

>>>>> RELATÓRIO FINAL DE PESQUISA

**OS CUIDADOS MASCULINOS VOLTADOS
PARA A SAÚDE SEXUAL, A REPRODUÇÃO E
A PATERNIDADE A PARTIR DA PERSPECTIVA
RELACIONAL DE GÊNERO**

Coordenação: Romeu Gomes





Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RELATÓRIO FINAL DE PESQUISA

**OS CUIDADOS MASCULINOS
VOLTADOS PARA A SAÚDE SEXUAL,
A REPRODUÇÃO E A PATERNIDADE
A PARTIR DA PERSPECTIVA
RELACIONAL DE GÊNERO**

Coordenação: Romeu Gomes

Julho de 2016

© 2016 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Todos os direitos reservados. A reprodução do todo ou de parte deste documento não é permitida sem a autorização prévia e formal dos autores.

Elaboração, distribuição e informações:

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

Departamento de Ensino – Prof. Dr. Romeu Gomes

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - 2º andar – sala dos professores.

CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2554-1795 E-mail: romeu@iff.fiocruz.br

Home page: <http://www.iff.fiocruz.br>

Coordenador da pesquisa

Romeu Gomes

Subcoordenadora da pesquisa

Lidiane Albernaz

Profissionais que participaram da pesquisa

Adriano da Silva

Angelita Elisabete Herrmann

Ayrton Cícero Brito Sampaio

Claudia Regina Santos Ribeiro

Clesimary Evangelista Molina Martins

Daniel Cardoso da Costa Lima

Daniel de Souza Campos

Eduardo Schwarz

Élida Maria Rodrigues de Moraes

Erly Catarina de Moura

Fabiana Sherine Ganem dos Santos

Francisco Norberto Moreira da Silva

Geórgia Martins Carvalho Pereira

Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

Martha Cristina Nunes Moreira

Michelle Leite da Silva

Renata Gomes Soares

Tarcila de Castro e Silva Machado

Wallace dos Santos

Diagramação e arte-final

Quattri Design

Revisão e normalização

Marcelo Zabrieszsch Afonso

Organização Técnica e Editorial

Lidiane Albernaz

Financiamento

Fundo Nacional de Saúde

G633 Gomes, Romeu.

Relatório final de pesquisa: Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero / Romeu Gomes; subcoordenadora, Lidiane Vianna Albernaz; colaborador, Daniel de Souza Campos. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

156 p.: il.

Bibliografia: f. 103-104

ISBN: 978-85-64976-29-0

1. Assistência à Saúde. 2. Saúde do Homem. 3. Gênero e Saúde. 4. Saúde Sexual. 5. Saúde Reprodutiva. 6. Paternidade. I. Albernaz, Lidiane Vianna. II. Campos, Daniel de Souza. III. Título.

CDD 22.ed. 613.04234



APÊNDICES.....	105
APÊNDICE I – A paternidade e a Parentalidade como Questões de Saúde frente aos Rearranjos de Gênero.....	107
APÊNDICE II - E Agora o Homem Vem?! Estratégias de Atenção à Saúde dos Homens.....	121
APÊNDICE III – Linhas de Cuidados Masculinos Voltados para a Saúde Sexual, a Reprodução e a Paternidade	133
APÊNDICE IV – Percepções Sobre a Saúde dos Homens numa Perspectiva Relacional de Gênero	143
ANEXO – Parecer de Aprovação do Projeto	151



APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa – realizada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), com verba do Fundo Nacional de Saúde – teve como escopo os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Trata-se da terceira ação investigativa que vem sendo desenvolvida neste Instituto em parceria com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS). A primeira delas consistiu numa avaliação das ações da implantação da PNAISH (Gomes, 2012), enquanto a segunda voltou-se para o fortalecimento e disseminação da PNAISH (Gomes & Albernaz, 2013).

Este texto – dentre outros produtos – trata de: pesquisa, diagnóstico, protocolo, princípios, linhas de cuidados e artigos voltados para a promoção dos cuidados masculinos relacionados à saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais diferentes.

Com esses e outros produtos, o IFF/Fiocruz pode não apenas subsidiar ações especificamente voltadas para a saúde do homem, como também pode contribuir de forma mais geral no desenvolvimento da saúde de homens e mulheres numa perspectiva relacional de gênero.



Dr. Carlos Maurício de Paulo Maciel

Diretor do IFF/Fiocruz



RESUMO

O projeto de pesquisa teve como **objetivo** geral subsidiar as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem das 27 unidades federadas no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O projeto – que contou com recursos do Fundo Nacional de Saúde – foi desenvolvido de dezembro de 2013 a julho de 2016, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Os **objetivos específicos** foram: (1) Analisar experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade; (2) Diagnosticar a situação da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres; (3) Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade; (4) Definir princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero e (5) Apoiar tecnicamente os estados e os municípios para a implementação e a disseminação das ações da PNAISH em seus territórios, no que diz respeito à saúde sexual, à reprodução e à paternidade. O **deseenho metodológico** da pesquisa baseou-se em princípios do método misto, aqui entendidos como a combinação de métodos, abordagens e técnicas de perspectivas qualitativa e quantitativa em um único estudo. Nessa combinação, dependendo da questão da pesquisa e do propósito do estudo, pode-se atribuir um peso maior a uma das duas perspectivas. Pode-se também utilizá-las numa certa sequência ou de forma simultânea. Em termos de **resultados**, destacam-se os seguintes: (a) realização de estudo empírico em três municípios brasileiros no Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente; (b) elaboração de um diagnóstico nacional sobre as especificidades masculinas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, bem como a paternidade; (c) elaboração de um protocolo de investigação epidemiológica voltada para homens de 20 a 59 anos; (d) formulação de princípios e fluxo de ações voltados para linhas de cuidados masculinos a partir de uma perspectiva relacional de gênero; (e) realização de um encontro nacional envolvendo representantes de todas as unidades federadas do Brasil e disseminação de informações dirigidas a essas unidades e aos municípios envolvidos na implementação das ações,

(g) elaboração de cinco artigos científicos e aceite dessa produção por parte de periódicos da área da saúde coletiva. Dentre as **conclusões**, destaca-se que o conjunto dos resultados reflete uma diversidade de fontes e caminhos pensados para possibilitar reflexões numa perspectiva mais integral e articulada. Tiveram relevância na construção das metas e na análise de dados: os usuários e os atores da saúde, as experiências, os ambientes onde ocorrem os serviços, as características do sistema e da população, as instâncias e seus parceiros e, principalmente, as questões relacionais de gênero. Conclui-se ainda que as duas hipóteses da pesquisa foram confirmadas, uma vez que observou-se a existência de um avanço e de um limite relacionados à promoção da saúde masculina. Em termos de avanço, destaca-se que há algumas iniciativas que buscam adotar uma perspectiva de gênero nessa promoção, articulando as dimensões biomédica, psicológica e sociocultural. Como limite, observa-se que – apesar de haver avanços em termos de perspectiva – ainda há dificuldades em lidar com a presença masculina na Atenção Básica.



INTRODUÇÃO

De dezembro de 2013 a julho de 2016 foi desenvolvido no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), o projeto de pesquisa **Os Cuidados Masculinos voltados para a saúde sexual**, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. A concepção dessa pesquisa se deu com base em vinte anos de experiência de seu coordenador, Dr. Romeu Gomes, no estudo das relações entre sexualidade masculina, saúde e doença, e na defesa da participação dos homens nos cuidados em saúde como forma de contribuir para uma saúde integral tanto de homens, quanto de mulheres, crianças e adolescentes.

Diversos estudos apontam o pouco envolvimento de homens nos cuidados em saúde, seja em relação ao autocuidado, seja no que diz respeito à busca de cuidados especializados (GOMES, 2008a). Isso ocorre por diversos fatores culturais e sociais, que vão desde o imaginário social acerca dos modelos de masculinidade até as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde em lidar com a presença do homem ou incorporá-lo às atividades do sistema.

A discussão sobre esses fatores ancora-se na categoria de gênero, aqui entendida como um processo histórico situado nas instâncias social e individual, diferenciando-a de simples molde social que indiferentemente marca todos os homens e todas as mulheres. Nesse sentido, a compreensão dos cuidados em saúde – voltados tanto para homens como para mulheres – deve, dentre outros aspectos, levar em conta que a construção das várias feminilidades e masculinidades e a forma como ocorre o seu exercício nos contextos assistenciais da saúde produto do que é, ao mesmo tempo, sócio histórico e pessoal (Gomes e Couto, 2014).

Na referida pesquisa entende-se a saúde do homem não somente como ausência de doença, mas de forma integral, com cuidados que vão além de tratamentos e ações de prevenção contra impotência, infertilidade ou problemas de próstata, por exemplo. Entende-se a saúde do homem também como a garantia de seus direitos em saúde, isto é, planejar a constituição ou não da sua família ou entidade familiar, aumentando-a, limitando-a ou evitando a sua prole; planejar o nascimento dos seus filhos de forma assistida pelo Estado; exercer a paternidade desde a gestação até a participação no desenvolvimento de seus filhos e, até mesmo obter atendimento psicológico e biológico sobre qualquer questão, incluindo aquelas que versam sobre a sexualidade masculina. À luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a saúde do homem abrange “um conjunto de ações de promoção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção” (Brasil, 2009a: 50). Assim, o desenvolvimento

dessa temática demanda inúmeras ações que incluem a organização dos serviços de saúde, a capacitação de profissionais e as ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser adequadamente implementadas, necessitam de bases sólidas que lhes deem sustentação, com discussões teórico-científicas e pesquisas que revelem as diversas faces do problema e auxiliem na busca por soluções sustentáveis.

A partir dessa perspectiva, em termos gerais, o presente projeto de pesquisa objetivou subsidiar as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem das 27 unidades federadas no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Em termos conceituais, entende-se o cuidado como:

“designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004: 22).

A participação dos homens nos cuidados de saúde não envolve apenas esses sujeitos, mas faz com que a saúde das mulheres, de crianças e adolescentes seja beneficiada. Isso ocorre principalmente quando os homens são envolvidos nas questões da saúde sexual masculina, na saúde reprodutiva e na paternidade (Gomes, 2008a).

Mas não são apenas questões de gênero que atravessam os problemas do envolvimento de homens nos cuidados de saúde. Aspectos relacionados à classe social também devem ser considerados. Como observa Heilborn (2003): *“os homens cuidam-se menos que as mulheres; e, quando estão nas posições superiores da hierarquia social, cuidam-se mais do que outros homens, nos segmentos menos favorecidos”* (p.199).

Um importante marco deste percurso foi a criação da PNAISH em 2009, uma política específica do setor Saúde dirigida à população masculina e daqueles que fazem parte do seu círculo de relações. Essa política traz entre suas diretrizes a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Dentre os eixos prioritários para a implementação da PNAISH destacam-se o da **saúde sexual e reprodutiva** e o da **paternidade e cuidado**. O primeiro eixo trata do direito a uma sexualidade prazerosa, o direito à liberdade, à autonomia e ao exercício responsável da sexualidade. São direitos humanos universais baseados na liberdade inerente, na dignidade e na igualdade para todos os seres humanos (World Association For Sexual Health, 2005).

Garantir direitos sexuais e reprodutivos implica, segundo a Associação Mundial de Sexologia (World Association For Sexual Health, 2005), reconhecer, respeitar e promover: (I) direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação, imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); (II) direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; (III) direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; (IV) direito de viver a sexualidade independente de estado civil, idade ou condição física; (V) direito de escolher se quer ou não ter relação sexual; (VI) direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; (VII) direito de ter relação sexual independente da reprodução; (VIII) direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/Aids; (IX) direito aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; (X) direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Já o tema **Paternidade e Cuidado** tem por objetivo engajar os homens no acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança no intuito de fomentar novos modos de fazer e fortalecer as relações e os vínculos. Nesse contexto, o desenvolvimento da participação masculina no pré-natal poderá possibilitar a integração dos homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, sobretudo na Rede Cegonha, permitindo que realizem seus exames preventivos de rotina, tais como: HIV, Sífilis e Hepatites, Hipertensão e Diabetes, vacinação, entre outros.

O desenvolvimento desses temas, na ótica da PNAISH, dentre outros aspectos, envolve a mudança de paradigmas para que se promovam, junto a segmentos masculinos, os cuidados com a sua saúde e com a de suas famílias. Isso demanda inúmeras ações que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela capacitação e sensibilização de profissionais e chegando a ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser adequadamente implementadas, necessitam de bases sólidas que lhes deem sustentação.

Discutir a saúde do homem sem que necessariamente se faça um recorte sobre o conceito de gênero é uma tarefa praticamente impossível. As implicações advindas das desigualdades entre os sexos ainda estão bastantes presentes na sociedade contemporânea.

O movimento feminista é apontado por Gomes (2008b) como o grande arranizador do conceito de gênero, quando parte das premissas de que a expressão é constitutiva das relações sociais instaladas no olhar diferencial entre os sexos e que também é nele que o poder se instaura.

A discussão sobre identidades de gênero na sociedade brasileira deve ser refletida nas dinâmicas sociais por meio das quais estas são socialmente construídas, pois, nesse processo de socialização, a família, a circunvizinhança, a escola, o credo religioso, etc. atuam naturalizando certos pressupostos estereotipados. Os arcaibouços de gênero, que se constroem socialmente, tanto na infância como na adolescência, serão absorvidos por meninos e meninas como se fossem próprios. Portanto, esses construtos ao longo da vida social vão orientar a sexualidade, os maneios dos afetos, a adequação do vestuário e da cor, a escolha da profissão e a divisão sexual do trabalho. Homens e mulheres vão paulatinamente construindo sua identidade social e de que maneira mostrar-se-ão na organização social da vida privada e pública.

O conceito de gênero é entendido a partir de duas ideias definidoras:

A primeira delas se volta para o fato de o gênero se referir a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos, estruturando-se como construções culturais e produzindo efeitos para a produção/reprodução/modelação de ser homem e ser mulher em dada sociedade. Outra ideia definidora é que os modelos de gênero se constroem a partir de uma perspectiva relacional, significando que o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa. Essa lógica atravessa vários pares relacionais, como homem-homem, mulher-mulher e homem-mulher, expressando padrões de masculinidade e feminilidade a serem seguidos e fazendo com que as identidades de homem e mulher se afirmem na medida em que ocorram aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura. (Gomes, 2008a: 239).

A masculinidade, em específico, situada no âmbito do gênero, se relaciona a um conjunto de atributos, valores e condutas que estrutura a identidade de ser homem, a qual varia ao longo do tempo e, especificamente, entre as classes e os segmentos sociais (Connell, 2007; Gomes, 2008b; Keijzer, 2003; Oliveira, 2004). Ainda que em cada sociedade possa haver um modelo hegemônico de masculinidade, esse conceito deve ser entendido no plural. Em outras palavras, é importante que se leve em conta diferentes masculinidades.

Sob a influência de determinados modelos de masculinidade que, dentre outros aspectos, valorizam a dominação e a invencibilidade masculinas, os homens podem expor-se mais a riscos, como quando submetem outros à sua dominação ou reduzem seu autocuidado, comprometendo não só sua saúde como a dos demais, o que tem levado a mortes prematuras.

Tomar como referência questões relacionadas especificamente às masculinidades e ao gênero, em geral, poderá contribuir para que as ações de saúde focalizem melhor as diversidades e as especificidades entre homens e mulheres, situadas nos segmentos sociais, nos contextos raciais e nas questões sexuais.

A articulação entre os temas saúde sexual, reprodução e paternidade favorece uma abordagem mais complexa das masculinidades, propiciando que, a partir dessa agenda, sejam abordados diversos temas prioritários no eixo das relações socioculturais entre os homens, assim como na perspectiva relacional de gênero.

Por fim, segundo Ribeiro e colaboradores (2015), frente às mudanças sociais, discussões vêm sendo desenvolvidas no sentido de se idealizar um “novo” pai, o qual assuma de forma flexível e igualitária com sua parceira o cuidado do filho, não se reduzindo a ser provedor. Segundo os autores, no interior das discussões, novos arranjos familiares devem ser levados em conta, fazendo com que a paternidade seja vista como uma função que se atribui – de forma relacional – a um membro que integra o casal, independentemente de ser homem ou mulher.



PLANEJAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para melhor organizar e nortear as ações necessárias ao alcance do objetivo geral da pesquisa foram elaborados objetivos específicos e, a partir deles, oito metas atendidas ao longo de 32 meses de vigência do projeto e sob as quais, nos capítulos seguintes, serão apresentados os resultados da pesquisa.

Objetivo Geral da pesquisa

Subsidiar as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem das 27 unidades federadas, no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, a partir da perspectiva relacional de gênero e das diretrizes da PNAISH.

Objetivos Específicos

- Analisar experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade.
- Diagnosticar a situação da saúde sexual, da saúde reprodutiva e da paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres.
- Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade.
- Definir princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero.
- Apoiar tecnicamente os estados e os municípios para a implementação e a disseminação das ações da PNAISH em seus territórios, no que diz respeito à saúde sexual, à reprodução e à paternidade.

Metas

Meta 1 - Pesquisar três experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais diferentes.

Meta 2 - Realizar diagnóstico acerca da saúde sexual, da saúde reprodutiva e da paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, baseado em dados primários.

Meta 3 - Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade, baseado em dados secundários.

Meta 4 - Elaborar um quadro de princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade.

Meta 5 - Elaborar uma proposta de fluxo de ações voltadas para o envolvimento de homens em programas de assistência pré-natal.

Meta 6 - Realizar um encontro de coordenadores de saúde do homem das 27 unidades federadas para a socialização dos resultados do projeto.

Meta 7 - Veicular informações para as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem e usuários das 27 unidades federadas no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade.

Meta 8 - Elaborar três artigos sobre o diagnóstico e a promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade a serem enviados para periódicos da área da saúde coletiva, baseado nos resultados obtidos com as pesquisas de campo.

Torna-se importante esclarecer que as metas acima enumeradas não seguiram necessariamente a ordem apresentada, mas foram atendidas de acordo com as necessidades técnico-administrativas da coordenação do presente projeto. Do mesmo modo, as atividades de pesquisa não se esgotaram na descrição de suas metas, mas incluíram, entre outras ações, procedimentos necessários ao início do projeto, tais como:

- Submissão e aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do IFF, sob o CAEE 18916913.3.0000.5269.
- Cadastro do projeto de pesquisa no IFF, sob o processo nº 25384.000716/2013-01.
- Contratação e cadastro do projeto na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) para auxílio administrativo e administração dos recursos financeiros, sob a identificação IFF-010-FIO-13.
- Cadastro do projeto no Fundo Nacional de Saúde (FNS), sob o TED 42/2013.

Cronograma de Pesquisa

ETAPAS (dez/2013 a julho/2016)	2013	2014	2015	2016
Preparação da equipe e contratação de serviços de terceiros	█			
META 02: Realização de diagnóstico		█	█	█
META 03: Desenvolvimento de protocolo		█	█	█
META 01: Estudo de três casos		█	█	█
META 04: Definição de princípios para a promoção de cuidados masculinos		█	█	█
META 05: Elaboração de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal		█	█	█
META 06: Encontro de coordenadores de saúde do homem			█	█
META 07: Veiculação de informações e Visitas da equipe técnica		█	█	█
Produção do Relatório final da pesquisa			█	█

Orçamento geral da pesquisa

PLANILHA DE CUSTOS POR META DE PESQUISA		
Meta	Rubrica	Valor Total (R\$)
01. Pesquisar três experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais diferentes.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 755,97
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 14.952,81
	Material de Consumo	R\$ 414,00
	Diárias	R\$ 3.515,00
	Passagens	R\$ 8.977,09
	CUSTO TOTAL META 01	R\$ 28.614,87
02. Realizar diagnóstico acerca da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, baseado em dados primários.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 96.981,37
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 30.111,72
	Material de Consumo	R\$ 958,00
	Diárias	R\$ 6.685,00
	Passagens	R\$ 2.955,38
	CUSTO TOTAL META 02	R\$ 137.691,47
03. Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade, baseado em dados secundários.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 00,00
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 00,00
	Material de Consumo	R\$ 00,00
	Diárias	R\$ 00,00
	Passagens	R\$ 00,00
	CUSTO TOTAL META 03	R\$ 00,00
04. Elaborar um quadro de princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 00,00
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 00,00
	Material de Consumo	R\$ 00,00
	Diárias	R\$ 450,00
	Passagens	R\$ 1.397,08
	CUSTO TOTAL META 04	R\$ 1.847,08¹
05. Elaborar uma proposta de fluxo de ações voltadas para o envolvimento de homens em programas de assistência pré-natal.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 00,00
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 10.786,56
	Material de Consumo	R\$ 00,00
	Diárias	R\$ 00,00
	Passagens	R\$ 00,00
	CUSTO TOTAL META 05	R\$ 10.786,56

¹ Todo o recurso financeiro e de pessoal apresentado nas metas 04 e 05 foi compartilhado entre essas duas metas, já que suas atividades foram realizadas de maneira conjunta.

PLANILHA DE CUSTOS POR META DE PESQUISA		
Meta	Rubrica	Valor Total (R\$)
06. Realizar um encontro de coordenadores de saúde do homem das 27 unidades federadas para a socialização dos resultados do projeto.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 15.691,40
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 1.415,62
	Material de Consumo	R\$ 00,00
	Diárias	R\$ 32.590,00
	Passagens	R\$ 81.220,00
	CUSTO TOTAL META 06	R\$ 130.917,02
07. Veicular informações para as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem e usuários das 27 UF no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 308.2270,26
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 1.457.726,86
	Material de Consumo	R\$ 4.257,25
	Diárias	R\$ 47.946,00
	Passagens	R\$ 69.445,85
	CUSTO TOTAL META 07	R\$ 1.887.646,22
08. Elaborar três artigos sobre o diagnóstico e a promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade a serem enviados para periódicos da área da saúde coletiva, baseado nos resultados obtidos com as pesquisas de campo.	Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	R\$ 48.308,37
	Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 00,00
	Material de Consumo	R\$ 00,00
	Diárias	R\$ 00,00
	Passagens	R\$ 00,00
	CUSTO TOTAL META 08	R\$ 48.308,37
TRIBUTOS (2% ISS)		R\$ 48.124,53
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FIOTEC (5%)		R\$ 112.290,58
TOTAL DO PROJETO		R\$ 2.406.226,70

Fonte de financiamento: Fundo Nacional de Saúde (FNS)



»»»»»»»»»» **META 01: Pesquisar três experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais diferentes**

O processo de seleção de três experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais brasileiras diferentes iniciou-se pela elaboração de um instrumento para coleta de dados online. Foi realizado um primeiro contato via e-mail convidando coordenadores das 27 unidades federativas a participar da pesquisa no período de 02 de janeiro a 10 de fevereiro de 2014. Após esse período, 22 experiências foram consolidadas para análise e seleção a partir de critérios de inclusão preestabelecidos e informados aos participantes. Assim, cada experiência deveria: (a) se situar na Atenção Básica; (b) contar com a presença de homens na faixa etária de 20 a 59 anos em atividades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva; (c) possuir atividades planejadas especificamente para esse segmento e (d) ter pelo menos seis meses de funcionamento. Duas experiências de um município da região sudeste foram incluídas na análise a partir de entrevista realizada por uma das pesquisadoras, totalizando 24.

Somente três experiências poderiam ser selecionadas para aprofundamento do estudo. Assim, durante a análise dos dados coletados através do instrumento online e da entrevista, foram especialmente consideradas: a descrição da experiência com suas principais características e atividades realizadas e os motivos pelos quais era entendida como exitosa.

Ao final foram selecionados como campos de pesquisa uma experiência da região sudeste, uma da região nordeste e uma da região sul². Foi então realizado um primeiro contato telefônico com cada uma das secretarias responsáveis pelas experiências selecionadas.

² Para que sejam preservados o sigilo e o anonimato dos sujeitos de pesquisa, a coordenação desse projeto optou por não identificar as experiências selecionadas e seus participantes.

Após esse primeiro contato, foi enviado um e-mail formal com informações sobre a pesquisa e as atividades que seriam realizadas no campo, além do encaminhamento de um ofício de autorização para assinatura pelo secretário de saúde da cidade onde cada experiência funcionava. O retorno via e-mail com o documento assinado oficializava o município e a experiência como campo da pesquisa e indicava um profissional de referência com o qual seriam agendadas as visitas para observação da experiência em funcionamento e realização de entrevistas com profissionais e usuários ligados a ela.

No período de 23 de maio a 21 de agosto de 2014, foram realizadas visitas às três experiências selecionadas. A primeira experiência visitada foi a da região Nordeste, onde foram entrevistados cinco profissionais e nove usuários, totalizando 14. Em seguida visitou-se a experiência da região Sul, onde foram entrevistados cinco profissionais e oito usuários, totalizando 13. Ao final, foram entrevistados dez profissionais e quatro usuários ligados à experiência da região Sudeste, totalizando 14.

Essas entrevistas e toda a vivência do trabalho de campo foram registradas em diários de campo com dados e análises realizados sob a ótica de cada pesquisador, com observação do trabalho nas unidades de saúde, participação em grupos de homens e de gestantes e conversas informais com profissionais e usuários.

Para compreender as possibilidades dessa abordagem, é necessário ter em mente que o diário de campo auxilia na análise do acervo pesquisado, uma vez que se configura como fonte legítima de informações, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do pesquisador, suas reflexões e comentários (Falkembach, 1987).

Neste contexto, serão apresentadas a seguir as informações dos diários de campo consideradas mais relevantes pelos autores desta publicação. Com isso acreditamos dar maior visibilidade e tratamento analítico ao discurso de profissionais e usuários dos serviços de saúde no que tange à saúde sexual e reprodutiva da população masculina.

É necessário esclarecer que não serão apresentadas informações que possam identificar de alguma maneira unidades de saúde, profissionais e/ou usuários envolvidos no processo de pesquisa.

Região Nordeste

Na experiência selecionada na região Nordeste o trabalho se caracterizava pela busca ativa de homens para a realização de exames e orientações para os cuidados com a saúde em geral. As atividades do projeto aconteciam uma vez por mês, sempre aos sábados, e havia uma proposta de ampliá-las para as segundas-feiras, dia em que ocorria uma grande feira na área central da cidade e mais homens poderiam ser sensibilizados.

A atuação do agente comunitário de saúde era relevante, pois através dele era feita a divulgação do projeto e a captação de usuários. Homens que compareciam espontaneamente à unidade de saúde onde a experiência era realizada, também eram convidados a participar do projeto.

A visita à localidade onde era realizada a experiência ocorreu durante três dias. No primeiro dia do trabalho de campo foi possível observar a coleta de exames laboratoriais e a realização de um café da manhã com a exposição de uma nutricionista esclarecendo dúvidas sobre hábitos alimentares. O propósito do café da manhã era o de atrair e convidar homens a usufruírem dos serviços que a unidade de saúde oferecia, dentre eles consulta médica, exame retal, orientação de enfermagem e consulta odontológica.

Em entrevista, um dos idealizadores da experiência informou que a ideia do café da manhã era promover momentos de vivência com a clientela masculina, estabelecendo um espaço importante para orientar os homens sobre o autocuidado, com o objetivo de reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas evitáveis. Informou também que há dificuldades na manutenção do vínculo com os homens, pois, segundo ele, os homens procuram pouco os serviços de saúde e, quando o fazem, não dão continuidade ao tratamento. Apesar disso, ressaltou que a unidade vem conseguindo sensibilizar os usuários homens.

Foi observado que após o café da manhã iniciou-se uma roda de conversa que contou com a participação de 21 homens sentados em círculo na parte externa da unidade. O grupo era composto em sua maioria por homens de meia idade, abordando o tema das doenças circulatórias e cardíacas e o da alimentação adequada para evitá-las. Dois usuários participaram mais ativamente dessa atividade e um deles relatou: *nunca deixaria de frequentar o grupo de homens, pois é uma coisa muito boa.*

A defesa da importância do grupo de homens por parte de um entrevistado reforça a ideia de que, em geral, a avaliação do encontro foi positiva e que os usuários puderam esclarecer dúvidas e partilhar suas experiências.

Promover o fortalecimento de vínculos no território não é uma tarefa simples, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários e profissionais em relação a cuidar de si, das crianças e das famílias. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho.

No que tange à proposta educativa utilizada, chama a atenção a relação que o profissional estabeleceu entre alimentação saudável e o discurso de “cunho religioso”. Conforme aponta o seu depoimento: *bom para comer é o que Deus fez. O que é industrializado não; Deus não fez os enlatados, então pense nisso; Se Deus fez é porque é bom.*

Outro assunto abordado no grupo de conversa foram os motivos que levam os homens a não praticarem o autocuidado:

“é por não gostar [de ir ao médico] que muitos homens estão morrendo e as mulheres ficando, mangando da gente”.

“existe o machismo do homem, acho que é isso também, a vergonha”.

“a mulher se previne mais [...] porque ela é mais corajosa [...] ela se cuida mais que os homens [...] nos homens existe o machismo também, acho que é mais isso também, a vergonha”.

Além das ideias acima colocadas pelos usuários, também estava presente a opinião de que os homens morrem mais em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas e da violência. Influência de amigos, problemas amorosos e valores culturais e morais foram apontados como fatores que podem facilitar o consumo de álcool.

O segundo grupo observado aconteceu sob a coordenação de uma terapeuta ocupacional e estava mais esvaziado. O grupo iria conversar sobre os males causados pelo uso contínuo do tabaco, mas em função da presença de um usuário que relatou uso constante de bebida alcoólica, a profissional resolveu discorrer sobre a temática do alcoolismo.

De acordo com a percepção de alguns participantes do grupo, o alcoólatra é representado como alguém não confiável, viciado, sem força de vontade, pois segundo eles: *beber é uma vontade do sujeito e só depende dele [querer] parar.* Observou-se também que o enfoque dado pela profissional era culpabilizante. Tal percepção acarreta uma série de implicações, pois as representações sociais possuem status de verdade, guiando as condutas dos sujeitos. Essa representação negativa pode prejudicar a autoimagem desses usuários, afetando sua autoestima e, por conseguinte, a capacidade de enfrentar seu consumo abusivo de álcool. Esse exemplo reforça a necessidade de se criar mecanismos de educação permanente que possibilitem aos profissionais de saúde lidar com questões sensíveis e complexas, como o abuso de álcool, seu manejo e intervenção.

No último dia de visita os pesquisadores realizaram uma conversa informal com uma profissional da enfermagem. Nessa conversa foi apontado que o envolvimento paterno no período do pré-natal geralmente é baixo. Segundo a entrevistada, para os homens: *acompanhar significa trazer de moto, deslocar até o posto, mas não entram na sala.*

Desta forma, considera-se a necessidade de orientar o homem/pai quanto à importância e ao seu direito de acompanhar a gestante/companheira nas consultas pré-natal, no momento do

parto e no pós-parto. A participação dos homens nos cuidados de saúde faz com que a saúde da família seja beneficiada (Gomes, 2008a).

Região Sul

A segunda experiência visitada, localizada em um município da região sul do país, desenvolvia ações de intervenção voltadas para a inclusão do homem no pré-natal, no sentido de aproveitar a oportunidade desse momento para associar cuidados à saúde do homem, como a realização de exames clínicos e de triagem para DSTs. Não era priorizado o atendimento ao homem no que diz respeito aos demais aspectos que envolvem a sua saúde sexual e reprodutiva, como, por exemplo, a paternidade.

Apesar disso, durante a visita foi informado que o Hospital geral da cidade oferecia às gestantes e aos seus companheiros cursos de preparação para o parto. As atividades eram realizadas durante o período noturno por três dias consecutivos. Ao final, cada participante ganhava um certificado.

O primeiro entrevistado era um dos responsáveis por motivar, provocar e executar ações de saúde do homem no município. Ele avaliou o cenário e apontou as dificuldades que enfrentavam para a captação dos homens. Destacou que: *os homens chegam aos serviços como acompanhantes de suas parceiras e não como sujeitos de saúde*. Quando comparamos a presença de homens e mulheres e o uso que fazem dos serviços, percebemos como elas representam melhor do que eles a clientela, tanto em termos de frequência, quanto de familiaridade com o espaço e a lógica de organização (Couto et al., 2010).

No entanto, percebeu-se a necessidade dos homens por maior privacidade, o que por vezes faz com que participem menos de atividades de grupo. Nesse sentido, é importante destacar que no caso dos homens, é necessário criar espaços de discussão com metodologias participativas que facilitem a expressão de sentimentos, a troca de experiências e o desenvolvimento de habilidades e competências (Branco, 2009).

Um dos entrevistados também comentou sobre a influência do discurso midiático, defendendo que na sociedade contemporânea ele tem o poder de gerar representações sociais e ideologias contribuindo para a mudança de paradigmas. Segundo ele, o discurso midiático deveria ser utilizado para fortalecer o envolvimento dos homens com o autocuidado. Um dos usuários também fez essa menção: *deveria haver mais divulgação do pré-natal masculino, sobretudo nas redes sociais*.

Um ponto corrente nas narrativas para a não participação masculina foi a dificuldade comum em dedicar tempo à própria saúde devido ao regime de trabalho: *a impossibilidade de faltarem ao trabalho e o patrão acaba não liberando*. Nesse contexto, especifica-se a necessidade de os serviços garantirem acessibilidade pela ampliação dos horários de atendimento e acolhimento.

Um aspecto que chamou a atenção durante a entrevista com um dos usuários foi a sua visão sobre a cirurgia de vasectomia. Para ele: *a cirurgia de vasectomia estava fora de questão, pois ele conhecia um homem que havia feito e ficado com disfunção erétil*. Este relato demonstra um desconhecimento sobre o que realmente é a cirurgia de vasectomia e a presença de uma forte crença de que ela pode influenciar de forma negativa a ereção, o que é compartilhado por muitos homens.

De acordo com alguns profissionais, não havia na unidade em que trabalhavam um programa de planejamento familiar, ficando a cargo dos usuários demandarem esclarecimentos. A unidade oferecia DIU, pílula, camisinha, mas não promovia qualquer tipo de discussão mais clara a respeito dos métodos contraceptivos.

A falta de esclarecimento, não apenas sobre o método utilizado, mas também sobre outros disponíveis, é uma situação que chama a atenção, pois o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconiza que esta ação deve ser, obrigatoriamente, oferecida pelo serviço de saúde, sendo o farmacêutico um dos profissionais com capacidade técnica para realizá-la.

Região Sudeste

A terceira e última experiência visitada acontecia num município da região Sudeste, onde, através de um fluxo de atendimento planejado, era desenvolvido um pré-natal semelhante ao da experiência da região sul, voltado aos parceiros das gestantes atendidas.

Segundo um dos entrevistados, a partir do programa pré-natal do parceiro foi possível garantir a inserção masculina nos serviços. Informou, ainda, que em função da alta demanda, a agenda para a realização da cirurgia de vasectomia estava lotada. E que por isso alguns homens acabavam desistindo do programa.

Foi observado que durante os dois dias de visita à unidade de saúde, os pesquisadores não identificaram a presença masculina nas unidades. Havia somente os usuários selecionados para participar da pesquisa. Segundo um dos profissionais entrevistados, os homens jovens e com alto grau de escolaridade frequentam mais a unidade. Mencionou que esses usuários: *são mais fáceis de lidar*. Relatou que muitas usuárias não possuem vínculo mais profundo com os pais dos bebês que gestam, o que acaba por dificultar a inserção desses homens no pré-natal.

Outro ponto importante destacado pelos entrevistados estava associado à compreensão da gestação enquanto fator de captação da participação masculina com o autocuidado. A ideia é que os profissionais de saúde aproveitem o momento em que o homem está mais sensível, às vésperas de ser pai, para incentivá-lo não só a acompanhar as consultas durante os nove meses de gestação da parceira como também a fazerem um check-up.

Conclusões

Ao concluir essa trajetória analítica, rica de conhecimentos e aprendizado, verificou-se que as experiências visitadas possuem enfoques diferentes, enquanto uma priorizou ações ligadas a temas reconhecidamente masculinos, como o alcoolismo, outra direcionou seu enfoque à detecção e ao tratamento de DSTs. Verificou-se a valorização da presença masculina no espaço do pré-natal em todas as experiências, mesmo que somente uma delas tenha dado o devido enfoque a esse aspecto da saúde reprodutiva masculina.

Os grupos de gestantes foram identificados como os principais espaços de incentivo à presença do pai, ou à figura substitutiva, em ações de atenção à saúde durante a gestação, no parto e nos cuidados com o bebê. Ao despertar os profissionais para a importância da participação masculina no desenvolvimento dos bebês desde o pré-natal, conseguiu-se não só incluir alguns homens no grupo de gestantes já existentes, como também uma das equipes de saúde da região Nordeste instituiu um grupo específico para eles.

Entende-se que é estratégico que as equipes possam desenvolver seu processo de trabalho pautado na humanização e na compreensão do núcleo familiar, contemplando a figura paterna e reconhecendo o impacto benéfico que causa na saúde da mulher, da criança e dele próprio. É necessário que os profissionais atuem de forma ativa para diminuir a distância histórica da presença masculina nos cuidados infantis, por meio da formulação de novas práticas que revisem as concepções tradicionais de gênero, família, paternidade e maternidade (Branco, 2009).



»»»»»»»»»» **META 02: Realizar diagnóstico acerca da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, baseado em dados primários.**

O objetivo desse estudo foi diagnosticar a situação da saúde sexual, da saúde reprodutiva e da paternidade no Brasil, levando em conta as especificidades de homens e mulheres. Assim, buscou-se: (a) identificar os cuidados com a saúde sexual e reprodutiva; (b) avaliar a participação do pai no acompanhamento do pré-natal e do parto e o seu envolvimento nos cuidados com filhos menores de um ano de idade; e, (c) avaliar a relação do homem com os serviços de saúde.

Foram realizadas 3.885 entrevistas no total, através de inquérito telefônico, junto à população de homens e mulheres, entre 20 e 59 anos de idade, residentes do território nacional, usuários do SUS.

Esse estudo – cujos resultados materializam-se no relatório apresentado a seguir - vem preencher algumas lacunas de informação sobre a promoção de ações voltadas para a saúde do homem numa perspectiva relacional de gênero. Ele cumpre um papel importante, uma vez que as informações em nível nacional acerca do assunto praticamente inexistem.

Referência do estudo apresentado a seguir: Moura, EC; Pereira, GMC; Gomes, R. Diagnóstico sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade: Relatório da meta 2. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2015.

Delimitação do estudo, população e amostra

O diagnóstico da situação da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade foi realizado, por meio de estudo transversal, em setembro e outubro de 2014, junto à população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), residentes nas 26 capitais, selecionadas por comportarem o maior percentual da população adulta, de estados brasileiros e no Distrito Federal.

O tamanho da amostra considerou prevalência esperada de 45,7% para presença do pai durante o parto, conforme dados da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012), erro de cinco pontos percentuais para intervalo de confiança de 95%, o que determinou 381 indivíduos para desenho aleatório simples em cada domínio amostral (LWANGA, SLEMESHOW, 1991), resultando numa estimativa de 3.810 entrevistas para o conjunto das capitais de estados brasileiros e Distrito Federal, que concentram a maioria da população adulta. No total, foram realizadas 3.885 entrevistas distribuídas conforme ilustra a Tabela 1, com uma duração média de 6:53 minutos por entrevista.

Tabela 1. Tamanho da amostra planejada e número de entrevistas realizadas. Brasil, 2014.

UF	Cidade	HOMENS		MULHERES	
		Amostra	Entrevista	Amostra	Entrevista
RO	Porto Velho	40	41	40	41
AC	Rio Branco	17	18	17	17
AM	Manaus	81	82	82	82
RR	Boa Vista	11	11	11	12
PA	Belém	182	182	182	182
AP	Macapá	16	16	16	17
TO	Palmas	34	34	34	34
MA	São Luís	45	45	44	46
PI	Teresina	22	26	22	27
CE	Fortaleza	61	61	61	62
RN	Natal	24	24	23	25
PB	João Pessoa	27	27	27	28
PE	Recife	63	63	65	65
AL	Maceió	21	21	22	22
SE	Aracaju	15	15	15	16
BA	Salvador	103	104	101	105
MG	Belo Horizonte	92	92	90	92
ES	Vitória	17	17	16	37
RJ	Rio de Janeiro	74	74	77	77
SP	São Paulo	198	175	198	227
PR	Curitiba	143	144	145	147
SC	Florianópolis	91	91	89	92
RS	Porto Alegre	147	148	148	152
MS	Campo Grande	64	64	64	64
MT	Cuiabá	84	85	79	84
GO	Goiânia	163	164	163	163
DF	Distrito Federal	70	70	76	76
Total		1905	1894	1905	1991

Logística: organização do estudo

A identificação da pessoa a ser entrevistada foi feita por telefonia móvel, utilizando técnica de amostragem por conglomerados em dois estágios (prefixo e sufixo), conforme testado em duas capitais brasileiras (MOURA et al., 2011). Para cada número selecionado foram feitas até cinco chamadas em dias da semana e períodos distintos do dia, incluindo período noturno e final de semana.

Os desfechos das chamadas foram classificados conforme a potencial elegibilidade para este estudo. No primeiro contato, consideraram-se não elegíveis números não existentes ou fora de serviço, chamadas atendidas e identificadas como números empresariais, ou proprietário não residente na localidade avaliada ou fora da faixa etária do estudo, ou não usuário do SUS. Chamadas que apresentaram nas cinco tentativas de contato sempre os mesmos desfechos (não atende, secretária eletrônica, ocupado, fora da área de cobertura ou desligado) também foram considerados não elegíveis.

Foram considerados elegíveis os números das chamadas atendidas, cujo proprietário residia na localidade em estudo, tinha entre 20 e 59 anos de idade e era usuário do SUS. Nestes casos, a entrevista era realizada imediatamente ou agendada para dia e horário da melhor conveniência do proprietário. Entrevistas agendadas, cujas chamadas subsequentes resultaram em não atendimento, secretária eletrônica, ocupado, fora da área de cobertura ou desligado foram consideradas como perda (elegível).

