênero estabelecidas podem ser repensadas e reformuladas de modo a não aprisionar as mulheres e, tampouco, os homens.

7.1 Anexo I – Roteiro

Temário de Grupo Focal **Agentes Comunitários de Saúde**

Apresentação dos Pesquisadores

- Apresentação da equipe e dos objetivos da pesquisa.
- Assinatura dos Termos de Consentimento.
- Orientações gerais sobre o grupo focal.

Apresentação dos Participantes

- Nome
- Formação/Escolaridades
- Idade
- Tempo de Formação
- Desde quando atua como ACS
- Desde quando atua como ACS nesta unidades

O trabalho do ACS na UBS

- Gostaria que vocês falassem como é o dia a dia do trabalho do ACS nessa UBS
 - Funções e atividades; (O que realiza)
 - Metodologias e práticas (Como realiza)
- Realiza atividades de mobilização? Como são feitas?

Ações realizadas pela UBS

- Essa UBS já realizou alguma ação direcionada às mulheres?
- Que tipo de atividade? (Descreva a ação)
- Quando foi realizada?
- Que motivos contribuíram para a realização dessa atividade.
- Se não realizou, que motivos poderiam ter contribuído para a não realização dessas atividades?
- E aos homens? Nessa UBS já foi realizada alguma atividade direcionada aos homens desse território?
- Que tipo de atividade? (Descreva a ação)
- Quando foi realizada?
- Que motivos contribuíram para a realização dessa atividade.

- Se não realizou, que motivos poderiam ter contribuído para a não realização dessas atividades?

Saúde do Homem

- Como percebe a relação dos homens com a saúde? (O que é ser homem pra você?)
- Como é o atendimento oferecido aos homens nesta UBS?
- Quais as necessidades de saúde mais recorrentes entre a população masculina desta unidade?
- Percebe alguma especificidade na atuação junto a esse público?
 - Explorar experiências (Poderia dar um exemplo de uma situação vivenciada por você?).
- Percebe alguma dificuldade no atendimento a homens?
 - Explorar experiências (Poderia dar um exemplo de uma situação vivenciada por você?).
- Para os homens: O fato de ser do sexo masculino interfere na relação com os homens da sua equipe? (Facilidades e dificuldades)
- Para as mulheres: O fato de ser do sexo feminino interfere na sua relação com os homens da sua equipe? (Facilidades e dificuldades)
- Na sua opinião, quais as dificuldades/barreiras que os homens enfrentam para utilização da UBS?
- Que fatores facilitam o acesso dos homens à UBS?
- Em sua opinião, o que deveria ser mudado na UBS para que atendesse melhor às necessidades de saúde da população masculina?
- Que atividades deveriam ofertadas para que a PNAISH se tornasse uma realidade no cotidiano da UBS?
- Sente-se preparado pra atuar com esse público?
- Durante sua formação participou de alguma discussão sobre a questão da Saúde do Homem?
- Onde busca informações para auxiliar na relação com esses usuários?
- Conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?
- Se sim, já participou de alguma discussão nessa UBS acerca da mesma?
- O que você modificaria na PNAISH para que ela fosse possível de ser concretizada?
- Em sua opinião, de que forma o ACS poderia auxiliar na promoção da Saúde do Homem?
- O que significa ser homem para você?
- Gostaria de perguntar algo ou fazer algum comentário?

7.2 Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais de saúde

Prezado(a) senhor(a) _____

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva dos usuários e trabalhadores da Atenção Primária**”, que tem por objetivo compreender as concepções de homens, usuários dos serviços públicos de saúde de Belo Horizonte, acerca do atendimento ao público masculino na atenção primária. Buscaremos neste trabalho, agregar conhecimento, propiciar a reflexão sobre a temática e elaborar estratégias educativas que visem a promoção da saúde do homem, e potencializem o atendimento nos serviços da atenção primária. Também gostaríamos de identificar e analisar as concepções de Gerentes de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca da mobilização, inserção e atenção aos homens nos serviços de saúde da Atenção Primária.

A participação na pesquisa é voluntária e compreenderá em participação de entrevistas realizadas pela equipe de pesquisa. Sua participação como voluntário(a) não trará nenhum benefício ou privilégio próprio imediato. As informações contidas nas gravações serão transcritas e posteriormente analisadas. Além disso, as informações poderão ser utilizadas em qualquer meio de divulgação existente, garantindo o anonimato. Estes dados serão utilizados na pesquisa, intitulada “**Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva dos usuários e trabalhadores da Atenção Primária**”.

Informo que você tem total liberdade de recusar-se a assinar este consentimento para participação na pesquisa, o que não acarretará em nenhum tipo de penalização. Caso você aceite a participação, agradeço sua colaboração e solicito ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido, que deverá ser firmado em duas vias.