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e auditadas posteriormente. Entrevistas com gravações inaudíveis foram descartadas.

Taxa de sucesso foi calculada dividindo-se o número de entrevistas realizadas pelo número de chamadas elegíveis. Taxa de recusa foi calculada dividindo-se o total de recusas pelo número de chamadas elegíveis. Taxa de perda foi calculada dividindo-se o total de perdas pelo número de chamadas elegíveis.

Levantamento de dados: instrumento, definição de variáveis e análise

O Instrumento para coleta de dados, equivalente para ambos os sexos, foi elaborado pelos coordenadores do projeto em parceria com a área técnica da saúde do homem do Ministério da Saúde.

Foram identificadas características sociodemográficas (região de moradia, idade, escolaridade, raça/cor, religião, estado conjugal e inserção no mercado de trabalho). Região foi categorizada em Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste; a idade em quatro faixas etárias: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos; escolaridade em três faixas: <9, 9 a 11 e ≥ 12 anos de estudo; raça/cor em branca, parda, preta, amarela e indígena; religião em não e sim. As religiões citadas foram classificadas em: católica, evangélica (evangélica, luterana, protestante e testemunha de Jeová), espiritismo (espírita, fundamentalista e kardecista), afro-brasileira (candomblé, cultos africanos, feitiçaria, magia negra, nação, Santo Daime¹ e umbanda) e oriental (agnóstica², budista, judaica, messiânica, mística, mórmon, maçom, mulçumana e seicho-no-ie). Estado

¹ Santo Daime foi classificada como afro-brasileira, por conter elementos de diversas culturas (tradições caboclas e xamânicas, o catolicismo popular, o esoterismo e tradições afro-brasileiras).

² Agnóstico foi classificado como religião oriental, após confirmação de ter alguma religião, uma vez que dentro do agnosticismo existem os ateus agnósticos (aqueles que não acreditam que uma divindade ou mais divindades existam, mas que não negam/descartam a possibilidade de suas existências) e os teístas agnósticos (aqueles que acreditam que um Deus existe, mas não afirmam saber isso).

conjugal foi categorizado em união não estável e união estável; inserção no mercado de trabalho em não e sim. Quanto ao trabalho, considerou-se: inserido no mercado de trabalho - todos os indivíduos com alguma renda; com ocupação - todos os indivíduos em atividade de trabalho ou estudo: com estabilidade - todos os indivíduos com trabalho estável (celetista e servidor público) e desempregado - aqueles que se identificaram como tal.

Também foram levantados dados sobre parentabilidade (número de filhos total e menores de um ano e idade do nascimento do primeiro filho), participação paterna no pré-natal (acompanhamento, atenção e orientação recebida), no parto (tipo de serviço, tipo de parto, e acompanhamento), nas consultas de puericultura (acompanhamento, intervalo e orientação), e no cotidiano da criança (acompanhamento), além da vida sexual (aborto, idade de início, método anticoncepcional, preferência sexual) e percepção do serviço de saúde (estado de saúde, local de tratamento, atendimento e autocuidado).

As estimativas deste estudo foram calculadas para cada sexo e para o conjunto das capitais de estados brasileiros e Distrito Federal e, separadamente, para cada região (N, NE, SE, S e CO), totalizando neste caso 10 domínios amostrais.

Para corrigir a probabilidade de participação igual de cada indivíduo da população na amostra estudada, utilizaram-se dois fatores de ponderação pós-estratificação. O primeiro fator (razão) foi dado pela razão entre a frequência relativa de indivíduos, identificada no Censo Demográfico de 2010, e a frequência relativa identificada neste estudo, segundo 24 categorias resultantes da estratificação por sexo (masculino e feminino), faixa etária (20-29, 30-39, 40-49 e 50-69 anos de idade) e nível de escolaridade (<9, 9-11 e ≥ 12 anos de escolaridade), tendo como finalidade igualar a composição sociodemográfica. O segundo fator (fração amostral) foi a razão entre o total de moradores adultos de cada região e o total neste estudo, com a finalidade de corrigir as diferenças entre o contingente populacional de cada região e a população estudada. O fator final de ponderação para a população total foi o resultado da multiplicação destes dois fatores e para cada região apenas a razão. Assim, os dados foram expandidos para representar cerca de 12 milhões de homens e cerca de 14 milhões de mulheres residentes nas localidades avaliadas.

Os dados foram processados no aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% (IC95%) na comparação entre os sexos, bem como a representatividade de cada entrevistado no conjunto da população adulta avaliada.

Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa telefônica, o termo de consentimento foi substituído pelo consentimento verbal, obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados, a exemplo do projeto Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (MOURA et al., 2008).

Resultados

Foram selecionados 24.579 números telefônicos. Deste total, 17.842 não eram elegíveis, restando 6.737. Destes, 1.640 não atendiam ao critério, restando 5.097 potencialmente elegíveis. Foram concluídas 3.885 entrevistas, houve 1.019 recusas e 193 perdas, perfazendo taxa de sucesso igual a 76,2%, de recusa 20,0%, e de perda 3,8%.

A **Tabela 2** mostra que não houve diferença entre homens e mulheres quanto à região de moradia, faixa etária e de escolaridade, raça/cor e estado conjugal. Todavia, mais mulheres referiram terem religião e mais homens estarem inseridos no mercado de trabalho.

Em ambos os sexos, houve menor frequência na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade, na faixa de escolaridade mais alta. Maior frequência foi observada para cor parda, seguida da branca; para religião católica, seguida da evangélica, para união conjugal estável, com média entre 2 e 3 anos, ocupação e inserção no mercado de trabalho.

Os homens dedicam mais tempo a alguma ocupação externa ao lar (trabalho/estudo) do que as mulheres. Dos inseridos no mercado de trabalho, 57,7% dos homens e 51,4% das mulheres têm estabilidade (celetista ou servidor público), e 3,4 e 4,3%, respectivamente, se encontram aposentados ou em licença de saúde. No total, o desemprego atingiu 8,9% ($IC_{95\%} = 7,2-10,6$) dos homens, e 22,7% ($IC_{95\%} = 20,0-25,3$) das mulheres.

Tabela 2. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$) de homens e mulheres segundo características sociodemográficas. Brasil, 2014.

Características sociodemográficas	HOMENS		MULHERES		
	%	$IC_{95\%}$	n	$IC_{95\%}$	
Região de moradia	Norte	9,9	(8,8-11,1)	8,3	(7,4-9,3)
	Nordeste	25,1	(22,6-27,6)	22,7	(20,4-25,0)
	Sudeste	48,4	(45,2-51,7)	53,7	(50,7-56,7)
	Sul	7,3	(6,4-8,2)	6,9	(6,1-7,7)
	Centro-Oeste	9,2	(8,1-10,3)	8,4	(7,4-9,3)
Idade (anos)	20 a 29	27,4	(24,5-30,3)	27,0	(24,3-29,8)
	30 a 39	30,1	(27,2-33,0)	28,8	(26,1-31,5)
	40 a 49	24,3	(21,6-27,1)	24,0	(21,4-26,5)
	50 a 59	18,1	(15,5-20,7)	20,2	(17,5-22,9)
Escolaridade (anos)	< 9	39,7	(36,4-43,1)	37,9	(34,6-41,1)
	9 a 11	38,5	(35,5-41,5)	40,5	(37,6-43,5)
	≥ 12	21,7	(19,4-24,1)	21,6	(19,5-23,8)
Raça/cor ¹	Branca	31,9	(29,0-34,8)	34,8	(31,8-37,7)
	Parda	51,6	(48,4-54,8)	47,4	(44,3-50,5)
	Preta	12,8	(10,8-14,9)	14,6	(12,5-16,7)
	Amarela	1,5	(0,8-2,3)	2,1	(1,1-3,1)
	Indígena	2,1	(1,1-3,1)	1,1	(0,4-1,9)
Tem religião ² qual religião	Sim	76,1	(73,3-78,8)	85,7	(83,5-88,0)
	Católica	53,8	(50,1-57,5)	50,1	(46,8-53,4)
	Evangélica	40,0	(36,4-43,7)	44,2	(40,9-47,5)
	Espiritismo	3,4	(2,2-4,6)	4,0	(2,9-5,1)
	Afro-brasileira	2,6	(1,3-4,0)	1,1	(0,4-1,7)
	Oriental	0,2	(0,0-0,4)	0,6	(0,2-1,0)
Estado conjugal	Não	34,8	(31,7-37,8)	39,6	(36,6-42,6)
Estável	Sim	65,2	(62,2-68,3)	60,4	(57,4-63,4)

		HOMENS		MULHERES	
Características sociodemográficas		%	IC _{95%}	n	IC _{95%}
Tempo de união (meses) - média ³		24,8	(23,9-25,6)	25,7	(24,8-26,6)
Ocupação (trabalho/ estudo)	Não	12,6	(10,5-14,7)	34,0	(31,0-36,9)
	Sim	87,4	(85,3-89,5)	66,0	(63,1-69,0)
Inserção no mercado de trabalho	Não	10,6	(8,8-12,4)	31,4	(28,5-34,3)
	Sim	89,4	(87,6-91,2)	68,6	(65,7-71,5)
Horas diárias em ocupação ⁴ - média		8,9	(8,7-9,0)	8,2	(8,0-8,4)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

¹ sem informação: 4 homens e 1 mulher.

² sem informação: 4 mulheres.

³ somente para estado conjugal estável.

⁴ somente para ocupação = sim.

Comparativamente aos homens, maior percentual de mulheres referiu ter filhos e viver com eles (**Tabela 3**). Em média, cada um destes indivíduos teve mais de dois filhos, sendo um menor de um ano de idade. Os homens tinham em média 25 anos de idade, quase três anos a mais do que as mulheres, por ocasião do nascimento do primeiro filho.

Tabela 3. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo características sociodemográficas. Brasil, 2014.

		HOMENS		MULHERES	
Característica de parentalidade		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Tem filhos		66,9	(63,9-69,9)	77,0	(74,6-79,4)
	Média de filhos ¹	2,3	(2,2-2,4)	2,2	(2,1-2,3)
Vive com filhos ¹		70,6	(66,8-74,3)	86,9	(84,3-89,5)
	Média de filhos ²	1,8	(1,7-1,9)	1,8	(1,8-1,9)
Idade (anos) no primeiro nascimento ¹		25,2	(24,8-25,6)	22,4	(22,0-22,8)
Tem filhos < 1 ano ¹		4,9	(3,3-6,5)	4,4	(3,0-5,8)
	Média de filhos ³	1,1	(1,1-1,1)	1,1	(1,0-1,1)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

¹ somente para quem tem filhos

² somente para quem vive com os filhos

³ somente para quem filhos menores de um ano de idade

Quanto aos filhos menores de um ano de idade, a maioria dos pais acompanhou o pré-natal (**Tabela 4**), porém somente metade participou da maioria das consultas (**Figura 1**). Dos casos de não acompanhamento do pai ou de acompanhamento em menos da metade das consultas do pré-natal, o maior impedimento se deu pela necessidade de trabalho (**Figura 2**). Questionados sobre a atenção dispensada pelo profissional de saúde, não houve diferença entre a percepção de homens e de mulheres, quanto ao direcionamento da mesma, do tema focado e do oferecimento do pré-natal paterno, que ficou em torno de 13%. Apenas exame de sangue e palestras foram citadas como atividades oferecidas, diferentemente entre homens e mulheres (**Figura 3**).

Tabela 4. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo participação paterna no pré-natal. Brasil, 2014.

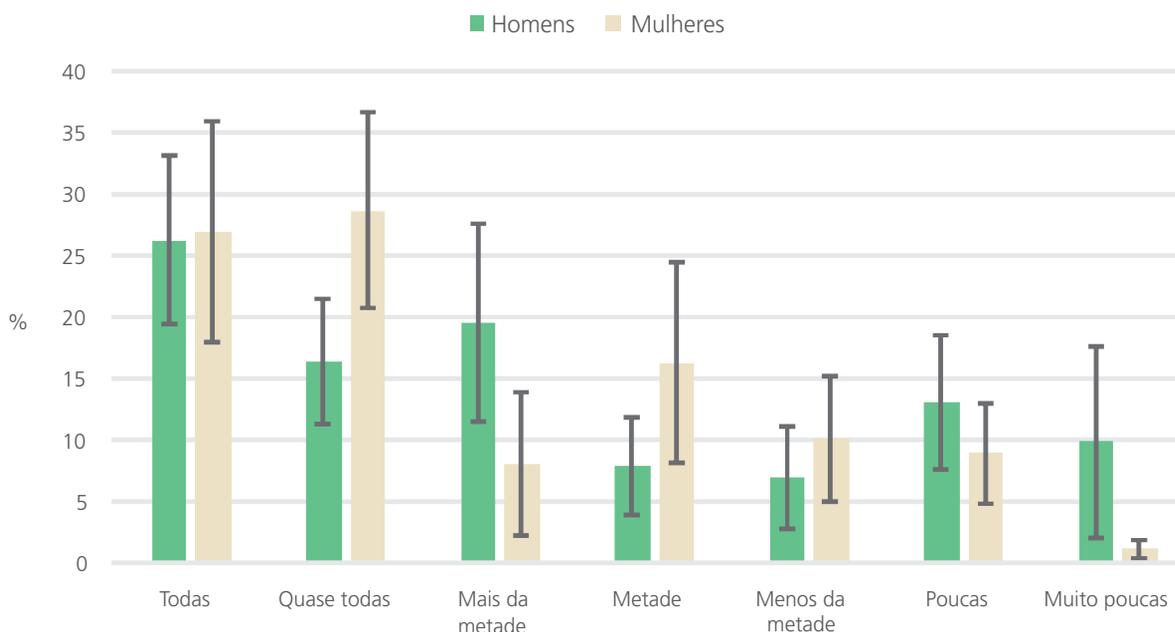
Participação paterna		HOMENS		MULHERES	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Acompanhou pré-natal ¹	Não	21,0	(4,3-37,8)	21,4	(8,5-34,3)
	Sim	79,0	(62,2-95,7)	78,6	(65,7-91,5)
Profissional de saúde se dirigia principalmente a ²	Mãe	54,8	(37,7-71,9)	28,4	(12,2-44,6)
	Ambos	45,2	(28,1-62,3)	71,6	(55,4-87,8)
Enfocou importância do envolvimento paterno ²	Não	28,8	(10,7-46,8)	43,6	(24,3-62,8)
	Sim	71,2	(53,2-89,3)	56,4	(37,2-75,7)
Ofereceu pré-natal masculino ²	Não	83,8	(73,0-94,5)	90,2	(78,1-100)
	Sim	16,2	(5,5-27,0)	9,8	(0-21,9)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

¹ Somente para quem tem filho menor de um ano de idade

² Somente para quem acompanhou o pré-natal

Figura 1. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo frequência de acompanhamento paterno nas consultas de pré-natal. Brasil, 2014.



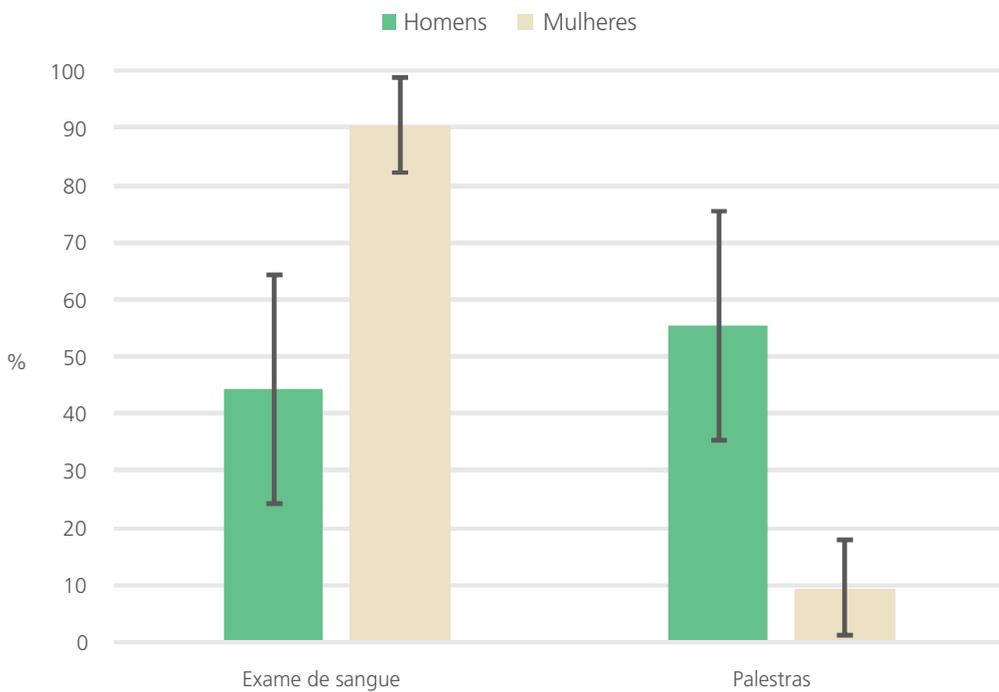
* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Figura 2. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo o motivo para não acompanhamento ou pouco acompanhamento paterno nas consultas de pré-natal. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Figura 3. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo atividade oferecida no pré-natal masculino durante o acompanhamento nas consultas de pré-natal. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Quanto às características do parto (**Tabela 5**), não houve diferença entre o olhar do homem e o olhar da mulher. Destaca-se que pouco mais de 70% dos partos ocorreram em serviços públicos, sendo mais de 50% cirúrgicos, mais da metade dos pais não participou da decisão sobre o tipo de parto, menos de 40% dos pais assistiram ao parto e cerca de 50% tiraram licença paternidade. Dos pais que não assistiram ao parto, 41,6% não estavam presentes no hospital no momento do parto, sendo a maioria por conta do trabalho (**Figura 4**). Dos homens que estavam no hospital e que não assistiram ao parto, a maioria dos casos foi proibida pelo serviço de saúde, seguido de um número considerável de homens que não quis assistir (**Figura 5**). Entre os homens que não tiraram licença paternidade, a maioria trabalhava como autônomo (**Figura 6**).

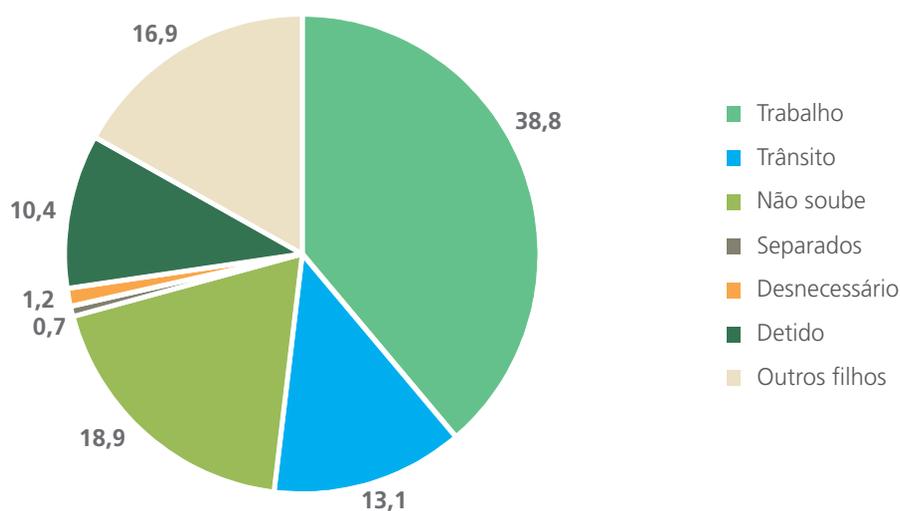
Tabela 5. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo características do parto. Brasil, 2014.

		HOMENS (n = 88)		MULHERES (n = 82)	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Serviço ¹	Público	69,4	(56,2-82,6)	75,8	(63,4-88,2)
	Privado	30,6	(17,4-43,8)	24,2	(11,8-36,6)
Tipo	Vaginal	42,1	(24,6-59,6)	52,4	(36,3-68,6)
	Cesárea	57,9	(40,4-75,4)	47,6	(31,4-63,7)
Participação do pai na decisão do tipo de parto	Não	62,5	(47,8-77,2)	44,6	(28,1-61,1)
	Sim, pouco	7,8	(0,9-14,7)	10,5	(3,0-17,9)
	Sim, muito	29,7	(16,6-42,8)	44,9	(28,6-61,3)
Pai assistiu ao parto	Não	68,4	(55,0-81,8)	60,0	(43,8-76,3)
	Sim	31,6	(18,2-45,0)	40,0	(23,7-56,2)
Pai tirou licença paternidade	Não	52,3	(35,7-69,0)	46,2	(29,5-62,9)
	Sim	47,7	(31,0-64,3)	53,8	(37,1-70,5)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

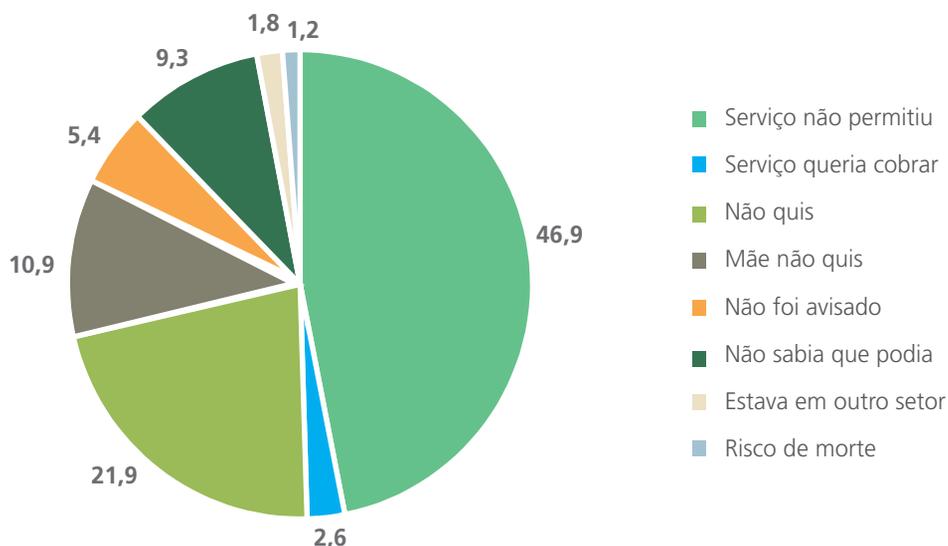
¹ houve um parto domiciliar

Figura 4. Distribuição* (percentual) segundo motivo para o pai não estar no hospital por ocasião do parto. Brasil, 2014.



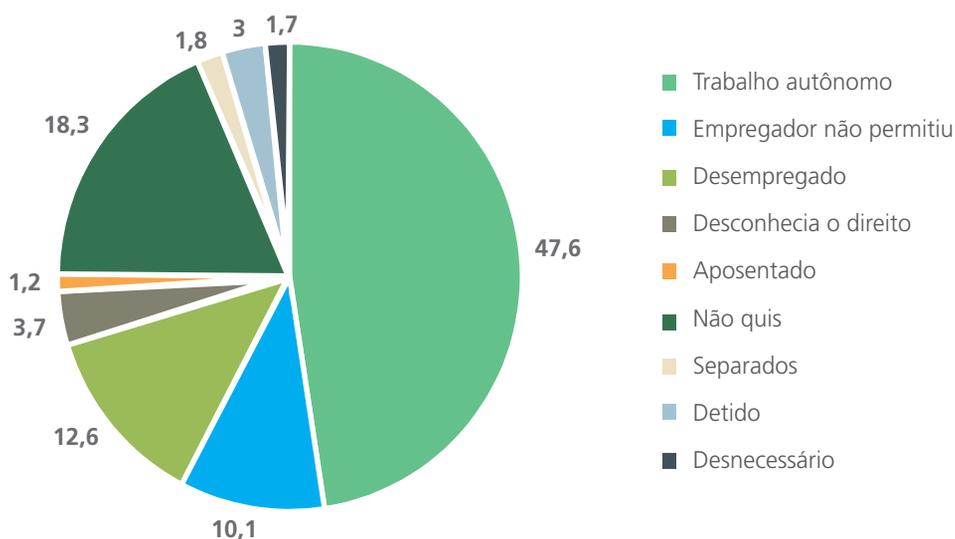
* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Figura 5. Distribuição* (percentual) segundo o motivo para o pai não assistir ao parto, apesar de estar no hospital por ocasião do parto. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

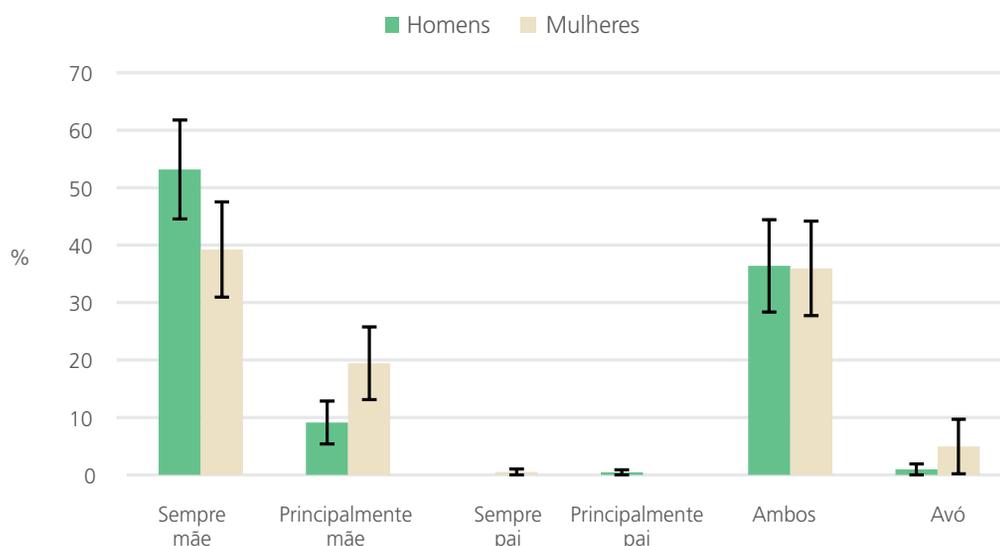
Figura 6. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo motivo para o pai não tirar licença paternidade. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

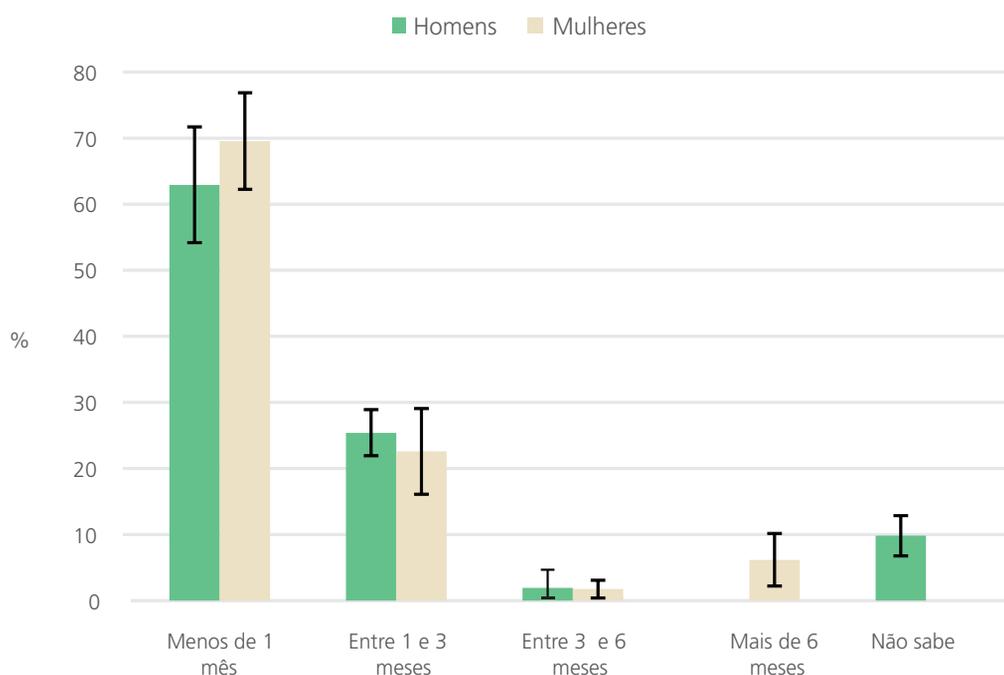
Dos homens e mulheres com filhos menores de um ano de idade, 96,1% referiram a participação paterna nas consultas. Chama atenção, a alta frequência da participação conjunta e de consulta mensal (**Figuras 6 e 8**).

Figura 7. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$) de homens e mulheres segundo acompanhante das crianças na puericultura. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

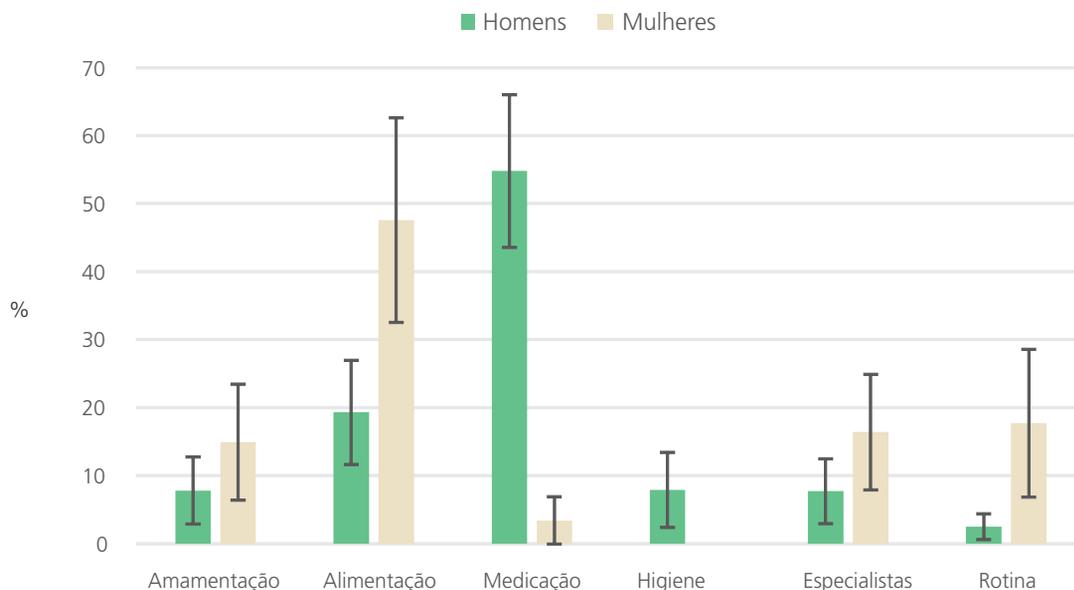
Figura 8. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$) de homens e mulheres segundo o intervalo da última consulta na puericultura. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

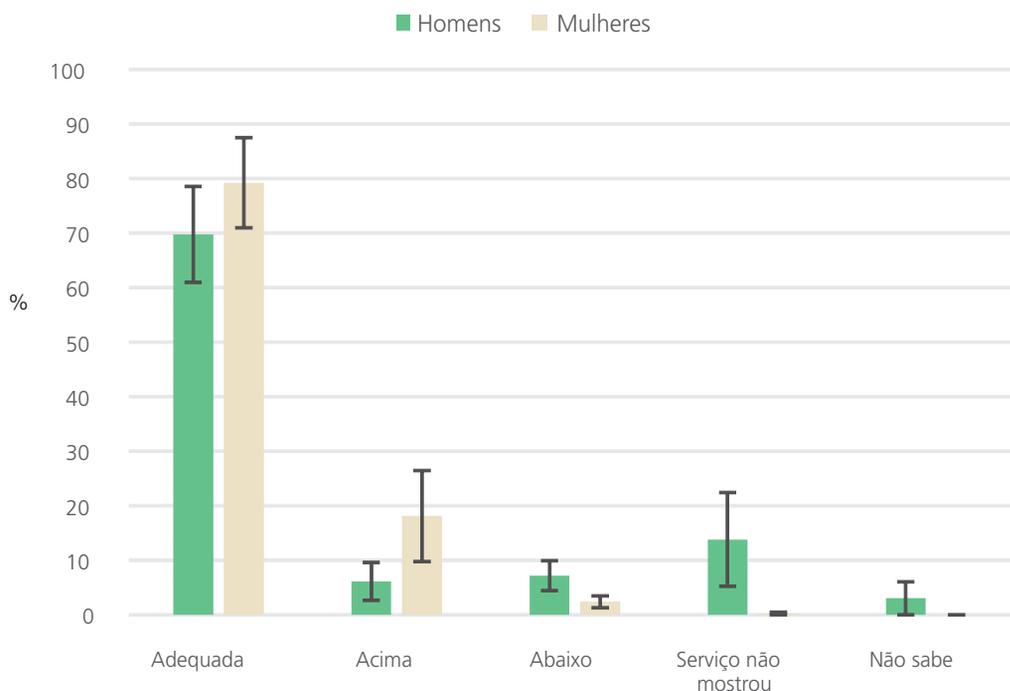
Ainda quanto aos cuidados paternos, questionou-se se houve alguma recomendação especial na última consulta de puericultura, sendo que 26,0% ($IC_{95\%} = 13,8-38,3$) dos homens e 9,6% ($IC_{95\%} = 3,6-15,6$) das mulheres responderam positivamente. Do total de homens, 14,0% ($IC_{95\%} = 0-28,5$) referiram não saber ou não lembrar. Houve diferença entre as recomendações recebidas (**Figura 9**), com os homens relatando maior frequência sobre medicação e higiene, e as mulheres sobre alimentação e rotina. Outro indicador selecionado para dimensionar a participação paterna foi o conhecimento da curva de peso com a grande maioria referindo adequação, sem diferença entre os sexos (**Figura 10**).

Figura 9. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo orientações recebidas na última consulta na puericultura. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

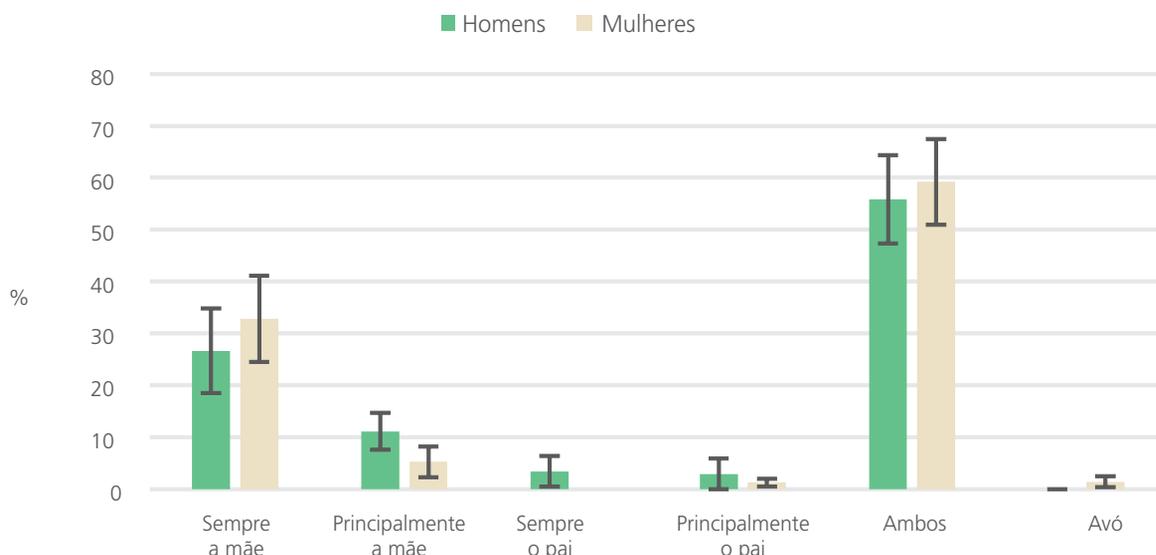
Figura 10. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo avaliação da curva de peso na última consulta na puericultura. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

No dia-a-dia, houve maior frequência de cuidado conjunto, seguido pelo materno (**Figura 11**).

Figura 11. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo cuidador da criança no dia-a-dia. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Mais mulheres relataram ter tido aborto espontâneo do que os homens em relação às suas parceiras (**Tabela 6**). Dos casos positivos de aborto planejado, cerca de um quarto dos homens participaram na decisão.

Tabela 6. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo ocorrência de aborto. Brasil, 2014.

		HOMENS		MULHERES	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Aborto espontâneo ¹	Não	85,9	(83,7-88,0)	76,8	(74,2-79,4)
	Sim	14,1	(12,0-16,3)	23,2	(20,6-25,8)
Aborto planejado ²	Não	95,4	(94,0-96,7)	94,1	(92,6-95,5)
	Sim	4,6	(3,3-6,0)	5,9	(4,5-7,4)
Participação do companheiro ³	Não	82,8	(72,1-93,5)	67,8	(57,0-78,7)
	Sim	17,2	(6,5-27,9)	32,2	(21,3-43,0)

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

¹ sem informação: 13 homens e 2 mulheres

² sem informação: 12 homens e 1 mulher

³ sem informação: 1 mulher – apenas para aborto planejado

Quanto à vida sexual (**Tabela 7**), mais homens do que mulheres encontravam-se em atividade. Mais mulheres do que homens referiram parceria estável, não havendo diferença quanto ao relato de uso de método contraceptivo.

Tabela 7. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo características da vida sexual. Brasil, 2014.

		HOMENS		MULHERES	
		%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Vida sexual ativa ¹	Não	5,1	(3,7-6,5)	22,0	(19,4-24,6)
	Sim	94,9	(93,5-96,3)	78,0	(75,4-80,6)
Idade de início (anos)		17,0	(16,5-18,9)	18,4	(18,0-18,9)
Parceira ou parceiro estável ²	Não	15,7	(13,2-18,2)	7,1	(5,3-8,8)
	Sim	84,3	(81,8-86,8)	92,9	(91,2-94,7)
Uso de método contraceptivo ³	Não	28,9	(25,7-32,2)	30,5	(27,2-33,8)
	Sim	71,1	(67,8-74,3)	69,5	(66,2-72,8)
Método orientado pelo serviço	Não	85,9	(83,7-88,0)	76,8	(74,2-79,4)
	Sim	14,1	(12,0-16,3)	23,2	(20,6-25,8)

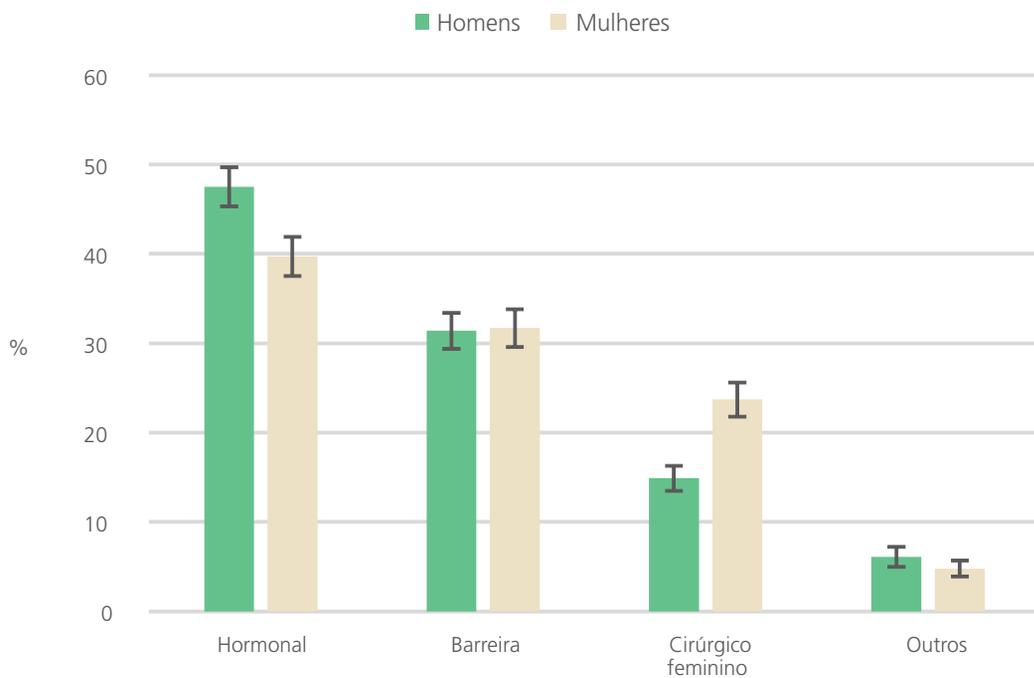
* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

¹ sem informação: 5 homens e 7 mulheres

² sem informação: 1 homem e 2 mulheres, somente para aqueles com vida sexual ativa

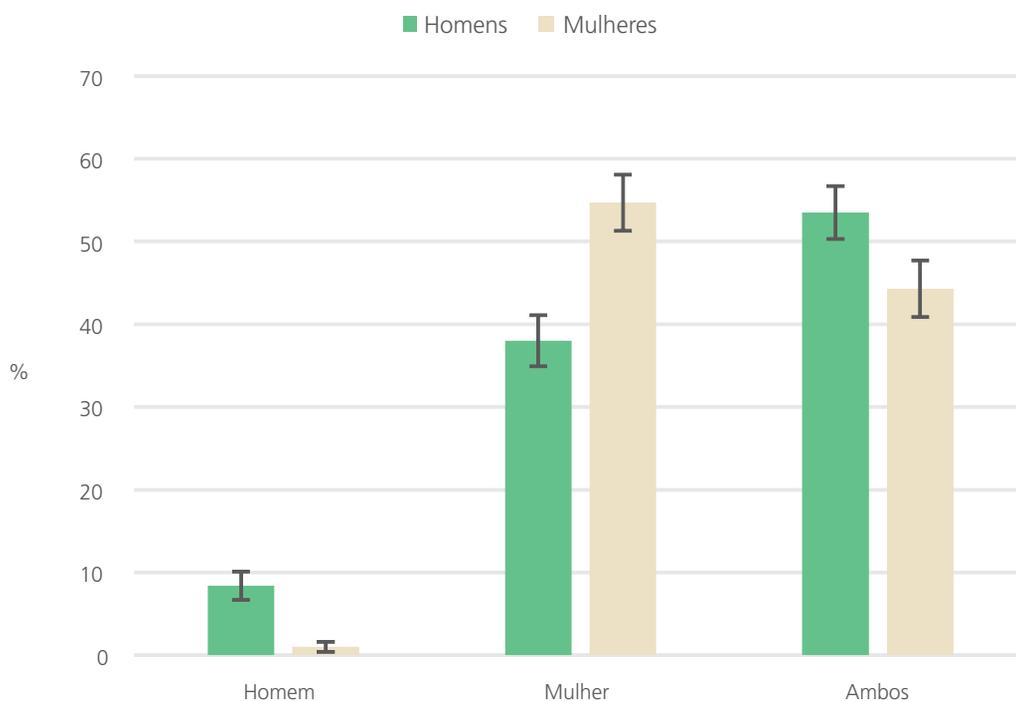
³ sem informação: 4 homens, somente para parceiro (a) estável

Os principais métodos contraceptivos utilizados foram (**Figura 12**) hormonal, barreira e cirúrgico feminino, havendo diferença quanto à citação entre os sexos para método hormonal e cirúrgico feminino, assim como quanto à quem recebeu a orientação conforme ilustra a (**Figura 13**).