Alberto Mesaque Martins/Priscila Neves Silva

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde
Avenida Augusto de Lima, 1715, sl. 206
Barro Preto, Belo Horizonte/MG
CEP: 30.190-002

Tel: (31)3349-7741

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou - CPqRR:

- Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)

-Secretária: Jéssica Camêlo – TeleFax: (31) 3349 7825

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de BH-MG.

- Av. Afonso Pena, 2336 – 9º andar – Funcionários - Belo Horizonte (Cep: 30130-007)

-Secretário: Jésus Colen – Tel: (31) 3277 5309

Celina Maria Modena

Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde
Avenida Augusto de Lima, 1715, sl. 102
Barro Preto, Belo Horizonte/MG
CEP: 30.190-002

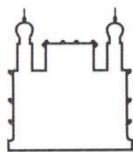
Tel: (31)3349-7734

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo ainda a divulgação da entrevista em qualquer meio existente, sendo garantido o anonimato. Estou ciente de que serão respeitados os princípios éticos da pesquisa científica e as informações obtidas serão tratadas sigilosamente.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2014

Participante

7.3 Anexo III - Declaração do Comitê de Ética



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética



CARTA DE APROVAÇÃO Nº 01/2011 – CEP / CPqRR / FIOCRUZ / MS

Protocolo CEP - CPqRR nº: 28/2010

Projeto de Pesquisa: "CONCEPÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM: A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA" - GIII.

Pesquisadora Responsável: Celina Maria Modena

Instituição Realizadora: Centro de Pesquisa René Rachou

CAAE: 0027.0.245.000-10

Após submissão e análise criteriosa do protocolo em questão, no Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou, constamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 196/96 CNS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR / FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições à ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: PROJETO APROVADO.

Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:

- Parcial: Março 2012;
- Final: Março 2013.

Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Belo Horizonte, 17 de Janeiro de 2010.




João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEP/SH-CPqRR
Dr. João Carlos Pinto Dias
COORDENADOR
COMITÊ DE ÉTICA

Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto 30190-002, Belo Horizonte – MG - Brasil
Tel.: 55 0xx31 3295 3566 (ramal 181) Fax: 55 0xx31 3295 3115 <http://www.cpqrr.fiocruz.br>

7.4 Anexo IV – comprovante de submissão do artigo

Gmail – Novo artigo (CSP_1720/14)

12/12/14 3:54 PM



Priscila Neves <priscila.neves31@gmail.com>

Novo artigo (CSP_1720/14)

1 mensagem

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>
Para: priscila.neves31@gmail.com

17 de novembro de 2014 17:28

Prezado(a) Dr(a). Priscila Neves-Silva:

Confirmamos a submissão do seu artigo "CONCEPÇÃO DE GÊNERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE" (CSP_1720/14) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no [link](#) "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^ª. Marília Sá Carvalho
Prof^ª. Claudia Travassos
Prof^ª. Claudia Medina Coeli
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

8 REFERÊNCIAS

Alexandre M. Representação Social: uma genealogia do conceito. *Comum*. 2004;10 (23):122 a 138

Araujo MRN; Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. Bras. Enferm*. 2004; 57 (1): 19-25.

Barbour R. Grupos Focais. São Paulo: Artmed, 2009. p. 216

Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980 (1949) vol. 2

Binda J; Binaco MF; Sousa EM. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. *Saúde Soc*. 2013; 22 (2): 389-402

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política de atenção integral a saúde do homem. Brasília, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006

Braz M. Construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10 (1): 97-104.

Bydlowski CR.; Westphal MF; Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*. 2004; 13 (1):14-24.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4

Cavaca AG; Gentili V; Marcolino EM; Emmerich A. As representações da saúde bucal na mídia impressa. *Interface*. 2012; 16 (43):1055-1068.

Connell R. Políticas de masculinidades. *Educação e Realidade*. 1995;20(2):185-206

Connell R; Messerschmidt J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Rev. Estud. Fem. 2013; 21 (1): 241-282.

Couto MT; Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17(10): 2569-2578.

Cruz-Neto O; Moreira MR; Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002; Ouro Preto. [Acesso em 2013 Nov. 04]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../Com_JUV_P027_Neto_texto.pdf

Evans D. How social marketing works in health care. BMJ. 2006; 332(20): 1207-10

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 105-109.

Figueiredo W. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária. Tese de doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2008. 279p.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. São Paulo: Artmed, 2009. p. 405

Gomes R; Moreira MCN; Nascimento EF; Rebello LEFSR; Couto MT; Schraiber LB. Os homens não vem! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16 (1): 983-992.

Gomes R. Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem : proposta para uma discussão. Ciênc. Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 825–829.

Gomes R; Leal A; Knauth D; Silva G. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17 (10): 2589-2596.

Gomes R; Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5): 901–911.

Gomes R; Nascimento EF; Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007; 23 (3): 565-574.