Figura 12. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo os principais métodos contraceptivos utilizados. Brasil, 2014.

* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

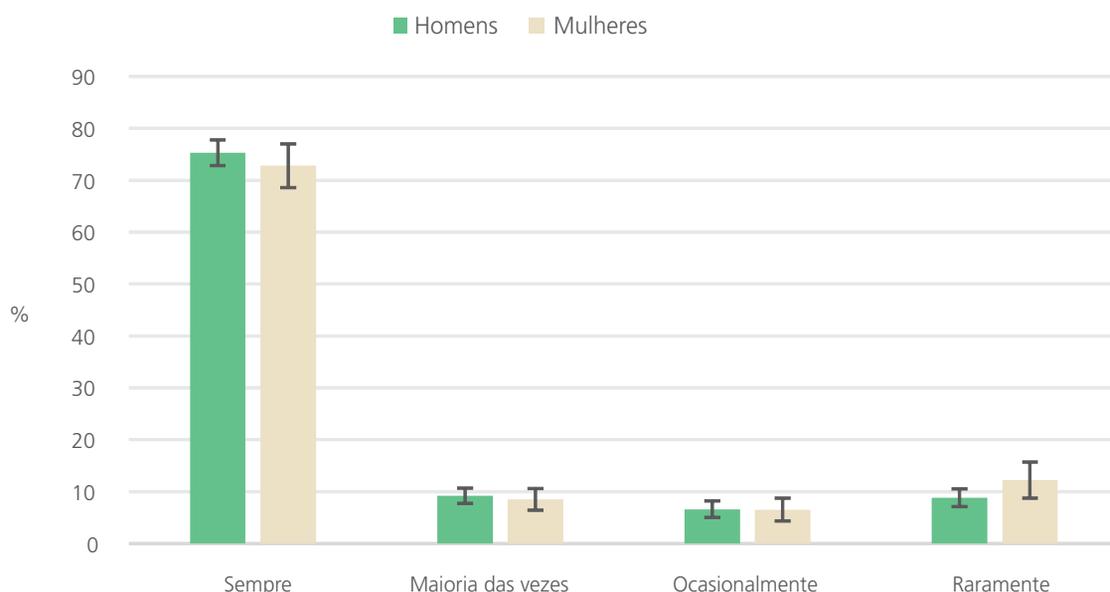
Figura 13. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$) de homens e mulheres segundo quem recebeu a orientação. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Questionados sobre a frequência de uso de preservativo em relações ocasionais, 61,2% ($IC_{95\%} = 58,0-64,5$) dos homens e 85,4% ($IC_{95\%} = 82,9-87,9$) das mulheres responderam não ter relações ocasionais. Dos demais, a maioria de homens e mulheres referiu sempre usar preservativo nas relações ocasionais (**Figura 14**).

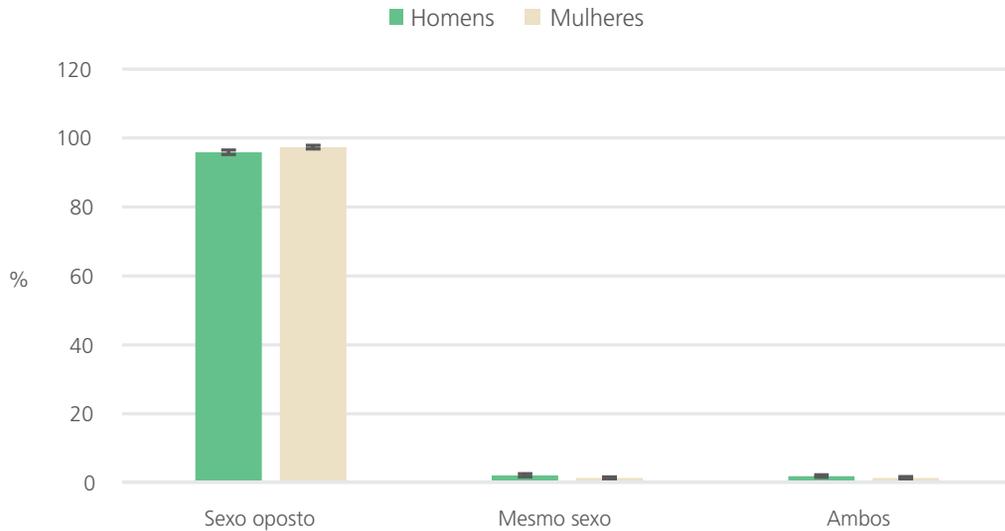
Figura 14. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$) de homens e mulheres segundo frequência do uso de preservativo em relações ocasionais. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Quanto à preferência sexual, a grande maioria referiu o sexo oposto, sem diferença entre homens e mulheres (**Figura 15**).

Figura 15. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo preferência sexual. Brasil, 2014.

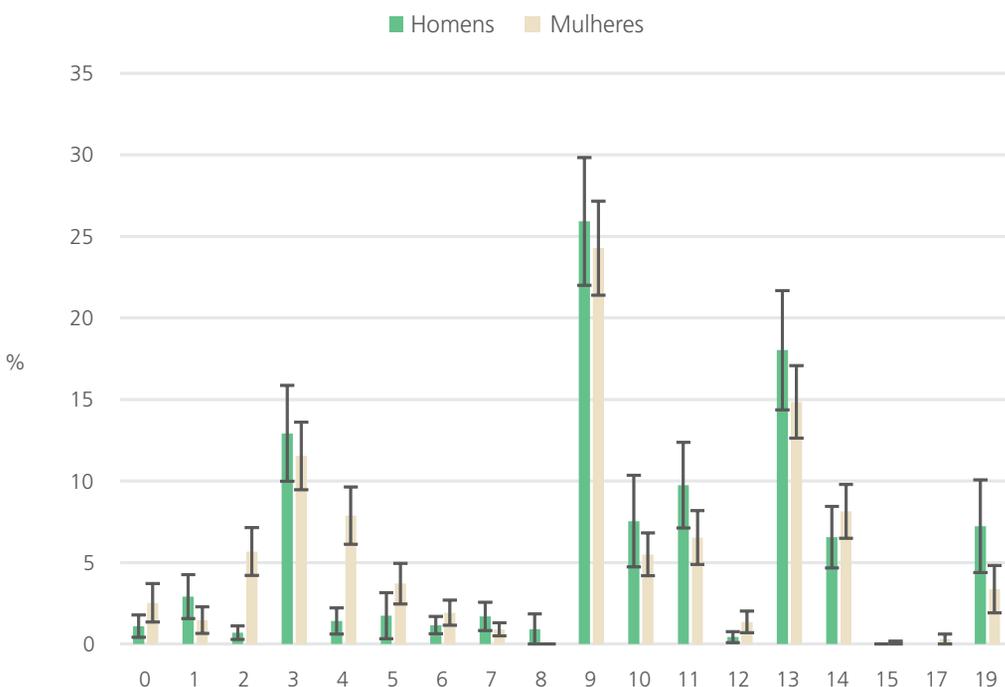


* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Pouco mais de 88% de homens e mulheres com preferência sexual pelo mesmo ou por ambos os sexos afirmaram não se sentirem discriminados pelos serviços de saúde.

Quanto à situação de saúde, mais mulheres (25,5%; IC_{95%} = 22,8-28,3) do que homens (14,1%; IC_{95%} = 11,8-16,4) referiram algum problema atual (**Figura 16**). Destacam-se como mais frequentes as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e das doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários.

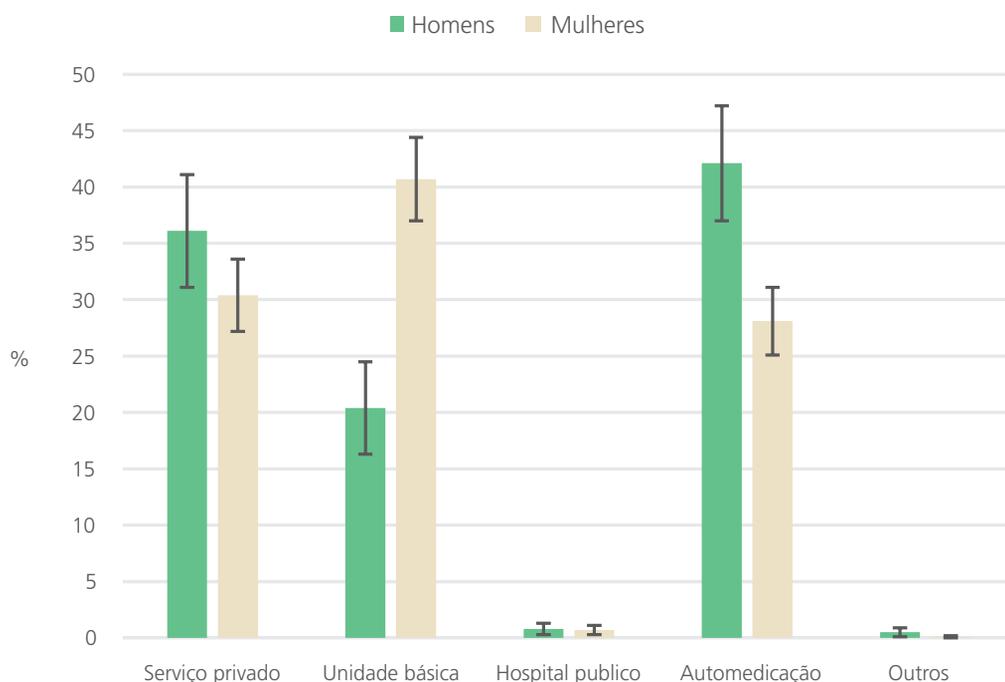
Figura 16. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal. 0 = não sabe; 1 = algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 = neoplasias; 3 = doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; 4 = doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 = transtornos mentais e comportamentais; 6 = doenças do sistema nervoso; 7 = doenças do olho e anexos; 8 = doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 = doenças do aparelho circulatório; 10 = doenças do aparelho respiratório; 11 = doenças do aparelho digestivo; 12 = doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; 13 = doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 = doenças do aparelho geniturinário; 15 = gravidez, parto e puerpério; 17 = malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 19 = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

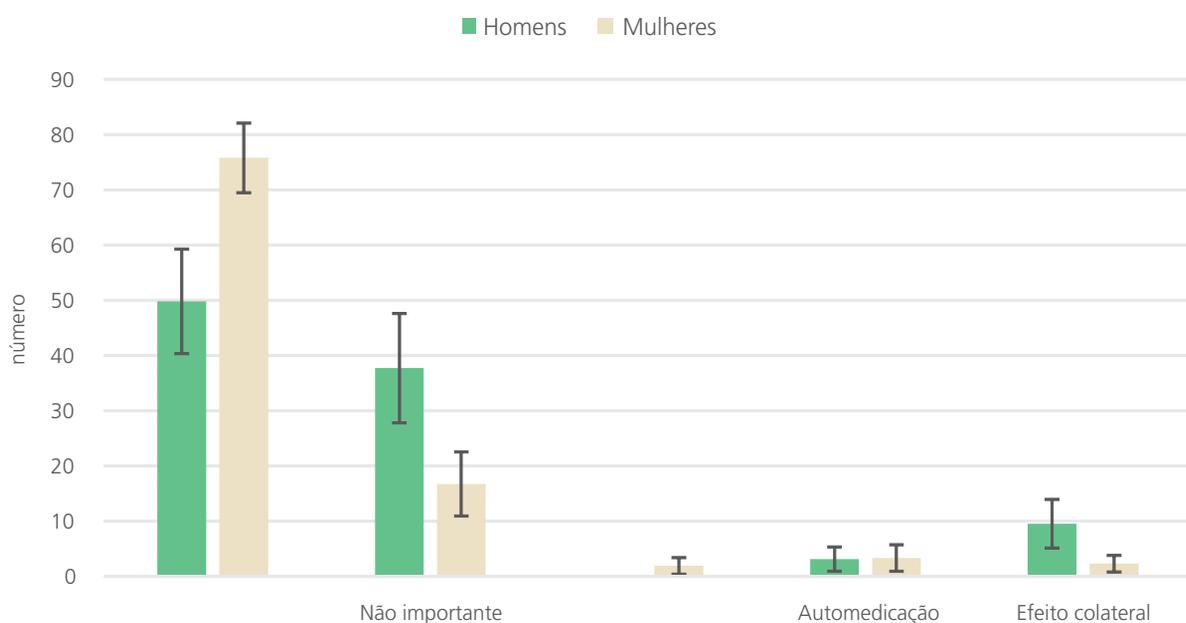
Do total de pessoas com problemas de saúde quase 80% relataram estar em tratamento/acompanhamento. Todavia, questionados sobre o local do tratamento, identificou-se a automedicação num percentual elevado desta população (**Figura 17**). Quanto ao restante, a maioria das mulheres buscou a unidade básica de saúde e os homens o serviço privado, tendo sido a prescrição realizada em cerca de 85% dos casos por médico ou agente de saúde. Os que não buscaram atendimento alegam como causa principal para o não tratamento a falta de acesso ao serviço de saúde (**Figura 18**).

Figura 17. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo tratamento. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

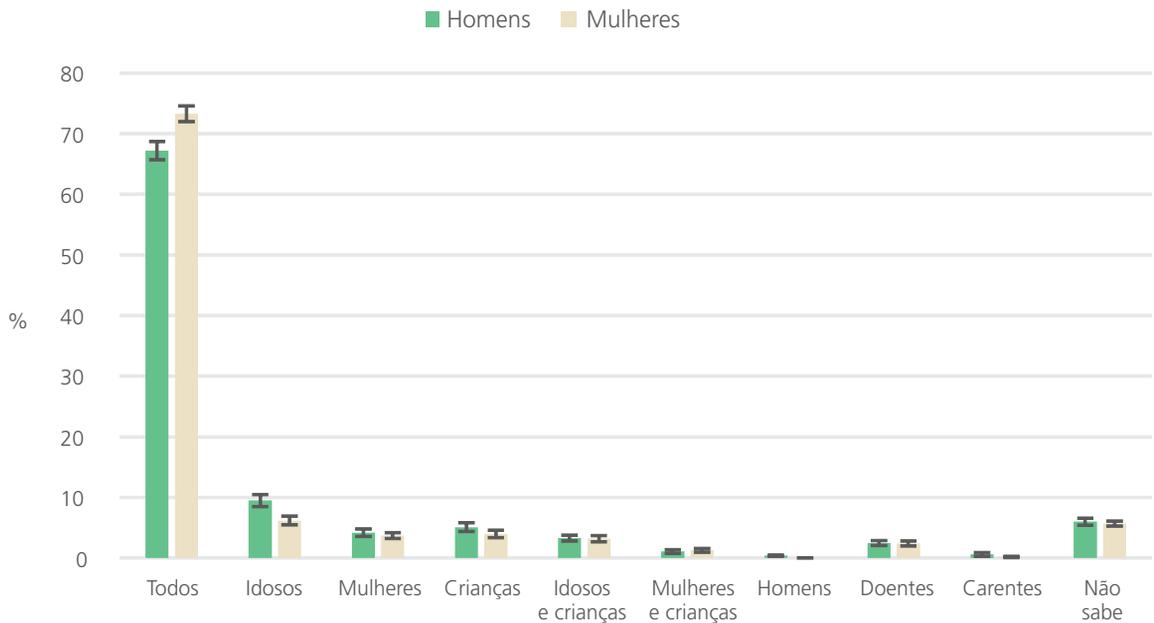
Figura 18. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo causa da não busca de atendimento. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

A grande maioria dos entrevistados considerou que os serviços básicos de saúde são direcionados a todas as pessoas, independente de sexo, idade, situação social ou de saúde (**Figura 19**).

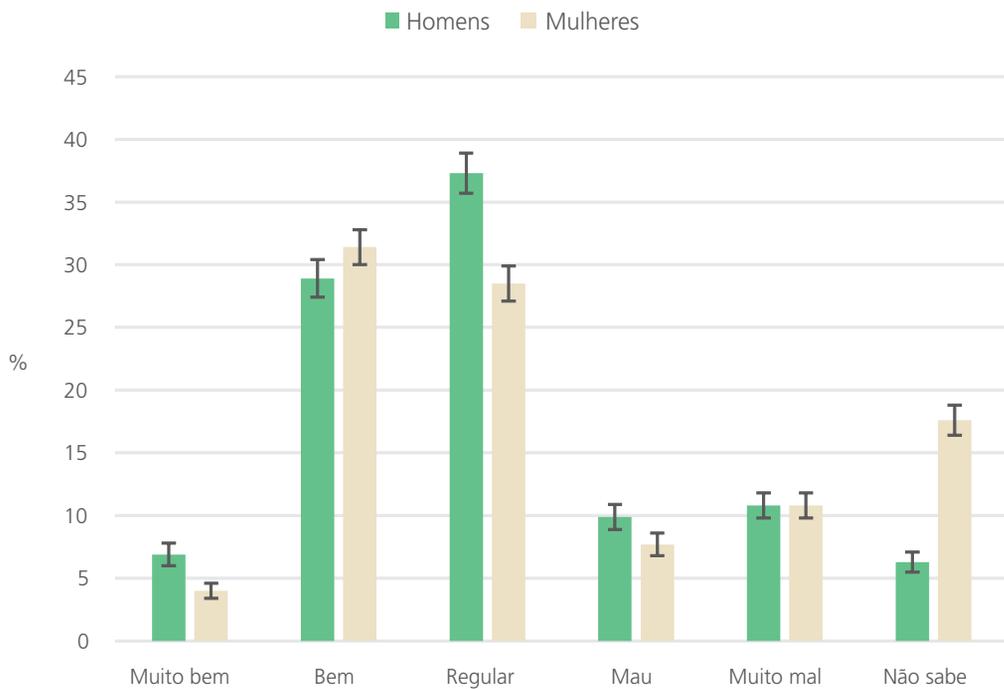
Figura 19. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo percepção da clientela priorizada pelos serviços de saúde. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Cerca de 60% dos entrevistados em cada sexo avaliaram que os serviços básicos de saúde recebem bem ou regularmente os homens (**Figura 20**).

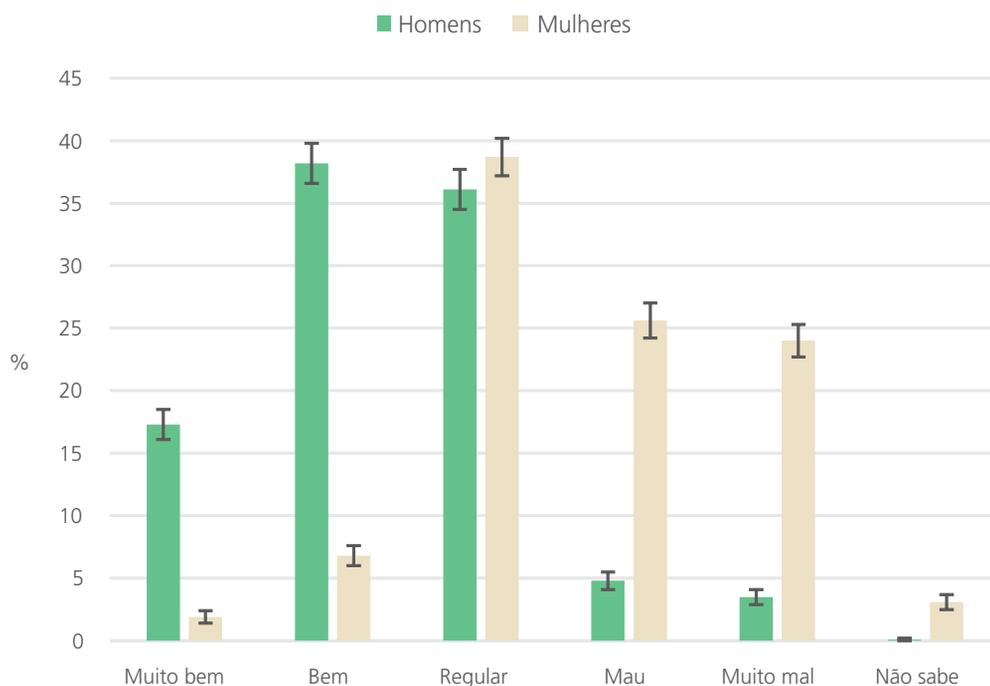
Figura 20. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo percepção da qualidade de acolhimento dos homens nos serviços de saúde. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Quanto ao autocuidado da saúde, as mulheres referiram que os homens principalmente se cuidam de forma regular para muito mal, enquanto os homens acreditam que cuidam bem ou regularmente da sua própria saúde (**Figura 21**).

Figura 21. Distribuição* (percentual) e Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) de homens e mulheres segundo percepção do autocuidado masculino com a saúde. Brasil, 2014.



* ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Discussão

Os dados obtidos na presente pesquisa demonstram mudanças e permanências nas dinâmicas das relações de gênero quanto à sexualidade, à reprodução, à relação com os filhos e aos cuidados com a saúde. Segundo Heilborn e Cabral (2014), no Brasil, tradicionais normas de gênero se fazem presentes apesar dos muitos avanços em direção a uma condição mais igualitária entre homens e mulheres. Nesse sentido, podemos compreender os resultados aqui apresentados a partir do complexo contexto da configuração das relações de gênero em que valores mais tradicionais convivem com valores mais modernos.

O fato dos homens terem respondido, mais do que as mulheres, possuir vida sexual ativa e também possuir mais relacionamentos não estáveis, bem como terem reportado uma idade menor para o início da vida sexual, pode ser entendido como manutenção, em certo sentido, de uma dupla moral sexual que prescreve maior controle para a sexualidade feminina do que para a masculina (AMORIM, ANDRADE, 2006). Por outro lado, a participação masculina no pré-natal, na puericultura e nos cuidados cotidianos com filhos menores de um ano de idade, reportada pela maioria dos entrevistados, tanto homens como mulheres, pode ser analisada como uma ruptura com papéis tradicionais assignados a mães e pais, segundo os quais a mulher assumiria o papel de responsável pelos cuidados primários enquanto o homem seria o responsável por prover materialmente a família heterossexual (PICCININI et al., 2004).

Cabe ressaltar que, quanto ao acompanhamento das consultas de puericultura e aos cuidados diários com a criança, apareceu em segundo lugar nas respostas dos entrevistados a atuação exclusivamente das mulheres, ou seja, sempre a mãe que acompanha a criança ao médico e sempre a mãe que se responsabiliza pelos cuidados diários. Também chama a atenção que o aparecimento de um terceiro cuidador da criança, responsável pelo acompanhamento da puericultura e dos cuidados diários, deu-se a partir de outra figura feminina, a avó. Assim, como afirmam Staudt e Wagner (2008), nos dias de hoje coexistem fatores que reforçam a manutenção de uma estrutura tradicional nas relações, sendo a mãe a principal responsável pela família, e outros que atendem a uma demanda de maior participação do homem na vida familiar.

A maior participação masculina no cuidado com os filhos é simultaneamente demandada e impedida em nossa sociedade. Quando se observa o principal motivo declarado para a ausência masculina no pré-natal ou no hospital no período do parto, aparece o trabalho, dimensão central para o homem provedor em uma construção de gênero que associa homem a trabalho (KNAUTH et al., 2012). A invisibilização das necessidades familiares dos homens no mercado de trabalho reforça esse padrão do provedor.

Para as mulheres heterossexuais, o foco exclusivamente em seus direitos reprodutivos leva a uma situação contraditória, elas são beneficiadas pela legislação para o cuidado dos filhos, porém esse benefício deve ser questionado devido à consequente manutenção da sua posição como cuidadoras da família, gerando múltiplas jornadas de trabalho para elas e, também, devido ao enfraquecimento de sua posição no mercado de trabalho em relação aos homens, que não “param de produzir devido à paternidade”. Além do mais, a legislação trabalhista não é eficaz em possibilitar a articulação entre as necessidades familiares e o trabalho ao longo das etapas da vida do trabalhador, ao focar somente no momento inicial da procriação (SORJ et al., 2007).

Nesse contexto de mudanças e permanências nos papéis de homens e mulheres nas famílias heterossexuais, e de um mercado de trabalho e uma legislação que acabam reforçando padrões tradicionais de gênero, pode-se compreender o fato de, aproximadamente, 50% dos pais terem tirado licença paternidade, bem como o trabalho autônomo seguido do não desejo dos homens de exercerem seu direito serem os principais motivos declarados por aqueles que não tiraram a licença.

Na atual dinâmica não homogênea das relações de gênero também se insere a questão do aborto e da contracepção. Mulheres referem-se mais do que homens à ocorrência de abortos planejados ou espontâneos e, no caso dos planejados, homens e mulheres relatam uma baixa participação masculina na decisão pelo aborto.

Muitos homens nem chegam a ter conhecimento da gravidez e da realização de aborto por suas parceiras sexuais por diversos motivos, dentre eles, o fato de o relacionamento não ser estável ou ser muito recente; o medo das mulheres da discordância do parceiro em relação ao aborto; a consideração por parte das mulheres de que o aborto é uma responsabilidade somente delas; ou a consideração por parte das mulheres de que é seu direito ter autonomia sobre o próprio corpo (VIGOYA, NAVIA, 2012). O desconhecimento sobre a gravidez e/ou o aborto, bem como a não participação masculina na decisão por um aborto planejado, podem ser contextualizados em um cenário em que a reprodução é ainda considerada um assunto feminino, sendo a contracepção encarada como responsabilidade exclusiva das mulheres (ARILHA, 1998). Por outro lado, quanto à contracepção, o uso de contraceptivos foi reportado de maneira equivalente por homens e mulheres, mostrando que os homens, mesmo que não participem efetivamente da gestão da contracepção através do seu corpo ou financeiramente, têm, ao menos, conhecimento de seu uso e gestão pelas mulheres.

Cabe ressaltar, quanto às declarações sobre o aborto planejado, que o número de entrevistados que afirmaram ter realizado tal prática nesta pesquisa é bastante inferior aos dados da Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) (DINIZ, MEDEIROS, 2010) que afirma que, ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres brasileiras realiza algum aborto. O fato do aborto planejado ser ilegal no país - constituindo-se por isso em uma das principais causas de morte materna (DOMINGOS, MERIGHI, 2010) -, provavelmente é a explicação para a baixa declaração da sua realização, tanto por homens como por mulheres, nesta pesquisa. Nesse contexto de criminalização há muita dificuldade para obter informações precisas e parece que a PNA conseguiu, através da técnica de urna, passar para as participantes a sensação de real proteção ao seu anonimato. Através de tal técnica, cada entrevistada respondia sozinha a um questionário sobre a realização ou não do aborto sem identificar-se e depositava suas respostas em uma urna (DINIZ, MEDEIROS, 2010)

Já quanto à questão do uso de contraceptivos, é importante ressaltar que tal pergunta somente foi feita para aqueles que indicaram estar em uma relação estável, portanto o fato da maioria dos homens e mulheres em relacionamentos considerados estáveis terem declarado o uso de métodos contraceptivos, deve ser entendido em um contexto em que a relação estabelecida entre os parceiros influencia tanto o método adotado como a participação e a responsabilização masculina nas práticas contraceptivas. Segundo Quadros (2011), os homens participam mais da gestão da contracepção se a relação é considerada séria e/ou se estimam a parceira sexual.

Quanto aos métodos contraceptivos mais usados pelos entrevistados, é positivo o fato dos métodos de barreira, que inclui o preservativo masculino, ocuparem a segunda colocação entre os mais usados. O uso de métodos contraceptivos com participação masculina, como é o caso do preservativo masculino, pode ser encarado como um indicativo da participação masculina nas relações estáveis. O fato de um homem usar no seu corpo o método indica, no mínimo, a sua aceitação, mesmo que essa tenha surgido de uma negociação com a parceira. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, (BRASIL, 2009b), apenas 12,2% das mulheres unidas reportaram o uso de preservativo masculino. A PNDS, de 2006, por sua vez, apresenta significativo aumento da participação masculina, através do uso do preservativo, em relação à PNDS, de 1996.

Assim, por todo o exposto, percebe-se em um mesmo contexto, tanto os sintomas da permanência da noção de que a responsabilidade pela contracepção é feminina (ARILHA, 1998), como os sintomas de uma maior participação e responsabilização masculinas.

No que se refere às relações ocasionais, apesar da diferença existente entre o maior número de homens em relação às mulheres, que reportou o engajamento nesse tipo de parceria, não houve diferença entre os gêneros quanto ao uso de preservativo nesse tipo de relação. Tal dado é bastante positivo, porém contrasta com outros estudos que apontam para uma maior dificuldade das mulheres em negociar o uso de preservativos (ANTUNES et al., 2002; BRASIL, 2011).

Os serviços de saúde e sua atenção aos usuários, por sua vez, também não podem ser entendidos como dissociados das dinâmicas das relações de gênero. Por muito tempo, os serviços de atenção básica focaram sua atuação nas mães e crianças e, somente a partir da crítica dos movimentos de mulheres, a saúde feminina começou a ser encarada de maneira integral e não apenas focando na saúde reprodutiva e no cuidado com os outros. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1993, institucionalizou essa perspectiva mais global que abrange todas as fases do ciclo vital feminino (COUTO, GOMES, 2012). Já no que diz respeito aos homens, somente recentemente, em 2009, eles foram incluídos nas políticas e nos programas como atores relevantes através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (COUTO, GOMES, 2012; KNAUTH et al., 2012).

A reconhecida resistência dos homens a buscar os serviços de saúde, principalmente nos serviços de atenção básica, pode ser compreendida a partir das noções tradicionais de que as mulheres são mais frágeis, de que a saúde da mulher é mais complicada, de que o cuidado é uma tarefa feminina, de invulnerabilidade masculina, de imunidade masculina ao adoecimento, e da superioridade da força física masculina em relação às mulheres (SCHRAIBER et al., 2010). São essas noções tradicionais que engendram a histórica priorização das mulheres e crianças pelos serviços de saúde (MOURA et al., 2014) e a consequente exclusão relativa do homem. Porém, ao mesmo tempo, a institucionalização dessa diferenciação de gênero -através das políticas e programas que não contemplavam os homens até recentemente, bem como através do próprio atendimento diferenciado para homens e mulheres nos serviços (SCHRAIBER et al., 2010) - reproduz e alimenta tais noções tradicionais, fortalecendo as ideias do cuidado como feminino e do homem como invulnerável.

Para além dessas concepções tradicionais de gênero, a literatura aponta também razões de ordem prática, como o trabalho e a limitação dos horários de atendimento dos serviços, para a relativa ausência dos homens nos serviços (KNAUTH et al., 2012). Como já exposto acima, há uma construção de gênero marcada pela associação homem-trabalho (KNAUTH et al., 2012).

Nesse sentido, os resultados da presente pesquisa sobre o atendimento nos serviços de saúde e a percepção que os usuários têm dele devem ser compreendidos como resultantes, entre outros fatores, da complexa interação entre as representações e práticas generificadas dos usuários e dos profissionais de saúde, bem como das próprias políticas de saúde como a PNAISH.

Enquanto detectou-se uma significativa participação masculina no pré-natal, como observado acima, o oferecimento do pré-natal masculino pelos serviços de saúde aos homens foi relatado por, apenas, aproximadamente 13% dos entrevistados. O pré-natal masculino faz parte da PNAISH, sendo um programa que tem como objetivo constituir o pré-natal tradicional de atenção à mulher grávida em uma porta de entrada para os homens nos serviços de saúde. Consiste na realização pelo pai de exames de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além de aconselhamentos e informação para os pais sobre a condição física e emocional das gestantes após o parto, buscando diminuir o índice de violência doméstica. A ideia é associar a saúde paterna à saúde materna e infantil, ressaltando para os homens a importância para sua família do cuidado com sua própria saúde e não só com a saúde da mãe e da criança (BENZAZZI et al., 2011).

O baixo índice de relatos de oferecimento do pré-natal masculino indica que o programa não está consolidado e que o foco da assistência se mantém exclusivamente na mulher gestante e no feto. Chama a atenção o fato de as mulheres que relataram a realização do pré-natal masculino referirem-se em sua maioria à realização de exames de sangue, enquanto os homens em sua maioria se referiram à participação em palestras.

Quanto à atenção dos profissionais durante o pré-natal, a maioria das mulheres relatou que estes se dirigiam a ambos, ou seja, se dirigiam igualmente ao pai e à mãe. Entre os homens, por sua vez, apenas um pouco mais da metade afirmou que o profissional se dirigia a ambos, ou seja, entre eles houve uma maior percepção da atenção e informação ser focada nas mulheres. É possível questionar se as mulheres, ao serem beneficiadas, em um certo sentido nesse caso, pela atenção dada pelos profissionais, não estejam mais propensas a não perceber a diferença de tratamento. Porém, por sua vez, a maioria dos homens relatou que os profissionais enfocaram a importância do envolvimento paterno.

Tais dados podem ser encarados como uma ruptura com a perspectiva tradicional de que a mulher é responsável por tudo o que diz respeito à reprodução e aos cuidados com os filhos porque, ao tratar os homens como interlocutores das consultas e, principalmente, ao ressaltar a necessidade do envolvimento masculino, os profissionais estariam encarando os pais como parte essencial do pré-natal e da saúde familiar. Todavia, tal postura dos profissionais ainda não é generalizada, não sendo reportada por todos.

Menos de 40% dos homens estiveram presentes no parto, e chama a atenção o fato da justificativa principal para o pai não ter presenciado o parto ser a proibição dos hospitais. Esses dados demonstram como as mudanças efetivas dependem de diversos fatores e não apenas de normas e leis uma vez que desde 2005 há uma lei federal que obriga os serviços de saúde a permitir a presença de uma pessoa escolhida pela parturiente para acompanhá-la durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a lei 11.108. Inclusive, o acompanhamento da parturiente durante o parto por alguém da sua escolha é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em estudos que comprovaram vários resultados positivos para a saúde da mãe e da criança com a adoção dessa medida (DINIZ et al., 2014).

A resistência dos hospitais e profissionais de saúde em cumprir a lei é um problema já apontado pela literatura, a pesquisa Nascer no Brasil (DINIZ et al., 2014) apresenta que apenas 32,7% das mulheres entrevistadas estiveram acompanhadas durante o parto e que o principal motivo de terem estado desacompanhadas foi o impedimento pelo serviço de saúde (52%).

Além da proibição ilegal pelos serviços, também surgiu como motivo, em quarto lugar entre as principais justificativas para a não assistência masculina ao parto, o desconhecimento dos próprios usuários do seu direito, o que significa que a lei não é divulgada de maneira efetiva para a sociedade em geral.

Por outro lado, o não desejo da presença paterna no parto, pelo pai ou pela mãe foram, respectivamente, a segunda e a terceira justificativa mais citada. A presença de um acompanhante é um direito e não uma obrigação e também o acompanhante deve ser escolhido pela parturiente não sendo necessariamente o pai do bebê, assim a vontade de mulheres e/ou de homens de que o pai não esteja presente no parto deve ser respeitada como uma decisão autônoma. Sem embargo, cabe questionar se tal escolha se manteria caso no acompanhamento do pré-natal os profissionais de saúde informassem e conversassem sobre a recomendação da OMS do acompanhamento da parturiente por alguém de sua escolha bem como se conversassem sobre como é o parto, desmistificando certos tabus e tirando dúvidas, ou seja, se houvesse uma certa preparação para o parto.

A maioria dos que estão em relacionamentos estáveis relataram que nenhum dos membros do casal recebeu orientação sobre contracepção nos serviços de saúde, isso pode indicar que as ações de planejamento familiar não estão disponíveis a todos. O fato de mais mulheres terem relatado orientação pelo serviço quanto ao método contraceptivo do que os homens, pode ser entendido no contexto em que o planejamento familiar historicamente vem focando sua atenção nas mulheres. Somente a partir dos anos 80, a necessidade da participação masculina ganhou relevância (CASARIN, SIQUEIRA, 2014, DUARTE, 1998). Por sua vez, como ainda é tratado por muitos como questão exclusivamente feminina, talvez muitos homens nem tomem conhecimento que suas parceiras estáveis receberam orientação.

Porém, contrariamente a tal enfoque histórico nas mulheres, entre aqueles em que algum membro do casal ou ambos receberam orientação do serviço, a maioria dos homens relatou que foram ambos os membros do casal que receberam a orientação e não exclusivamente as mulheres. Já entre as mulheres, a maioria respondeu que elas exclusivamente receberam a orientação.

Entre aqueles que se declararam com preferência sexual por pessoas do mesmo sexo ou de ambos os sexos, 90% dos indivíduos relataram não se sentirem discriminados pelos serviços de saúde. Porém, alguns fatores devem ser considerados. Em um contexto de heteronormatividade é passível considerar a omissão por muitos dos entrevistados da sua preferência sexual por pessoas do mesmo sexo ou por ambos os sexos, assim os números obtidos podem não expressar a real dimensão do número de pessoas não heterossexuais ou que praticam sexo com pessoas do mesmo sexo. Outros estudos chegaram a porcentagens mais altas como a Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada no ano 2008, segundo a qual 10% dos homens e 5,2% das mulheres já tiveram relações sexuais homossexuais (BRASIL, 2011). Assim, o fato da presente pesquisa indagar por preferência sexual pelo mesmo sexo e por ambos os sexos ao invés de questionar a ocorrência de relações sexuais homossexuais ao longo das trajetórias dos entrevistados pode explicar um número mais baixo do que outras pesquisas que não perguntam por preferências, mas sim por eventos.

Finalmente, a questão da discriminação deve ser analisada mais profundamente uma vez que, segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde, 14,5% dos participantes da Parada Gay de São Paulo relataram ter sofrido algum tipo de discriminação nos serviços de saúde (BRASIL, 2008b), bem como a literatura afirma que uma das principais causas para a baixa procura dos serviços de saúde por pessoas com práticas não heterossexuais é a discriminação (BARBOSA, FACCHINI, 2009). Também deve-se levar em consideração que os usuários muitas vezes não declaram sua preferência sexual não heterossexual, ou o fato de realizarem sexo com pessoas do mesmo sexo, para os profissionais dos serviços (BARBOSA, FACCHINI, 2009). Assim, deve ser questionado se os profissionais, sabendo da orientação sexual ou da prática do usuário de sexo com pessoas do mesmo sexo, não discrimina. A própria omissão do usuário da sua preferência sexual ou prática sexual com pessoas do mesmo sexo pode levar a um atendimento não satisfatório para as necessidades daquele indivíduo, como nos atendimentos ginecológicos ou urológicos, por exemplo. Tal omissão, por sua vez, só pode ser entendida em um contexto em que o indivíduo não se sentiu à vontade para informar ao médico suas preferências ou práticas.

O fato de mais mulheres do que homens terem referido problema de saúde atual, pode ser entendido por uma maior medicalização do corpo feminino a partir das tradicionais concepções de que a saúde feminina é mais complicada, de que o cuidado é uma tarefa feminina (SCHRAIBER et al., 2010), bem como devido à priorização histórica dos serviços de saúde do público feminino (MOURA et al., 2014; KNAUTH et al., 2012). Assim, nesse contexto, as mulheres talvez sejam mais diagnosticadas ou diagnosticadas com mais antecedência do que os homens, uma vez que elas estão mais presentes nos serviços de saúde. No mesmo sentido, podemos entender o fato dos homens terem reportado como principal forma de tratamento a automedicação e o tratamento em hospital privado, enquanto as mulheres reportaram em primeiro lugar o tratamento em unidade básica de saúde, seguida por tratamento em hospital particular e a automedicação. Corrobora-se a percepção de que os homens buscam os serviços devido a intercorrências graves

ou quando seu trabalho é impossibilitado por algum problema de saúde, não buscando os serviços para fins preventivos (SCHRAIBER et al., 2010). Pode-se pensar que os homens tendem a se automedicar e, se tal prática não é eficaz e a situação se agrava, eles buscam um hospital já em uma condição mais séria.

Já para aqueles que relataram problema de saúde atual, mas que não estão em tratamento, a principal justificativa tanto das mulheres como dos homens foi a falta de acesso ao atendimento, o que é preocupante em um serviço único de saúde que se pretende universal. Em segundo lugar, como justificativa para o não tratamento, apareceu tanto para homens como para mulheres a não importância do problema, ou seja, a consideração por parte dos próprios indivíduos de que não era importante buscar tratamento para tal situação. Apesar da equivalência das duas principais justificativas para homens e para mulheres, cabe ressaltar que mais mulheres do que homens relataram o não acesso ao atendimento, enquanto mais homens do que mulheres relataram a justificativa da não importância do problema. Fica exposta a tendência dos homens a minimizar os problemas sofridos, o que pode estar associado à ideia de invulnerabilidade masculina (SCHRAIBER et al., 2010).

No que diz respeito à percepção sobre os serviços básicos, é bastante positivo o fato da maioria dos homens e das mulheres reconhecerem o caráter universal do atendimento das unidades básicas de saúde. Quando questionados sobre o principal público dos atendimentos e atividades dessas unidades, a maioria respondeu que tais serviços eram destinados a todos igualmente, indo ao encontro da perspectiva do SUS, que tem como um dos seus princípios a universalidade. Porém, devido aos dados expostos acima, da pequena procura dos homens pelas unidades básicas de saúde, fica claro que esta percepção de universalidade não se configura em uma maior presença de público masculino nessas unidades.

Quanto à avaliação dos entrevistados sobre o atendimento dado aos homens nos serviços públicos de saúde, 60% considerou o atendimento bom ou regular. Outros estudos sobre percepção do atendimento obtiveram resultados mais positivos. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, entre 2011 e 2012, 62,9% dos usuários entrevistados classificaram como “bom” e “muito bom” o atendimento da equipe de enfermagem e 71,9% classificaram também como “bom” e “muito bom” o atendimento dos médicos (BRASIL, 2012). A presente pesquisa, porém, não perguntou pelo atendimento geral do serviço de saúde, focando no atendimento a um público específico. O fato de avaliar o atendimento aos homens especificamente pode explicar o nível mais baixo de satisfação dos usuários obtido pela presente pesquisa. Como já abordado, os serviços de saúde priorizaram historicamente outros grupos como mulheres, crianças, adolescentes e idosos (CASARIN et al., 2014), assim, a maior insatisfação quanto ao atendimento específico aos homens pode ser compreendida nesse contexto. Porém, outros estudos devem ser realizados para comprovar essa possível maior insatisfação quanto ao atendimento dos homens e, principalmente, avaliar os resultados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) nesse contexto.

Por último, chama a atenção a diferença entre a avaliação de homens e mulheres quanto à forma como os homens tratam sua própria saúde. Enquanto os homens consideram que cuidam bem e regularmente da sua própria saúde, as mulheres avaliaram que os homens em geral cuidam de regularmente para muito mal da própria saúde. Uma possível explicação para tal discrepância pode ser uma distinta concepção de cuidado de acordo com o gênero, ou seja, mulheres e homens concebem o cuidado de maneiras diferentes. Em um contexto em que, como já exposto, a masculinidade ainda está associada à invulnerabilidade e o cuidado, tanto o autocuidado como o cuidado com outros, ainda está associado à feminilidade (SCHRAIBER et al., 2010), podemos admitir a existência de concepções diferentes entre homens e mulheres sobre o que é o cuidado ideal e, além disso, concepções diferentes a respeito do cuidado que um homem necessita e do cuidado que uma mulher, criança ou idoso necessita.

Referências

- AMORIM, M.M.; ANDRADE N.R. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do município de vitória- ES. *Psicol. estud.*, Maringá, v.11, n.2, p.331-339, mai/ago, 2006.
- ANTUNES, M.C. et al. Diferenças na prevenção de Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 36, p. 88-95, 2002. Suplemento 4.
- ARILHA, M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha M et al. (org.). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: ECOS, 1998. p. 51-77.
- BARBOSA, R.M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, SP. *Cad. saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 25, p. 291-300, 2009. Suplemento 2.
- BENAZZI, A.S.T. et al. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *R. Pol. Publ.* v. 15, n.2, p. 327-333, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Homens. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Homens: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
- BRASIL. *Painel de indicadores do SUS número 5: Prevenção de Violências e cultura de paz*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- BRASIL. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. *Relatório da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde mediante inquérito amostral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRASIL. *Relatório da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde mediante inquérito amostral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CASARIN, S. T., SIQUEIRA, H.C.H. Planejamento familiar e a saúde dos homens na visão das enfermeiras. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.662-668, 2014.
- COUTO, M. T., GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n 10, p.2569-2578, 2012.
- DINIZ D., MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, p.959-966, 2010. Suplemento.

- DINIZ, C.S.G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. saúde pública, Rio de Janeiro*, v. 30, p. 140-153, 2014. Suplemento.
- DOMINGOS, S. R. F., MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa da mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 14. n. 1, p. 177- 181, jan/mar 2010.
- DUARTE, G.A. A perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cad. saúde pública.* Rio de Janeiro, v. 14, p. 125-130, 1998. Suplemento.
- GOMES R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- GOMES, R. *Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Homens.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- HEILBORN, M.L., CABRAL, C.S. Youth, gender and sexual practices in Brazil. *Psicol.soc. (Online)*, v. 25, p. 33-43, 2013. Suplemento.
- KNAUTH, D. R. et al. 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 dos Homens. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.
- LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. *Sample size determination in health studies: a practical manual.* Geneva: WHO, 1991.
- MOURA, E.C et al. A feasibility study of cell phone and landline phone interviews for monitoring of risk and protection factors for chronic diseases in Brazil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.277-286, fev, 2011.
- MOURA, E.C et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Brasileira Epidemiol*, São Paulo, v.11, p.20-37, mai, 2008. Suplemento.
- MOURA, E.C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.
- PICCININI et al. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol. reflex. crit. (Online)*, Porto Alegre, v. 17, n.3, p.303-314, 2004.
- QUADROS, M. T. Homens, valores e práticas relacionadas à contracepção em grupos populares. In: Quadros MT, Lewis L(org). Homens e dinâmicas culturais: saúde reprodutiva, relações raciais, violência. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011. p. 55-94.
- SCHRAIBER et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária nos cuidados aos homens. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai, 2010.
- SORJ, B et al. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil. *Cad. de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 573-594 set/dez 2007.
- STAUDT, A.C.P.; WAGNER, A. Paternidade em tempos de mudança. *Psicol. teor. prá.* São Paulo, v.10, n.1, p. 174-185, 2008.
- VIGOYA, M.V., NAVIA, A.F. El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto. *Sex. salud. soc.* Rio de Janeiro, s/v, n.12, p. 135-163, 2012.

Roteiro de Entrevistas

**OS CUIDADOS MASCULINOS VOLTADOS PARA A SAÚDE SEXUAL,
A REPRODUÇÃO E A PATERNIDADE A PARTIR DA PERSPECTIVA
RELACIONAL DE GÊNERO – 2013/14**

Apoio:

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e
do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz
Área Técnica de Saúde do Homem – Ministério da Saúde

Disque Saúde: 136

Data: ____/____/____ **Entrevistador:** _____

Telefone: _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____

Bom dia/boa tarde/boa noite. O Ministério da Saúde e os serviços básicos de saúde estão trabalhando com o tema saúde sexual e reprodutiva da população adulta brasileira. Para isto, estamos entrevistando adultos que utilizam os serviços públicos de saúde. Inicialmente, o (a) Sr. (a) pode contribuir informando se:

O senhor mora na (localidade em estudo)?

- Não. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
 Sim

O senhor tem entre 20 e 59 anos de idade?

- Não. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
 Sim

O senhor usa a Unidade de Saúde de Saúde?

- Não. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
 Sim

SE A PESSOA SORTEADA FOR HOMEM

Senhor _____, o Ministério da Saúde está avaliando a saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher. Por isto, precisamos da sua colaboração, respondendo a um pequeno questionário por telefone, que deverá durar cerca de sete minutos. A sua identificação será mantida em sigilo e as suas respostas serão utilizadas junto com as respostas de outros entrevistados para auxiliar no planejamento em saúde, especialmente no que se refere aos cuidados masculinos. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O senhor gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista? Podemos começar?

- Não tenho interesse. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
 Não neste momento. **QUAL O MELHOR DIA E HORÁRIO PARA FALARMOS?**
 Sim

1. Por favor, me confirme a sua idade? (só aceita ≥ 20 anos e < 60) _____ anos

2. Você costuma usar a unidade básica de saúde do seu bairro?

- Não. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
 Sim

3. Quanto à sua raça/cor, você se considera:

- branca
 parda
 preta
 amarela/asiática
 indígena

4. Até que série e grau o senhor estudou?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 série do 1º grau ou fundamental ou supletivo |
| <input type="checkbox"/> 4 série do curso primário | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> admissão | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 série do 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior completo |
| <input type="checkbox"/> 4 série do curso ginasial ou ginásio | <input type="checkbox"/> pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> nunca estudou |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> não quis responder |
| <input type="checkbox"/> 3 | |
| <input type="checkbox"/> 4 | |
| <input type="checkbox"/> 5 | |

5. Adota alguma religião?

- Não
- Sim - **5a)** Qual? _____

6. Em relação ao seu estado conjugal, você atualmente é:

- casado ou tem companheiro(a) estável.
- solteiro, viúvo, separado, desquitado ou divorciado. **PULE PARA 8**

7. Há quanto tempo está com a mesma pessoa? _____ meses ou _____ anos

8. Você tem filhos?

- Não. **PULE PARA 35**
- Sim - **8a)** Quantos? _____

9. Seus filhos vivem com você?

- Não
- Sim - **9a)** Quantos deles? _____

10. Que idade você tinha quando foi pai pela primeira vez? _____ (anos)

11. Destes filhos, quantos são menores de um ano de idade? _____ SE nenhum, **PULE PARA 30**

12. Em relação ao seu filho mais novo, qual a sua data de nascimento? ____/____/____

13. Você acompanhou o seu pré-natal?

- Não
- Sim **PULE PARA 15**

14. Por que você não acompanhou o pré-natal? **PULAR PARA 20 EM QUALQUER RESPOSTA**

- Precisei trabalhar
- Não sabia que podia acompanhar
- Não achei necessário/importante - não quis
- A parceira não quis
- Precisei cuidar dos outros filhos
- Não gosto de hospital/posto de saúde
- A gravidez não foi planejada/ gravidez não oportuna
- Outro. Qual? _____

15. Do total de consultas no pré-natal, você esteve presente em:

- todas **PULE PARA 17**
- quase todas **PULE PARA 17**
- mais da metade **PULE PARA 17**
- menos da metade
- poucas
- muito poucas

16. Por que você acompanhou pouco o pré-natal?

- Precisei trabalhar
- Não sabia que podia acompanhar
- Não achei necessário/importante - não quis
- A parceira não quis
- Precisei cuidar dos outros filhos
- Não gosto de hospital/posto de saúde
- A gravidez não foi planejada/ gravidez não oportuna
- Outro. Qual? _____

17. Durante as consultas de pré-natal, o(a) profissional de saúde dirigia a palavra e dava instruções e informações:

- principalmente para a mãe/gestante
- aos dois, igualmente
- principalmente para você
- não lembro

18. Durante o pré-natal, o(a) profissional de saúde falou sobre a importância do envolvimento do pai durante a gestação, parto e desenvolvimento do bebê?

- Não
- Sim
- Não lembro

19. Nestas consultas, o serviço de saúde ofereceu para você o pré-natal masculino, isto é, convidou para consultas, realização de exames e/ou para participar de atividades educativas?

- Não
- Sim - **19a)** Quais? _____

20. O parto do seu filho aconteceu em:

- maternidade ou hospital público
- maternidade ou hospital privado
- outro local - **20a)** Qual? _____

21. O parto do seu filho foi:

- natural/normal ou
- cesárea

22. Você participou da decisão de ter um parto natural ou por cesárea?

- Não
- Sim, pouco
- Sim, muito

23. Você estava na sala de parto quando seu filho nasceu?

- Não
- Sim **PULE PARA 27**

24. Você estava no hospital no momento do nascimento do seu filho?

- Não **PULE PARA 26**
- Sim

25. Por que você não assistiu ao parto? **PULAR PARA 27 EM QUALQUER RESPOSTA**

- Não quis
- Não sabia que podia
- A mãe da criança não quis
- O serviço de saúde não permitiu
- Não fui avisado
- Não cheguei a tempo por causa do trânsito
- Estava no trabalho
- Estava com os outros filhos
- Não achei necessário/ não quis
- Não gosto de hospital
- Outro motivo, Qual? _____

26. Por que você não estava no hospital?

- Não fui avisado
- Não cheguei a tempo por causa do trânsito
- Estava no trabalho
- Estava com os outros filhos
- Não achei necessário/ não quis
- Não gosto de hospital
- Outro - **26a)** Qual? _____

27. Você tirou licença paternidade?

- Não
- Sim **PULE PARA 29**

28. Por que você não tirou licença paternidade?

- Não estava trabalhando
- Não sabia que podia
- O trabalho (empregador) não permitiu
- Trabalhava por conta própria e não podia parar
- Não quis
- Outra - **28a)** Qual? _____

29. Seu filho mais novo costuma fazer acompanhamento no serviço de saúde?

- Não **PULE PARA 34**
- Sim

30. Quem costuma levar seu filho para fazer o acompanhamento? **(LER AS OPÇÕES)**

- Sempre a mãe
- Principalmente a mãe
- Sempre você
- Principalmente você
- Os dois, igualmente
- Outra pessoa - **30a)** Quem? _____

31. A última consulta ocorreu? **(LER AS OPÇÕES)**

- Há menos de 1 mês
- Entre 1 e 3 meses
- Entre 3 e 6 meses
- Há mais de 6 meses

32. Nesta ocasião foi feita alguma recomendação especial?

- Não
- Sim - **32a)** Qual? _____
- Não sabe informar

33. A curva de peso da criança estava?

- Adequada/normal
- Acima da média
- Abaixo da média
- Não sabe informar
- O serviço não mostrou a curva
- O serviço não pesou a criança

34. Na sua casa, quem normalmente cuida dos(as) filhos (alimentação, roupa, educação, saúde)?

- Sempre a mãe
- Principalmente a mãe
- Sempre você
- Principalmente você
- Os dois, igualmente
- Outra pessoa - **34a)** Quem? _____

35. Alguma companheira sua já perdeu um bebê por aborto espontâneo?

- Não
- Sim
- Não sabe
- Não quis responder

36. Alguma companheira sua já fez um aborto?

- Não **PULE PARA 38**
- Sim
- Não sabe **PULE PARA 38**
- Não quis responder **PULE PARA 38**

37. Você participou dessa decisão?

- Não
- Sim
- Não quis responder

38. Você tem vida sexual ativa?

- Não **PULE PARA 44**
- Sim
- Não quis responder **PULE PARA 44**

39. Com que idade iniciou sua vida sexual? _____ (anos)

- Não quis responder

40. Atualmente, você tem parceira ou parceiro estável?

- Não **PULE PARA 43**
- Sim
- Não quis responder **PULE PARA 43**

41. Você e/ou seu (sua) parceiro (a) utilizam algum método contraceptivo?

- Não
- Sim - **41a)** Qual? _____
- Não quis responder

42. Você e/ou seu(sua) parceiro(a) receberam orientação sobre contracepção/planejamento familiar na unidade de saúde do seu bairro?

- Não
- Sim, somente você
- Sim, somente parceiro(a)
- Sim, ambos

43. Quando você tem relações sexuais ocasionais (que não são com namorada/o ou parceira/o) com que frequência você faz uso do preservativo/camisinha?

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Ocasionalmente
- Raramente

- Nunca
- Não tem relações sexuais ocasionais
- Não quis responder

44. Você tem preferência sexual por:

- Pessoas do sexo oposto
- Pessoas do mesmo sexo
- Pessoas de ambos os sexos
- Não quis informar

45. Você já se sentiu discriminado no serviço de saúde pela sua preferência sexual?

- Não
- Não, o serviço desconhece minha preferência
- Sim

46. Atualmente, você está com algum problema de saúde ou doença?

- Não **PULE PARA 48**
- Sim - **46a)** Qual? _____

47. Está em tratamento?

- Não - **47a)** Por quê? _____
- Sim - **47b)** Onde? _____

48. Em sua opinião, para quem são dirigidas as atividades e os atendimentos da unidade básica de saúde?

- Mulheres
- Idosos
- Crianças
- Pessoas doentes
- Homens
- Todos igualmente
- Outros - **48a)** Quem? _____

49. De maneira geral, você diria que os serviços de saúde recebem os homens:

- muito bem
- bem
- regular
- mal
- muito mal

50. De maneira geral, como você diria que cuida da sua própria saúde?

- Muito bem
- Bem
- Regular
- Mal
- Muito mal

51. Finalizando, o senhor está trabalhando atualmente?

- Não, sou aposentado. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, sou estudante. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, nunca trabalhei. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, estou desempregado. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Sim, apenas eventualmente (bicos).
- Sim, sem carteira assinada.
- Sim, com carteira assinada.
- Sim, por conta própria.

52. Em média, durante a semana, quantas horas costuma trabalhar por dia? _____

Senhor _____ Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde? Se sim: O número é **136**.

Observações (entrevistador):

SE A PESSOA SORTEADA FOR MULHER

Bom dia/boa tarde/boa noite. Senhora _____, o Ministério da Saúde esta avaliando a saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher. Por isto, precisamos da sua colaboração, respondendo a um pequeno questionário por telefone, que deverá durar cerca de sete minutos. A sua identificação será mantida em sigilo e as suas respostas serão utilizadas junto com as respostas de outras entrevistadas para auxiliar no planejamento em saúde, especialmente no que se refere aos cuidados masculinos. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. A senhora gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista? Podemos começar?

- Não tenho interesse. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não neste momento. Qual o melhor dia e horário para falarmos?
- Sim

1. Por favor, me confirme sua idade? (só aceita ≥ 20 anos e < 60) _____anos

2. Você costuma usar a unidade básica de saúde do seu bairro?

- Não. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Sim

3. Quanto à sua raça/cor, você se considera:

- branca
 parda
 preta
 amarela/asiática
 indígena

4. Até que série e grau a senhora estudou?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 série do 1º grau ou fundamental ou supletivo |
| <input type="checkbox"/> 4 série do curso primário | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> admissão | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 série do 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior completo |
| <input type="checkbox"/> 4 série do curso ginasial ou ginásio | <input type="checkbox"/> pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> nunca estudou |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> não quis responde |
| <input type="checkbox"/> 3 | |
| <input type="checkbox"/> 4 | |
| <input type="checkbox"/> 5 | |

5. Adota alguma religião?

- Não
 Sim, **5a)** Qual? _____

6. Em relação ao seu estado conjugal, você atualmente é:

- casada ou tem companheiro (a) estável
 solteira, viúva, separada, desquitada ou divorciada **PULE PARA 8**

7. Há quanto tempo está com a mesma pessoa? _____ meses ou _____ anos

8. Você tem filhos?

- Não. **PULE PARA 35**
 Sim - **8a)** Quantos? _____

9. Seus filhos vivem com você?

- Não
 Sim - **9a)** Quantos deles? _____

10. Que idade você tinha quando foi mãe pela primeira vez? _____ (anos)

11. Destes, quantos são menores de um ano de idade? _____ SE nenhum, **PULE PARA 30**

12. Em relação ao seu filho mais novo, qual a sua data de nascimento? _____ / _____ / _____

13. O pai da criança acompanhou você no pré-natal?

- Não
- Não fez o pré-natal **PULE PARA 20**
- Sim **PULE PARA 15**

14. Por que ele não acompanhou o pré-natal? **PULAR PARA 20 EM QUALQUER RESPOSTA**

- Precisava trabalhar
- Não sabia que podia acompanhar
- Não achou necessário/importante - não quis
- Eu (parceira) não quis
- Precisava cuidar dos outros filhos
- Não gosta de hospital/posto de saúde
- A gravidez não foi planejada/ gravidez não oportuna
- Outro. Qual? _____

15. Do total de consultas no pré-natal, em quantas ele esteve presente?

- Todas **PULE PARA 17**
- Quase todas **PULE PARA 17**
- Mais da metade **PULE PARA 17**
- Menos da metade
- Poucas
- Muito poucas

16. Por que ele acompanhou pouco o pré-natal? **PULE PARA 20 EM QUALQUER RESPOSTA**

- Precisava trabalhar
- Não sabia que podia acompanhar
- Não achou necessário/importante - não quis
- Eu (parceira) não quis
- Precisava cuidar dos outros filhos
- Não gosta de hospital/posto de saúde
- A gravidez não foi planejada/ gravidez não oportuna
- Outro. Qual? _____

17. Durante as consultas de pré-natal, o(a) profissional de saúde dirigia a palavra e dava instruções e informações:

- principalmente para você (mãe/gestante)
- aos dois, igualmente
- principalmente para o pai
- não lembro

18. Durante o pré-natal, o(a) profissional de saúde falou sobre a importância do envolvimento do pai durante a gestação, parto e desenvolvimento do bebê?

- Não
- Sim
- Não lembro

19. Nestas consultas, o serviço de saúde ofereceu para ele o pré-natal masculino isto é convidou para consultas, realização de exames e/ou para participar de atividades educativas?

- Não
 Sim - **19a)** Quais? _____

20. O parto do seu filho aconteceu num hospital?

- Maternidade ou hospital público
 Maternidade ou hospital privado
 Outro local - **20a)** Qual? _____

21. O parto do seu filho foi:

- natural/normal ou
 cesárea

22. O pai participou da decisão de ter um parto natural ou por cesárea?

- Não
 Sim, um pouco
 Sim, muito

23. O pai assistiu ao parto do seu filho?

- Não
 Sim **PULE PARA 27**

24. Ele estava no hospital no momento do nascimento do seu filho?

- Não **PULE PARA 26**
 Sim

25. Por que ele não assistiu ao parto? **PULAR PARA 27 EM QUALQUER RESPOSTA**

- Ele não quis
 Não sabia que podia
 Eu (mãe) não quis
 O serviço de saúde não permitiu
 Não foi avisado
 Não chegou a tempo por causa do trânsito
 Estava no trabalho
 Estava com os outros filhos
 Não achou necessário/ não quis
 Não gosta de hospital
 Outro motivo, Qual? _____

26. Por que ele não estava no hospital?

- Não foi avisado
 Não chegou a tempo por causa do trânsito
 Estava no trabalho
 Estava com os outros filhos
 Não achou necessário/ não quis
 Não gosta de hospital
 Outro - **26a)** Qual? _____

27. Ele tirou licença paternidade?

- Não
- Sim **PULE PARA 29**

28. Por que ele não tirou licença paternidade?

- Não estava trabalhando
- Não sabia que podia
- O trabalho (empregador) não permitiu
- Trabalhava por conta própria e não podia parar
- Não quis
- Outra - **28a)** Qual? _____

29. Seu filho mais novo costuma fazer acompanhamento no serviço de saúde?

- Não **PULE PARA 34**
- Sim

30. Quem costuma levar seu filho para fazer o acompanhamento?

- Sempre você
- Principalmente você
- Sempre o pai
- Principalmente o pai
- Os dois, igualmente
- Outra pessoa, quem? _____

31. A última consulta ocorreu:

- há menos de 1 mês
- entre 1 e 3 meses
- entre 3 e 6 meses
- há mais de 6 meses

32. Nesta ocasião foi feita alguma recomendação especial?

- Não
- Sim - **32a)** Qual? _____
- Não sabe informar

33. A curva de peso da criança estava:

- adequada/normal
- acima da média
- abaixo da média
- não sabe informar
- o serviço não mostrou a curva
- o serviço não pesou a criança

34. Na sua casa, quem normalmente cuida dos(as) filhos (alimentação, roupa, educação, saúde)?

- Sempre você
- Principalmente você
- Sempre o pai
- Principalmente o pai

- Os dois, igualmente
- Outra pessoa, quem? _____

35. Você já perdeu um bebê por aborto espontâneo?

- Não
- Sim
- Não sabe
- Não quis responder

36. Você já fez um aborto?

- Não **PULE PARA 38**
- Sim
- Não quis responder **PULE PARA 38**

37. O pai participou dessa decisão?

- Não
- Sim
- Não quis responder

38. Você tem vida sexual ativa?

- Não **PULE PARA 44**
- Sim
- Não quis responder **PULE PARA 44**

39. Com que idade iniciou sua vida sexual? _____(anos)

- Não quis responder**

40. Atualmente, você tem parceiro ou parceira estável?

- Não **PULE PARA 43**
- Sim
- Não quis responder **PULE PARA 43**

41. Você e/ou seu (sua) parceiro (a) utilizam algum método contraceptivo?

- Não
- Sim - **41a)** Qual? _____
- Não quis responder

42. Você e/ou seu (sua) parceiro (a) receberam orientação sobre contracepção/planejamento familiar na unidade de saúde do seu bairro?

- Não
- Sim, somente eu
- Sim, somente parceiro (a)
- Sim, ambos

43. Quando você tem relações sexuais ocasionais (que não são com namorada/o ou parceira/o) com que frequência você faz uso do preservativo/camisinha?

- Sempre
- Na maioria das vezes

- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca
- Não tem relações sexuais ocasionais
- Não quis responder

44. Você tem preferência sexual por:

- pessoas do sexo oposto
- pessoas do mesmo sexo
- pessoas de ambos os sexos
- não quis informar

45. Você já se sentiu discriminado no serviço de saúde pela sua preferência sexual?

- Não
- Não, o serviço desconhece minha preferência
- Sim

46. Atualmente, você está com algum problema de saúde ou doença?

- Não **PULE PARA 48**
- Sim - **46a)** qual? _____

47. Está em tratamento?

- Não - **47a)** Por quê? _____
- Sim - **47b)** Onde? _____

48. Em sua opinião, para quem são dirigidas as atividades e os atendimentos da unidade básica de saúde?

- Mulheres
- Idosos
- Crianças
- Pessoas doentes
- Homens
- Todos igualmente
- Outros - **48a)** Quem? _____

49. De maneira geral, você diria que os serviços de saúde recebem os homens:

- muito bem
- bem
- regular
- mal
- muito mal

50. De maneira geral, como você diria que os homens cuidam da sua própria saúde?

- Muito bem
- Bem
- Regular
- Mal
- Muito mal

51. Finalizando, o senhor está trabalhando atualmente?

- Não, sou aposentado. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, sou estudante. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, nunca trabalhei. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Não, estou desempregado. **AGRADEÇA E ENCERRE.**
- Sim, apenas eventualmente (bicos).
- Sim, sem carteira assinada.
- Sim, com carteira assinada.
- Sim, por conta própria.

52. Em média, durante a semana, quantas horas costuma trabalhar por dia? _____

Senhora _____ Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

Se sim: O número é **136**.

Observações (entrevistador):



»»»»»»»»»» **META 03: Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade, baseado em dados secundários.**

Este estudo objetivou a construção de um protocolo para investigar a saúde do homem, baseado em dados epidemiológicos secundários. Foi realizado inquérito de base populacional por telefonia móvel em 2014, envolvendo 1.894 homens e 1.991 mulheres, entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), residentes nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Foram levantados dados sobre saúde sexual e reprodutiva, paternidade e saúde em geral. As estimativas foram geradas utilizando-se fatores de expansão para toda a população de estudo, maiores detalhes podem ser vistos em Moura et al. (2015).

Para este estudo, foram utilizadas as informações sobre situação de saúde e características sociodemográficas. Inicialmente foram identificados os indivíduos que relataram algum problema de saúde. Na sequência, investigou-se qual o problema, o local de tratamento/acompanhamento ou o motivo para a não busca deste. Os problemas de saúde foram categorizados conforme a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (WHO, 2010) em: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças do olho e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastoide; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; e lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

O local de tratamento/acompanhamento foi classificado em serviço privado, unidade básica, hospital público e outros. O motivo para a sua não busca foi categorizado em não acesso ao atendimento, não importante, não acesso ao medicamento e outros. As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: região de moradia (Norte, Nordeste, Sudeste,

Sul e Centro-Oeste), idade (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos), raça/cor da pele (branca, parda, preta, amarela e indígena), escolaridade (< 9, 9 a 11 e \geq 12 anos de estudo) e inserção no mercado de trabalho (não e sim).

Foram também identificados problemas de saúde conforme tratamento/acompanhamento em unidades básicas, tratamento/acompanhamento em outros locais e não tratamento/acompanhamento. Adicionalmente, comparou-se a distribuição proporcional de usuários das unidades básicas com a distribuição censitária, tendo como referência a população de 2010. As características sociodemográficas foram avaliadas conforme a região para a população em tratamento/acompanhamento nas unidades básicas e em outros locais.

Todos os procedimentos foram realizados com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 21, sendo que a comparação entre os sexos foi feita utilizando-se Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}) e nível de significância de 5% (teste do qui-quadrado). Foi proposto protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade a partir dos dados avaliados.

Resultados e Discussão

No total foram entrevistados 1.894 homens e 1.991 mulheres, sendo que mais mulheres (25,5%; IC_{95%}=22,8-28,3) do que homens (14,1%; IC_{95%}=11,8-16,4) referiram algum problema de saúde. Do total de pessoas com problemas de saúde, quase 80% relataram estar em tratamento/acompanhamento. Todavia, questionados sobre o local do tratamento, identificou-se apenas 33 homens e 111 mulheres buscando unidade básica de saúde para atendimento, o que representa cerca de 20% dos homens e 40% das mulheres em tratamento/acompanhamento, com frequência de automedicação alta (**Gráfico 1**).

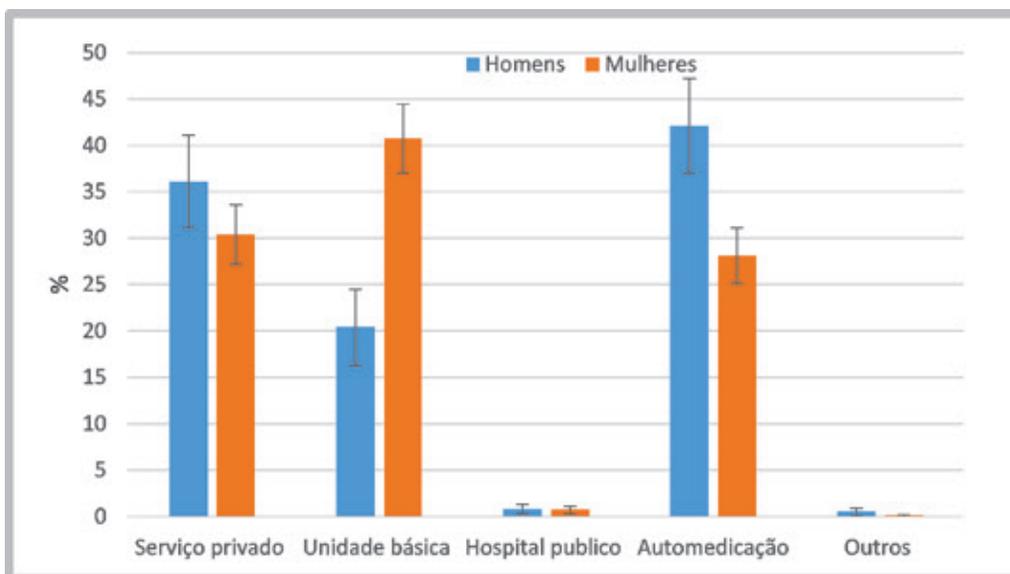


Gráfico 1. Distribuição* (percentual e Intervalo de Confiança de 95%) de homens e mulheres segundo local de tratamento. Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

Homens e mulheres atendidos nas unidades básicas de saúde citaram, principalmente, doenças do aparelho circulatório e do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (**Gráfico 2**), mas com maior proporção para os homens.

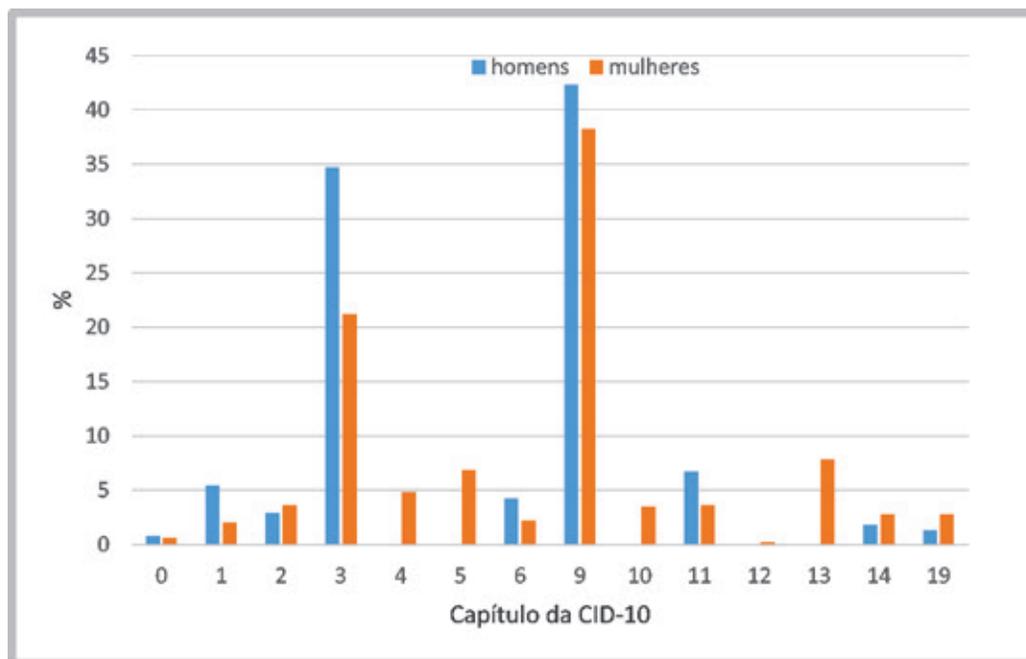


Gráfico 2. Distribuição* percentual de homens e mulheres segundo capítulo da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

0 = não sabe; 1 = algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 = neoplasias; 3 = doenças do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; 4 = doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 = transtornos mentais e comportamentais; 6 = doenças do sistema nervoso; 9 = doenças do aparelho circulatório; 10 = doenças do aparelho respiratório; 11 = doenças do aparelho digestivo; 12 = doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; 13 = doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 = doenças do aparelho geniturinário; 19 = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas

Para aqueles com algum problema de saúde, em tratamento/acompanhamento (incluindo automedicação) em outro local que não a unidade básica de saúde, observou-se maior proporção de doenças do aparelho circulatório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (**Gráfico 3**); destacando-se ainda, entre os homens, as doenças do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, as lesões, os envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

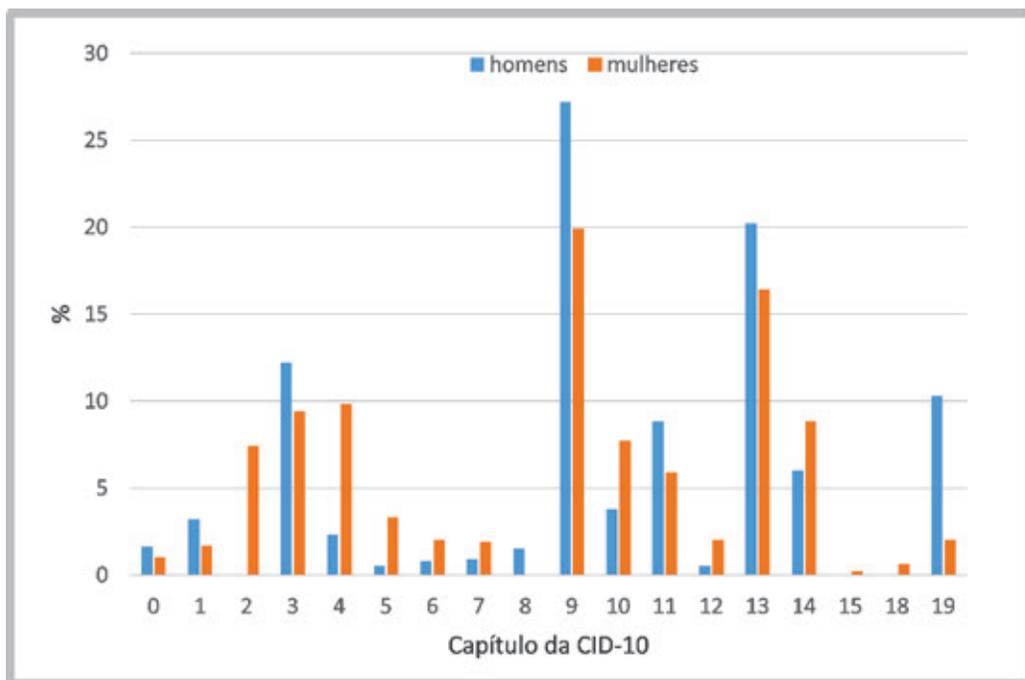


Gráfico 3. Distribuição* percentual de homens e mulheres segundo capítulo da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

0 = não sabe; 1 = algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 = neoplasias; 3 = doenças do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; 4 = doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 = transtornos mentais e comportamentais; 6 = doenças do sistema nervoso; 7 = doenças do olho e anexos; 8 = doenças do ouvido e da apófise mastoide; 9 = doenças do aparelho circulatório; 10 = doenças do aparelho respiratório; 11 = doenças do aparelho digestivo; 12 = doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; 13 = doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 = doenças do aparelho geniturinário; 15 = gravidez, parto e puerpério; 18 = malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; 19 = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Quanto aos indivíduos com algum problema de saúde e que não procuraram por atendimento, identificaram-se como principais problemas entre os homens, doenças: do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, do aparelho circulatório, e do aparelho geniturinário. Entre as mulheres, doenças: do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, do aparelho geniturinário, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, e da pele e do tecido celular subcutâneo (**Gráfico 4**).

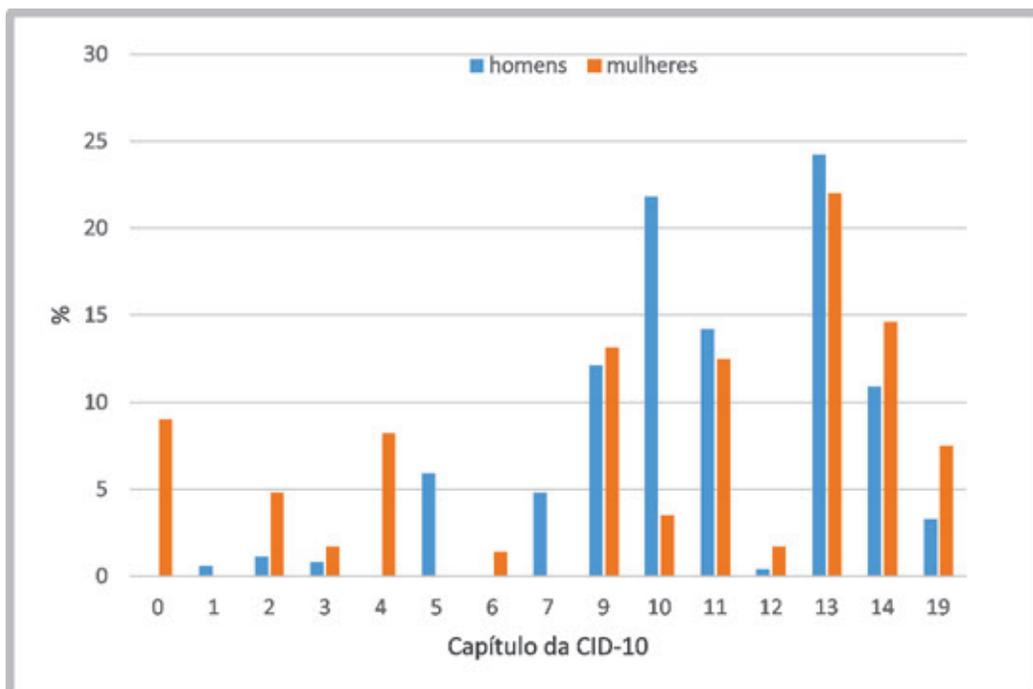


Gráfico 4. Distribuição* percentual de homens e mulheres segundo capítulo da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

0 = não sabe; 1 = algumas doenças infecciosas e parasitárias; 2 = neoplasias; 3 = doenças do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; 4 = doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5 = transtornos mentais e comportamentais; 6 = doenças do sistema nervoso; 7 = doenças do olho e anexos; 9 = doenças do aparelho circulatório; 10 = doenças do aparelho respiratório; 11 = doenças do aparelho digestivo; 12 = doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; 13 = doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; 14 = doenças do aparelho geniturinário; 19 = lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Apesar da semelhança entre os capítulos do CID-10 identificados entre os que procuraram atendimento na unidade básica ou entre os que buscam outro lugar, com as doenças do aparelho circulatório ocupando a primeira posição, não se pode sugerir que os cuidados demandados sejam semelhantes, pois não se avaliou o itinerário dos cuidados em saúde. Eventualmente, estes últimos poderiam ter sido referenciados pela Atenção Primária ou terem tido a necessidade de atendimento de média ou alta complexidade, como sugere a presença de alguns transtornos imunitários, de lesões, de envenenamentos e de algumas outras consequências de causas externas, ocupando o segundo lugar no grupo seguinte de entrevistados. Já a não busca de atendimento se associa com situações nas quais o sujeito se encontra incomodado, mas não o suficiente para procurar efetivamente o atendimento, embora de competência inicial da Atenção Primária. Estes indivíduos relataram como causa principal para a não busca de atendimento a falta de acesso ao serviço de saúde (**Gráfico 5**).