Graham G . Análise de dados qualitativos. São Paulo: Artmed, 2009. p. 198

Jodelet, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. IN: Jodelet D (Ed.) Les représentations sociales. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves. Disponível em: <http://portaladm.estacio.br/media/3432753/jodelet-drs-um-dominio-em-expansao.pdf>. Acesso em nov.2014

Kelly-Santos A; Monteiro S S; Robeiro APG. Collection of educational materials on Hansen's disease: a tool for memory and communicative practices. Interface -Comunic., Saude, Educ. 2010; 14(32):37-51, jan./mar. 2010.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupo focal. Psicologia em Revista. 2004; 10(15): 124-136.

Knauth D; Couto MT; Figueiredo W. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012; 17 (10): 2617-2626.

Laurenti R; Jorge MHPM; Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 35–46.

Leal AF; Figueiredo W; Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 17(10): 2607–2616.

Lefevre F. A saúde como fato coletivo. *Saúde soc.* 1999; 8 (2): 83-91

Lopes MGK; Koch Filho HR; Ferreira IRC; Bueno RE; Moysés ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Jun;7(2):166-72.

Lotta GS. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc.* 2012; 21(1): 210-222.

Martins A; Malamut B. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde Soc.* 2013; 22 (2): 429-440.

Mckinlay E. Men and Health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.

Meirelles R; Hohl A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; 53 (8): 899-900.

Melo EM; Côrtes MC; Miranda PS; Câmara AC; Alves RA; Pereira VO; Branco AS. Eles morrem mais do que elas. Por quê? *Rev Med Minas Gerais.* 2008; 18(4): 12-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa e saúde.* Ed.Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

Minayo MCS; Minayo-Gómez C. Díficeis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. IN: Goldenberg P; Marsiglia RMG; Gomes MHA. (Orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

Minayo MCS; Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* 1993; 9 (3): 239-262.

Minayo MCS; Deslandes SF; Gomes R;. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes; 2011.

Modena CM; Massara CL; Schall VT. Discursive media strategies in the journalistic construction of schistosomiasis in Jaboticatubas, Minas Gerais. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 2006; 101 (1): 97-102.

Njaine K; Minayo MCS. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9 (1):201-211.

Njaine K ; Minayo MCS. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7 (2):285-297.

Novelli MDP. Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. United Nations Agency for International Development, 1988. 97p.

Nunes ED. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. IN: Goldenberg P; Marsiglia RMG; Gomes MHA (Orgs.). O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 57-75p.

Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. IN: Campos, GWS. (Orgs.). Tratado da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p.19-40.

Oliveira DC. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano da saúde. Revista de Ciências Humanas, edição especial temática, p47-65, 2000

Oliveira PP. A construção da masculinidade. Rio de Janeiro: IUPER; 2004, 347 p.

Oliveira VC. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. Interface. 2000; 4 (7):71-80.

Oliveira VC. Mídia, controle público e cidadania. IN: Santos, A. (org.) Caderno Mídia e Saúde Pública: Comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte, Escola de Saúde publica/FUNED, 2007.

Paim J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 Mai: 11-31.

Pinsky I; Jundi S. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(4):362-74

Piscitelli A. Gênero: a história de um conceito. In: Buarque, Heloisa de Almeida. Coleção sociedade em foco: introdução às ciências sociais. São Paulo: Berlendis; 2009.p.116-149.

Pitta AMR; Magajewski FRL. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2000; 4 (7): 61-70

Pitta AMR; Rivera FJU. The starting point: a methodological proposal for communication planning, based on comprehensive healthcare. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2006; 10 (20):395-410.

Rangel ML. Epidemia e mídia: sentidos construídos em narrativas jornalísticas. Saúde soc. 2003; 12 (2): 5-17.

Romanini M; Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? Psicol. cienc. prof. 2012; 32 (1): 82-97

Santos DB; Silva RC. Sexualidade e normas de gênero em revistas para adolescentes brasileiros. Saúde soc. 2008; 17 (2):22-34 .

Schraiber LB; Figueiredo W; Gomes R; Couto MT; Pinheiro TF; Machin R; Silva GSN; Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Ciênc. Saúde Coletiva.2010; 26 (5): 961–970.

Schraiber LB; Gomes R; Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 7–17.

Schwarz E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc. Saúde Coletiva.2012; 17 (10): 2579-2588.

Scott J. Gender a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press; 1989.

Serra GMA; Santos EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):691-701.

Silva SED; Camargo BV; Padilha MI. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 set-out; 64(5): 947-51.

Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 1993; 9 (3): 300-308.

Teo CRPA. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. *Saúde soc*. 2010; 19 (2): 333-346 .

Trad LB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19(3): 777-796.

Villela WV; Pereira PPG. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17 (10): 2585–2587.

Xavier C. Mídia e saúde, saúde na mídia. IN: SANTOS, Adriana. (org.) *Caderno mídia e saúde publica*. Belo Horizonte, Escola de saúde publica/FUNED, 2006.

Zucco LP; Minayo, MCS. Sexualidade feminina em revista(s). *Interface*. 2009; 13 (28): 43-54.