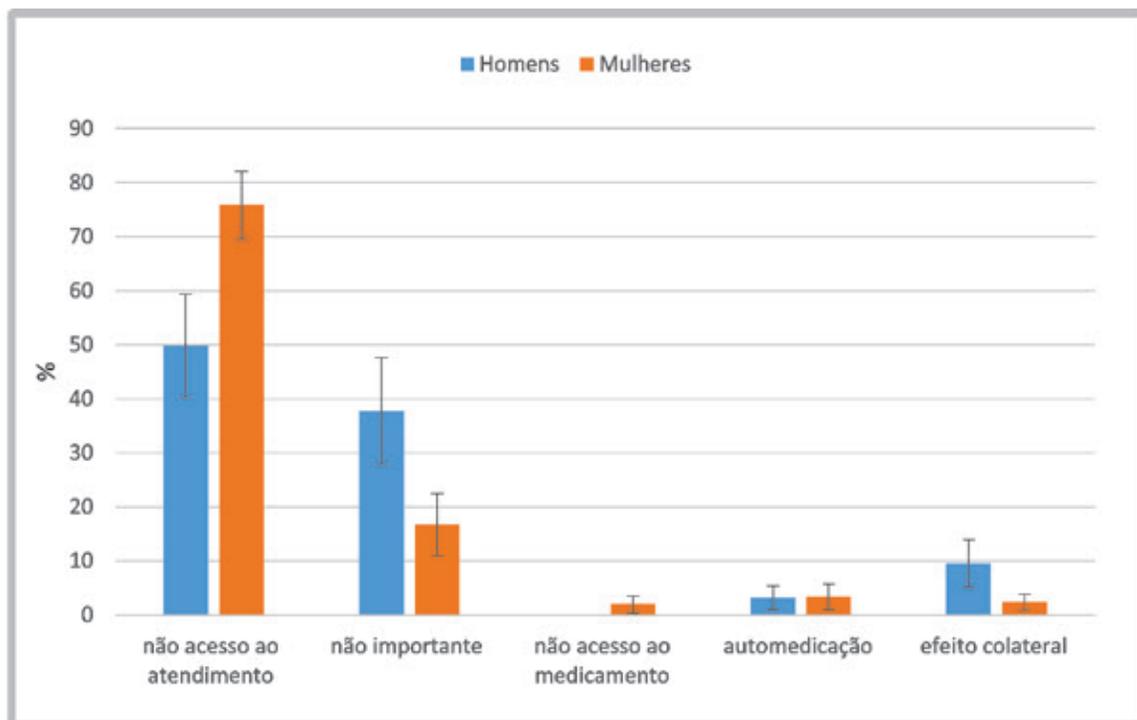


Gráfico 5. Distribuição* (percentual e Intervalo de Confiança de 95%) de homens e mulheres segundo causa da não busca de atendimento. Brasil, 2014.

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

A **Tabela 1** mostra que a maior proporção de atendimentos em unidades básicas de saúde aconteceu na região sudeste, refletindo em parte a distribuição demográfica populacional. Porém, a comparação com a distribuição de referência mostra desvantagem para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A cobertura do SUS é maior com o aumento da idade, ficando fora do sistema grande parte da população mais jovem, em especial entre 20 e 29 anos. Neste caso, os números parecem refletir o aparecimento de condições de saúde associadas ao envelhecimento, o que limita as ações de promoção e de prevenção de doenças e agravos à saúde, além da atenção ao planejamento familiar e ao pré-natal. A distribuição por raça/cor da pele mostra que, proporcionalmente, os indivíduos de cores parda e preta têm maior cobertura que os demais, assim como os de mais baixa escolaridade, especialmente as mulheres. Chama atenção a ausência total de homens de raça/cor amarela e indígena. No que se refere ao trabalho, o SUS atende principalmente os inseridos no mercado.

Tabela 1. Distribuição percentual* proporcional de homens e mulheres atendidos em unidades básicas de saúde segundo características sociodemográficas. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		HOMENS		MULHERES	
		%	IBGE***	%	IBGE***
Região de moradia**	Norte	4,9	9,7	4,6	9,2
	Nordeste	16,1	22,0	17,0	22,5
	Sudeste	59,1	51,2	65,5	51,5
	Sul	10,0	6,9	8,3	6,9
	Centro-Oeste	9,8	10,2	4,6	9,9
Idade (anos)**	20 a 29	0,4	32,6	8,7	30,7
	30 a 39	15,7	28,1	21,1	27,7
	40 a 49	28,0	22,6	23,2	23,2
	50 a 59	55,9	16,7	47,0	18,3

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		HOMENS		MULHERES	
		%	IBGE***	%	IBGE***
Raça/cor**	Branca	19,3	46,6	33,8	48,8
	Parda	55,5	42,4	49,5	40,9
	Preta	25,2	9,5	12,6	9,1
	Amarela	0	1,3	3,5	1,4
	Indígena	0	0,2	0,6	0,2
Escolaridade (anos)**	< 9	43,3	42,9	70,6	41,7
	9 a 11	48,0	36,4	23,7	36,5
	≥ 12	8,7	20,8	5,6	21,8
Inserção no mercado de trabalho**	Não	21,1	-	36,1	-
	Sim	78,9	-	63,9	-

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

** p < 0,001 (teste do qui-quadrado)

*** dados censitários de 2010 (IBGE)

A análise do grupo mais frequente de doenças entre os homens atendidos nas unidades básicas de saúde (**Tabela 2**) – doenças do aparelho circulatório – mostra gradiente com o aumento da idade, como é esperado para esta ocorrência, porém nenhum atendimento entre 20 e 29 anos de idade, faixa etária em que os comportamentos de risco próprios deste grupo de doença são mais frequentes (Brasil, 2014), e apenas 10% entre 30 e 39 anos de idade na região Sul. Quanto à distribuição por raça/cor há variação entre as regiões e, mesmo com a expansão, devido ao baixo número de ocorrências, não é possível nenhuma generalização, assim como para escolaridade e inserção no mercado de trabalho, ainda que se possa considerar a região Sul mais inclusiva neste item. A região Norte não apresentou nenhum caso.

Tabela 2. Distribuição percentual* de homens atendidos em unidades básicas de saúde com doenças do aparelho circulatório segundo características sociodemográficas por região de moradia. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		REGIÃO DE MORADIA				TOTAL
		NE	SE	S	CO	
Idade (anos)	20 a 29	0	0	0	0	0
	30 a 39	0	0	10,4	0	1,6
	40 a 49	47,2	42,7	18,5	47,2	39,8
	50 a 59	52,8	57,3	71,0	52,8	58,6
Raça/cor	Branca	0	21,1	70,6	47,2	27,7
	Parda	100,0	33,1	0	52,8	37,9
	Preta	0	45,9	29,4	0	34,5
Escolaridade (anos)	< 9	0	75,9	45,4	57,7	33,4
	9 a 11	100,0	0	54,6	42,3	52,9
	≥ 12	0	24,1	0	0	13,7
Inserção no mercado de trabalho	Não	0	0	29,0	0	4,6
	Sim	100,0	100,0	100,0	100,0	95,4

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

A análise das doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, assim como a de alguns transtornos imunitários, segundo grupo mais frequente entre os homens atendidos nas unidades básicas de saúde (**Tabela 3**), também mostra gradiente com o aumento da idade, porém nenhum atendimento entre 20 e 29 anos, o que causa estranheza na medida em que muitas ocorrências têm etiologia hereditária ou nutricional (Lorenzi, 2006). Da mesma forma que o

anterior, no que se refere à distribuição por raça/cor, escolaridade e inserção no mercado de trabalho, há variação entre as regiões, aparecendo a Sudeste como a mais inclusiva quanto ao mercado de trabalho. A região Sul não apresentou nenhum caso.

Tabela 3. Distribuição percentual* de homens atendidos em unidades básicas de saúde com doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários por principais grupos do CID-10, segundo características sociodemográficas por região de moradia. Brasil, 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		REGIÃO DE MORADIA				TOTAL
		NE	SE	S	CO	
Idade (anos)	20 a 29	0	0	0	0	0
	30 a 39	100,0	0	2,8	0	16,9
	40 a 49	0	24,1	29,8	0	24,5
	50 a 59	0	75,9	45,4	100,0	58,6
Raça/cor	Branca	0	0	0	0	0
	Parda	100,0	62,1	75,2	100,0	74,1
	Preta	0	37,9	24,8	0	25,9
Escolaridade (anos)	< 9	0	75,9	45,4	57,7	54,7
	9 a 11	100,0	0	54,6	42,3	38,0
	≥ 12	0	24,1	0	0	7,4
Inserção no mercado de trabalho	Não	0	0	54,6	0	31,5
	Sim	100,0	100,0	45,4	100,0	68,5

*ponderada para representar a população de homens e mulheres entre 20 e 59 anos de idade do conjunto de capitais de estados e do Distrito Federal.

As variáveis idade, raça/cor, escolaridade e inserção no mercado de trabalho, acrescidas de condições de moradia, comportamentos e situações de risco, antecedentes físicos e clínicos, itinerário dos cuidados de saúde e principais causas de procura de atendimento básico conforme Classificação Internacional das doenças (CID-10), devem ser consideradas na construção de um protocolo de investigação epidemiológica.

Considerações gerais

Este estudo foi planejado para avaliar dados referentes ao atendimento na rede básica de saúde, utilizando um sistema de informação municipal de referência, uma vez que o federal não discrimina o sexo do usuário.

Todavia, em 2013 iniciou-se a implantação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) com o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, passando a ser a fonte oficial de dados. Em março de 2014, apenas 11 dos 5.569 municípios brasileiros estavam com 100% do e-SUS AB implantado, mas os dados deste sistema, previsto para ser concluído até junho de 2015, ainda não foram, nem parcialmente, disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Assim, optou-se por investigar os dados referentes ao atendimento na rede básica de saúde, a partir das informações de usuários do SUS, obtidas por meio do inquérito “Saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade” (Moura, Pereira & Gomes, 2015).

Entretanto, este inquérito não foi desenhado para esta finalidade, de modo que as estimativas aqui apresentadas devem ser interpretadas com cautela, sendo apenas um indicativo dos problemas de saúde e uma base para novas investigações.

Este levantamento não permitiu, ainda, identificar os encaminhamentos advindos destes atendimentos, determinar a causalidade dos principais agravos, da falta de cuidado e dimensionar possíveis iniquidades entre gêneros na atenção básica, conforme potencial de acesso e partici-

pação. Ainda assim, aponta para uma parcela significativa sem nenhum atendimento, embora com problema de saúde, limitada pela falta de acesso e, no caso dos homens, pela desvalorização do problema, o que pode também ser explicado pela cultura da invulnerabilidade masculina (Schraiber et al., 2010).

Propõe-se, para integrar um protocolo inicial da atenção básica à saúde do homem, as seguintes variáveis: idade, raça/cor, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, condições de moradia, comportamentos e situações de risco, antecedentes físicos e clínicos, itinerário dos cuidados de saúde e principais causas de procura de atendimento básico conforme CID-10.

É fundamental identificar as situações de procura (ou não) das unidades básicas de saúde, tendo como ponto de partida o autorreconhecimento de algum problema, embora seja importante salientar que a aplicação deste protocolo em usuários do SUS não garante o princípio da universalização, pois a população que não busca atendimento ou que a busca sem ser atendida fica excluída podendo gerar viés de informação.

Espera-se que, de fato, o e-SUS AB seja implantado e disponibilizado para o aprofundamento destas questões, uma vez que os dados apontaram para a oportunidade perdida de diagnóstico precoce nos dois problemas de saúde mais frequentes e para a não inclusão de todas as raças, contrariando o princípio da universalização do SUS.



»»»»»»»»»» **METAS 04 E 05: Princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade e Fluxo de ações voltadas para o envolvimento de homens em programas de assistência pré-natal**

Finalizado o desenvolvimento da meta 01, de pesquisa de três experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva, foram esboçados pela equipe da pesquisa, princípios para linhas de cuidados masculinos e etapas que comporiam um fluxo de envolvimento de homens em programas de assistência pré-natal. Esse trabalho objetivou tanto o atendimento das metas 04 e 05, quanto a ampliação das discussões elaboradas com base no acervo do trabalho de campo realizado durante as atividades da meta 01.

A realização simultânea das atividades das metas 04, “Elaborar um quadro de princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade”, e 05, “Elaborar uma proposta de fluxo de ações voltadas para o envolvimento de homens em programas de assistência pré-natal”, se justifica pela transversalidade de conceitos que permeiam ambas as metas. Não há como desenvolver uma proposta sobre linhas de cuidados sem que se reflita sobre as práticas e sobre as necessidades de profissionais e usuários do sistema de saúde. Acredita-se que uma linha de cuidados surja a partir da integração entre os princípios e o fluxo.

Nesse contexto, as atividades das metas 04 e 05 iniciaram com o refinamento e a organização dos princípios e das etapas em duas matrizes: uma denominada “Imagem-objetivo para linha de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” e outra intitulada “Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal”. Objetivava-se validar as matrizes elaboradas a partir da submissão a profissionais considerados especialistas no assunto.

Foi então realizada uma adaptação da técnica de conferência de consenso de Souza et al. (2005). Os especialistas foram selecionados pela equipe da pesquisa através de busca em bases de dados científicas e as duas matrizes foram submetidas duas vezes a esses especialistas através de um sistema de pesquisa online. Ao alcançar o consenso, as matrizes foram finalizadas e se tornaram objeto de análise no artigo “Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” (GOMES et al., 2016), publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, onde é possível ter acesso aos detalhes de como foi desenvolvido todo o processo de construção dessas matrizes. A escolha pela técnica da conferência de consenso se deu pela busca de um método que permitisse um debate simétrico entre participantes e também o ajuste das matrizes com base no consenso dos especialistas (Souza, Silva & Hartz, 2005).

A primeira matriz, “Imagem-Objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” apresenta três dimensões: político-gerencial, atenção à saúde e educação na saúde.

A primeira dimensão é composta por seis princípios e descritores que buscam orientar as ações da gestão. Seus princípios abrangem a equidade de gênero; a pluralidade da concepção masculina; a organização de ações voltadas para o atendimento das necessidades de saúde dos homens de diferentes perfis; a organização da atenção à saúde de forma intersetorial e em rede; o acompanhamento, a avaliação e a transparência da gestão; e, a ambiência voltada para as relações de gênero, parentalidade e geração.

A segunda dimensão é composta de quatro princípios e descritores que evocam a promoção de um cuidado integral; uma atenção baseada no acolhimento; o envolvimento dos homens nas consultas do pré-natal, parto e pós-parto; e, a atenção relacionada à vulnerabilidade e ao risco.

A última dimensão apresenta ações educativas voltadas para profissionais e usuários, tais como: educação, saúde e comunidade de práticas; qualificação profissional; promoção de grupos de homens e/ou mistos; e a promoção de espaços de reflexão para as equipes sobre temas relacionados à masculinidade, à saúde e à paternidade.

A segunda matriz, “Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal”, apresenta etapas/ações voltadas às práticas do cuidado numa perspectiva interdisciplinar e integral. Assim, suas etapas não devem ser entendidas de forma cronológica, linear ou excludente, podendo ocorrer simultaneamente e de acordo com as diferentes especialidades profissionais. Também é importante observar que adaptações devem ser realizadas para que se possa atender as especificidades de gênero, geração, cor/raça, orientação sexual, escolaridade e aspectos socioeconômicos.

O fluxo é composto por quatro etapas: acolhimento; realização de exames, testes rápidos e vacinação; acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais; e envolvimento dos homens no parto e no puerpério.

A primeira etapa prioriza o acolhimento dos usuários com o objetivo de sensibilizá-los sobre a participação do pai ou de pares do mesmo sexo no pré-natal, parto e pós-parto. A participação do pai permite que os profissionais da saúde conheçam suas expectativas e anseios no que se refere à chegada do filho, possibilitando a discussão desses aspectos e o enfoque sobre as necessidades e as preocupações que os pais vivenciam nesse momento. Uma questão importante é a sensibilização e a educação dos profissionais de saúde para a inclusão do pai na atenção à criança, pois, nas instituições de saúde, o interlocutor principal tem sido, ainda, prioritariamente, a figura materna.

A fim de promover o protagonismo dos pais em relação ao autocuidado, numa perspectiva de que a saúde do homem impacta na de mulheres e crianças, a segunda etapa do fluxo recomenda a realização de exames, testes rápidos e vacinação.

Já a terceira etapa propõe uma maior interação entre os pais e os profissionais de saúde no acompanhamento e na avaliação das consultas de pré-natal. Enquanto a quarta etapa aborda

o estímulo ao envolvimento dos homens no parto e no puerpério e o direito da livre escolha do acompanhante pela mãe.

A importância do papel do pai na educação e no desenvolvimento da criança leva à necessidade crescente dos profissionais de saúde melhor compreenderem a inserção paterna na dinâmica familiar. O pai não pode ser percebido apenas como um coadjuvante no cuidado e apoio à mãe, visto que ele influencia e é influenciado na interação com a criança e com os demais membros da família. Ao mesmo tempo, é importante que os profissionais da saúde tenham clareza de que essas interações são fortemente moldadas tanto pelas características pessoais de cada homem, quanto pelo contexto no qual estão inseridos, como pelo contexto histórico em que estão vivendo.

Quadro 1. Imagem-Objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade (Gomes et al., 2016, p. 1548-1549).

DIMENSÃO POLÍTICO-GERENCIAL	
Princípio	Descritor
Equidade de gênero	Igualdade dos direitos entre os gêneros e busca da superação das desigualdades entre homens e mulheres.
Pluralidade da concepção masculina	Concepção sobre as especificidades de socialização dos homens a partir de uma visão relacional de gênero, cor/raça, classe social, idade e orientação sexual.
Organização voltada para o atendimento às necessidades de saúde de homens de diferentes perfis	Organização das ações orientadas para o processo saúde-doença-cuidado, contemplando as necessidades biopsicossociais de homens de diferentes perfis e levando em conta os diferentes contextos locais e regionais.
Organização da atenção à saúde em rede	Valorização da dimensão simbólica dos vínculos sociais que atravessam as relações de gênero, promovendo o diálogo intersetorial (trabalho, saúde, lazer, dentre outros).
Acompanhamento, avaliação e transparência da gestão	Acompanhamento e avaliação das ações voltadas para homens no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade com vistas a, de um lado, gerar evidências sobre seu alcance e impacto e, de outro, promover transparência na comunicação com as pessoas, as famílias, os responsáveis, a mídia e a sociedade.
Ambiência voltada para as relações de gênero, parentalidade e geração	Organização dos serviços não só a partir de sua função instrumental de oferecimento de tratamentos, exames, remédios, práticas e técnicas; mas como espaços de encontros e mudanças de atitudes. Envolve a promoção de outros valores que desconstruam a associação exclusiva do masculino a contágio/transmissão/periculosidade/ameaça.
DIMENSÃO ATENÇÃO À SAÚDE	
Princípio	Descritor
Promoção de uma atenção integral	Organização das práticas dos cuidados masculinos (individuais e coletivos) a partir da identificação das necessidades biopsicossociais, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
Atenção baseada no acolhimento	Garantia da perspectiva intersetorial no diálogo entre os espaços onde os homens constroem referências, tais como os educacionais, do lar, do mundo do trabalho e de grupos de filiação, que necessariamente não estão referidos ao sistema de saúde em suas funções e instituições. Significa também acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento.

DIMENSÃO ATENÇÃO À SAÚDE	
Princípio	Descritor
Envolvimento dos homens nas consultas do pré-natal, parto e pós-parto	Valorização e incentivo à participação dos homens de diferentes perfis em todas as etapas da gravidez (pré-natal, parto e pós-parto), respeitando o direito de escolha do acompanhante pela mulher.
Atenção relacionada à vulnerabilidade e ao risco	Problematização da divulgação de imagens que relacionam o homem ao risco, principalmente reificando sua imagem como sujeito de contágio, violência, susceptibilidade às drogas lícitas e ilícitas; ou ainda, como sujeito que não está presente em momentos de cuidado aos filhos.
DIMENSÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	
Princípio	Descritor
Educação, saúde e comunidades de prática	Consideração dos possíveis espaços de atenção à saúde, em geral, e em especial a masculina, considerando as diferenças relacionais de gênero, geração, classe e etnia.
Qualificação profissional	Qualificação dos profissionais para atuarem com homens de diferentes perfis numa perspectiva de gênero, a partir da realidade do trabalho em saúde.
Promoção de grupos de homens e/ou mistos	Incentivo à formação de grupos de discussão com foco nas questões de gênero e saúde, voltados para homens, ou para homens e mulheres, no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade, como uma estratégia de transformação das relações de gênero.
Reflexão da equipe profissional sobre masculinidade, saúde e paternidade	Promoção da reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, saúde, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens.

Quadro 2. Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal (Gomes et al., 2016, p. 1549).

ETAPA	AÇÕES
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação paterna no pré-natal, parto e pós-parto. • Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo suas expectativas em relação à paternidade, pré-natal, parto e pós-parto. • Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar – com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo – as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas. • Discutir as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, de métodos contraceptivos. • Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira, ou de par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par e favorecendo a importância deste homem neste processo.
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, parto e pós-parto.
Realização de exames, testes rápidos e vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança. • Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação.
Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as consultas do pré-natal, manter o diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e possíveis estressores relacionados à gravidez. • Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal podem assegurar a manutenção da saúde da criança e deles.
Envolvimento dos homens no parto e no puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito da escolha do acompanhante pela mulher.

objetivo ordenar os processos de elaboração e avaliação da política nacional de atenção às pessoas com doença crônica não transmissível, além de trabalharem na prevenção e no controle do câncer, das doenças respiratórias, da obesidade, da hipertensão, da diabetes e do tabagismo. Rubia dos Santos informou que em maio de 2013 foi publicada a Portaria 874 que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. O objetivo da política é a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença, possibilitando ainda a redução da incidência de alguns tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com a enfermidade, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). Por fim, a representante da CGAPDC apontou que a portaria traz também os princípios e as diretrizes relacionadas à comunicação em saúde para a formulação das estratégias que permitam a disseminação de conhecimentos sobre o câncer a profissionais e para a população em geral.

Em seguida, Denise Rangel Santana, representante do Instituto Nacional do Câncer, abordou a importância da Detecção Precoce de Câncer de Próstata. A palestrante iniciou sua fala apresentando para os participantes um panorama epidemiológico do câncer no país. Segundo os dados apresentados, o tipo mais incidente na população masculina é o de pulmão e, em seguida, o de próstata, o de estômago, o de esôfago e o de fígado. Nesse sentido, a palestrante chama a atenção para a necessidade de os coordenadores da saúde do homem trabalharem na prevenção dos demais tipos que também acometem a população masculina. Segundo Denise, por vezes a atenção fica centralizada apenas no de próstata. Em relação à prevenção, a palestrante apontou que uma alimentação saudável e a prática de atividade física previnem o surgimento de várias doenças e melhora a qualidade de vida, funcionando como um fator de proteção de doenças crônicas não transmissíveis.

Denise destacou ainda a relevância do Programa de Saúde na Escola e na Creche, que tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Além dessa iniciativa, também foi apontada a importância da campanha Novembro Azul para a conscientização dos homens e da população em geral sobre as doenças que acometem esse extrato populacional.

Encerrada a primeira parte do debate, foram apresentados pela equipe da CNSH os eixos prioritários da PNAISH e mencionadas algumas atividades realizadas para a sensibilização da clientela masculina para o autocuidado. Algumas das ações apontadas foram: o “Circuito de Saúde nos Portos”, que oferece testes para detecção de doenças e aconselhamentos em saúde; o projeto “Homens do Axé”, que oferece oficinas culturais e rodas de conversa sobre as expressões da cultura masculina, e o projeto “Homens Libertem-se”, que através da arte trabalha questões sobre o papel social dos homens e as consequências do sexismo para essa população. Além dessas iniciativas, foram apresentadas algumas das parcerias mais importantes da CNSH, o Instituto Papai e o Promundo, ONGs da cidade do Rio de Janeiro que trabalham a promoção da igualdade de gênero.

O primeiro dia de debate foi encerrado com uma palestra sobre a Prevenção das Violências e Acidentes, que abordou o conceito de violência e suas distintas expressões, apontando que as principais que acometem o universo masculino são as causas externas e os acidentes de trânsito. Segundo a palestrante, para mudar esse cenário é preciso romper com o referencial de masculinidade que está posto na sociedade.

No segundo dia, Coordenadores de saúde do homem e representantes de secretarias foram divididos em cinco grupos de trabalho para a realização de oficinas de planejamento de atividades para o ano de 2016, baseando-se nos eixos prioritários da PNAISH. Na ocasião, foram pactuadas ações envolvendo: a sensibilização de profissionais; a educação permanente para

gestores, trabalhadores e usuários do SUS; o monitoramento e a avaliação da PNAISH; e, a comunicação e a divulgação em saúde. Tal iniciativa foi planejada pela CNSH no sentido de sensibilizar coordenadores da saúde do homem de estados e municípios, gestores e profissionais de áreas afins, para a importância da implementação efetiva da PNAISH.



»»»»»»»»»» **META 07: Veicular informações para as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem e usuários das 27 unidades federadas no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade**

Para a veiculação nacional de informações sobre a promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade foram planejadas atividades, cuja execução foi realizada pela CNSH com o apoio da coordenação desta pesquisa. Assim, foram realizadas ações em duas vertentes:

(a) confecção de dois Guias, que serão distribuídos a profissionais da Atenção Básica de todo o Brasil: o Guia Pré-natal do parceiro para profissionais de saúde e o Guia de Saúde do homem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

(b) visitas técnicas, palestras e participações da CNSH em eventos em estados e municípios de todo o Brasil, no sentido de implantar e/ou auxiliar na implantação da PNAISH, em especial nos eixos que se referem à temática do projeto.

O Guia Pré-natal do Parceiro aborda a melhoria do acesso e do acolhimento de homens aos serviços de saúde e a importância do envolvimento consciente e ativo de adolescentes, jovens, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo.

Já o Guia de Saúde do Homem para ACS, com base nas diretrizes da PNAISH, visa a sensibilizar e capacitar esses profissionais sobre como lidar com questões relativas à inserção masculina nos serviços de saúde. O documento trabalha os cinco eixos apresentados pela PNAISH e os temas transversais à saúde do homem, como saúde do trabalhador, uso abusivo de álcool e outras drogas e saúde mental.

Em relação às visitas técnicas, palestras e participações em eventos, foram realizados:

- Reunião da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com 13 equipes de NASF, contextualizando as principais estratégias, desafios e ferramentas de trabalho no que tange aos eixos temáticos da saúde do homem junto à atenção básica; e participar como facilitador do eixo temático “Paternidade e cuidado” e de reuniões técnicas com diversos parceiros: saúde da mulher, da criança, saúde bucal, DST/Aids e Hepatites Virais, no dia 25/03, em Aracaju/SE (MS).
- Palestra sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no “II Encontro Estadual de Saúde do Homem para gestores da saúde, gerentes de atenção básica e o controle social”, no dia 27/03, em Macapá/AP (MS).
- Validação do Guia de Saúde do Homem do ACS – Agente Comunitário de Saúde e construção de novos tópicos que possam contribuir para um material de suporte na prática diária quando em contato com o homem em sua residência ou fora dela em espaços que estejam grupos de homens, nos dias 02 e 03/04, em São Paulo (MS).
- Reunião com GT para apresentação de metodologia que será utilizada na validação do Guia Pré-natal Masculino, dia 02/04 em São Paulo/SP (MS).
- Participação como palestrante na Oficina de Saúde do Homem na XIII reunião da DSR – Diretoria Regional de Saúde de Ribeirão Preto para a implementação da estratégia do Pré-natal do parceiro em 26 municípios, com a participação da SES/SP, secretários de saúde, gestores, chefes de serviços e profissionais da assistência e vigilância em saúde, no dia 08/04 em Ribeirão Preto/SP (MS).
- Reunião do grupo de trabalho sobre metodologias de ensino à distância na área de saúde, abordando os temas paternidade, cuidado, violência baseado em gênero, saúde do homem e sua relação com os serviços de saúde, na sede do Instituto PROMUNDO/RJ, no dia 29/04/14 (MS).
- Elaboração, produção e distribuição de materiais educativos e gráficos (folders e cartazes) totalizando 370 mil unidades (Campanha Nacional da Paternidade; Campanha Nacional do Pré-natal do Parceiro; e, Campanha Nacional do Pai Canguru).
- Palestra na capacitação “Fortalecimento da Política de Saúde do Homem e Grupo técnico em saúde do homem”, da Secretaria de Estado de Saúde de Goiânia, de 31 de julho a 01 de agosto de 2014.
- Palestra no I Seminário sobre Paternidade e Cuidado, da Secretaria de Estado de Saúde do Piauí, em 23 de julho de 2014.
- Participação no II Encontro Nacional Homens de Axé em São Luiz Maranhão, de 18 a 19 de agosto de 2014.
- Palestra na Semana de Saúde do Homem Trabalhador Portuário, pela Secretaria Estadual de Saúde do Homem do Ceará, de 04 a 08 de agosto de 2014.
- Palestra no Seminário Pré-natal do parceiro pelo Centro Médico de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Oficina Regional de Saúde do Homem em Campinas e São Paulo, 16 e 17 de setembro de 2014, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
- 2ª Campanha de saúde do homem em Santos, 18 e 19 de setembro de 2014, pelo Órgão de Gestão de Mão de Obra do Trabalho Portuário (OGMO).
- Novembro azul - discussão dos eixos prioritários da Política Nacional de Saúde do Homem no Município de Aracaju, 23 e 24 de outubro de 2014.
- Circuito Saúde para Homens Trabalhadores Portuários de Salvador, de 12 a 14 de novembro de 2014.

- 1º Seminário de Saúde do Homem de Rio Verde/GO, em 07 de novembro de 2014, pela Prefeitura Municipal de Rio Verde.
- II Oficina municipal de saúde do homem, dia 20 de novembro de 2014, pela Secretaria municipal de saúde e pela prefeitura de Lages na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.
- Seminário Pré-natal do parceiro e saúde do homem, 07 de outubro de 2014, Secretaria de Estado de Saúde de Goiânia.
- 2º simpósio *Global Men Engage*, de 10 a 14 de novembro de 2014 pela *Central for health & social justice*, em Nova Delhi, Índia.
- I Simpósio de atenção primária à saúde, 28 e 29 de novembro de 2014, pela Universidade Federal da Bahia.
- I Simpósio de atenção integral à saúde do homem, no dia 21 de novembro, pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).
- Seminário municipal de educação permanente na atenção básica, pela Secretaria de Saúde de Vitória, de 10 a 12 de dezembro de 2014.
- *V Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades*, pela *Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile (FACSO)*, de 14 a 17 de janeiro de 2015, Santiago de Chile; palestra e apresentação de trabalho “Política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil (PNAISH): avanços e desafios”.
- *Conferência Internacional de Masculinidades*, Nova York, de 05 a 08 de março de 2015.
- *Seminário Internacional de Masculinidades*, 24 de março de 2015, um evento de cooperação entre Fiocruz, Promundo e USP.
- Visita técnica ao Hospital São José/Hospital do Homem com o programa Filho que ama, leva o pai ao AME.
- X Congresso da Sociedade Brasileira de DST e VI Congresso Brasileiro de AIDS: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) como estratégia para reduzir a transmissão DST/AIDS, de 17 a 20 de maio de 2015.
- Seminário de Implantação do Programa P: Ações em Saúde para estímulo ao exercício da paternidade e do cuidado, Promundo, com a Secretaria de Saúde Estadual do Rio Grande do Sul, de 05 a 07 de maio de 2015.
- Reunião do desenho estratégico da pesquisa “Prevenção de Violências envolvendo homens e mulheres”, nos dias 28 e 29 de maio de 2015, em Brasília (DF).
- 1ª Oficina de Capacitação para a Implementação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem, pela Coordenação estadual de Saúde do Estado do Amazonas, nos dias 02 e 03 de julho de 2015.
- 13º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, pela Associação Brasileira de medicina da Família e Comunidade, em Natal (RN), de 08 a 12 de julho de 2015.
- Reunião com a coordenação municipal da Saúde do homem de Recife e Oficina de orientação ao câncer de próstata, pela Coordenação Municipal da Saúde do Homem de Recife, nos dias 20 e 21 de julho de 2015.
- Oficina de Avaliação e Capacitação para a atenção integral à saúde do homem, pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, nos dias 29 e 30 de julho de 2015.
- Participação e apresentação de trabalhos no Seminário Nacional Paternidade e Primeira Infância, de 26 a 28 de agosto de 2015, no Rio de Janeiro.
- Participação e apresentação de trabalhos no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido na Universidade Federal de Goiás, em Goiânia/GO, de 27 de julho a 01 de agosto de 2015.

- Oficina da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem e seus Eixos, pela Secretaria de Saúde da I Gerência Regional de Saúde de Belém (PA), no dia 02 de setembro de 2015.
- Reunião da Comissão e participação no Evento Homens Libertem-se, um evento sobre masculinidades, realizado no Rio de Janeiro (RJ), no dia 19 de novembro de 2015.
- Realização do II Seminário de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis em parceria com a Fundação Edson Queiroz – Universidade de Fortaleza, nos dias 13 e 14 de outubro de 2015.
- Realização do 10º Congresso de HIV/AIDS, do 3º Congresso de Hepatites Virais e de Oficinas de Implementação da PNAISH nos Municípios de Goiana (Recife) e Caruaru (Pernambuco), de 17 a 27 de novembro de 2015.
- Seminário de Fortalecimento da Política Estadual de Saúde do Homem e Reunião Presencial do Grupo de Trabalho pela Primeira Infância com a Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe em Aracaju, de 23 a 27 de novembro de 2015.
- Participação e apoio no Lançamento do Curso de Ensino a Distância – Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado pelo PROMUNDO, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, nos dias 08 e 09 de dezembro de 2015.
- Palestra no evento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e seus eixos, pela Secretária Estadual de Saúde Pernambuco, e reuniões em Petrolina e cidades dos arredores para a implantação da Política.
- Implementação dos eixos da PNAISH, em especial os da saúde sexual e reprodutiva, em Rio Branco.



»»»»»»»»»» **META 08: Elaborar três artigos sobre o diagnóstico e a promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade a serem enviados para periódicos da área da saúde coletiva, baseados nos resultados obtidos com as pesquisas de campo**

No desenvolvimento da referida meta foram produzidos artigos sobre o diagnóstico e a promoção de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. Esses artigos – baseados nos resultados da pesquisa – são produções científicas importantes, uma vez que foram avaliados por comitês editoriais dos principais periódicos da área da saúde coletiva do país. Além disso, possibilitam socializar os resultados a um público mais amplo porque foram enviados para publicação em periódicos que têm acesso aberto via internet. Os cinco artigos apresentados a seguir foram aprovados em revistas científicas da área da saúde pública.

O artigo intitulado “A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero” (Ribeiro et al., 2015) retratou a paternidade como uma questão de saúde frente aos papéis de gênero contemporâneos, levando em conta dois eixos argumentativos: paternidade, parentalidade e rearranjos dos papéis de gênero, e, paternidade e parentalidade como uma relação de troca de bens de cuidado. Os autores questionam o próprio sistema em suas percepções sobre o que vem a ser paternidade, tendo em vista as discussões mais recentes acerca do gênero e da sexualidade, e os novos arranjos familiares que podem desafiar as crenças sobre família, pai e mãe, impactando o próprio cuidado. Os autores entendem que é preciso nos reinventarmos, uma vez que nem fomos criados sob a égide da diversidade, nem nos formamos como profissionais a partir da problematização das divisões entre pai/mãe, sexo/gênero, entre outras tantas certezas que nem sempre nos ajudam a promover ações em saúde.

O artigo “E agora o homem vem? estratégias de atenção à saúde dos homens” (Moreira et al., 2016) discute, sob a perspectiva hermenêutico-dialética, as estratégias de atenção à saúde dos homens segundo a ótica de profissionais de saúde. Privilegiam, em sua análise, a sexualidade masculina, o envolvimento de homens no pré-natal e a paternidade. Os autores defendem que os temas da sexualidade masculina associados ao cuidado à saúde e à paternidade ainda evocam a dimensão privada, referida aos limites da geografia da casa. Enfrentamos o desafio de poder vir a encontrar nas respostas as ideias de que a sexualidade masculina está vinculada à expressão sexual, associada à força e à conquista. Essas ideias povoam o repertório cultural sobre o homem; a novidade está em desvincular sexualidade de relações sexuais, e saúde sexual de transmissão e contágio, na interpretação de nosso acervo.

Já o artigo “Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade responsável e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica”³ objetivou problematizar três ações de saúde desenvolvidas em unidades básicas de três municípios de regiões brasileiras distintas, e voltadas para a saúde do homem e a promoção da paternidade participativa, comprometida com o cuidado e a saúde sexual e reprodutiva. Segundo os autores, os homens percebem que as questões de gênero ainda são impeditivas para sua inserção no Sistema Único de Saúde, assim como a organização do próprio sistema. As ações analisadas organizam-se de forma estanque e fragmentada, atuando sobre aspectos isolados da saúde masculina, não contemplando o princípio da integralidade e dificultando a promoção do vínculo desses homens ao sistema pela atenção primária.

Além desses artigos, também foi produzido “Linhas de Cuidado masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” (Gomes et al., 2016), que teve por objetivo propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, bem como apresentar um fluxo para o envolvimento de homens no pré-natal. A proposta dos autores passou por processo de estabelecimento de consenso entre especialistas convidados. Como resultados, são apresentados: (a) os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para saúde sexual, reprodução e paternidade; e, (b) proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal.

Por fim, com uma abordagem epidemiológica, o artigo “Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero” (Moura et al., 2014)⁴ foi elaborado a partir do estudo realizado na meta 02 dessa pesquisa, diagnóstico acerca da saúde sexual, da saúde reprodutiva e da paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, baseado em dados primários. Conforme apresentado na referida meta, esse estudo contou uma amostra aleatória de 1.894 homens e 1.991 mulheres entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde, residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, e utilizou-se de metodologia por inquérito telefônico para avaliar as percepções masculina e feminina sobre a saúde dos homens.

³ O artigo foi aprovado para publicação pela comissão editorial da Revista Physis e encontra-se no prelo.

⁴ O artigo foi aprovado para publicação pela comissão editorial da Revista Ciência e saúde coletiva e encontra-se no prelo.



»»»»»»»»»» CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa – que teve seu início em dezembro de 2013 – chegou ao seu final – em junho de 2016 – com todas as suas metas alcançadas. Assim, **na Meta 1, foram investigadas três experiências consideradas exitosas** acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual e reprodutiva em localidades regionais diferentes, situadas no Nordeste, Sul e Sudeste do país. Nessa investigação ficou clara a diversidade das experiências no que toca aos serviços situados no Nordeste e mais ao Sul do Brasil. O quanto a cultura local influencia no desenho das experiências. No Nordeste, o sol, a feira, a cultura dos homens que se deslocam na boleia do caminhão para vender suas mercadorias levam os profissionais de saúde a ajustarem suas ações a essa realidade. No sul e em suas fronteiras, destacaram-se os híbridos entre línguas e os desafios de oferecer saúde àqueles que não a têm garantida. Também, a força das relações homem e mulher, muito marcadas pelas desigualdades no acesso ao trabalho.

Na observação das experiências, destacou-se a falta de articulação entre as ações voltadas para homens e mulheres e entre a promoção da paternidade no pré-natal e a saúde do homem de forma ampliada. No município do Nordeste, por ter uma rede mínima, as coisas se apresentavam de forma mais coesa, mas também lá não havia sido pensada a inclusão dos homens no pré-natal e puerpério, e nem o tema da paternidade era relevante. Isso demonstra essa falta de visão integrativa na saúde do homem de um modo geral. Os homens estavam relacionados às ações voltadas para as mulheres, não havendo uma especificidade, uma sala, uma pessoa para cuidar desses serviços. Eles estavam a reboque das ações para as mulheres, e terminado o período de gestação, tudo se acabava. A ideia de “ter que prender o homem na unidade de saúde” ressaltou e os profissionais não só tinham estratégias para isso, como se esforçavam. Essa ideia pode estar presente nos outros municípios, mas não no sentido de prender esses homens. Ao contrário, havia homens que ficavam de fora da unidade enquanto as mulheres iam às consultas. A ideia de “acompanhar” a parceira também foi muito interessante, pois não raramente queria dizer “levar à unidade”. E isso pode enganar os incautos que não perguntarem o que significa isso para eles, gerando dados/números equivocados sobre esse acompanhamento ao pré-natal. Algo que só foi descoberto lá, no campo, especulando! Também chamou a atenção a força que tem a propaganda no caso do Sudeste, pois quando fizemos a pesquisa vimos que o serviço não era o que se propagandeava.

Em relação às **Metas 02 e 03, foram realizados diagnósticos** acerca da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade, baseados em dados primários, e **protocolo de investigação epidemiológica** específica para homens de 20 a 59 anos de idade, baseado em dados secundários, respectivamente.

Nessas metas, houve a preocupação do projeto em obter informações sobre a população em geral, abrangendo mais um aspecto importante na investigação sobre a saúde do homem e seus aspectos relacionais de gênero. Para o diagnóstico, foi contratada uma empresa de pesquisa para a realização de coleta de dados de abrangência nacional por meio de inquérito telefônico. Por conta das características da pesquisa e do alto custo estimado, a opção legal para a aquisição desse serviço foi a seleção pública do tipo pregão eletrônico, metodologia de compra que trouxe ao projeto alguns benefícios e desafios, uma vez que envolveu muitas atividades desde o seu início até a sua execução.

Com o pregão foi possível contratar o estudo por um custo 50% menor que o estimado, já que uma gama maior de fornecedores existentes no mercado foi alcançada. Porém, a realização de um processo mal detalhado e avaliado acarretou na necessidade de constantes revisões durante todo o processo de prestação do serviço. Com isso, aprendeu-se que para uma contratação desse tipo é necessário conhecer presencialmente as opções de fornecedores e como o trabalho é feito, para que seja possível descrever tudo o que será necessário para a plena execução do serviço que se pretende contratar, assegurando qualidade, escopo e tempo. É essencial a construção de um projeto básico claro, objetivo, detalhado e criterioso, documento que será a base para o edital que direcionará todo o processo. A seleção pública não demonstra a ineficiência desse sistema em selecionar o fornecedor mais adequado, mas sim a de seus compradores em planejar e construir o escopo da compra com todos os detalhes e verificações necessárias.

Sobre essas metas algumas considerações destacam-se a título de conclusão. O diagnóstico foi o primeiro estudo de base nacional, ainda que restrito às capitais de estados brasileiros e ao DF, podendo se constituir como linha de base para o monitoramento da saúde do homem, em particular dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. Os dados demonstram mudanças e permanências nas dinâmicas das relações de gênero, nas quais os valores mais tradicionais convivem com os mais modernos. Como exemplos: mais homens que mulheres têm vida sexual ativa, com os primeiros a iniciando mais precocemente do que as últimas, fatos entendidos como a manutenção de uma dupla moral sexual que prescreve maior controle para a sexualidade feminina do que para a masculina. Em contrapartida, a participação masculina no pré-natal, na puericultura e nos cuidados cotidianos com filhos menores de um ano de idade, reportada pela maioria dos entrevistados, tanto homens como mulheres, pode ser analisada como uma ruptura com papéis tradicionais assignados a mães e pais, segundo os quais a mulher assumiria o papel de responsável pelos cuidados primários enquanto o homem seria o responsável por prover materialmente a família heterossexual, embora o trabalho masculino seja o maior limitante da participação paterna.

O fato de mais mulheres do que homens terem referido problema de saúde atual, pode ser entendido por uma maior medicalização do corpo feminino a partir das tradicionais concepções de que a saúde delas é mais complicada, de que o cuidado é uma tarefa feminina, bem como devido à priorização histórica dos serviços de saúde a elas. Chama a atenção a diferença entre a avaliação de homens e mulheres quanto à forma como os primeiros tratam sua própria saúde. Enquanto os homens consideram que cuidam bem e regularmente da sua própria saúde, as mulheres avaliaram que eles em geral a cuidam de regularmente para muito mal. Uma possível explicação para tal discrepância pode ser uma distinta concepção de cuidado de acordo com o gênero, ou seja, mulheres e homens concebem o cuidado de maneiras diferentes. Em um contexto em que, como já exposto, a masculinidade ainda está associada à invulnerabilidade enquanto que o cuidado, tanto o autocuidado como aquele com outros, permanece ligado à feminilidade, podemos admitir a existência de concepções diferentes tanto entre homens e

mulheres sobre o que é o cuidado ideal como, além disso, o que um homem necessita e o que uma mulher, criança ou idoso precisa.

Sobre as **Metas 04 e 05**, foram elaborados **princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos** voltados para a saúde sexual, reprodução e paternidade e desenvolvido **fluxo de ações voltadas para o envolvimento de homens** em programas de assistência pré-natal, respectivamente. Essas ações envolveram o diálogo entre pesquisadores e profissionais que lidavam diretamente com os assuntos em questão. Ainda que partissem de óticas distintas, esses atores chegaram a um consenso sobre o que se pode fazer e como fazer no campo da promoção da saúde dos homens, numa perspectiva relacional de gênero. O produto desse consenso, de certa forma, pode vir a provocar tensões entre o modelo tradicional de família e outros arranjos familiares. Nesse sentido, ao serem fixadas ações de saúde voltadas, por exemplo, para “pares do mesmo sexo”, pode no mínimo ocorrer um certo estranhamento tanto de usuários como de profissionais. Mesmo correndo esse risco, o que foi acordado afigura-se na direção da diversidade dos arranjos familiares, do prazer que cimenta as relações afetivas e das transformações nos papéis de gênero.

As **Metas 06 e 07**, que versavam sobre a **realização de um encontro de coordenadores** e a **veiculação de informações** para coordenadores de estados e municípios, selaram a parceria do projeto com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH/DAPES/SAS/MS). Ainda que tenha sido atravessada por limites de ordem administrativa – que faziam com que nem sempre os meios conseguissem atender ao dinamismo das demandas necessárias para a implementação da PNAISH – essa parceria foi altamente positiva porque conseguiu promover o diálogo entre instâncias e setores de todo o território nacional na disseminação de informações e na capacitação de profissionais voltadas para a saúde sexual e reprodutiva e a paternidade.

Na **Meta 08**, foram elaborados cinco artigos sobre os resultados da pesquisa, excedendo ao previsto que era a produção de apenas três. A elaboração desses artigos sobre o diagnóstico e a promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, a reprodução e a paternidade apenas reafirma a importância e a preocupação desse projeto em produzir e disseminar reflexões para toda a sociedade, contribuindo para os serviços de saúde e para a popularização do conhecimento.

Por fim, observa-se que – de maneira complementar ao Projeto Fortalecimento e Disseminação da PNAISH e entendendo a saúde do homem como fator relevante para a saúde de mulheres e crianças – o projeto Cuidados Masculinos se propôs a atuar como uma pesquisa no sentido mais abrangente e literal da palavra: investigação, indagação. Isso não significa que seus resultados tenham maior ou menor grau de impacto sobre os serviços de saúde, mas que o conjunto de suas metas reflete uma diversidade de fontes e caminhos pensados para possibilitar reflexões numa perspectiva mais integral e articulada. Tiveram relevância na construção das metas e na análise de dados: os usuários e os atores da saúde, as experiências, os ambientes onde ocorrem os serviços, as características do sistema e da população, as instâncias e seus parceiros e principalmente as questões relacionais de gênero. Além disso, a utilização de instrumentos online e presenciais de pesquisa possibilitou realizar o estudo com menor custo e tempo, realocando um mesmo recurso do projeto em mais de uma meta.

As duas hipóteses da pesquisa foram confirmadas, uma vez que observou-se a existência de um avanço e de um limite relacionados à promoção da saúde masculina. Em termos de avanço, destaca-se que há algumas iniciativas que buscam adotar uma perspectiva de gênero nessa promoção, articulando as dimensões biomédica, psicológica e sociocultural. Como limite observa-se que – apesar de haver avanços em termos de perspectiva – ainda há dificuldades em lidar com a presença masculina na Atenção Básica.

- GOMES, R. A Dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. *Athenea digital*, n.14, p. 237-243, 2008b.
- GOMES, R. Avaliação das ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: relatório final. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 2012.
- GOMES, R. et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(5):1545-1552.
- GOMES, R.; ALBERNAZ, LV. Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): relatório final. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; nov. 2013.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 901-911, mai. 2006.
- HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.&GOMES, M. H. A. (Orgs.) O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres, C. et. al. (Orgs.) *La Salud como Derecho Ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración/Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003.
- LORENZI TF. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MOREIRA, MCN; GOMES, R.; RIBEIRO, CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32(4):e00060015, abr, 2016.
- MOURA, EC; GOMES, R; PEREIRA, GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2014. [Citado em 11 de maio 2016] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15358>
- MOURA, EC; PEREIRA, GM; GOMES, R. Saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- OLIVEIRA, P. P. A Construção Social da Masculinidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.
- RIBEIRO, CR; GOMES, R; MOREIRA, MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(11):3589-3598.
- SCHRAIBER et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária nos cuidados aos homens. *Cad. saúde pública*, v. 26, n. 5, p. 961-70, 2010.
- SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.
- SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz, Z.M.A.; Silva, L.M.V. (Orgs). Avaliação em: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 65-102.
- WHO (World Health Organization). International statistical classification of diseases and related health problems (CID 10). 10thed. Geneva: World Health Organization, 2010.
- WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. Declaração de Montreal Saúde sexual para o Milênio. XVII Congresso Mundial de Sexologia. Montreal, 2005.

Resumo

Neste ensaio teórico, objetivamos problematizar a paternidade como uma questão de saúde frente aos papéis de gênero contemporâneos, levando em conta dois eixos argumentativos: (a) Paternidade, parentalidade e os rearranjos dos papéis de gênero; e (b) Paternidade e parentalidade como uma relação de troca de bens de cuidado. Em nossa discussão, destaca-se a inserção dos homens no sistema de saúde a partir da paternidade, que, ao que parece, vem se dando de forma instrumental, sendo a díade mãe-bebê ainda a grande preocupação, e não propriamente os homens como sujeitos de direito de saúde. Nesse sentido, buscamos questionar o próprio sistema em suas percepções sobre o que vem a ser paternidade, tendo em vista as discussões mais recentes acerca do gênero e da sexualidade, e os novos arranjos familiares que podem desafiar as crenças sobre família, pai e mãe, impactando o próprio cuidado. Dentre outros aspectos, concluímos que é preciso nos reinventarmos, uma vez que nem fomos criados sob a égide da diversidade, nem nos formamos como profissionais a partir da problematização das divisões entre pai/mãe, sexo/gênero, entre outras tantas certezas que nem sempre nos ajudam a promover ações em saúde.

Palavras-chave: Saúde; Gênero; Paternidade; Parentalidade.

Abstract

In this theoretical essay we aim to discuss paternity as a health issue in the context of contemporary gender roles by considering two lines of argument: (a) paternity, parenting and rearrangements of gender roles; and (b) paternity and parenting as a mutual relationship based on care. In our discussion, we highlight the inclusion of men in the health system from the point of view of paternity. At present this appears to be operating in an instrumental manner, with the mother-infant dyad still a major concern and men not being viewed as individuals with rights to health. Thus, we seek to question the system itself, in relation to its perceptions of the current state of paternity, by taking into consideration recent discussions about gender and sexuality as well as and new family arrangements that may challenge beliefs about the roles of families, fathers and mothers, which have impacts on care. Among other aspects, we conclude that we need to reinvent ourselves because we were not raised under the aegis of diversity and we were also not trained as professionals with a basis in the current problematic divisions that exist between father/mother and sex/gender, among many other previous certainties, all of which does not always help us to promote actions in the area of health.

Key words: Health; Gender; Parenthood; Parenting.

Introdução

A partir do século XX, a vida familiar tem sido redesenhada por conta de mudanças sociais, como a inserção feminina no mundo do trabalho, a ausência do pai em alguns casos, ou, ao contrário, a maior participação masculina na vida doméstica em outros casos. Essas mudanças vêm tornando-se tendências no século XXI, a partir da constatação de seu aumento, e vêm influenciando a formação de diferentes estruturas familiares, bem como a criação de diferentes expectativas e crenças sobre os papéis dos pais¹.

Pode-se dizer que o tema da paternidade tem sido posto à luz pelas Ciências Sociais e Humanas desde os anos 1980. Segundo Valente², entre 1987 e 1990 as discussões sobre a paternidade estavam inscritas nos campos do Direito e da Psicologia, sendo ampliadas na década de 1990, tornando-se tema de pesquisas também das áreas de Saúde Pública, Antropologia, Educação, Enfermagem e Sociologia, por exemplo. E o tema ganha ainda outros campos nos anos 2000, como o da Comunicação, Saúde da Mulher e da Criança, Filosofia, Neurociências, Saúde Coletiva e das Ciências Sociais.

Quanto à acepção do que seja paternidade, há uma indefinição nesses diversos campos, com exceção do campo jurídico, que deve responder às demandas trazidas pelo exame de DNA, pelas tecnologias de reprodução assistida, pelos novos arranjos familiares e filiação, entre outras questões que dizem respeito à parentalidade³⁻⁸.

Nesse cenário, com ênfase no campo da Saúde, observamos a mesma indefinição sobre o que vem a ser paternidade, o que abre, por conseguinte, a possibilidade de pensá-la de forma múltipla. Para Keijzer⁹ – assim como a masculinidades – o mais adequado é falar de *paternidades* no plural porque há diversas formas de exercê-la, não sendo a sua abordagem um assunto universalmente determinado. O autor recomenda também que a reflexão sobre o exercício da paternidade deve voltar-se tanto para o envolvimento dos homens, quanto para a possibilidade de prazer desses sujeitos com relação à gravidez, ao parto e a relacionamentos mais democráticos e equitativos na esfera doméstica. Mas ele chama também a atenção para a necessidade de articular reprodução e paternidade, uma vez que esta se constitui na principal ou única forma de os homens participarem na reprodução.

Com relação às políticas de saúde, a temática em questão vem sendo considerada de grande importância. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, PNAISH¹⁰, por exemplo, explicita a necessidade da valorização da paternidade como um aspecto relevante na promoção da saúde sexual e reprodutiva do homem, sem, no entanto, definir o que seja paternidade, ou indicar caminhos para a sua promoção. A estratégia Rede Cegonha¹¹ – entendida como prioritária na atenção à saúde da mulher –, ao visar a melhoria da assistência ao pré-natal, nascimento e puerpério, menciona os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres e se refere à presença paterna em tais momentos. No entanto, não define ou traz diretrizes para a promoção da paternidade; o papel do pai nesse contexto ainda é considerado instrumental em relação à promoção da saúde da mãe e do bebê.

Avançando nas reflexões sobre a indefinição ou a pluralidade da paternidade, Fonseca

observa que há atualmente um questionamento dos princípios básicos da procriação – o casal exclusivamente heterossexual, a sequência inevitável das gerações e a complementaridade sexual dos genitores¹². Segundo a autora, esses aspectos extrapolam o âmbito biológico e lançam demandas para os campos jurídico e bioético, da saúde e das ciências sociais e humanas. Mas será que essas novas possibilidades de paternidade, assim como os novos arranjos familiares, vêm sendo percebidos e assimilados pelo sistema de saúde?

Junto a esses aspectos, levantamos outros questionamentos: As percepções sobre a paternidade têm levado em conta as discussões mais recentes sobre gênero que nos convocam a refletir sobre o apagamento das certezas e fronteiras entre sexo e gênero? Como compreender a paternidade e a parentalidade não apenas reduzidas a um papel instrumental nas ações em saúde, mas que sejam espaços do prazer e do redesenho das identidades? Essas e outras questões nos levam à necessidade de, para além de discutir paternidade (ou maternidade), explorar as dimensões da parentalidade como conceito.

Barreto¹³ afirma, com base nas referências teóricas de Erick Erikson, que a parentalidade surge como uma eficaz estratégia para cuidar de alguém – um filho ou outra pessoa –, contribuindo para o futuro da sociedade. Ou seja, na perspectiva teórica da psicologia eriksoniana, retomada pelo autor, o conceito de parentalidade liga-se ao de generatividade, na possibilidade de ligar o sujeito à reprodução social e às gerações futuras. Perspectivas que naquele momento histórico, a década de 1950, ainda remetiam ao projeto de sociedade produtiva e de parentalidade que sustentaria o universo da família nuclear burguesa. No entanto, os compromissos ou desdobramentos dessa definição acabam por naturalizar uma visão de felicidade ou de satisfação produtiva intimamente relacionada à geração de um cuidado parental, e este é um aspecto que questionamos aqui, pois ao tomarmos essa perspectiva teórica abriríamos mão da reflexão e da crítica sobre as hierarquias de poder que intervêm nas expectativas sobre os papéis de homens e mu-

lheres na sociedade. Com a Teoria da Pessoa de Erikson, a parentalidade não dialoga com os papéis de gênero e, com isso, perdemos, nessa categoria psicológica de pessoa humana, as especificidades estruturantes entre homens e a mulheres, as diferenças e exigências que sobre eles recaem.

O fato de que essa definição de parentalidade não destaque a diferença entre os gêneros acaba por gerar uma suposta horizontalidade entre cuidado parental e o que se espera de homens e mulheres no cuidado dos filhos, ocultando o fato de que ao falarmos de feminilidade hegemônica ainda predomina a expectativa da maternidade, o que não corresponde ao que ocorre com masculinidade hegemônica, como bem sinala Corsaro¹⁴. Em síntese, a paternidade não se liga tão diretamente ao campo das performances masculinas, como a maternidade liga mulheres aos eventos reprodutivos e de cuidado de filhos.

A partir de todos esses questionamentos iniciais, neste trabalho, objetivamos problematizar a paternidade como uma questão de saúde frente aos papéis de gênero contemporâneos, levantando em conta dois eixos argumentativos: (a) Paternidade, parentalidade e os rearranjos dos papéis de gênero; (b) Paternidade e parentalidade como uma relação de troca de bens de cuidado.

Para isso, utilizamos como desenho metodológico o ensaio teórico, aqui entendido como um exercício crítico de procura, de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de meditação, buscando uma nova forma de olhar o assunto¹⁵. Nesse desenho, segundo Meneghetti, diferentemente da divisão e da lógica preconizadas pelas metodologias científicas tradicionais, a orientação é dada não pela busca das respostas e afirmações verdadeiras, mas pelas perguntas que orientam os sujeitos para as reflexões mais profundas¹⁶.

A partir dessa abordagem, além da nossa experiência profissional, lançamos mão da literatura específica para ancorar a reflexão acerca de um tema que ainda demanda um maior aprofundamento teórico-conceitual.

A paternidade, parentalidade e os rearranjos dos papéis de gênero

Freitas et al.¹⁷, ao estudarem a gravidez, afirmam que “o homem e a mulher deixam de ser apenas filho e filha para tornarem-se pai e mãe, ambos vivenciando essa transição com expectativas, anseios e temores. O homem também sofre o impacto da mudança de papéis”¹⁷. Fundamental nessa afirmação, ainda que não conceituada, é a perspectiva do reconhecimento do homem na agenda dos cuidados à criança. Ainda segundo os autores, as chamadas paternagem e maternagem merecem ser compreendidas como construções de responsabilidades compartilhadas da díade homem-mulher. E aqui ousaríamos atualizar como responsabilidade também da dupla construída nas escolhas homoafetivas.

A paternidade mostrou-se concebida como fundamental para uma determinada masculinidade: a dos casados e heterossexuais, uma vez que a dos solteiros pode fundamentar-se na sua falta de responsabilidades, liberdade sexual e acesso a várias mulheres. A dos homossexuais, por outro lado, ainda não está totalmente legitimada socialmente. Assim, o casamento (heterossexual e monogâmico) recria a noção de masculinidade hegemônica – que tem a heterossexualidade como sua marca principal– ao incorporar a paternidade, com suas consequentes responsabilidades, e torna a orientação sexual heterossexual como atribuição da paternidade¹⁸. No mesmo sentido em que a esterilidade masculina está associada à impotência sexual, ter um filho parece concretizar a virilidade heterossexual. Mas, por sua vez, a paternidade não é concebida apenas como “fazer filhos”: ela está relacionada também à capacidade de sustentá-los e educá-los. Essas atribuições colocam o trabalho remunerado dos homens como referência fundamental nas concepções sobre paternidade e masculinidade, sobretudo a hegemônica. Assim, se “fazer filhos” pode servir para comprovar o atributo físico da paternidade, conseguir sustentá-los e educá-los comprova seu atributo moral¹⁹.

Mas observamos também que a concepção de paternidade tem se modificado, ou recebido

outros atributos, ao longo da história das sociedades ocidentais contemporâneas. A partir da década de 1970, com a ascensão do novo modelo econômico industrial e a consolidação do movimento feminista, os questionamentos das desigualdades de gênero, o avanço dos métodos contraceptivos e o ingresso massivo das mulheres no mercado de trabalho fazem emergir a exigência de um pai mais envolvido com sua criança¹⁹, uma vez que as mulheres deixam de dedicar-se exclusivamente à casa e à família^{20,21}. No entanto, ainda estamos falando de um pai heterossexual membro de uma família nuclear.

É preciso lembrar que a importância dada à família nuclear formada por pai, mãe e filhos, e à filiação pautada no casal heterossexual tem historicidade, e apoia-se numa “realidade biológica irreduzível até esse momento: é necessário um homem e uma mulher para produzir uma criança”²². Para Zambrano²², por estar socialmente de acordo com o fato biológico, esse modelo familiar tornou-se o espaço legítimo e “natural” para a sexualidade e a procriação, impondo-se como uma verdade incontestável e ofuscando a ideia de ser ela uma construção bastante recente. Da mesma forma, esse não é um modelo universal, havendo variadas possibilidades de conformações familiares. A naturalização desse modelo de família traz em si a crença comumente aceita de que a criança só pode ter um pai e uma mãe que reúnam na mesma pessoa o biológico, o parentesco, a filiação e os cuidados de criação. Uma relação que nos parece tão natural, que nem pensamos tratar-se de uma ordem social a partir do que nos concede a natureza.

Esse modelo, no que diz respeito à filiação, sofre ainda uma forte influência religiosa e das delimitações do direito, além da psicanálise, que toma como fundamental para a formação da subjetivação e da humanização da criança a presença do pai/homem e da mãe/mulher, devido à necessidade de elaboração do chamado complexo de Édipo, um processo psíquico que exige a presença dos dois sexos e a obediência ao “*nom du père*”, como definiu Lacan ao tratar da construção do sujeito humano e sua entrada na “ordem simbólica”.

Para que a discussão seja mais aprofundada, é preciso ter em mente que a relação adulto-criança envolve, pelo menos, quatro dimensões que não são necessariamente concomi-

tantes e podem ser combinadas entre si de maneiras diversas:

- 1) o vínculo biológico, dado pela concepção e origem genética;
- 2) o parentesco, vínculo que une dois indivíduos em relação a uma genealogia, determinando o seu pertencimento a um grupo;
- 3) a filiação, reconhecimento jurídico desse pertencimento de acordo com as leis sociais do grupo em questão;
- 4) a parentalidade, o exercício da função parental, implicando cuidados com alimentação, vestuário, educação, saúde, etc., que se tecem no cotidiano em torno do parentesco.²²

Com base em tal conceituação, a partir daí fica mais fácil pensarmos em famílias homoparentais que não possuem possibilidade procriativa dentro do casal. E ainda na parentalidade exercida por travestis e transexuais, que não podem ser conceituada como homoparentais, pois o termo “homoparentalidade” diz respeito somente à orientação sexual, “aludindo às pessoas cujo desejo sexual é orientado para outras do mesmo sexo, o que deixaria de fora as pessoas com mudança de sexo (transexuais) e de gênero (travestis)”²².

É preciso lembrar que a importância dada à família nuclear formada por pai, mãe e filhos, e à filiação pautada no casal heterossexual tem historicidade, e apoia-se numa “realidade biológica irreduzível até esse momento: é necessário um homem e uma mulher para produzir uma criança”²². Para Zambrano²², por estar socialmente de acordo com o fato biológico, esse modelo familiar tornou-se o espaço legítimo e “natural” para a sexualidade e a procriação, impondo-se como uma verdade incontestável e ofuscando a ideia de ser ela uma construção bastante recente. Da mesma forma, esse não é um modelo universal, havendo variadas possibilidades de conformações familiares. A naturalização desse modelo de família traz em si a crença comumente aceita de que a criança só pode ter um pai e uma mãe que reúnam na mesma pessoa o biológico, o parentesco, a filiação e os cuidados de criação. Uma relação que nos parece tão natural, que nem pensamos tratar-se de uma ordem social a partir do que nos concede a natureza.

Nos últimos anos, algumas vozes vêm se levantando para questionar a naturalização da formação familiar tradicional. Butler^{23,24}, por exemplo, em meio às suas discussões sobre gênero, traz questões importantes sobre família, parentesco e homoparentalidade, como fez em um artigo²⁴ em partiu dos debates do final do século passado na França - e também nos Estados Unidos - em torno da legitimação, ou não, do casamento gay pelo Estado; tais discussões tinham como pano de fundo a questão da ordem simbólica colocada acima, além das questões de direitos políticos e sociais.

Com relação às duas últimas questões, a autora considerava que as discussões sobre essa legitimidade tinham como ponto de partida um tipo de arranjo que, se não era considerado ainda legítimo, pertencia ao grupo dos que poderiam reivindicar a legitimidade: o do casamento homossexual. E isso ocorria porque essa era uma prática sexual considerada coerente no léxico de legitimação disponível naquele momento. O problema é que essa delimitação deixava de fora outras possibilidades sexuais e de desejo “que não aparecem imediatamente como coerentes no léxico de legitimação disponível” (p. 230)²⁴. São, assim, sujeitos que povoam densamente uma zona que não é reconhecida socialmente, uma zona “inóspita” da vida social porque a sua sexualidade e/ou o seu desejo não correspondem a esse imperativo²³. Tratava-se, naquele momento, de uma escolha política que se por um lado trazia esses casais para a legitimidade conferida pelo Estado, por outro deixava de fora uma gama de outras possibilidades de práticas e desejos sexuais.

Trazendo os questionamentos de Zambrano²² e Butler²⁴ para o nosso debate, podemos dizer que no momento em que se reconhece como necessária a entrada do pai no sistema de saúde como sujeito cuidador da mãe e da criança, ainda prevalece a ideia de uma paternidade nos limites da heteronorma, ou do imperativo heterossexual, como define Butler²³, e da família nuclear. Ou, no máximo, dentro da possibilidade que se encaixa no léxico de legitimação, mesmo com limites: o casal homossexual, que vem sendo legitimado pelo Estado brasileiro e reconhecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema da diversidade sexual está explicitado, por exemplo, na PNAISH¹⁰ quando esta trata da saúde sexual e reprodutiva e da paternidade, frisando que os direitos de todo cidadão devem ser assegurados, e que a pluralidade de vivências sexuais deve ser respeitada. Percebe-se tal destaque também em algumas estratégias de saúde voltadas para a valorização da paternidade, como o *Guia da Unidade de Saúde Parceira do Pai* da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro²⁵, que explicita os direitos do pai homossexual. No entanto, considerando-se que a homoparentalidade é aceita no sistema de saúde, há muitas vivências de sexualidade e de desejo que podem não ser compreendidas tão “facilmente”, sendo ignoradas ou invisibilizadas privando esses sujeitos do exercício da função parental no âmbito da assistência. E, como afirma Butler²⁴ ao tratar das implicações que o não reconhecimento da união civil dos homossexuais pode trazer a esses casais, o sentido de “deslegitimidade” e os “apagamentos” pessoais podem tornar a vida e a manutenção do vínculo mais difícil, “afinal, não é real, um vínculo que não ‘existe’, que nunca se pretendeu que existisse”²⁴.

Mas se o acolhimento desses sujeitos no serviço de saúde tem estreita relação com a promoção do cuidado da criança e saúde da mulher, como observam algumas ações da área^{25,26}, o seu afastamento levaria ao oposto. Então, em se tratando desses cuidados não haveria motivos para negar esse desejo e exercício da paternagem, pelo contrário. Mas esses são motivos suficientes para aceitá-lo? E quais são as “coisas de pai” que os serviços reconhecem como legítimas? E se uma lésbica se reconhecer como pai, fizer coisas que na nossa cultura consideramos como “coisas de pai” e quiser acompanhar as consultas pediátricas do seu filho a partir desse lugar social? E se uma ou um transexual quiser o mesmo? Esse desejo e esse exercício da paternidade serão aceitos, respeitados e acolhidos? São muitas as questões e a nossa intenção com esse ensaio não é a de respondê-las, mas de provocá-las

Acreditamos que para avançar nas discussões sobre paternidade temos que seguir o exemplo de Butler²⁴ e olhar para os avanços também cri-

ticamente, nos questionando se esse é o avanço possível, o que mais poderia ser feito, quem fica de fora e quem se encaixa no que consideramos como avanço ao tratarmos da valorização da paternidade no sistema de saúde.

Retornando à nossa bibliografia, Sarti²⁷ aponta que olhar para as famílias como unidade pode comprometer sua visão de mundo de relações²⁷. Nessa proposição ganha destaque não uma definição *a priori* de família, mas sua noção nativa e enraizada nas práticas dos atores. Essa discussão pode apoiar uma inflexão sobre o conceito de paternidade, ousando discuti-lo como uma função que pode ser atribuída relacionalmente a um elemento que constitui o casal, independentemente de ser homem ou mulher.

As transformações relacionadas ao ambiente familiar e social, com impacto na construção da parentalidade e do papel de pai, merecem ser valorizadas²⁸. Essa figura poderia ser reconhecida como aquela que reconcilia modelos de feminilidade e a masculinidade, como atributos constitutivos do cuidado humano²⁹. O chamado “homem reconciliado”, que nasceria segundo esses autores de uma grande revolução paternal.

Marsiglia³⁰ e Sarti²⁷ observam que, quando a família torna-se alvo privilegiado como unidade de atendimento de políticas, há um suposto deslocamento e uma revisão da tendência das formações da área de saúde de privilegiarem o indivíduo como a unidade singular da atenção. No entanto, ao olhar a família como unidade, perde-se a ideia de ser este um espaço de relações parentais e de cuidado em que se pode atuar na indução de estímulo à revisão dos papéis tradicionais de gênero e de cuidado com as crianças. Ou seja, importante pensar em como as instituições de saúde e a cultura profissional encontram-se mais ou menos preparadas para incorporar a família entendida como rede de conexões que se fazem nas relações entre homens, mulheres e suas variadas combinações.

Nessa direção cabe trazer a definição de parentalidade como centrada nas práticas de cuidado dos filhos, destacando competências e habilidades parentais³¹. A parentalidade comparece como um conceito transversal na

construção das responsabilidades de homens e mulheres, e suas combinações e arranjos familiares. Suas funções se dirigem para produzir efeitos facilitadores do desenvolvimento, da autonomia e do sentimento de segurança das crianças. Nesse sentido, há um diálogo entre gerações e a reprodução de mecanismos sociais para garantir a generatividade³¹. Ou seja, a geração dos pais preparando a segunda geração, a dos filhos. A chamada parentalidade “suficiente” é construída nas referências de cultura, contexto, objetivos da socialização. O modelo ecológico é central para contextualização das crenças e heranças culturais nas relações parentais. A partir da revisão empreendida pelos autores, torna-se possível refletir sobre os compromissos desta com a centralidade do cuidado à criança. E com predomínio de universos onde não se colocam as relações homoafetivas, filhos não biológicos, dentre outras realidades contemporâneas, dignas de consideração sobre as interações.

Ao se discutir parentalidade faz-se necessário, na crítica e atualização do conceito, incorporar a discussão sobre gênero. E aqui nos apoiamos em Costa¹⁸, para quem o gênero, como uma categoria de diferenciação, refere-se a homens e mulheres, mas também a objetos, comportamentos, eventos. Ou seja, podemos incluir como eventos a geração de uma rede familiar, as tarefas de cuidado e educação de crianças em torno das quais se reúnem adultos de referência, e que no âmbito das casas delineiam-se as funções de parentalidade. Nesse sentido, no cenário contemporâneo, faz-se necessário rever as polaridades e incorporar a flexibilidade, mutabilidade e a contradição nos papéis de homens e mulheres, incorporando a diversidade nas formas e significados da participação nos cuidados parentais³².

Como anunciamos, são muitos os questionamentos que nos indicam a necessidade da discussão acerca da parentalidade, deslocando e até renovando os eixos da maternidade e da paternidade - considerando-se que essa é uma perspectiva necessária para o campo das políticas públicas, na integração da atenção à saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente. Essa integração é construída

no diálogo entre parentalidade – conceito a ser renovado e colocado no ambiente socioantropológico por meio da perspectiva crítica e situada – e a ideia de que as famílias se constroem não somente por meio da consanguinidade, mas são resultados de muitas combinações multifacetadas.

Paternidade e a parentalidade como uma relação de troca de bens de cuidado

Para que se promova a paternidade, faz-se necessário ter clareza acerca do que vem a ser pai. A literatura sobre o assunto vem apontando o surgimento de idealizações de um “novo” pai frente às mudanças sociais. Nesse sentido, além de ser provedor da família, espera-se que um pai exerça de forma mais flexível, afetuosa e igualitária o cuidado do filho com sua parceira^{28,33}.

Na área da saúde, novas estratégias no âmbito da saúde da mulher e da criança vêm apostando no pai cuidador como parceiro na promoção da saúde dessa díade. No entanto, é sabido que o cuidado com a própria saúde é um aspecto que não faz parte, propriamente, do repertório de preocupações masculinas. Da mesma forma, o cuidado com o outro também não é algo inscrito nesse repertório, ou não na perspectiva que vem sendo proposta. A negação do medo, a exposição ao risco, o silenciamento acerca de dores físicas e emocionais são considerados traços da masculinidade hegemônica, que devem ser valorizados, em oposição à fragilidade e emotividade feminina hegemônica. Tais crenças e valores têm sido entendidos como indícios importantes da pouca procura masculina pelos serviços de atenção primária em saúde, e pelas altas taxas de mortalidade e morbidade, seja por doenças evitáveis, seja por envolvimento em situações de violência^{10,34,35}.

Junta-se a isso a carência de estratégias de cuidados em saúde voltadas para as especificidades masculinas no âmbito do SUS, sobretudo na atenção primária. Uma carência que não pode ser desvinculada das questões de gênero, pois as concepções sobre o que é ser

feminino e masculino atravessam não somente as relações pessoais, mas todas as relações sociais, inclusive as institucionais. Por outro lado, essas estratégias não devem levar em conta apenas questões de gênero. Estudos internacionais³⁶⁻³⁸ apontam a necessidade de dialogar essas questões com outros aspectos, como segmentos etários, raça/etnia, status socioeconômica e modelos culturais em geral.

No que se refere à saúde reprodutiva, estudos internacionais^{36,39} chamam a atenção para a necessidade de estratégias, como campanhas de planejamento familiar, direcionem-se também os homens. Ainda que esse planejamento seja considerado um espaço de atuação feminina, não se observa que as mulheres tenham um verdadeiro domínio sobre as decisões relacionadas à contracepção, pois os homens têm forte influência sobre essas questões.

Em se tratando de Brasil, é importante dizer também que a sensibilização para o cuidado não diz respeito somente aos homens, mas aos profissionais que não raramente não percebem a presença masculina nas unidades básicas ou ignoram e desqualificam a participação do pai no pré-natal, parto e consultas pediátricas, muitas vezes impossibilitando a sua presença nesses momentos^{33-35,40-43}. O desafio consiste então em também sensibilizar e preparar as equipes de saúde – incluindo aqui todos os trabalhadores que atuam nas unidades – para perceber, receber, acolher e cuidar dos homens em suas inúmeras necessidades, reduzindo o hiato entre o que se pretende com a PNAISH, e o que os homens ainda encontram (ou não encontram) nas unidades básicas de saúde^{42,44-46}.

Seja no campo da saúde, seja em outras áreas, é importante partilhar da ideia de que as idealizações devem ser plásticas, adaptando-se a diferentes contextos e a diversas situações. Assim como em outras posições identitárias, o tornar-se pai é uma construção contínua, plural e aberta, envolvendo tensões entre o indivíduo e cultura³³. Um das vias para submeter as idealizações à dialética da vida é a compreensão do cotidiano, onde ocorre a dimensão experiencial. Assim, as experiências de homens que – por desejo ou por contingência – passam a ser pais podem trazer um maior entendimen-

to entre significados culturais da paternidade e sentidos individuais a ela atribuídos. Em parte, essas experiências são influenciadas por outras que foram previamente construídas, o que Schutz^{47,48} denomina de situação biográfica (sedimentação de experiências prévias). Em outras palavras, ser pai pode partir da reprodução ou da resignificação da experiência de ser filho. Entretanto, nem a base prévia, nem a contemporaneidade são produtos apenas das experiências individuais desses atores. Como observa Schutz⁴⁸, a vida cotidiana é um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que se constitui de um universo de significados culturais e porque as pessoas vivem num mundo de inter-relações pessoais.

No mundo intersubjetivamente construído, pode ser que, mais que a promoção da paternidade ou da maternidade se avance para a promoção da parentalidade. Nesse caso, de acordo com Schutz, assim como a intersubjetividade não se reduz a soma de expressões subjetivas individuais mas reside nos elementos que surgem como imprevistos e inesperados nos encontros humanos, a parentalidade não se reduz à expressão da maternidade ou da paternidade, do papel esperado de mãe e de pai. Mas, a parentalidade é a expressão do encontro, que reúne as inúmeras combinações entre homens e mulheres na formação de redes familiares, e que não se restringe ao modelo nuclear, consanguíneo, heteronormativo. A dimensão intersubjetiva remete aos encontros que podem vir a configurar a construção de vínculos sociais.

É preciso que se diga, apoiando-se na discussão sobre a construção do vínculo social, de Marcel Mauss⁴⁹, e na sua Teoria da Dádiva, que nas relações circulam mais do que elementos econômicos e materiais, interesses utilitários e instrumentais. Circulam símbolos, palavras, afetos, expressões e gestos que podem fazer circular significados promotores de saúde, e de seus sentidos. Significados que garantem direitos, mas também marcam e reforçam preconceitos e hierarquias enrijecidas baseadas nas relações e funções parentais. Defendemos o argumento de que as relações parentais precisam garantir a segurança e a possibilidade do intercâmbio entre as funções do cuidado. Assim, quando restringimos

a maternidade e a paternidade a elementos de sustentação da reprodução social, tendo como referência um homem e uma mulher como pessoas, sem colocar na pauta as desigualdades de gênero, limitamos o campo de possibilidades da parentalidade. Nesse caso, o cuidado parental precisa abarcar elementos simbólicos que enfrentem as desigualdades e hierarquias de gênero, que garantam nas inúmeras combinações de redes familiares as expressões da parentalidade fundadas em trocas de bens de cuidado, promotoras da vida e da expressão das diferenças.

Nessa promoção, se focalizarmos as especificidades da saúde masculina, não podemos nos centrar apenas no envolvimento do homem de forma instrumental para que ajude a assegurar a saúde da mulher/mãe e da criança. Também não podemos reduzi-la a um momento oportuno para fazer com que o homem realize exames de rotina. É preciso ir além desses dois focos, assegurando ações que possam contribuir para o preparo da parentalidade. Em outras palavras, é necessário oportunizar ações para que não só vínculos sejam criados entre adultos e crianças, mas também possam ser construídas ou reconstruídas identidades, articuladas à autorrealização das pessoas.

Nesse sentido, as trocas ocorrem no âmbito das tríades: (1) gênero/classe social/etnia-raça, (2) materialidade/idealização/mudança, (3) mãe/pai/filho, (4) cuidar-se/cuidar/ser cuidado e (5) vínculo/autonomia/prazer. Inúmeros e complexos desafios afiguram-se tanto na promoção quanto na experiência dessas trocas. Por conta disso, advogamos um projeto tanto individual quanto institucional. Assim, cabem ações em saúde que sejam planejadas e implementadas a partir da escuta de profissionais e de todos para quais as ações se dirigem.

Considerações Finais

Alinhadas às características do ensaio, as nossas considerações finais são muito mais pontos de partida para discussões futuras do que o estabelecimento de palavras que finalizem o debate. Nesse sentido, não temos a pretensão de responder aos questionamentos levan-

tados ao longo do ensaio. Nossa reflexão vem ao encontro dos desafios que se apresentam a nós como profissionais de saúde que lidam com questões de gênero que observam poucos avanços na discussão acerca da paternidade e da parentalidade na área da saúde.

Para avançarmos no aprofundamento do assunto, pontuamos a necessidade de ouvirmos e olharmos mais a dimensão experiencial dos sujeitos, sejam homens, mulheres, usuários ou profissionais. Junto a esse empreendimento, é importante que fuçamos da reificação dos modelos e do congelamento das identidades. Ao conseguirmos isso, talvez possamos melhor vislumbrar a relativização ou o apagamento das fronteiras entre sexo e gênero, homem e mulher, masculino e feminino, pai e mãe.

Assim, não basta considerarmos as diversidades tais como conformações de classe, etnias/raças, escolaridades, localidades, idades, entre outros fatores. É preciso também relativizarmos a heteronormatividade para que possamos compreender outros arranjos da parentalidade.

Isso tudo – ainda que se afigure como postulados partilhados por nós – nos leva à necessidade de nos reinventarmos, uma vez que nem fomos criados sob a égide da diversidade, nem nos formamos como profissionais a partir da problematização das divisões entre pai/mãe, sexo/gênero, entre outras tantas certezas que nem sempre nos ajudam a promover ações em saúde.

Colaboradores

CR Ribeiro, R Gomes e MCN Moreira compartilharam a redação, a revisão crítica e aprovaram a versão final do artigo. R Gomes foi o responsável por seu desenho metodológico e orientação analítica.

Referências

1. Cabrera NJ, Tamis-LeMonda CS, Bradley RH, Hofferth S, Lamb ME. Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development* 2000; 71(1): 127–136.
2. Valente MBB. *A produção de paternidade em “procurando Nemo”: performatividade em redes heterogêneas* [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
3. Thurler AL. Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI. *Soc. estado* 2006; 21(3):681-707.
4. Oliveira DBB. Presunções de paternidade. *Revista da Faculdade de Direito de Campos* 2005 [acessado 2014 nov 18]; 6(7): 335-376. Disponível em: <http://fdc.br/Arquivos/Mestrado/Revistas/Revista07/Discente/01.pdf>.
5. Perucchi J. *Mater semper certa est pater nunquam: discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidade* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
6. Fonseca C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. *Rev. Estud. Fem.* 2004; 12(2):13-34.
7. Diniz D. Tecnologias reprodutivas, ética e gênero: o debate legislativo brasileiro. *Série Anis Brasília* 2000 [acessado 2014 nov 18]; , 15:1-23. Disponível em: http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?IdSerie=21
8. Alfano B. *Reprodução e biopolítica: infertilidades práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
9. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-152.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília; 2009
11. Brasil. Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher; 2011 [acessado 2014 nov 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?-conteudo=rede_cegonha.
12. Fonseca C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Rev. Estud. Fem.* 2008; 16(3):769-783
13. Barreto AC. A parentalidade no ciclo de vida. *Psicol. estud.* 2013; 18(1):147-156.
14. Corsaro WA. *Sociologia da infância*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002
16. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Rev. adm. contemp.* 2011; 15(2):320-332.
17. Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(1):137-145.
18. Costa RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Rev. Estud. Fem.* 2002; 10(2):339-356.
19. Vieira ML, Bossardi CN, Gomes LB, Bolze SDA, Crepaldi MA, Piccinini CA. Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos. *Arq. bras. psicol.* [online] 2014; 66(2):36-52.
20. Goetz ER, Vieira ML. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. *Estud. psicol.* 2009; 26(2): 195-203.
21. Staudt ACP, Wagner A. Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática* 2008 [acessado 2014 nov 18]; 10(1):174-185. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/750/434>.

22. Zambrano E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horiz. antropol.* 2006; 12(26):123-147.
23. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro G, organizadora. *O corpo educado: pedagogia da sexualidade*. Belo horizonte: Autêntica; 2001. p. 151-172.
24. Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad. Pagu* 2003; 21:219-260.
25. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Guia das Unidades de Saúde Parceiras do Pai*. Rio de Janeiro; 2013.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*; 2012.
27. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol. USP* 2004; 15(3):11-28.
28. Gabriel MR, Dias ACG. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estud. psicol. (Campinas)* 2011; 16(3): 253-261.
29. Gomes AJ, Resende VR. O Pai Presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2004; 20(2):119-125
30. Marsiglia RMG. Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: Acosta A, Vitale MAF, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez; 2005. p.169-174.
31. Barroso RG, Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psicologia* 2010 [acessado em nov 2014 18]; 52(1):211-229. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/3447/3/13%20-%20Defini%C3%A7%C3%B5es,%20dimens%C3%B5es%20e%20determinantes%20da%20parentalidade.pdf>
32. Hennigen I, Guareschi NMF. A paternidade na contemporaneidade: um estudo de mídia sob a perspectiva dos estudos culturais. *Psicol. Soc.* 2002; 14 (1):44-68.
33. CARVALHO, MLM de. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública* v.19 supl.2 Rio de Janeiro, 2003
34. Bustamente V. Ser pai no subúrbio ferroviário de Salvador: um estudo de caso com homens de camadas populares. *Psicol. estud.* 2005; 10(3):393-402.
35. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde colet.* 2005; 10(1):7-17.
36. Gerritsen AA, Devillé WL. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009; 20(9):109.
37. Thorpe RJ Jr, Bowie JV, Wilson-Frederick SM, Coa KI, Laveist TA. Association between race, place, and preventive health screenings among men: findings from the exploring health disparities in integrated communities study. *Am J Men’s Health* 2013;7(3):220-7.
38. Douglas FC, Greener J, van Teijlingen E, Ludbrook A. Services just for men? Insights from a national study of the Well Men Services Pilots. *BMC Public Health* 2013; 1(13):425.
39. Kabagenyi A, Jennings L, Reid A, Nalwadda G, Ntozi J, Atuyambe L. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women’s perceptions in two rural districts in Uganda. *Reprod Health* 2014; 11(1):21.
40. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde colet.* 2011; 16(Supl. 1):983-992.
41. Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuá-rias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? *Estud. psicol. (Natal)* 2002; 7:65-72.

42. Pinheiro FT, Couto MT, Nogueira GS. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38): 845-58.
43. Reberte LM, Hoga LAK. A Experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Ciencia y enfermeria* 2010; 16(1):105-114
44. Nascimento M, Segundo M, Baker G. Reflexões sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011 p. 11-128.
45. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. 'Eu não sou só próstata, eu sou um homem!'. Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011 p. 39-74.
46. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva, GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. *Ciênc. saúde colet*. 2012; 17(10):2589-2596.
47. Schutz A. O Mundo da vida. In: Wagner HR, organizador. *Fenomenologia e relações sociais. Textos escolhidos de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979 p. 72-76
48. Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
49. Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify; 2003.

Artigo apresentado em 25/11/14

Aprovado em 29/01/15

Versão final apresentada em 31/01/15

Resumo

Analizamos, com base em uma pesquisa qualitativa sob a perspectiva hermenêutica-dialética, as estratégias de atenção à saúde dos homens segundo a ótica de profissionais de saúde. Contamos com um acervo de 18 entrevistas semiestruturadas sobre sexualidade masculina, cuidados de saúde masculinos, pré-natal e paternidade. A partir da compreensão do conjunto dos depoimentos, foram identificados três eixos, independentemente da temática abordada (sexualidade masculina, envolvimento de homens no pré-natal e paternidade) e da região. Os eixos são estruturantes e estruturados por ideias que permeiam os diferentes depoimentos. Os temas sexualidade masculina em associação com paternidade e cuidado à saúde ainda evocam a dimensão privada, referida aos limites da geografia da casa. Essas ideias povoam o repertório cultural sobre o homem; a novidade está em desvincular sexualidade de relações sexuais, assim como saúde sexual de transmissão e contágio, na interpretação de nosso acervo.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Sexualidade; Paternidade; Cuidado Pré-Natal; Pessoal de Saúde

Abstract

This is a qualitative study from the perspective of dialectical hermeneutics on healthcare strategies for men in the view of health professionals. The authors drew on 18 semi-structured interviews addressing male sexuality, men's healthcare, participation in prenatal care, and fatherhood. Three thematic lines were established, based on an understanding of the interviews as a whole, independently of both the specific themes mentioned above and the region. The themes provide structure for and are structured by ideas that traverse the various interviews. Themes of male sexuality associated with healthcare and fatherhood further evoke the private dimension, referred to the home's geographic boundaries. These ideas people the cultural repertoire on maleness; the novelty lies in unlinking sexuality from sexual relations and sexual health from transmission and contagion in the interpretation of our material.

Key words: Men's Health; Sexuality; Paternity; Prenatal Care; Health Personnel

Resumen

Analizamos, basados en una investigación cualitativa bajo la perspectiva hermenéutica-dialéctica, las estrategias de atención a la salud de los hombres, según la óptica de profesionales de salud. Contamos con un acervo de 18 entrevistas semiestructuradas sobre sexualidad masculina, cuidados de salud masculinos, prenatal y paternidad. Se generaron tres ejes a partir de una comprensión del conjunto de las declaraciones, que permitió identificarlos independientemente de la temática abordada (sexualidad masculina, participación de los hombres durante el periodo prenatal y paternidad) y de la región. Los mismos son de carácter estructurante y están estructurados por ideas que aparecen en las diferentes declaraciones. Los temas de la sexualidad masculina, asociada al cuidado de la salud, y a la paternidad todavía evocan la dimensión privada, referida a los límites de la geografía de la casa. Esas ideas pueblan el repertorio cultural sobre el hombre; la novedad está en desvincular sexualidad de relaciones sexuales, y la salud sexual de la transmisión y contagio en la interpretación de nuestro acervo.

Palabras-clave: Salud del Hombre; Sexualidad; Paternidad; Atención Prenatal; Personal de Salud.

Introdução

Nos anos 70 do século passado, surgiram, nos Estados Unidos da América, os primeiros estudos sobre a temática saúde do homem, que eram voltados principalmente para déficits de saúde¹. Esses estudos foram pouco divulgados talvez porque pudessem ser vistos como um paradoxo: as desvantagens dos homens nos perfis de morbimortalidade em relação às mulheres e o fato de eles deterem mais poder do que elas em todos os níveis de classes sociais¹.

A partir de 1990, a discussão acerca da saúde do homem passou a incorporar, dentre outros aspectos, questões de gênero relacionadas ao ser saudável e ao ser doente em segmentos masculinos^{2,3}. Em ampla revisão sobre a temática, McKinlay⁴ concluiu que as diferenças entre homens e mulheres em termos de morbimortalidade e expectativa de vida poderiam ser explicadas com base em cinco fatores: especificidades biológico-genéticas; diferenças e desigualdades sociais e étnicas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde e cuidados de profissionais de saúde.

Observamos que vários estudos discutem o pouco uso dos serviços de saúde por parte dos homens, principalmente no âmbito da atenção básica^{5,6,7,8,9}. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)¹⁰, em sua fundamentação, dentre outros aspectos, também aponta para essas questões e chama a atenção, de modo especial, para as de gênero que influenciam esse quadro. Knauth et al.¹¹ concluíram que, em alguns serviços da Atenção Básica, a implantação dessa política era traduzida por ações pontuais e geralmente voltadas para a dimensão assistencial, com pouca articulação com a política em questão. Em outro estudo¹², concluiu-se que, dentre outros aspectos, o não reconhecimento da diversidade de homens, por parte de gestores e profissionais de saúde, dificultava o planejamento de ações para implementar essa política.

Junto a essa discussão, partilhamos da ideia de que os homens também costumam ser invisibilizados nos serviços de saúde¹³. Couto et al.¹⁴ observaram que essa invisibilidade traduz-se no ocultamento das demandas e necessidades masculinas, numa perspectiva de gênero, por parte da Atenção Primária à Saúde. Com enfoque metodológico diverso, Alves et al.¹⁵ destacam que a equipe da atenção primária em saúde não tem como foco, em geral, a população masculina.

Entendemos que se faz necessário ultrapassar tanto a ausência quanto essa invisibilidade no âmbito da atenção básica, buscando formas de envolver esses sujeitos nesses serviços. Nesse sentido, propomos a discussão da assistência pré-natal como um possível espaço para que os homens não só apoiem as suas companheiras na gravidez e no parto, mas também cuidem de sua saúde e vivenciem a espera de um filho. Na promoção dessa assistência, as temáticas da “saúde sexual” e da “paternidade” podem ser úteis para que sejam desenvolvidas ações de saúde com homens de diferentes perfis.

Certamente, entendemos que a assistência à saúde de homens não deve ficar restrita a essas temáticas, uma vez que nem todos os homens sentem-se contemplados nelas, nem tampouco elas abrangem os diversos momentos da vida masculina. Entretanto, buscamos esse foco temático para explorar uma opção ou uma oportunidade para envolver diferentes perfis de homens em ações em saúde.

Partindo dessa premissa, o nosso objetivo central é analisar as estratégias de atenção à saúde dos homens segundo a ótica de profissionais de saúde.

Para que essa análise não se limite à sua dimensão empírica, adotamos como marco referencial-teórico aspectos relacionados à categoria analítica de gênero e suas implicações no campo das ações em saúde. O diálogo analítico com essa categoria se faz, também, pela possibilidade de investimento em seu potencial relacional, de forma que não há como falar de homens sem acionar o lugar que constroem nas relações com as mulheres, nas trocas e intercâmbios de expectativas, marcas de distinção e lugares sociais¹⁶.

Gênero pode ser entendido como “uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicas, físicas e mentais”¹⁷. Em outras palavras, o gênero diz respeito a construções sociais de expectativas, definições e papéis para que pessoas sejam consideradas como homens e mulheres^{17,18}. Nesse sentido, o gênero pode relacionar-se tanto a uma categoria de diferenciação entre homens e mulheres, como a objetos, comportamentos e eventos relacionados aos universos feminino e masculino¹⁶.

Em outra direção, Butler^{19,20} destaca a perspectiva performática do que é ser homem ou mulher, feminino ou masculino. Nesse sentido, o corpo traduz estilos, atos que se cristalizam no tempo e, em geral, reproduz o imperativo heterossexual que limita o gênero e deixa à margem os que não se encaixa no modelo binário feminino-masculino que deveria viver por força do seu sexo.

Acionamos ainda a dimensão das trocas simbólicas, de uma economia que envolve gestos, olhares, posturas, maneiras de conviver e relacionar-se com as exigências sobre o que significam os papéis de homens e mulheres e seus comportamentos. Esse universo relacional e simbólico foi analisado à luz da teoria maussiana da dádiva²¹ e da discussão sobre sociabilidade em Simmel²². Esses autores comparam a partir daquilo que o material empírico e as categorias êmicas evocaram: a necessidade de rever posições estanques, de inovar na conquista e no convite para a presença dos homens junto às mulheres, nos serviços de saúde. A perspectiva lúdica, as estratégias de troca de bens de cuidado, que incluem palavras, ações de conforto e acolhimento, mudanças no ambiente, estiveram presentes no campo. Ainda que de forma incipiente frente a enorme tarefa que reside na conquista dos homens para cuidar-se e cuidarem de outros, acreditamos ser relevante apontar um universo em transformação.

Entender o envolvimento dos homens no pré-natal, a sexualidade masculina e a paternidade numa perspectiva de gênero e de trocas simbólicas significa, dentre outros aspectos, situar essas temáticas nas relações estruturadas e estruturantes estabelecidas entre homens e mulheres, que ancoram tanto a definição/exercício de papéis sociais como a construção/reconstrução de identidades. Nos serviços de saúde os profissionais ocupam um papel estratégico na conquista da presença dos homens, no apoio às decisões relativas ao seu cuidado e de quem com eles convive. E, como nos lembram Leal et al.¹², a implementação da PNAISH depende de uma cadeia de decisões tomadas por agentes, entre estes gestores municipais e profissionais que atuam nos serviços. Agentes que têm perspectivas particulares sobre o que seria mais apropriado à promoção da saúde

dos homens naquele determinado contexto. Portanto, cabe compreender como interpretam essa presença e como desenvolvem estratégias de abordagem.

Metodologia

O presente estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla que investigou a promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, desenvolvida em três cidades brasileiras, referidas pelas suas respectivas regiões. Seu desenho metodológico foi de caráter misto, aqui entendido como a combinação de métodos, abordagens e técnicas de perspectivas qualitativa e quantitativa em um único estudo²³. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz, parecer no 440.915).

Os campos foram três municípios de três regiões brasileiras, envolvendo profissionais e usuários de serviços de saúde, que receberam dois pesquisadores durante três dias em cada município. As viagens ocorreram nos meses de maio, junho e agosto de 2014. As regiões Nordeste, Sudeste e Sul foram selecionadas dentre as que foram indicadas por gestores estaduais como aquelas que tinham alguma experiência com atividades de envolvimento de homens na atenção básica. Para a pesquisa mais ampla, da qual geramos o presente recorte, foram realizadas observações, entrevistas semiestruturadas com profissionais e entrevistas semiestruturadas com usuários. Antecedendo a pesquisa de campo uma série de contatos telefônicos e eletrônicos para planejamento das datas de viagem, além da escolha de quem seria nosso “informante privilegiado”, nosso “anfitrião”. Uma ação comum aos três campos de pesquisa foi a eleição de alguém que nos recebesse, já que houve um deslocamento dos pesquisadores para essas regiões.

Desse estudo, tratamos de um acervo de 18 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde sobre sexualidade masculina, cuidados de saúde masculinos, pré-natal e paternidade. No desenho da amostra de pro-

fissionais, estavam previstas 12 entrevistas, sendo quatro por cada município; entretanto, esse número foi aumentado para contemplar também depoimentos de agentes comunitários e mais profissionais que espontaneamente desejavam participar do estudo. A seleção dos sujeitos seguiu dois padrões, em sintonia com a forma como nos era permitido estar no ambiente: (a) padrão mais informal, livre, espontâneo, presente no Nordeste, com a possibilidade, inclusive, de abordar e convidar os profissionais para a entrevista, com mediação menos presencial do informante; (b) padrão mais formal, com o convite e a apresentação feitos pelo informante, seguindo suas indicações, mais predominante no Sul e Sudeste. Esses profissionais, em sua maioria mulheres, atuavam na atenção básica à saúde e pertenciam a três regiões brasileiras, tendo sido codificados pelo nome da sua respectiva região, sua profissão e número de ordem da entrevista (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil dos Profissionais

CARGO	N
Sexo	
Masculino	04
Feminino	14
Região do Brasil	
Nordeste	05
Sul	05
Sudeste	08
Local de Atuação	
Unidade Básica de Saúde (UBS)	11
Equipe de Saúde da Família	04
Coordenador de Programa	03
Profissão	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	03
Assistente Social	01
Enfermeiro	06
Médico	06
Terapeuta Ocupacional (TO)	01
Total	18

A transcrição e a leitura livre das entrevistas antecederam a fase de análise destas. Esse momento permitiu a organização de um qua-

dro analítico em que, para cada profissional entrevistado, eram selecionados trechos de seus depoimentos, geradores de correspondência com os três temas que compunham o roteiro da entrevista, quais sejam: sexualidade, paternidade e cuidado à saúde.

Levando em conta que o instrumento guia para as entrevistas foi um roteiro de perguntas abertas que contemplavam os temas, a interpretação livre destes, os participantes da pesquisa associavam livremente a pergunta a um exercício de interpretação ao qual eles tinham que se dedicar para responder. Em síntese, o roteiro voltava-se para os seguintes focos: (1) história das ações do programa/atividade/serviços; (2) opinião acerca do atendimento voltado para homens, contemplando a sexualidade masculina e o envolvimento desses sujeitos no pré-natal e na paternidade; (3) percepção acerca da avaliação desse atendimento.

Em relação à interpretação das entrevistas, optamos por uma perspectiva hermenêutica-dialética de base histórica^{24,25,26}, combinada com a perspectiva teórica de gênero^{16,17} e a dimensão da sociabilidade e trocas simbólicas^{21,22,27,28}. O privilégio dessa abordagem é possibilidade de olhar para a experiência local, situá-la no âmbito global das determinações históricas, simbólicas e culturais, e retornar ao local com acréscimos advindos da reflexão e crítica social.

O tratamento analítico seguiu as seguintes fases: (a) leitura compreensiva do acervo; (b) identificação de ideias e sentidos centrais implícitos ou explícitos nesse acervo; (c) interpretação dos achados à luz da literatura; (d) síntese interpretativa dos achados.

A síntese teve como questões-chave: (a) quais as estratégias e ações que viabilizam a presença dos homens nas rotinas? (b) quais as justificativas em que se ancoram as ações, a fim de inserir, incentivar, promover a presença dos homens nos serviços? (c) quais atores e imagens se associam à presença dos homens nas ações estudadas?

Resultados e Discussão

Para um maior entendimento das questões-chave, é importante, de um lado, retomar o que a literatura vem sistematizando sobre o assunto e, de outro, destacar que as expe-

riências apresentavam pontos em comum e diferenças. Na literatura, observa-se um forte destaque acerca da ausência dos homens na atenção à saúde, com sistematização teórica, reflexão crítica e contribuições sobre essas ideias^{5,13,14,17,29,30,31}. Não queremos ignorar o fato de que não temos ainda uma mudança significativa nesse cenário, mantendo-se a necessidade de enfrentar seus desafios. Desejamos, em um tempo histórico ainda em curso, possibilitar provocações sobre a, ainda que pouca, presença dos homens nos serviços de saúde, destacando o que essa visibilidade já propicia em termos de avanços e aprendizagens para os profissionais. Contudo, queremos produzir um deslocamento de ideias bastante comuns e de um repertório muito fortemente evocado sobre a ausência dos homens nos serviços de saúde, tentando tornar mais visíveis as ações já realizadas com esses sujeitos.

As experiências visitadas são heterogêneas entre si, seja no seu tempo de existência com ações e programas voltados para a saúde do homem, seja na cultura local. Ainda que sejam diferentes, nelas são transversais as seguintes preocupações: intervenções voltadas para o chamado pré-natal masculino, oportunizando no pré-natal feminino a realização de exames clínicos; ações clássicas de planejamento familiar e busca ativa de homens para ações de prevenção.

Como conquistar o homem que tem pressa?

As estratégias apontadas pelos profissionais buscavam enfrentar problemas, traduzidos nas seguintes expressões êmicas: *o homem não vem, o homem vem quando está nas últimas, o homem tem medo, é um assombro o toque*, que têm como imagem primeira o tratamento e a doença.

Dentre essas estratégias, que enfatizam não só o convite, mas também a conquista, destaca-se, logo de início, a dimensão das trocas, com oferta de estímulos materiais, conforme ilustrado, de forma exemplar, no depoimento a seguir: “Porque no seco ninguém vem. Tem que ter o lanche, qualquer coisa, porque isso aí chama, esse kit [o kit

de higiene, que tem sabonete, leite de rosas, camisinha, escova e pasta de dentes]” (Nordeste, agente comunitário de saúde 1).

Esse depoimento nos remete à ideia de que as trocas materiais parecem conquistar os homens para o cuidado. Isso significa que se deve criar condições para recebê-lo, que não necessariamente se restrinjam a um objeto material. Ou seja, ser convidado para esses espaços é poder ser conquistado através de “bens de cuidado”³³ ou “bens de cura”³⁴, que incluem símbolos promotores de vínculo: olhares, palavras, uma melhora para seu estado de saúde, a alegria do encontro. E o mais interessante, como nos lembra Mauss²¹, é que essa troca implica em uma compatibilidade com o máximo de valores recebidos por esse indivíduo. Articula-se a tríade dar – receber – retribuir como algo que funda o vínculo social, e que não descarta a possibilidade da emergência de conflitos, e sua centralidade na interpretação da sociabilidade moderna³⁵⁻³⁷. A base da sociedade, segundo esse autor, está na interação entre os indivíduos e, nesse jogo de reciprocidade, de relações de troca, também cabem conflitos enquanto uma possibilidade da interação social.

Outra estratégia mencionada é a que se refere à agilidade que deve qualificar o seu atendimento. Isso vai ao encontro de falas que apontam que o homem se aperreia fácil e uns mais do que outros, o que parece indicar um caminho para o planejamento de estratégias e ações de saúde para ele. Predomina a ideia de um homem que tem pressa, conforme depoimento a seguir:

Mas a gente percebia muito essa questão da demora na sala de espera (...) O que que a lei fala? Sessenta dias após a manifestação da vontade. Eles chegavam aqui e falavam assim, mas por que que eu tenho que esperar sessenta dias? eu quero fazer a vasectomia, eu já pensei, eu já discuti na minha casa (Sudeste, Enfermeira 4).

Machin et al.³² observam que em oposição ao atendimento feminino, profissionais de saúde concebem que, ao contrário das usuárias, os homens são “pouco pacientes” na espera pelo atendimento. Essa ideia é reforçada também na ótica de usuários da atenção básica

que valorizam a “prontidão do atendimento”²⁹. Agilidade atribuída como característica do bom atendimento masculino parece ser naturalizada tanto por profissionais, quanto por usuários homens. Tal naturalização acaba por ignorar o fato de que a agilidade também deve ocorrer para atendimentos de mulheres. Ou seja, se reproduz a ideia de que a mulher está domesticada para a espera, enquanto o homem tem pressa.

A conquista, na ótica dos profissionais, também passa pela ida deles nos espaços onde convivem os homens. Assim se reconhece que é preciso ir aonde eles estão, nas fábricas, indústrias, hotéis:

Vou lá [no espaço de trabalho] com uma proposta, vamos lá ver qual é a dúvida. E aí começa a surgir principalmente piadinhas (...) Como não tem a mulher ali no momento e como eu sou homem também (...) Aí eles se soltam. Mas daí vem as dúvidas: ‘mas fica brocha mesmo? dói? que posição que é? de quatro mesmo?’ [após a realização da vasectomia] (Sul, Enfermeiro1).

Onde que esses homens estão? Se eles não vêm até a gente, a gente tem que ir aonde eles estão (Sul, enfermeira3).

Interessante assinalar dois elementos associados nos depoimentos acima: um aquele referente à cultura de pares, homens conversando com homens, sobre saúde, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção, sexualidade, e temas considerados difíceis, e o outro associado à estratégia de buscar a espontaneidade do encontro, a brincadeira, o elemento lúdico como facilitador para criar vínculo e brincando falar sério. Ou seja, ao buscar estratégias de conquista de possíveis usuários, no caso os homens, o nosso maior desafio talvez seja resgatar o universo lúdico nas estratégias de sociabilidade que atravessa o oferecimento dos bens de cuidado. Simmel²² nos apoia quando afirma que a sociabilidade evoca o compromisso de garantia ao outro de valores sociáveis: alegria, liberação, vivacidade. Segundo os profissionais, essas garantias se traduzem pelos compromissos nos retornos, agendamentos e ofertas de exames:

[Se marcamos], por exemplo, para [o usuário] voltar daqui a três meses, então daqui a três meses tem que estar marcado, não daqui a sete ou a oito meses (Nordeste, ACS2).

O que eu acho que vem dando certo é a oferta e a disponibilidade da coleta desses exames (...) Isso é uma coisa [muito boa] para o usuário. A facilidade de com dois dias [ter o resultado do exame]. O enfermeiro abre o sistema e o exame está ali disponível (Sul, enfermeira 3).

[É importante ser] a mesma equipe [para dar continuidade no atendimento] porque a gente conhece eles pelo nome, eles conhecem a gente pelo nome (Sul, Enfermeira 4).

Os depoimentos apontam para o redescobrimto do vínculo como um elemento promotor de saúde ou de cuidado à saúde. E operacionalmente esse vínculo passa por estratégias objetivas de deixar a consulta de retorno marcada e garantir ao menos um profissional de referência sempre nessas consultas de retorno. Sob a ótica dos usuários o compromisso e o estabelecimento de vínculos podem ser lidos como um “atendimento atencioso” e “respeitoso”²⁹, ou ainda como elemento de satisfação com os serviços prestados³⁸.

Para além das estratégias de conquista dos usuários, observamos que a presença dos mesmos na atenção básica, tanto dos homens, como das mulheres, deveria se traduzir em ações não restritas às dimensões biomédicas do controle com a saúde. Mas, como nos lembra Ayres^{39,40}, a construção da atenção à saúde implica considerar os *projetos de felicidade*, o que não necessariamente está ocupado do lado do usuário em estar atento aos testes, exames, mas sentir-se bem, ativo, produtivo, e daí a assimetria de projetos fica clara, os operadores da saúde – com muita razão e nobre preocupação – estão voltados para as taxas, índices, intervenções que compreendem a saúde como um oposto à presença da doença, um estado absoluto de normalidade.

Por que incentivar a participação do homem nos cuidados à saúde?

As justificativas dos profissionais de saúde para o incentivo da participação masculina são de três ordens: potencializar as oportunidades para realização de exames clínicos de rotina, valorizar a paternidade na estratégia do pré-natal e incluir os homens no planejamento familiar.

Os profissionais destacam a noção de oportunidade e de potencializá-las a fim de não per-

der a chance de prevenir doenças, agravos e até conquistar o homem para o cuidado com a sua saúde.

[A mulher] *faz todo o cadastro. Já é solicitado o primeiro ultrassom da gestante, os exames e se o pai já está junto já solicita o [o exame] masculino.* (Sul, médica 1).

Essa ideia é reforçada em outros estudos, como o de Benazzi et al.⁴¹, que ao tratar da participação do homem no pré-natal, defendem esse momento como uma oportunidade ímpar para se realizar exames masculinos, que servem tanto para controle, quanto prevenção de doenças.

Com base nos depoimentos, observamos que um dos motivos de trazer o homem para cuidar de sua saúde se vê associado à realização de exames clínicos, *check ups* que podem incluir variações de acordo com a idade do usuário, enfim a ideia da prevenção, mas ainda com a forte marca da medicalização. O homem parece resistir a esse processo quase como se fosse mais sensível a essa colonização da vida pelo discurso médico.

Outra justificativa dos profissionais vem associada à busca de ligar o homem ao momento da paternidade na estratégia do pré-natal:

É importante a gente (...) tentar incluir ele [o futuro pai] realmente no pré-natal, nas consultas. Então eu falo, 'olha, está aberto, a consulta é dela, mas você pode vir nas consultas também' (...) Você tenta criar o vínculo, uma confiança também com esse parceiro, com esse pai, com esse homem (Sudeste, Médico1).

Esse depoimento reflete um preceito da Política de Atenção à Saúde do Homem, o qual traz a saúde sexual e reprodutiva e a promoção da paternidade responsável como linhas para ações de saúde¹⁰.

E a terceira justificativa indica elaborações em torno das ações do planejamento familiar, inserindo o homem no ciclo pós-natal.

[No pós-natal] *quando a mulher decide por um método irreversível, o parceiro obrigatoriamente, legalmente, ele precisa assinar, precisa concordar e vice versa. Quando o homem necessita, deseja uma vasectomia, a mulher, a companheira precisa necessariamente assinar os documentos necessários. Então a gente precisou chamar o homem.* (Sudeste, Enfermeira1).

Tanto o pré-natal como o pós-natal podem ser espaços para a inclusão de uma faixa de homens que comumente não frequentam os serviços. Para os profissionais, são os idosos e os jovens que costumam ser os maiores frequentadores. O depoimento a seguir exemplifica essa situação.

Têm até uns [homens] mais velhos que já vem mais na Unidade (...) os jovens é mais para pegar camisinha (Nordeste, ACS1)

Essas falas reverberam em outros estudos. Gomes et al.²⁸, por exemplo, destacam a frequência dos idosos, e Pinheiro e Couto⁴² referem que muito embora a distribuição de camisinhas possa soar como reducionista, ainda assim ela pode ser um facilitador para a inserção de homens jovens no serviço.

Quem pode provocar o cuidado masculino?

Não são somente atores personificados que podem incentivar os cuidados masculinos, mas também imagens são utilizadas para esse propósito. E o mais interessante é talvez perceber que a imagem que liga o homem à força, poder, dominação sobre a mulher, já enfrenta uma ideia contra-hegemônica. Esse homem não é tão dominador, mas dominado, por meio de um ator que pode ser determinante na influência sobre seu cuidado à saúde.

Um pastor começou a dizer para os homens fazerem a vasectomia. E aí começou a surgir muitos casos de vasectomia lá naquela Unidade. Aí nós fomos descobrir, era por conta dessa questão religiosa. E tem uma influência muito grande sim da religião (Sudeste, Assistente Social).

Nesse depoimento, pode-se inferir que a imagem de homem-dominador pode ser diluída frente à influência de um ator a quem é atribuída uma posição de respeito.

Outro aspecto relaciona-se ao fato de que a decisão final sobre a realização de uma vasectomia precisa ser compartilhada e a imagem dessa exigência se concretiza em um documento assinado.

Nesse sentido, pedidos de exames para o homem no momento do pré-natal não deixam de provocar estranhamentos, em muito sintetizados com o que seria mais esperado ou

conhecido pelo senso-comum como sendo a estratégia do pré-natal:

Percebi que houve uma resistência muito grande. Quando falava que eles tinham que fazer exames, eles respondiam: Por que vou fazer exame? Quem está grávida é a minha mulher. Por que que eu tenho que fazer exame? (Sudeste, Médico1).

O exame solicitado no pré-natal associa-se fortemente à imagem de cuidado feminino, excluindo o ser masculino desse espaço.

Com relação ao lugar de influência de outras agências e atores, destacamos aqui na experiência do sudeste a importância ocupada pela universidade, incluindo ainda as contribuições em termos metodológicos, na formação e na discussão de casos.

Os docentes de lá [da universidade] dão uma assessoria muito grande para a gente. A gente tem essa vantagem (Sudeste, Enfermeira1).

Anticoncepção, sexualidade e relacionamento homem mulher é uma coisa meio complicada para muitos profissionais (...) eles [os profissionais] não estão acostumados a sentar na frente de alguém e falar desse assunto. E então, esse guia [da universidade norte-americana John Hopkins] nos auxiliou bastante (...) propondo inclusive abordagens, como é que você inicia uma conversa sem você induzir respostas (Sudeste, Médica 2)

Os prontuários nós levávamos pra uma reunião mensal para discussão dos casos, onde a gente tinha a supervisão justamente do coordenador da Saúde da Mulher, e também da Doutora X, (...) a médica ligada ao Hospital Y, a docente da Z, e da Medicina Social, que nos capacitou (Sudeste, Médica3).

Destacamos nos depoimentos anteriores a imagem do apoio como necessário para tratar do tema da sexualidade, assunto considerado difícil. Essas falas podem nos revelar ainda que os profissionais de saúde precisam de ajuda, não lhes bastando a formação que tiveram. Nesse sentido, mais do que a competência técnica, são necessárias as trocas^{33,34} que ocorrem nas intercomunicações das experiências. O desafio talvez resida em como o serviço reconstrói ou dialoga com informações geradas por canais baseados nas experiências de pares.

A sexualidade, além de demandar apoios para os profissionais discutirem com os homens, também está associada a preconceitos.

Falar em esterilização cirúrgica para homem não é o sonho de consumo dos homens. No casal é sempre a mulher que procura. (Sudeste, Enfermeira1)

A abordagem relacionada à vasectomia pode, em alguns casos, associar-se a medos sexuais masculinos. Marchi et al.³⁸ identificaram, nas representações masculinas, a ideia de que realizar vasectomia era algo que poderia comprometer a masculinidade, a ideia do “virar bicha”. Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao fato de que a opção pela vasectomia pode estar ligada a uma sensibilidade desenvolvida pelo homem ao querer respeitar e preservar a mulher do processo cirúrgico da laqueadura³⁸.

A religião e a universidade com seus manuais técnicos ganham destaque, em algumas situações, como fontes de apoio relacionadas às imagens da competência no enfrentamento de questões relacionadas à sexualidade.

Conclusão

Independente do foco das três experiências, por acreditarem que é difícil envolver os homens no cuidado a sua saúde, os profissionais discorrem sobre três grandes estratégias: 1) atendimento aos homens no menor tempo, reduzindo a espera e oferecendo materiais (preservativos, material de higiene etc.) em troca do estabelecimento de vínculos e na divulgação dos serviços entre outros homens; 2) deslocamento dos profissionais de saúde para o atendimento aos homens em seus espaços de trabalho, adaptando linguagens e materiais e 3) atendimento à demanda específica por contracepção.

Comum entre as três experiências pesquisadas reside a fala acerca do desafio de criar estratégias para promover a presença do homem, e a sua conquista para o cuidado a sua saúde e de quem com que ele vive. Ainda prevalece a ideia de recrutar o homem para que ele faça um *check up*, que ele não represente um veículo de contágio – ações importantes

no contexto da saúde pública –, mas ainda há que articular as discussões sobre as relações entre homens e mulheres, em uma perspectiva promotora de saúde.

O contato com os serviços e seus profissionais e/ou coordenadores nos possibilitou interpretar a urgência de promoção de estratégias que reconheçam que o vínculo se constrói através do acionamento de mecanismos de sociabilidade e troca. Nesse caso, vale tanto oferecer consultas de retorno, com respeito ao agendamento estabelecido, quanto a valorização das referências afetivas construídas com os profissionais que realizaram esse atendimento.

Há uma novidade no cenário da atenção à saúde, tão reconhecido pela máxima de que o homem não vem ou que o homem não cuida da saúde, que diz respeito à indução para enfrentar essa ausência. Indução essa que é plural e sinérgica, destacada pela elaboração e promulgação da PNAISH no ano de 2009. Elementos dessa política aparecem nos depoimentos muito mais como tópicos de agenda do que experiências vivenciadas, no sentido de uma consolidação. Em outras palavras, temas como pré-natal masculino, acolhimento, sexualidade e ambiência são mencionados. No entanto, ainda apontamos lacunas que estão ligadas aos preconceitos e às deficiências da formação, entre outros aspectos, cujo enfrentamento poderia contribuir para consolidar os preceitos da PNAISH. Destacamos a necessidade de se enfrentarem essas lacunas com naturalidade, ocupando a mídia, o cenário educacional e a formação de profissionais que atuam na saúde.

Por fim, como limites do presente artigo, apontamos que a interpretação dos nossos achados está vinculada ao contexto em que foram gerados os depoimentos, bem como relacionada aos marcos teóricos que nos serviram de lentes. Ela não pode ser generalizada para o entendimento das estratégias de envolvimento dos homens nos serviços de atenção de base. Todavia, ainda que não sirva para generalizações, tal interpretação pode servir de ponto de partida para que outras sejam ensaiadas acerca do mesmo assunto.

Colaboradores: Todos os autores contribuíram igualmente em todas as fases do artigo.

Agradecimentos: Agradecemos ao CNPq pelas bolsas de produtividade em pesquisa dos dois primeiros autores.

Referências

1. Courtenay WH, Keeling R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health* 2000; 48(6):243-246.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50(10):1385-401.
3. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):7-17.
4. McKinlay E. *Men and Health: a literature review*. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005. [acessado 2009 jul 21]. Disponível em: [http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/766/\\$File/mens-health-literature-review.pdf](http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/766/$File/mens-health-literature-review.pdf)
5. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
6. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
7. Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Rev. bras. estud. popul.* 2003; 20(1):79-92.
8. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-152.
9. 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 homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):565-574.

10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: MS; 2009.
11. Knauth DK, Couto MT, Figueiredo WA. 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. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10): 2617-2626.
12. Leal AF, Figueiredo WA, 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. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2607-2616.
13. Gomes R, Moreira MC, Nascimento EF, Rebello LE, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):983-992.
14. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira da Silva GS, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2010; 14(33): 257-270.
15. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza, MS. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: teoria e pratica.* 2011; 13 (3): 152-166.
16. Costa RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Rev. Estud. Fem.* 2002; 10(2):339-356.
17. Gomes R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
18. Helman CG. *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
19. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". In: Louro G, organizadora. *O corpo educado: pedagogia da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 151-172.
20. Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad. Pagu* 2003; 21:219-260.
21. Mauss M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France; 1960.
22. Simmel G. *Questões fundamentais de sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
23. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 2004; 33(7):14-26.
24. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 2005.
25. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
26. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Habermas J, organizador. *Dialética e Hermenêutica*. São Paulo: L&PM; 1987. p. 98-134.
27. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
28. Martins PH, organizador. *A dívida entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
29. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4513-4521.
30. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, Barbosa RM, Pinheiro TF. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis* 2011; 21(1):113-127.
31. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:4503-12.

32. Moreira MCN. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:780-1.
33. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2013; 17:638-45.
34. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:63-72.
35. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis (Rio J.)* 2007; 17:43-62.
36. Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista de Políticas Públicas* 2011; 15: 327-33.
37. Pinheiro TF, Couto MT. Homens e camisinha: possibilidades e limites na construção da saúde do homem. *Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)* 2012; 14:49-55.
38. Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1017-27.

Recebido em 14/Abr/2015

Versão final reapresentada em 19/Jun/2015

Aprovado em 27/Ago/2015



»»»»»»»»»» APÊNDICE III - LINHAS DE CUIDADOS
MASCULINOS VOLTADOS PARA A SAÚDE
SEXUAL, A REPRODUÇÃO
E A PATERNIDADE

*Lines of male care geared to sexual health,
reproduction and paternity*

Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1545-1552, 2016

DOI: 10.1590/1413-81232015215.26842015

Romeu Gomes
Lidianne Albernaz
Cláudia Regina Santos Ribeiro
Martha Cristina Nunes Moreira
Marcos Nascimento

Resumo

O artigo objetiva propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, bem como apresentar um fluxo para o envolvimento de homens no pré-natal. A proposta dos autores passou por processo de estabelecimento de consenso entre especialistas convidados. Como resultados, são apresentados: (a) os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para saúde sexual, reprodução e paternidade, e (b) proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. Conclui-se que as construções culturais sobre o que compete ao homem na vida, nas relações sociais e como pai, e que interferem nas ações de cuidado à saúde tocam em três pontos: (a) a ideia do homem como colaborador na promoção da saúde da companheira quando grávida e/ou da prole; (b) o exercício da paternidade vinculado fortemente ao sustento da família; (c) os hiatos gerados entre a ideia tradicional de paternidade e os novos arranjos familiares e de gênero.

Palavras-chave: Homens; Pré-natal; Paternidade; Linha de cuidado.

Abstract

The article seeks to propose principles for male care geared to sexual health, reproduction and paternity, as well as present a blueprint for the involvement of men in prenatal care. The proposal of the authors was submitted to a consensus building process with invited experts. The main results presented include: (a) the principles of lines of male care geared to sexual health, reproduction and paternity; and (b) a blueprint for the involvement of men in prenatal care. The conclusion drawn is that the cultural preconceptions of how males should lead their lives, including their social relations and roles as fathers interfere in health care actions and touch on three main points: (a) the idea of man as a collaborator in the promotion of the health of his partner while pregnant and/or his offspring; (b) the idea of paternity being strongly linked to being the financial provider; (c) the hiatus generated between the traditional concept of paternity and the new family and gender patterns.

Key words: Men; Prenatal care; Paternity; Line of care.

Considerações Iniciais

O presente artigo, de caráter opinativo, objetiva propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, bem como apresentar um fluxo para o envolvimento de homens no pré-natal.

Entendemos *princípios* como bases estruturantes e fundamentos que norteiam as linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. São pontos de partida para que novas ações sejam pensadas ou as já existentes sejam problematizadas à luz das interrelações que nelas se estabelecem e a partir de seus contextos. Não são normas de procedimentos a serem seguidas.

Por linha de cuidado entendemos como imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim

de atender às suas necessidades de saúde¹. Numa linha de cuidado, os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita¹.

Saúde sexual e reprodutiva aqui está sendo associada “ao direito e à vontade do indivíduo de planejar a constituição ou não da sua família ou entidade familiar, aumentando-a, limitando-a ou evitando a sua prole”².

Já *paternidade* é vista como o envolvimento dos homens e a possibilidade de prazer desses sujeitos no que se refere à gravidez, ao parto e aos relacionamentos mais democráticos e equitativos na esfera doméstica³.

Nossa discussão baseia-se na perspectiva relacional de gênero, acreditando que:

O engajamento dos homens no cuidado tem um efeito positivo sobre a socialização de gênero de meninas e meninos e faz com que as crianças estejam mais abertas para questionar os papéis de gênero tradicionais⁴.

Além disso, partimos de dois questionamentos. O primeiro deles refere-se à forma de participação masculina na saúde sexual e reprodutiva. Arilha⁵, ao mencionar que alguns profissionais de saúde costumavam entender que se deve estimular a participação dos homens como colaboradores da saúde das suas parceiras, indagava:

[...] será isso o desejável? Homens, de todas as faixas etárias, não deveriam também se tornar sujeitos de direitos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos?

Outro questionamento se relaciona à reflexão de Gomes⁶ sobre o exercício da paternidade que finaliza com as seguintes perguntas:

Como exercer a paternidade em situações em que a mulher é cabeça do casal? Como se define a figura paterna num casal homossexual que por ventura venha adotar uma criança? O que é ser pai quando não há figura da mãe?⁶

Esses questionamentos, que datam mais de 15 anos, continuam ainda atuais apesar de alguns avanços. Um deles foi a instituição de uma política brasileira para a saúde do homem⁷, na qual essas questões são tangenciadas. Além disso, vários estudos vêm se debruçando sobre o envolvimento de homens no pré-natal e na paternidade⁸⁻¹⁰.

Nesses estudos, destacam-se os seguintes aspectos: (a) mulheres continuam sendo responsabilizadas pelo planejamento familiar e cuidado dos filhos⁸; (b); ainda há iniquidade entre os gêneros em termos de participação na esfera do cuidado⁹; (c) inclusão dos homens nos cuidados dos filhos envolve questões como: licença paternidade e/ou parental, jornadas de trabalho e transformações nas relações de gênero¹⁰; (d) a importância da participação paterna como um instrumento para melhoria da saúde materna e da criança é reconhecida, mas há uma dificuldade em reconhecer essa participação como um direito dos homens¹⁰; (e) homens sentem-se intimidados

pela postura do profissional de saúde que não os acolhe no momento do parto como um ator importante nesse cenário¹¹ e, (f) alguns homens não participam das consultas de suas parceiras por causa da vergonha das próprias gestantes ou dos companheiros; coincidência com o horário de trabalho e a restrição à participação paterna nos serviços de assistência pré-natal¹².

Voltando aos questionamentos de Arilha⁵ e Gomes⁶, não pretendemos respondê-los de forma direta com recomendações específicas. Mas apresentamos propostas que – direta ou indiretamente – tiveram como mote tais questões.

Desenho Metodológico

O estudo consiste num trabalho opinativo que parte da experiência dos autores e, em seguida, busca a sua validação por especialistas no assunto, ampliando assim o fórum de opiniões com vista a alcançar um consenso. Para isso adaptamos a técnica de conferência de consenso de Souza et al¹³. Nessa adaptação, em termos de trajetória metodológica foram seguidas seis etapas.

Inicialmente os autores, com base nas referências aqui mencionadas e em sua experiência acumulada relacionada ao assunto, elaboraram duas matrizes, uma denominada “Imagem-objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” e outra denominada “Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal”.

Em seguida, foram selecionados especialistas por meio de busca em bases de dados científicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Plataforma Lattes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as seguintes palavras-chave: saúde do homem, pré-natal e paternidade. Nessa busca, foi possível identificar 18 especialistas, dos quais 11 aderiram a todas as etapas da validação, sendo quatro homens e sete mulheres. Em termos profissionais, três eram médicos, quatro enfermeiros e quatro psicólogos. Todos tinham experiência na área ou trabalhos que articulassem os temas da saúde do homem, pré-natal e paternidade.

Na terceira etapa submetemos por meio de ferramenta de pesquisa online as duas matrizes aos 11 especialistas com vistas à validação das mesmas. A primeira matriz apresentou 14 princípios divididos em três dimensões: dimensão político-gerencial, dimensão da atenção à saúde e dimensão da educação na saúde. A segunda apresentou etapas e ações relativas à proposta de um fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. Nas duas matrizes cada especialista poderia pontuar os princípios e as ações propostas numa escala de 0 a 10, onde 0 significava sem importância ou exclusão e 10 importância máxima. Além disso, ao final de cada dimensão seria possível incluir observações ou sugestões de princípios com descritores ou etapas com ações correspondentes, caso o especialista julgasse necessário.

Na quarta etapa, os autores analisaram a pontuação da primeira versão das matrizes, consolidando os dados e verificando o consenso de opiniões sobre cada princípio/etapa, com base em Souza et al¹³, através da análise de médias e desvio padrão; médias menores que sete e/ou desvios padrão maiores que dois foram considerados dissensos. Com base nessa análise foram reformuladas as duas matrizes, levando em conta as sugestões de mudanças e inclusões dos especialistas. Nenhum especialista sugeriu excluir um princípio ou ação.

A quinta etapa consistiu em resubmissão das matrizes aos especialistas. Nesse momento não mais cabiam sugestões de inclusões ou exclusões de princípios e ações e sim apenas pontuações.

Por último, foi realizada análise final da validação, levando em conta os mesmos parâmetros¹³ da primeira análise.

Resultados

Houve consenso em relação à maioria dos princípios e etapas propostos, sendo retirado da proposta inicial somente um princípio. Os resultados encontram-se dispostos em dois quadros.

No Quadro I, os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para saúde sexual, reprodução e paternidade integram três: macro princípios que orientam a planificação

das ações e sua gestão (político-gerencial); relações entre profissionais e usuários no trato dos assuntos aqui focalizados (atenção à saúde) e ações educativas voltadas para profissionais e usuários (educação na saúde).

O Quadro II aponta para uma proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. As etapas não são necessariamente lineares ou excludentes. Elas, em determinados momentos, podem coexistir e, até mesmo, se superpor.

Acreditamos que a integração dos princípios (Quadro I) e do fluxo (Quadro II) configuram o que entendemos por linha de cuidado.

Discussão

Os princípios e o fluxo englobam temas transversais, que servem para o desenvolvimento da discussão. Essa discussão remonta às perspectivas filosóficas, orientadoras de reflexão e crítica, promotoras de conhecimento. E aqui destacamos que a filosofia não aponta um bem em si, mas configura-se como a primeira forma sistematizada de produção de estranhamento sobre o mundo e busca de explicações que podem levar a respostas e a encaminhamentos diferentes. Assim, assumimos a proposição baseada em três temas transversais e geradores de mudanças, voltados para a diversidade e a pluralidade: 1) as polaridades na representação do masculino que o tem como referência e hierarquizam as relações com as dimensões do feminino e da infância, as quais precisam ser relidas à luz de luta por hegemonia, sendo relativizadas; 2) a equidade no reconhecimento dos marcadores sociais da diferença; 3) a participação social como ferramenta promotora de direitos no acesso e acolhimento.

O primeiro vai ao encontro das representações culturais¹⁴ do masculino que relacionam os homens às ideias de risco, força, pressa e provisão.

Essas representações reificam um modelo de masculinidade que embaça ou apaga outras possibilidades da existência masculina, podendo limitar as ações de saúde masculina e reduzindo as possibilidades de apoio dos homens/parceiros/pais no cuidado à saúde da mulher e da criança, e/ou a relacionar o masculino às

ideias de contágio, violência, opressão dessa diáde. Ideias que promovem o afastamento do homem dos serviços de saúde. Apoiados em Gramsci¹⁵, compreendemos que determinadas representações culturais tornam-se hegemônicas, prevalecendo no espaço e no tempo. Mesmo não sendo únicas, se afirmam a partir de uma posição no campo, servindo à organização de forças sociais e, no caso apontado acima, organizando papéis relacionais de gênero. Ousamos dizer que, dentro dessa tradição, o plano das ideias, noções, valores, expectativas sociais compartilhadas – matéria-prima das representações culturais¹⁴ – possui um papel fundamental na mudança social. Nesse sentido, cabe perguntar o que aconteceria se tivéssemos um movimento de homens onde determinadas iniciativas masculinas – como, por exemplo, homens que ao casarem assumem como sobrenome o nome da mulher¹⁶ e não o contrário, ou ainda homens que assumem a casa e o cuidado aos filhos, enquanto as suas mulheres trabalham – fossem iluminadas e se associassem aos movimentos por direitos ampliados?

O segundo evoca os **marcadores sociais da diferença, a equidade no acesso e as necessidades equitativas de cuidado** – gênero, raça/cor, classe social, idade, escolaridade, orientação sexual – **com destaque para os papéis de gênero e orientação sexual**. Aspectos que vão ao encontro do debate sobre rearranjos familiares e de gênero baseados no prazer de cuidar de si ou do outro, no envolvimento afetivo e sexual, e na construção da parentalidade. Nessa direção, algumas ideias já foram discutidas em estudo anterior³, mas ensejam mais discussões. Uma delas, que atravessa os nossos princípios e o fluxo, é o desejo de problematizarmos as fronteiras entre sexo e gênero, homem e mulher, masculino e feminino, pai e mãe³, tendo em conta diferentes arranjos familiares³. Nesse sentido, haverá momentos que mais do que paternidade, seja preciso abordar a parentalidade, como um conjunto de funções voltadas para o desenvolvimento da autonomia e do sentimento de segurança das crianças, que garanta a generatividade¹⁷. Será preciso pensarmos ainda na homoparentalidade, no caso de famílias formadas por pessoas do mesmo sexo. Ou ainda, na parentalidade de pessoas tran-

sexuais e/ou travestis¹⁸. E, nessa diversidade, será importante que o acolhimento e a criação da criança seja vista a partir do estabelecimento de vínculos, e de uma relação de troca de bens de cuidado³.

O terceiro tema evoca as evidências no direito de acesso e decisões em saúde: a **participação** no cuidado em saúde que convoque homens, mulheres e crianças presentes nas diversas cenas e espaços de promoção de saúde, onde são requeridas mudanças físicas e conceituais, requalificação dos ambientes. Na medida do possível, e resguardado o que justifica o sigilo e a privacidade, parece muito promissora a ideia de expansão do consultório e da relação, para conversas em salas de espera ou rodas de bate-papo que estimulem a reflexão, a crítica e a participação. Essa ideia funciona como estratégia dialógica de acolhimento do outro em sua diversidade, em que a solidão de quem espera pode reconfigurar-se em fala, em inter-ação, transformando o embate de ideias em material de trabalho.

Essas conversas podem lançar mão também do lúdico, dos jogos, para promover discussões sobre papéis de gênero, diversidades, impasses cotidianos a respeito das escolhas de cuidado, gerência entre universo doméstico e vida pública, educação dos filhos e exercício da parentalidade. Assim, os serviços de saúde podem ser percebidos como espaços de promoção da vida, da saúde e de vínculos. O tema **participação** também guarda em si a potência do convite aos profissionais de saúde a se colocarem num movimento contra hegemônico, reposicionando-se frente aos usuários numa atitude que remeta menos ao ensinamento, e mais às trocas e aprendizados.

A necessidade de iluminar outras possibilidades de interpretação sobre o cuidado masculino – o cuidado de si e o que oferece ao outro – se faz urgente quando reconhecemos que as ações de saúde reificam uma tradição cujos modelos são confrontados pela multiplicidade de devires da contemporaneidade, e pelos índices de morbimortalidade masculina, quando comparados aos femininos^{19,20}. Assim, ainda são surpreendentemente atuais as observações de Arilha⁵ e Gomes⁶ mesmo passadas quase duas décadas.

Considerações Finais

As opiniões aqui focalizadas esbarram de certa forma com alguns limites. Um deles refere-se ao fato de que por se tratar de uma discussão muito recente e contemporânea, não nos resumimos unicamente a nossa experiência, mas submetemos a nossa opinião a um fórum mais ampliado. No entanto, a busca de especialistas nesse assunto se tornou um desafio, uma vez que não é simples mapear especialistas em uma área que ainda carece de maior visibilidade.

O segundo limite traduz-se no que o artigo oferece ou pretende oferecer de contribuições ao campo da saúde. Pode vir a provocar a expressão da tensão existente entre modelo tradicional de família e outros arranjos familiares. Assim, ao propormos arranjos que abordem linhas de cuidado para ações de saúde voltadas, por exemplo, para “pares do mesmo sexo”, podemos no mínimo trazer um certo estranhamento tanto de usuários como de profissionais.

As interfaces entre as construções culturais sobre o que compete ao homem na vida, nas relações sociais e como pai, e que interferem nas ações de cuidado à saúde tocam em três pontos: a) a ideia do homem como colaborador na promoção da saúde da companheira quando grávida e/ou da prole; b) o exercício da paternidade vinculado fortemente ao sustento da família; c) os hiatos gerados entre a ideia tradicional de paternidade e os novos arranjos familiares e de gênero. Ressaltamos que esses pontos estão inseridos em uma arena política de intensos debates nacionais e internacionais sobre o envolvimento dos homens na saúde, no exercício da paternidade e na promoção da igualdade de gênero. Dessa maneira, não podemos descolar nossas análises de um contexto global mais amplo em que estes temas estão sendo continuamente problematizados.

Tais ideias/entendimentos encontram forte investimento de grupos tradicionais e reproduzem sentidos que ignoram as mudanças em curso no contexto das lutas dos grupos e sujeitos por afirmação e reconhecimento. Esses investimentos que ocorrem em diversas frentes, se realizam, por exemplo, no cenário Legislativo Federal onde um Projeto de Lei apresentado como “Estatuto da Família”, ig-

nora a diversidade dos arranjos familiares, do prazer que cimenta as relações afetivas e das transformações nos papéis de gênero, apontando para um modelo único de família, e indo contra o que vemos na realidade.

Agradecimentos

Por terem participado da técnica de consenso, agradecemos aos seguintes profissionais: Bárbara Tarouco da Silva, Caroline Oliveira de Castro, Eduardo Schwarz Chakora, Fabio de Mello, José Medeiros do Nascimento Filho, Márcia Reis Longhi, Marcus Renato L. N. de Carvalho, Maria Cristina Montenegro Pereira, Maria Luiza Mello de Carvalho, Viviane Manso Castello Branco e Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas.

Colaboração: L Albernaz, CRS Ribeiro, MCN Moreira e M Nascimento, sob a coordenação de R Gomes, participaram em todas as fases do estudo e na redação do artigo.

Referências

1. Pessoa LR, Santos EHA, Torres KRBO, organizadores. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. [acessado 2015 out 17]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf
2. Gomes R. Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero: projeto de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3589- 3598.
4. Instituto Promundo. Programa P. Manual para o exercício da paternidade e do cuidado. Rio de Janeiro: Instituto Promundo; 2014. [acessado 2015 out 12]. Disponível em: <http://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Programa-P-Manual-para-o-exercicio-da-paternidade-e-do-cuidado.pdf>
5. Arilha M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: ECOS, Ed. 34; 1998. p. 51-77.
6. Gomes R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: Silveira P, organizador. Exercício da paternidade. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1998. p. 175-181.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: MS; 2009.
8. Ávila MB, Ferreira V, organizadores. Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres. Recife: SOS Corpo; 2014.
9. Kato-Wallace J, Barker G, Eads M, Levtoff R. Global pathways to men’s caregiving: Mixed methods findings from the International Men and Gender Equality Survey and the Men Who Care study. *Global Public Health* 2014; 9(6):706-722.
10. Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta paul enferm* 2007; 20(2):131- 137.
11. Medrado B, Lyra J, Oliveira AR, Azevedo M, Nanes G, Felipe DA. Políticas públicas como dispositivo de produção de paternidades. In: Moreira LVC, Petrini G, Barbosa FB, organizadores. O pai na sociedade contemporânea. Bauru: EDUSC; 2010. p. 53-79.
12. Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VLO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *Rev Mineira de Enfermagem* 2008; 12(2):182-188.
13. Souza LEPE, Silva LMV, Hartz ZM. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 65-102.
14. Laplantine F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea à luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet D, organizadora. Representações Sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 241-259.
15. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.
16. Quando o homem assume o sobrenome da mulher. [acessado 2015 out 18]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/quando-homem-assume-sobrenome-da-mulher-17805074>
17. Barroso RG, Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psicologia* 2010; 52(1): 211-229.
18. Zambrano E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horiz. antropol.* 2006; 12(26):123-147.

19. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008
20. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. Cien Saude Colet. 2012; 17(10):2569-2578.

Artigo apresentado em 19/10/15

Aprovado em 10/12/15

Versão final apresentada em 12/12/15

Quadro I. Imagem-Objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade

DIMENSÃO POLÍTICO-GERENCIAL	
Princípio	Descritor
Equidade de gênero	Igualdade dos direitos entre os gêneros e busca da superação das desigualdades entre homens e mulheres.
Pluralidade da concepção masculina	Concepção sobre as especificidades de socialização dos homens a partir de uma visão relacional de gênero, cor/raça, classe social, idade e orientação sexual.
Organização voltada para o atendimento às necessidades de saúde de homens de diferentes perfis	Organização das ações orientadas para o processo saúde-doença-cuidado, contemplando as necessidades biopsicossociais de homens de diferentes perfis e levando em conta os diferentes contextos locais e regionais.
Organização da atenção à saúde em rede	Valorização da dimensão simbólica dos vínculos sociais que atravessam as relações de gênero, promovendo o diálogo intersetorial (trabalho, saúde, lazer, dentre outros).
Acompanhamento, avaliação e transparência da gestão	Acompanhamento e avaliação das ações voltadas para homens no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade com vistas a, de um lado, gerar evidências sobre seu alcance e impacto e, de outro, promover transparência na comunicação com as pessoas, as famílias, os responsáveis, a mídia e a sociedade.
Ambiência voltada para as relações de gênero, parentalidade e geração	Organização dos serviços não só a partir de sua função instrumental de oferecimento de tratamentos, exames, remédios, práticas e técnicas; mas como espaços de encontros e mudanças de atitudes. Envolve a promoção de outros valores que desconstroem a associação exclusiva do masculino a contágio/transmissão/periculosidade/ameaça.
DIMENSÃO ATENÇÃO À SAÚDE	
Princípio	Descritor
Promoção de uma atenção integral	Organização das práticas dos cuidados masculinos (individuais e coletivos) a partir da identificação das necessidades biopsicossociais, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

DIMENSÃO ATENÇÃO À SAÚDE	
Princípio	Descritor
Atenção baseada no acolhimento	Garantia da perspectiva intersetorial no diálogo entre os espaços onde os homens constroem referências, tais como os educacionais, do lar, do mundo do trabalho e de grupos de filiação, que necessariamente não estão referidos ao sistema de saúde em suas funções e instituições. Significa também acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento.
Envolvimento dos homens nas consultas do pré-natal, parto e pós-parto	Valorização e incentivo à participação dos homens de diferentes perfis em todas as etapas da gravidez (pré-natal, parto e pós-parto), respeitando o direito de escolha do acompanhante pela mulher.
Atenção relacionada à vulnerabilidade e ao risco	Problematização da divulgação de imagens que relacionam o homem ao risco, principalmente reificando sua imagem como sujeito de contágio, violência, susceptibilidade às drogas lícitas e ilícitas; ou ainda, como sujeito que não está presente em momentos de cuidado aos filhos.
DIMENSÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	
Princípio	Descritor
Educação, saúde e comunidades de prática	Consideração dos possíveis espaços de atenção à saúde, em geral, e em especial a masculina, considerando as diferenças relacionais de gênero, geração, classe e etnia.
Qualificação profissional	Qualificação dos profissionais para atuarem com homens de diferentes perfis numa perspectiva de gênero, a partir da realidade do trabalho em saúde.
Promoção de grupos de homens e/ou mistos	Incentivo à formação de grupos de discussão com foco nas questões de gênero e saúde, voltados para homens, ou para homens e mulheres, no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade, como uma estratégia de transformação das relações de gênero.
Reflexão da equipe profissional sobre masculinidade, saúde e paternidade	Promoção da reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, saúde, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens.

Quadro II. Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal

ETAPA	AÇÕES
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação paterna no pré-natal, parto e pós-parto. • Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo suas expectativas em relação à paternidade, pré-natal, parto e pós-parto. • Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar – com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo – as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas. • Discutir as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, de métodos contraceptivos. • Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira, ou de par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par e favorecendo a importância deste homem neste processo. • Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, parto e pós-parto.
Realização de exames, testes rápidos e vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança. • Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação.
Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as consultas do pré-natal, manter o diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e possíveis estressores relacionados à gravidez. • Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal podem assegurar a manutenção da saúde da criança e deles.
Envolvimento dos homens no parto e no puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito da escolha do acompanhante pela mulher.

Resumo

Objetivo. Avaliar percepções sobre a saúde dos homens nas óticas masculina e feminina.

Métodos. Amostra aleatória de 1.894 homens e 1.991 mulheres entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde, residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, foi submetida a entrevista por telefonia móvel. Variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à percepção do serviço de saúde, situação e cuidado de saúde foram registradas. Regressão logística foi executada para avaliar a não busca de atendimento e o autocuidado bom e muito bom.

Resultados. A maioria da população avaliada se considera sem problema de saúde, principalmente os homens. A principal causa do não tratamento é a falta de acesso ao atendimento, embora homens e mulheres avaliem que os serviços os recebam adequadamente. A automedicação atinge mais de 40% dos homens e quase 30% das mulheres. **Conclusões.** Os homens se percebem cuidando bem da sua saúde, ao contrário de como as mulheres os veem, sendo que as percepções se diferenciam ao se levar em conta idade, escolaridade, etnia e situação ocupacional.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Gênero; Entrevista; Telefone; Brasil.

Abstract

Objective. To evaluate men's health perceptions under male and female perspectives.

Methods. A random sample of 1,894 men and 20 women 1,991 aged from 20 to 59 years old, users of the unified health system, residents in the capitals of Brazilian States and in the Federal District, was subjected to an interview by mobile telephone. Socio-demographic variables and variables related to the perception of the health service, health situation and health care were recorded. Logistic regression was performed to evaluate the reason for not search of care and the good and very good self-care. **Results.** The majority of the population evaluated considers themselves without health problems, especially men. The main cause of the no treatment is the lack of access to care, although men and women assess the services receiving them properly. Self-medication reaches more than 40% of men and nearly 30% of women.

Conclusions. Men realize taking good care of your health, controversially to the women vision, being that perceptions differ when you take into account age, education, ethnicity and occupational situation.

Key words: Man's Health; Gender; Survey; Telephone; Brazil.

Introdução

Os primeiros estudos acerca da saúde dos homens surgiram no final dos anos 70 do século passado, nos Estados Unidos. Tais estudos praticamente centravam-se nos riscos para a saúde¹. Nos anos 90 desse mesmo século, o assunto ganhou novas abordagens e, dentre elas, destacou-se a que procura focalizar a saúde e a doença entre segmentos masculinos numa perspectiva relacional de gênero^{2,3}.

No campo da produção do conhecimento sobre a temática em questão, sobressai-se a revisão de McKinlay⁴, realizada na Nova Zelândia. Nesse estudo, as diferenças entre os gêneros – no que se refere à morbidade, mortalidade e expectativa de vida – podem ser explicadas a partir de especificidades biológico-genéti-

cas de homens e mulheres; de diferenças e desigualdades sociais; distintas expectativas sociais de homens e mulheres; de busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; e de cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.

No Brasil, em termos de produção bibliográfica sobre o assunto, como marco ressalta-se o número especial do periódico *Ciência & Saúde Coletiva* publicado em 2005. No editorial desse número temático, dentre outros aspectos, assinalava-se a necessidade de se aprofundar as relações entre ideologias hegemônicas de masculinidade e processo saúde-doença, para que a saúde de homens e mulheres fosse promovida⁵.

Outro marco brasileiro importante foi o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde, objetivando promover ações de saúde voltadas para a realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político⁶.

No âmbito da discussão sobre a saúde do homem, há estudos que enfocam a necessidade de tratar o assunto numa perspectiva relacional de gênero^{5,7}. Isso significa que os modelos de gênero se constroem em uma interrelação, assim o que é visto culturalmente como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa⁸. O adjetivo “relacional” não se confunde com “complementar”. Tal categoria é instauradora e reprodutora de assimetrias de poder⁷. As percepções sobre a saúde dos homens podem ser vistas como uma síntese da interação entre percepções masculinas e femininas, num contexto de assimetrias.

As percepções acerca da saúde – aqui entendidas como interpretações que os sujeitos fazem sobre a sua própria saúde ou sobre a dos outros – têm sido utilizadas em inquéritos em larga escala. Elas têm sido entendidas como um importante indicador para, dentre outros aspectos, acessar como os indivíduos percebem seu bem-estar⁹ e compreender a situação de saúde de populações¹⁰. As percepções individuais também têm sido associadas a estudos de auto-avaliação da saúde¹¹. Em termos epidemiológicos tais estudos, apesar de possuírem limites, principalmente em termos de mensuração, têm poder preditivo para a mortalidade entre diversos grupos socioeconômicos¹².

A partir dessas considerações iniciais, neste estudo objetiva-se analisar percepções masculinas e femininas sobre a saúde de homens e o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde. A análise das diferenças e convergências de percepções de homens e mulheres pode trazer subsídios para uma compreensão ampliada da saúde de homens numa perspectiva relacional de gênero.

Métodos

Estudo transversal foi desenvolvido em 2014 junto a uma amostra aleatória de homens entre 20 e 59 anos de idade, usuários do Sistema Único de Saúde, residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal por meio de entrevista telefônica.

O tamanho da amostra foi calculado tendo como parâmetro a presença de 45,7% dos pais durante o parto¹³, com erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, o que determinou um total de 3.810 entrevistas para o conjunto das capitais de estados brasileiros e Distrito Federal, que concentram a maioria da população adulta.

Por se tratar de pesquisa telefônica, o termo de consentimento foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados, tendo sido o projeto “Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero”¹⁴ aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro sob o parecer de número 440.915.

Para este estudo foram utilizadas variáveis sociodemográficas e percepção do serviço de saúde, situação e cuidado de saúde.

As variáveis sociodemográficas foram: região de moradia, idade, escolaridade, raça/cor, religião, estado conjugal e inserção no mercado de trabalho. Região foi categorizada em Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste; a idade em quatro faixas etárias: 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos; escolaridade em três faixas: <9, 9 a 11 e ≥ 12 anos de estudo; raça/cor em branca, parda, preta, amarela e indígena; religião em não e sim. Estado conjugal foi categorizado em união não estável e união estável; inserção no mercado de trabalho em não e sim.

As variáveis de saúde foram: percepção da população priorizada nas unidades básicas de saúde, presença de alguma doença ou problema de saúde, ocorrência e local de tratamento, motivo da não busca de tratamento. As respostas foram abertas e codificadas a posteriori. Avaliou-se também a percepção quanto à forma que os serviços de saúde atendem aos homens e o autocuidado do homem com sua própria saúde, ambas com as seguintes alternativas: muito bem, bem, regular, mal e muito mal.

Explorou-se ainda a associação entre as variáveis sociodemográficas (independentes) e a não busca de atendimento (variável dependente) na presença de algum problema de saúde em homens e mulheres; e entre as variáveis sociodemográficas (independentes) e autocuidado bom e muito bom (variável dependente) na ótica dos homens. Utilizou-se regressão de Poisson para o cálculo das razões de prevalência, brutas e ajustadas.

As estimativas foram calculadas considerando-se o caráter complexo da amostra, utilizando-se dois fatores de ponderação pós-estratificação. O primeiro fator (razão) foi dado pela razão entre a frequência relativa de indivíduos identificada no Censo Demográfico de 2010 e a frequência relativa identificada neste estudo, segundo 24 categorias resultantes da estratificação por sexo (masculino e feminino), faixa etária (20-29, 30-39, 40-49 e 50-69 anos de idade) e nível de escolaridade (<9, 9-11 e ≥ 12 anos de escolaridade), tendo como finalidade igualar a composição sociodemográfica. O segundo fator (fração amostral) foi a razão entre o total de moradores adultos de cada região e o total neste estudo com a finalidade de corrigir as diferenças entre o contingente populacional de cada região e a população estudada. O fator final de ponderação para a população total foi o resultado da multiplicação destes dois fatores e para cada região apenas a razão. Assim, os dados foram expandidos para representar cerca de 12 milhões de homens e cerca de 14 milhões de mulheres residentes nas localidades avaliadas.

Os dados foram processados no aplicativo *Stata*, levando em conta as especificidades de homens e mulheres, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% (IC95%) na comparação entre os sexos, bem como a representatividade de cada entrevistado no conjunto da população adulta avaliada.

Resultados

Foram concluídas 3.885 entrevistas, sendo 1.894 com homens e 1.991 com mulheres, não havendo diferença quanto à maioria das

características sociodemográficas avaliadas (**Tabela 1**). Apenas religião e inserção no mercado de trabalho mostraram-se diferentes: mais mulheres têm religião e mais homens estão inseridos no mercado de trabalho.

De modo geral, tanto homens quanto mulheres consideraram que as atividades e os atendimentos dos serviços básicos de saúde são direcionados a todas as pessoas, independente de sexo, idade, situação social ou de saúde, com maior percentual entre as mulheres (**Tabela 2**). Entre os homens, 14,1% referiram estar, na ocasião da entrevista, com alguma doença ou problema de saúde, pouco mais da metade do percentual estimado entre as mulheres (25,5%). Destes, a maioria encontrava-se em tratamento, identificando-se a automedicação como o recurso mais usado, principalmente entre os homens (42,1%). Entre as mulheres, os recursos se dividiram igualmente entre os serviços de saúde (serviço privado e unidade básica) e a automedicação. A parcela de homens que referiu não estar em tratamento citou o não acesso ao atendimento e a não importância do problema como motivos para a não busca de atendimento; já as mulheres referiram principalmente a falta de acesso ao atendimento.

A **Figura 1** ilustra os problemas de saúde referidos por homens e mulheres. Observa-se que os três principais grupos em ambos os sexos se referiram a doenças do aparelho circulatório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários. Neoplasias e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foram mais frequentes entre as mulheres.

Quanto à percepção da qualidade do atendimento dos homens pela unidade básica de saúde, a maioria de homens e mulheres referiu que é bom ou regular, com maior percentual de regular para as respostas dos homens (**Tabela 2**). Quase o dobro mulheres, em relação aos homens, referiu não saber. Questionados sobre como o homem cuida da sua própria saúde, houve coincidência de resposta na forma regular entre homens e mulheres. Porém, os homens citaram mais, do que as mulheres, muito bem e bem, e as mulheres mais, do que os homens, mal e muito mal.

A análise por regressão (**Tabela 3**), ajustada para as variáveis sociodemográficas, mostra que a maior idade é fator de proteção para a busca de atendimento na presença de algum problema de saúde, assim como a maior escolaridade em ambos os sexos. Entre as mulheres, ter religião se configura como fator de risco, isto é a probabilidade de não procura é 20% maior entre aquelas que referiram ter alguma religião. Chama a atenção a proporção de não busca por atendimento em apenas 7,3% das mulheres entre 50 a 59 anos de idade versus 40,8% entre as mais jovens, bem como entre aquelas com maior escolaridade (9,2%) versus as de menor escolaridade (28,0%); entre os homens observa-se a mesma tendência para estas variáveis, embora com sobreposição dos intervalos de confiança.

Na perspectiva dos homens (**Tabela 4**), a auto avaliação sobre seu cuidado com a saúde se associa diretamente com a escolaridade, com o estrato de maior escolaridade apresentando 32% mais chance de considerar o cuidado como bom ou muito bom, comparativamente aos grupos de menor escolaridade. Homens indígenas apresentaram mais de 50% de risco de considerar o cuidado com a saúde de forma regular, ruim ou muito ruim. Na perspectiva das mulheres, a chance de homens se cuidarem de forma boa ou muito boa é menor entre as mulheres de raça/cor amarela e indígena chegando a cerca de 90% quando comparadas com as demais. A inserção delas no mercado de trabalho se associa com a visão mais positiva que têm do autocuidado do homem com sua saúde, apresentando 69% mais chance de considerar o autocuidado como bom ou muito bom comparativamente às mulheres não inseridas no mercado de trabalho. Destaca-se que, em quase todas as categorias das mulheres, a prevalência de autocuidado da saúde pelo homem como bom ou muito bom não ultrapassou 10%, ficando sempre abaixo de como os homens se avaliam.

Discussão

A validação interna dos resultados pode ser analisada na condução do projeto, desde o treinamento das equipes até a análise estatís-

tica dos dados. O plano amostral foi elaborado de modo a incluir todos as localidades e os números de telefone foram sorteados aleatoriamente. A taxa de sucesso foi de 76,2% e os entrevistadores não relataram dificuldades na identificação de pessoas elegíveis.

A validade externa deste estudo se dá principalmente pela comparação da distribuição das categorias das características sociodemográficas da população avaliada, que não difere mais do que 10% dos dados oficiais estimados pelos dados censitários¹⁵. Especificamente quanto às variáveis que diferiram neste estudo entre homens e mulheres, verifica-se que 24% dos homens e 14% das mulheres se identificaram como não tendo religião, cuja razão (1,7) é próxima à observada no censo de 2010 (1,4 na área rural e 1,5 na área urbana), esta pequena diferença pode ser explicada pela população pesquisada, residente nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, onde possivelmente se encontra maior frequência de pessoas sem religião. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, o censo também mostra maior inserção de homens do que de mulheres, numa razão de 1,4, semelhante à encontrada neste estudo (1,3).

Quanto aos demais estudos nacionais, há dificuldade na comparação dos dados por conta das diferenças nos métodos, desde a população de estudo até a análise realizada, mas ainda assim alguma analogia é possível, como segue abaixo.

Estudo desenvolvido no Sul do Brasil¹⁶ mostrou que mulheres com mais de 14 anos de idade têm 3 vezes mais risco de referir algum problema de saúde nos últimos dois meses do que homens na mesma faixa etária. Este dado corrobora os dados aqui estimados, que indicam quase o dobro de mulheres referindo algum problema de saúde. Todavia, estas afirmações necessitam ser relativizadas, uma vez a população avaliada tem idade diferente e o período inquerido também é distinto.

Quanto aos problemas de saúde relatados há coincidência com os dados obtidos em Minas Gerais¹⁷, no qual as doenças do aparelho circulatório aparecem em primeiro plano e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em segundo, mas não coincide na terceira causa. Aqui encontraram-se doen-

ças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários como a terceira causa, enquanto que em Minas Gerais se identificou doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas para os homens e doenças do sistema respiratório para as mulheres. Estas diferenças podem ser explicadas pela diferença etária, regional e, principalmente, pela população estudada, que em Minas Gerais se restringiu a trabalhadores da saúde.

O estudo do Sul¹⁶ também apontou maior risco (1,78) de percepção do estado de saúde como ruim entre as mulheres. Embora neste estudo não tivesse este questionamento, é possível traçar um paralelo com as respostas referentes ao cuidado da própria saúde do homem, na qual a maioria dos homens se avaliou como bem ou muito bem e as mulheres os avaliaram de regular para muito mal. Esta percepção pode explicar porque os homens referem menos problemas de saúde e, conseqüentemente, a baixa procura por serviços de saúde, o que se potencializa com a forma regular, segundo sua ótica, com que são atendidos nas unidades de saúde. Entretanto vários estudos têm apontado que os homens se sujeitam mais a comportamentos de risco do que as mulheres, além de apresentarem piores indicadores bioquímicos^{18,19}.

Revisão sistemática estima em 35% a prevalência de automedicação na população adulta brasileira²⁰, sem especificar o sexo, mas corroborando os dados deste estudo, que estimou em mais de 40% o percentual de homens em automedicação e em mais de 30% o percentual de mulheres. Destaca-se aqui, que embora o percentual seja alto, estas pessoas se consideraram em tratamento do problema de saúde existente. É pequeno o percentual de automedicação (cerca de 3%) entre aqueles que citaram esta prática como não tratamento e motivo de não procura por atendimento em saúde.

É histórico, na literatura nacional²¹⁻²⁵, a baixa procura de serviços de saúde pelos homens comparativamente às mulheres. Como motivo de não procura por serviço de saúde, apesar de apresentar algum problema de saúde, os homens citaram o não acesso ao atendimento e a não importância do problema como motivos principais e as mulheres a falta de acesso ao atendimento. Já na população

geral, em 2008²⁶, o principal motivo foi a falta de recursos para pagamento do atendimento, seguido de difícil acesso e atendimento demorado. Estes dados questionam o papel do SUS, na medida em que grande parcela (20,5%) da população amostrada em 2008 considerou o serviço privado como o local de busca de atendimento. Difere deste estudo, na medida em que um dos critérios de seleção foi o uso dos serviços básicos de saúde do SUS, tendo sido apontada a universalidade como uma das características dos serviços.

Como já apontado, há três décadas, por Aquino et al²⁷, os homens continuam apresentando as mesmas características de saúde, demonstrando que, apesar do SUS, poucos avanços foram observados neste período no que se refere à saúde dos homens e à ampliação do atendimento para esta população. A situação se agrava ainda mais ao se constatar que a automedicação é uma prática comum, que pode ser vista como indicadora do não acesso aos serviços básicos de saúde.

Em geral os dados da pesquisa servem para fundamentar discussões acerca de modelos culturais de gênero no campo da saúde. Esses modelos podem influenciar as percepções de homens e mulheres sobre a saúde e a procura de serviços de saúde. Nesse sentido, talvez por serem comuns as associações ser homem/ser forte e ser mulher/ser frágil tenham influenciado os nossos sujeitos do sexo masculino a se perceberem como mais saudáveis do que as mulheres. O mesmo argumento pode se aplicar em relação à busca por cuidados em serviços de saúde.

Nossos dados também reforçam a necessidade de, para além dos modelos culturais de gênero, levar em conta outros aspectos, como idade, nível escolar e situação socioeconômica. As influências desses modelos podem assumir tons diferenciados quando são levados em conta também tais aspectos. Outro aspecto que deve ser mais investigado é a relação entre gênero e etnia, uma vez que as percepções dos homens indígenas entrevistados configuram-se com especificidades distintas, assim como as das mulheres indígenas e amarelas.

O assunto, em geral, deve ser mais investigado porque ainda são escassos os estudos

populacionais brasileiros que investigam as diferenças de percepções entre homens e mulheres sobre a saúde.

Por último, destacam-se como limites deste estudo a não existência de um padrão ouro para avaliação de percepções sobre a saúde, o pequeno tamanho da amostra e a consequente não possibilidade de maiores estratificações.

Referências

1. Courtenay WH, Keeling R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health*, 2000; 48 (6): 243-6.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 2000; 50 (10): 1385- 401.
3. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc. saúde colet*, 2005; 10(1): 7-17. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100002.
4. Mckinlay E. *Men and health: a literature review*. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, 2005. Disponível em: < <http://nhc.health.govt.nz/publications/phac-pre-2011/men-and-health-literature-review> >
5. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da saúde pública. *Ciênc. saúde colet*, 2005; 10(1): 4. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100001
6. Brasil. *Política nacional de atenção integral à saúde de homens: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
7. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc saúde coletiva*, 2012; 17(10): 2569-78. DOI: 10.1590/S1413-81232012001000002.
8. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(Supl 1): S54-64. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000700007
10. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ*, 2011; 45(4): 789-93. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000036 .
11. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnei K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ*, 2010; 44 (5): 901-11. DOI: 10.1590/S0034-89102010000500016.

12. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for "true" health? *Int J Epidemiol*, 2007; 36 (6): 1161-4.
13. Brasil. *Relatório da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde mediante inquérito amostral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
14. Gomes R. *Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/>
16. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23 (2): 341-6. DOI 10.1590/S0102-311X2007000200010.
17. Pereira IVS, Rocha MJL, Silva VM, Caldeira A.P. Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*, 2014; 19 (2): 461-8. DOI: 10.1590/1413-81232014192.16952012
18. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc saúde coletiva*, 2005; 10(1):35-46. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100010.
19. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassub MM, Goldfeder AJ, Moraes M.A. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo *Rev saúde pública* 39 (5): 738-45- 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000500007.
20. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*, 2015; 49:36. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005709.
21. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. *São Paulo em perspectiva*, 2008; 22 (2): 19-29. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
22. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*, 2008; 40 (3): 436-43. DOI: 10.1590/S0034-89102006000300011.
23. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42 (suppl 2): 51-9. DOI: 10.1590/S0034-89102008000900008.
24. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43 (4): 595-603. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000040.
25. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, 2002; 11 (5/6): 365-73. DOI: 10.1590/S1020-49892002000500011.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de amostra domiciliar: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
27. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saúde Pública*, 1992; 26 (3): 195-202. DOI: 10.1590/S0034-89101992000300011.

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS CUIDADOS MASCULINOS VOLTADOS PARA A SAÚDE SEXUAL, A REPRODUÇÃO E A PATERNIDADE A PARTIR DA PERSPECTIVA RELACIONAL DE

Pesquisador: ROMEU GOMES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18916913.3.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 440.915

Data da Relatoria: 24/10/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa tem como objeto os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. Objetiva-se subsidiar as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem das 27 unidades federadas no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero, a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A pesquisa será desenvolvida em etapas que não são necessariamente dispostas numa sequência. Em geral, momentos de diferentes etapas ocorrerão de forma simultânea: (1) Preparação da equipe e contratação de serviços de terceiros; (2) Realização de diagnóstico; (3) Desenvolvimento de protocolo; (4) Estudo de três casos; (5) Definição de princípios para a promoção de cuidados masculinos; (6) Elaboração de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal; (7) Encontro de coordenadores de saúde do homem e, (8) Veiculação de informações

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Subsidiar as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem das 27 unidades federadas

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 440.915

no que se refere à promoção dos cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero, a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Objetivo Secundário:

Analisar experiências consideradas exitosas acerca da promoção dos cuidados masculinos voltados para a sexualidade, reprodução e paternidade. Diagnosticar a situação da saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade, levando em conta as especificidades de homens e mulheres. Desenvolver protocolo de investigação epidemiológica específica para homens de 20 a 59 anos de idade. Definir princípios para a promoção de linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, reprodução e paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero. Apoiar tecnicamente os estados e municípios para a implementação e disseminação das ações da PNAISH em seus territórios, no que diz respeito à saúde sexual, reprodução e paternidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Devido à natureza da pesquisa, os aspectos relacionados a riscos, medidas de proteção e ressarcimento são mínimos. Além disso, a participação dos sujeitos se dará mediante termo de consentimento e sem remuneração específica.

Benefícios:

Tomar como referência questões relacionadas à masculinidade, em específico, e ao gênero, em geral, poderá contribuir para que as ações de saúde possam melhor focalizar diversidades e especificidades entre homens e mulheres, situadas nos segmentos sociais, nos contextos raciais e nas questões sexuais. A articulação entre os temas saúde sexual, reprodução e paternidade propiciam uma abordagem mais complexa das masculinidades, propiciando, a partir dessa agenda, que diversos temas prioritários no eixo das relações socioculturais entre os homens e na perspectiva relacional de gênero sejam abordados. Além disso, as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa poderão contribuir para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os critérios de inclusão foram descritos conforme solicitado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a acrescentar.

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8491 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 440.915

Recomendações:

1. Fornecer ao CEP, periodicamente o relatório da pesquisa.
2. Comparecer ao CEP-IFF para retirar o TCLE datado e carimbado.
3. Observar as recomendações da resolução 466/12

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Outubro de 2013

Assinado por:

Juan Clinton Llerena Junior
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO **CEP:** 22.250-020
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 **Fax:** (21)2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br



Ministério da Saúde

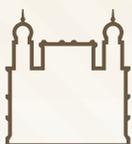
FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | **FERNANDES FIGUEIRA**
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE