



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

BRUNA LOPES SALDANHA

**SABERES E PRÁTICAS DE HOMENS SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**

Rio de Janeiro

2018

Bruna Lopes Saldanha

**SABERES E PRÁTICAS DE HOMENS SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora de Defesa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adriana Lemos

Rio de Janeiro

2018

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

S162 Saldanha, Bruna Lopes

Saberes e práticas de homens sobre saúde sexual e reprodutiva / Bruna Lopes Saldanha. - - Rio de Janeiro, 2018.

103 f.

Orientadora: Adriana Lemos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Saúde sexual. 2. Saúde reprodutiva. 3 Saúde do homem. 4. Enfermagem. I. Lemos, Adriana, orient. II. Título.

BRUNA LOPES SALDANHA

**SABERES E PRÁTICAS DE HOMENS SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Aprovada em 02 de Outubro de 2018

**Orientadora:**

---

**Profª Drª Adriana Lemos** - Presidente  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Dr. Marcio Tadeu Ribeiro Francisco** - Membro Titular externo  
(Universidade Veiga de Almeida)

---

**Profª Drª Cláudia Regina Ribeiro** - Membro Titular interno  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

---

**Profª. Drª. Donizete Vago Daher** - Suplente externo  
(Universidade Federal Fluminense)

---

**Profª Drª Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa** - Suplente interno  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)

## AGRADECIMENTOS

Se você está lendo esta página, é porque eu consegui. E não foi nem um pouco fácil chegar até aqui. Desde o processo seletivo, passando pela aprovação, até a conclusão do Mestrado, foi um longo caminho percorrido. Não foi fácil, nem tampouco tranquilo. “*A sola do pé conhece toda a sujeira da estrada*” (provérbio africano).

Quero agradecer a todos aqueles que fizeram parte desse processo e confiaram que eu era capaz.

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos. Obrigada por me permitir aprender, errar e crescer; por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e, principalmente, por ter me concedido a companhia de pessoas tão especiais. Ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), aos integrantes do Núcleo de Estudo do Laboratório de Estudos de Gênero e Sexualidade (LEGS) pelos ricos momentos de debates e reflexões, que muito contribuíram para a confecção deste trabalho.

À Instituição UNIRIO e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Às bolsistas de Iniciação Científica Giovanna, Jozeane, e Mariana que me ajudaram na construção dos dados e me ensinaram, na prática, como ser docente e pesquisadora.

A todos que contribuíram para a realização desta pesquisa, contribuindo e possibilitando a sua conclusão, em especial à minha Orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adriana Lemos, pela atenção, ensinamentos e oportunidades durante o tempo do Mestrado.

Aos Professores Doutores Márcio Tadeu, Claudia Ribeiro, Donizete Vago, e Florence Tocantins, que aceitaram compor minha Banca de Qualificação, e também à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa de Almeida, que compôs a minha Banca de Defesa junto aos demais professores. Obrigada pela competência inquestionável, sensibilidade, sugestões e análises tão significativas para esta Dissertação.

Aos usuários que aceitaram participar deste estudo, sou grata pela disponibilidade e colaboração prestada.

À Unidade de Atenção Básica onde o estudo foi realizado, agradeço por me receber de braços abertos.

Aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por me terem ensinado a andar. A meu pai, Edson Saldanha (*in memoriam*), onde quer que esteja, nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim. Sei que você está orgulhoso por esta conquista. Obrigada por ter me apresentado a arte do cuidado e por sempre me incentivar a ir além. “*Te amarei de janeiro a janeiro, até o mundo acabar*” (Roberta Campos). À minha mãe, Celia Regina Lopes Cruz, meu amor incondicional. Mãe, você que me gerou e abraça cada um dos meus sonhos junto comigo, obrigada pelo apoio em cada decisão para que eu chegasse até aqui, além de toda força emocional, financeira e, principalmente, por todo o seu amor. Essa conquista também é sua. Finalmente conseguimos! “*Amor que não se mede, amor que não se pede, que não se repete*” (Nando Reis). A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, partilho a alegria deste momento.

Ao meu bem, Everton Evanoel de Carvalho Sousa, o meu grande porto seguro durante essa jornada. Sempre ao meu lado, fazendo-me acreditar que eu posso mais do que imagino. Devido ao seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter acalmado o meu coração em todos os momentos. Ao seu lado, as dificuldades foram amenizadas e tudo se tornou mais fácil. “*Tu é trevo de quatro folhas... Pedaco de sonho que faz meu querer acordar pra vida*” (Ana Vitória).

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta Dissertação, o meu sincero agradecimento.

## EPÍGRAFE

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

(Arthur Schopenhauer)

SALDANHA, Bruna Lopes. Saberes e práticas de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. 2018. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2018.

## RESUMO

**Objeto:** Os "saberes e práticas de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva", e sua relação com ações educativas/orientações desenvolvidas em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Objetivos:** Conhecer os saberes e práticas de homens usuários de uma Unidade de ESF a respeito de saúde sexual e saúde reprodutiva; Identificar as demandas espontâneas no campo da saúde sexual e reprodutiva dos homens usuários de uma Unidade de ESF; Identificar as ações educativas/orientações recebidas dos profissionais de saúde da Unidade de ESF a respeito da saúde sexual e reprodutiva masculina. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como participantes 10 homens heterossexuais, com faixa etária entre 25 a 59 anos, e atendidos em uma unidade da ESF, localizada no município do Rio de Janeiro. Para a produção de dados, utilizou-se como base um roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram produzidos atendendo a legislação vigente acerca das diretrizes de pesquisas com seres humanos. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** Os saberes dos homens acerca da saúde sexual encontram-se voltados para a prevenção das IST/HIV, vinculadas ao método contraceptivo; ao bem-estar na saúde sexual; e ao tratamento das IST; quanto à saúde reprodutiva, esses saberes foram vinculados somente à gestação. Acerca das práticas, o preservativo masculino fez-se presente no início da vida sexual da maioria dos participantes, porém, nas relações sexuais atuais com parceiras fixas, a maioria referiu não usá-lo por motivos distintos. Foram também observados na pesquisa: a não adoção da dupla proteção; a religião como influência na vida sexual e reprodutiva dos participantes, assim como questões culturais apontadas como influência para o início de vida sexual. Com relação às orientações/ações de saúde por profissionais nos campos citados, somente um participante referiu ter sido orientado. No que diz respeito às demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, foram relacionadas a coloração anormal na ejaculação; ao preservativo masculino e ao teste rápido de HIV, VDRL e hepatites. **Conclusões:** Os saberes e práticas concentram-se em aspectos da prevenção e tratamento de agravos no campo sexual e reprodutivo. Deve haver maior disponibilidade de ações nos serviços de saúde, que busquem favorecer a participação do homem nas discussões sobre esta temática, numa perspectiva ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Saúde sexual; Saúde reprodutiva; Saúde do homem; Enfermagem.



SALDANHA, Bruna Lopes. Men's knowledge and practices related to sexual and reproductive health. 2018. 103f. Dissertation (Master in Nursing), Graduate Nursing Program. Center for Biological and Health Sciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2018.

## ABSTRACT

**Object:** "Men's knowledge and practices related to sexual and reproductive health", and their relationship with the orientation/educational actions carried out at a Public Health Care Unit: "Estratégia Saúde da Família (ESF)". **Objectives:** Identifying the knowledge and practices related to sexual and reproductive health the men who use the services of an ESF unit present; Observing the demands of male users of the ESF system regarding the sexual and reproductive health area; and identifying the orientation/educational actions directed to the health professionals of the unit that concern male sexual and reproductive health. **Methodology:** A descriptive study with qualitative approach featuring as participants 10 heterosexual men, aged between 25 and 59 years, who are users of an ESF unit located in the city of Rio de Janeiro. A semi structured interview was used as base for the data collection. The data were collected in compliance with the laws in force regarding the guidelines for research with humans. For the data treatment, a thematic-categorical content analysis was carried out. **Results:** The knowledge the interviewees presented regarding sexual health involve mainly: the type of prevention of STI/HIV that is connected to contraception methods; the absence of diseases related to the wellbeing of sexual health; and the treatment of STI. As to reproductive health, the knowledge identified was connected to pregnancy exclusively. Regarding the reported practices related to sexual and reproductive health, male preservative was pointed out as being part of the beginning of most of the interviewees' sexual lives; however, they have reportedly abandoned this type of prophylactic in their current monogamous relationships for a number of different reasons. Other noteworthy aspects have also been observed: Double safety was not identified; religion influences the sexual and reproductive lives of participants, as cultural aspects influenced the beginning of their sexual lives. Regarding the health orientation/actions performed by professionals of the studied area, only one participants have received assistance. Concerning the spontaneous demands related to sexual and/or reproductive health, interviewees referred to abnormal ejaculation color, to male preservative, and to HIV, VDRL, and hepatitis rapid tests. **Conclusions:** The knowledge and practices identified are concentrated in aspects related to the prevention and treatment of diseases that represent risk to participants' sexual and reproductive health. Therefore, there must be greater availability of actions in the health system that facilitate the participation of men in the discussions about this theme, providing broader perspective and raising awareness about sexual and reproductive rights.

Keywords: Sexual health; Reproductive health; Men's health; Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Variáveis contínuas relacionadas à caracterização dos participantes do estudo .....	42
----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Centro Municipal de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV / AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEGS	Laboratório de Estudos de Gênero, Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SUS	Sistema Único de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	<b>13</b>
1.1	DESPERTANDO PARA O TEMA .....	13
1.2	OBJETO DE ESTUDO .....	16
1.3	OBJETIVOS .....	16
1.4	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	16
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO-CONCEITUAL</b> .....	<b>18</b>
2.1	MARCOS HISTÓRICOS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITOS HUMANOS .....	18
2.2	SAÚDE DO HOMEM: GÊNERO E MASCULINIDADE .....	23
2.3	O HOMEM E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE .....	27
<b>3</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>33</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	33
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	33
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	34
3.4	CONSTRUÇÃO DOS DADOS .....	35
3.5	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	38
3.6	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS .....	38
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	41
4.2	OS PARTICIPANTES E A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE .....	42
4.3	ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: POSSÍVEIS FORMAS DE ATRAIR O HOMEM PARA A UNIDADE DE SAÚDE .....	44

(continua)

(continuação)

<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	46
5.1	<b>CATEGORIA 1</b> .....	46
	<i>SABERES DE HOMENS SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA</i>	
5.2	<b>CATEGORIA 2</b> .....	55
	<i>PRÁTICAS DE HOMENS NA SAÚDE SEXUAL E NA SAÚDE REPRODUTIVA</i>	
5.3	<b>CATEGORIA 3</b> .....	65
	<i>ORIENTAÇÕES / AÇÕES DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE SEXUAL E/OU REPRODUTIVA</i>	
5.4	<b>CATEGORIA 4</b> .....	72
	<i>DEMANDAS ESPONTÂNEAS DE HOMENS NO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E/OU REPRODUTIVA</i>	
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
	<b>APÊNDICES</b>	
	A - MODELO DE ESQUEMA UTILIZADO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE SATURAÇÃO .....	92
	B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	93
	C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	96
	D – QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO .....	97
	E – QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO .....	98
	<b>ANEXOS</b>	
	A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UNIRIO).....	100
	B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / RJ .....	102

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1. DESPERTANDO PARA O TEMA

Este estudo integra o Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde e Direito Sexual e Reprodutivo (LEGS), inserido na linha de pesquisa institucional intitulada: "Saúde sexual e reprodutiva como direito de mulheres e homens na atenção primária à saúde", coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Lemos.

O interesse pela temática floresceu através da minha experiência profissional como enfermeira obstetra em um Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Com a prática da assistência à saúde da mulher durante o Pré-natal e o pós-parto, percebi que a maioria das clientes trazia diversas dúvidas em relação à sua saúde reprodutiva e, principalmente, colocavam-se como responsáveis pela escolha, busca e utilização do método anticoncepcional, não alocando essa responsabilidade também aos seus parceiros.

Carrara, Faro e Russo (2009) e Penaforte et al. (2010) confirmam que o planejamento reprodutivo ainda se apresenta como uma atribuição das mulheres, enquanto os homens, na maior parte do tempo, tendem a escapar dessa responsabilidade. Outra pesquisa aponta que essa também é uma realidade existente em diferentes culturas (KABAGENYI et al., 2014).

Para essas mulheres, o objetivo da utilização do anticoncepcional era evitar a gravidez indesejada, nunca sendo abordadas questões relacionadas à saúde sexual como, por exemplo, a prevenção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ou expressar alguma questão em relação à sua sexualidade, orgasmo e prazer. Ademais, também não eram enfocadas questões relacionadas à saúde reprodutiva, a exemplo do melhor momento de ter filhos, opções de tipo de parto, capacidade de gerar e parir.

Ao longo dessa vivência profissional, foi possível observar a baixa adesão dos parceiros no acompanhamento das consultas de pré-natal de suas companheiras, já que elas não os colocavam como responsáveis também por esse momento.

A partir disso, dei início aos questionamentos em relação aos pensamentos apresentados pelas mulheres, no que se refere aos assuntos dos campos da saúde sexual, da saúde reprodutiva e de como seriam as práticas dos homens e os seus saberes acerca dessas temáticas visto que esse público, na maioria das vezes, não

buscava atendimento para a prevenção e promoção de sua saúde, só procurando os serviços quando realmente não podiam mais adiar, por já estar com algum problema instalado. Infere-se que a procura dos homens pelos serviços da Atenção Básica são menos frequentes do que das mulheres, visto que estes tendem a escolher serviços hospitalares, consultórios particulares, pronto atendimento ou serviços de emergência (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (MS), as ações de saúde que se encontram voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, majoritariamente tem como foco somente a mulher, incentivando pouco o envolvimento dos homens nessas questões. É necessário, portanto, que se avance na abordagem aos homens, em relação à saúde sexual e reprodutiva, visando promover o seu envolvimento nessas ações e também valorizando a sua corresponsabilidade nessas questões (BRASIL, 2010).

Ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas políticas foram desenvolvidas para grupos populacionais específicos. Nessa perspectiva, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada com o objetivo de nortear as ações de saúde e estimular o autocuidado masculino, além de reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

Através da Portaria nº 1.944 do Ministério da Saúde, em 27 de agosto de 2008 foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, citada anteriormente, apresentando como ações de saúde aquelas que visavam contribuir significativamente para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; solucionar a limitação da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, reconhecendo também aos homens o direito à participação no planejamento familiar, dentre outras questões (COELHO et al., 2016).

Durante a formulação dessa Política, houve a clareza de integrá-la a outras políticas de saúde, isto porque o caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal, sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre a PNAISH e as Políticas de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2008).

É possível observar que a PNAISH também aborda os direitos sexuais e os direitos reprodutivos em diversas fases etárias do ciclo vital, como nos casos dos adolescentes, adultos jovens e da terceira idade, destacando que os adolescentes e

adultos jovens devem ser reconhecidos como sujeitos daqueles direitos, sendo-lhes disponibilizados informações e métodos contraceptivos. Quanto aos homens que se encontram na terceira idade, também devem continuar sendo considerados como sujeitos de direitos sexuais, visto que o exercício da sexualidade não será necessariamente interrompido com o avanço da idade (BRASIL, 2008).

As políticas públicas voltadas para o público masculino colidem, para sua implementação, com as questões culturais. Para que se obtenha sucesso na PNAISH, é fundamental que haja principalmente a reflexão das distintas masculinidades existentes, além da inclusão dos profissionais de saúde durante essa reflexão (TONELI et al., 2011; GOMES, 2012).

Não se pode negar que, historicamente, o homem possui o papel de responsável pelo sustento da sua família, porém, vale ressaltar que nos dias atuais, é possível constatar a inserção, no mercado de trabalho, de mulheres de todas as categorias socioeconômicas atuando como provedoras do lar e nem por isso deixaram de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Gomes e Nascimento (2006) relatam que os homens morrem mais que as mulheres devido à duas questões: (a) os modelos de masculinidade hegemônica podem acarretar comprometimentos para a saúde; (b) os homens são os principais atores de violência, inclusive contra eles mesmos, o que se confirma mediante um estudo de gênero realizado por Gomes (2008), quando se verificou que a construção social acerca da masculinidade apresenta uma relação direta com as formas de perceber e de viver o adoecer, além do cuidado com o corpo.

A partir do exposto, surgiram as seguintes **questões norteadoras**: 1) Quais os conhecimentos que o público masculino apresenta em relação à saúde sexual e reprodutiva? 2) O conhecimento dos homens em relação à temática saúde sexual e reprodutiva interfere na sua prática? 3) Quais ações educativas/ orientações a respeito de saúde sexual e reprodutiva os profissionais de saúde desenvolvem com o público masculino? 4) Quais as demandas espontâneas no campo da saúde sexual e reprodutiva que os homens levam até as Unidades Básicas de Saúde?



## 1.2. OBJETO DE ESTUDO

Saberes e práticas de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva e sua relação com ações educativas/orientações desenvolvidas numa Unidade de Estratégia Saúde da Família, localizada no município do Rio de Janeiro.

## 1.3. OBJETIVOS

- 1) Conhecer os saberes e práticas de homens usuários de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família a respeito de saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 2) Identificar as demandas espontâneas no campo da saúde sexual e reprodutiva dos homens usuários de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família;
- 3) Identificar as ações educativas/orientações recebidas dos profissionais de saúde da Unidade de Estratégia Saúde da Família a respeito da saúde sexual e reprodutiva masculina.

## 1.4. JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Justifica-se esta pesquisa pelo fato de haver poucas produções científicas no campo da enfermagem, desenvolvidas em relação à saúde do homem, principalmente no que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva com a faixa etária utilizada neste estudo. Através de pesquisas realizadas durante o período de abril a setembro de 2017, nas bases de dados com cobertura da América Latina LILACS e SciELO via Web of Science, utilizando-se os descritores “saúde sexual” e “saúde reprodutiva”, foi possível observar que os artigos, em sua maioria, estavam relacionados ao público adolescente, abordando a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV, além da prevenção da gravidez. Também apresentavam artigos com o público feminino e sua relação com a gravidez, métodos contraceptivos, IST e HIV. Quando realizada a busca pelos descritores “saúde sexual”, “saúde reprodutiva” e “saúde do homem”, haviam alguns artigos relacionados à saúde do homem, com faixa etária igual à deste estudo, porém, abordando doenças já existentes nessa população em grande parte das vezes, não sendo visualizadas as questões da promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva.

Este estudo visa contribuir com o ensino porque, durante a própria Graduação, a temática ora em foco é pouco discutida, ressaltando-se a necessidade de ser incluída e/ou ampliada na rede curricular formando, assim, profissionais de Enfermagem mais atentos às demandas trazidas por essa clientela e, também, formas de realizar ações educativas junto a esse público, por meio de ações de extensão universitária.

Ademais, este estudo pretende, mesmo que indiretamente, gerar uma possível reflexão por parte dos homens em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, fazendo com que eles não vinculem esses temas somente com a atividade sexual ou uma gravidez indesejada, como são culturalmente associados. Espera-se, também, levar a população masculina a uma reflexão da sua prática, visualizando a importância das suas decisões para o autocuidado e o de suas parceiras, sejam elas estáveis ou não.

Em relação aos serviços de saúde, essa pesquisa visa contribuir com o processo de educação permanente dos profissionais de saúde na atenção à promoção e prevenção da saúde do homem, oferecendo subsídios aos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), levando-os a refletirem sobre o seu papel estratégico na conquista da presença do homem nessas Unidades. A reflexão dos profissionais de saúde em relação a essa temática, pode levá-los à reorientação da respectiva conduta frente a essa questão.

## 2. REFERENCIAL TEMÁTICO-CONCEITUAL

### 2.1. MARCOS HISTÓRICOS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITOS HUMANOS

Para uma aproximação da temática saúde sexual e saúde reprodutiva em relação ao homem é preciso, antes de qualquer coisa, entender como ela surgiu no Brasil. Sendo assim, iniciaremos a discussão do assunto com uma abordagem sobre o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na questão da saúde reprodutiva, pelo seu pioneirismo ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, vendo-as de forma integral e não somente de forma isolada, nas questões de contracepção e concepção, como anteriormente.

Em seguida, faremos uma síntese da trajetória dos marcos internacionais relacionadas aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, como as Conferências Internacionais promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Os movimentos sociais de vários países da América Latina e as respectivas arenas políticas, no fim dos anos 70 e início dos anos 80, desencadearam a realização de debates relacionados à saúde e aos direitos reprodutivos. Em 1985, em Nairóbi (África), foi realizada a Conferência Internacional da Mulher, ocasião em que a ONU solicitou que os países membros viessem a desenvolver políticas públicas relacionadas à promoção da saúde da mulher (PITANGUY, 2003).

O movimento feminista no Brasil lutou e reivindicou, politicamente, para que houvesse o reconhecimento dos direitos das mulheres em escolher se queriam ou não vivenciar a maternidade. Como resultado, entre os anos de 1983 e 1987, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi então regulamentado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), tendo a saúde reprodutiva incorporada nos seus programas de ação (PITANGUY, 2003). O PAISM também foi influenciado pelos movimentos sanitaristas e de saúde pública, especialmente na adoção de uma perspectiva integral de saúde (GIFFIN; COSTA, 1999).

A implementação do PAISM, em 1984, foi um dos grandes marcos das políticas públicas em relação à saúde reprodutiva no Brasil. À época, houve a inclusão do planejamento familiar no elenco mínimo de ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher visto que, anteriormente, não havia nenhuma

política instituída em relação a isso, sendo a assistência somente centrada no pré-natal, parto e puerpério visando o binômio mãe-filho (BRASIL, 2010).

O grande objetivo do PAISM era atender a mulher em todas as fases da sua vida, buscando respeitar as necessidades e características de cada fase (DUTRA; PEREIRA, 2009). Através das ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação em relação à saúde da mulher, começaram a ser abordadas questões como o câncer de mama e colo de útero, o planejamento familiar, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o pré-natal, parto, pós-parto e o climatério, dentre outras, não tendo somente o foco nas questões relacionadas à concepção e contracepção, como anteriormente (BRASIL, 2004).

De acordo com Dutra e Pereira (2009), os documentos iniciais do PAISM não se reportavam à participação do homem de forma clara, até porque a mulher era vista tradicionalmente como a responsável pelo controle reprodutivo. Após o marco desse Programa no campo da saúde reprodutiva, começaram a surgir novos grandes marcos internacionais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, dentre os quais destacam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher.

Através de leis nacionais e documentos internacionais, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são, então, reconhecidos como Direitos Humanos (BRASIL, 2013). São considerados como Direitos Humanos fundamentais, o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Respeitá-los é estar promovendo a vida em sociedade sem que haja nenhuma discriminação, como as de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia e de orientação sexual (BRASIL, 2013). Consideramos os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como parte do conjunto dos direitos humanos universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados desde 1948, através da Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU) (CORREA et al., 2003).

Conforme Correa e Petchesky (1996), os direitos reprodutivos apresentam uma entre tantas estratégias que visam uniformizar as colocações entre os homens e as mulheres na sociedade.

A ONU, durante os anos 1990, apontou diversas questões em relação a temas como gênero, equidade e direitos humanos, através da realização de cinco reuniões internacionais, ocasião em que essas questões foram reafirmadas e

reforçadas mutuamente (GIFFIN; COSTA, 1999). Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, buscou-se a definição dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2010).

Realizada no Cairo (Egito) em 1994, a CIPD teve um papel pioneiro no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, fazendo emergir esses conceitos de forma mais abrangente ao discuti-los numa perspectiva que ultrapassava os limites do biológico e a superação do enfoque puramente demográfico (BRASIL, 2010; SILVA, 2013).

Segundo Silva et al. (2013), o novo foco provocou uma transformação profunda no debate sobre o crescimento populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Esta Conferência propiciou o início da formulação, bastante abrangente, do conceito de saúde reprodutiva, incluindo aspectos relacionados à vida sexual, aos direitos reprodutivos, à assistência à saúde e à saúde sexual (ALVES et al., 2011).

No capítulo VII, parágrafo 7.2 do Programa de Ação do Cairo, os conteúdos de saúde sexual foram incorporados na definição de saúde reprodutiva da seguinte forma:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. Cap. VII, parágrafo 7.2, p. 62)

A Conferência do Cairo (Egito), realizada em 1996, em seu programa de ação ainda recomendou que:

[...] os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e planejamento familiar sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomendam, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável. (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 36-37)

No Brasil, o entendimento relacionado à saúde reprodutiva sofreu algumas modificações, como se pode constatar a seguir:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, 2010, p.15)

A execução dos direitos reprodutivos é algo recente, na medida em que são considerados fundamentais para que mulheres e homens possam ter autonomia e acesso à saúde, com serviços de qualidade de forma integral, de acordo com preceitos éticos que respeitem a vida, a confidencialidade, a privacidade e a dignidade humana, com acesso à informações, para que o casal realize de forma livre, compartilhada e responsável suas escolhas e decisões relacionadas à contracepção e concepção (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

A partir dessa leitura, fica claro que a saúde reprodutiva está relacionada com uma vida segura e satisfatória, com a decisão do homem e da mulher sobre a reprodução. Ambos devem ser informados e dispor de acesso aos métodos eficientes e seguros em relação à saúde e ao bem-estar reprodutivo. Também através desse documento, fica evidente que as mulheres devem ter acesso à serviços confiáveis, para que possam ter segurança durante a gestação e o parto, dando maiores chances aos casais de gerarem filhos saudáveis.

Antes da inserção da saúde sexual nos documentos de Cairo e Beijing, essa questão foi motivada devido à crise de pandemia do HIV-AIDS existente na época, desta forma, fazendo com que a saúde sexual fosse um objeto de definição pela OMS (GIFF; COSTA, 1999).

De acordo com Silva et al. (2013), muitas das sugestões e dos compromissos

assumidos na Conferência do Cairo, repercutiram e respaldaram as discussões na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995. Nessa Conferência, houve um avanço na definição dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2013). Os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, dissociando a sexualidade da reprodução. A igualdade de gênero foi outro tema bastante relevante, no que tange às discussões sobre saúde sexual e reprodutiva.

Petchesky (2000) discutindo a questão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos, afirma que a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos, porque integram as necessidades básicas humanas. O debate acerca dos direitos reprodutivos serem considerados parte dos direitos humanos, foi um grande progresso, visto que qualquer pessoa, independente da sua cor, sexo, idade, religião ou grupo social, possuem direitos nesse campo (TONELI, 2004).

Através da Plataforma de Ação elaborada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, a saúde sexual foi definida da seguinte forma, em seu parágrafo 96:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (HERA (1999) *apud* CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45)

Em 2002, a ONU lançou o seguinte conceito de direitos sexuais:

(...) Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p.53)

No final do século XX, a saúde sexual passou a ser incorporada como direito humano, o que gerou a proibição de qualquer tipo de discriminação relacionada a ordem religiosa, nacional, gênero, orientação sexual, dentre outras. De acordo com Ávila (2003), pode-se deduzir que a conquista mais importante durante esse processo, deu-se devido à separação entre atividade sexual e reprodução fazendo-se, assim, necessária a diferenciação entre os direitos sexuais e reprodutivos.

Um grande marco para o campo dos direitos sexuais foram os movimentos gays e lésbicos, porque originaram o conceito dos direitos sexuais. Esses movimentos estavam interessados em alcançar o exercício da vivência da sexualidade, de acordo com a sua escolha de parceiros e práticas sexuais, sem sofrerem discriminação devido à essa escolha (LEMOS, 2014).

Através da definição de saúde sexual e dos direitos atribuídos a ela, pode-se dizer que a saúde sexual visa possibilitar uma vida sexual agradável, segura, informada e baseada na autoestima. Ademais, prevenção das IST e a autorrealização sexual, respeitando os direitos sexuais do próximo, também se encontram relacionadas à saúde sexual (ROCHA, 2012).

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos, que devem garantir a autonomia de decisão de cada indivíduo sobre o seu corpo, o uso do método de contracepção da sua escolha, o fortalecimento da autonomia dos usuários e a melhoria da assistência, atendendo as suas necessidades pela facilitação do acesso ao serviço de saúde e da participação na elaboração de estratégias e programas (RODRIGUES, 2007).

## 2.2. SAÚDE DO HOMEM: GÊNERO E MASCULINIDADE

Quando se fala a respeito do homem e de sua saúde, não se pode deixar de lado a grande influência que as construções sociais de gênero geram, negativamente, nessa relação. De acordo com Barata (2009), a palavra “gênero”, na língua Portuguesa, apresentará diversos sentidos, dependendo do campo em que esteja inserida, seja no campo da biologia, da gramática ou da saúde.

Há muito tempo, são discutidas as questões relacionadas às diferenças biológicas e sociais entre homens e mulheres. Durante o século XVIII, observamos a anunciação da igualdade como um direito a todos os indivíduos frente à participação política e à representação social. Mas, nessa época, o conceito de indivíduo excluía



as mulheres devido à diferença sexual, sendo a maternidade utilizada como explicação para as decisões políticas. As diferenças de gênero que impediam as mulheres de exercerem a cidadania em face às suas atribuições com a maternidade, também excluía o homem nas questões relacionadas à gestação e ao nascimento, sendo ele reproduzido apenas como o 'carrasco' dentro da família (SCOTT, 2005).

A partir dessa sucinta apresentação, é preciso agora entender algumas das definições de gênero observadas nas leituras sobre a temática. De acordo com Gomes (2008), *gênero* refere-se a papéis socialmente construídos, definições e expectativas consideradas apropriadas para o ser homem e o ser mulher. Já Scott (1995) define *gênero* em duas partes: a primeira, como um elemento formador das relações sociais, apoiado nas diferenças percebidas entre os sexos; a segunda, como uma forma primeira de significar as relações de poder.

Nesse sentido, Scott (1994) faz a seguinte definição de gênero:

Gênero é a organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres, mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo (...) determina univocamente como a divisão social será estabelecida. (SCOTT, 1994, p. 13)

As construções sociais de gênero em relação à masculinidade, influenciam a saúde do homem no que se refere a limitar sua busca por atendimento para o autocuidado, na perspectiva da proteção da saúde e da sua promoção (KORIN, 2001; GOMES, 2008; SILVA et al., 2012).

Segundo Machin et al. (2011), a estrutura de gênero masculino tradicionalmente gerada acaba alimentando, cada vez mais, a força e a virilidade que culturalmente foi construída, proporcionando uma grande dificuldade dessa população em reconhecer as suas necessidades de cuidado com a saúde, convergindo para a imagem que se tem dos serviços como um espaço feminino, destinado a mulheres, crianças e idosos.

Para entender as questões de prevenção e promoção da saúde dos homens, a partir do entendimento de gênero, é necessário analisar como ocorrem os processos de formação das masculinidades (MEDRADO et al., 2014). Primeiramente, deve-se entender que masculinidade é um processo que surge das relações de gênero e apresentam disposição para sofrerem modificações ao longo

do tempo, de acordo com o contexto sociocultural em que esse homem se encontra inserido (CONNEL, 1995).

A partir de um estudo de gênero realizado por Gomes (2008), foi possível verificar que a construção social acerca da masculinidade, apresenta uma relação direta com as formas de perceber e de vivenciar o adoecer e o cuidado com o corpo. Além disso, o fato de os homens não se reconhecerem como seres passíveis de adoecimento, interfere no acesso e na frequência aos serviços de saúde.

No século XIX, a ideia de masculinidade representava um homem que não deveria ser comparado à mulher para que, desta forma, a imagem masculina não fosse ferida. A propósito, tem-se a seguinte definição do que era ser homem naquela época:

A definição do que era ser homem encerrava-se numa polaridade negativa (não poder chorar, não demonstrar seus sentimentos, não ser mulher ou homossexual, não amar as mulheres como as mulheres amam os homens, não ser um fraco, covarde, perdedor e passivo nas relações sexuais, etc.) e afirmativa (ser forte, corajoso, pai, heterossexual, macho, viril, provedor da família, dominador, destemido, determinado, autoconfiante, independente, agressivo, líder, etc.). (SILVA, 2006, p. 126)

O modo de agir de homens e mulheres foi construído de acordo com um grande processo de aprendizado cultural. Através das construções sociais, aprendemos como o sexo feminino e o masculino devem agir, andar, falar e cuidar, dentre outros requisitos. Ainda hoje, os estereótipos de masculinidade apresentam a forma como o homem é visto, ou seja, viril e invulnerável, enquanto a mulher é apresentada como dependente, emotiva, voltada ao espaço privado, responsável pelo cuidado dos filhos e da casa, além de sexualmente passiva (GIFFIN, 2005).

Em relação à perspectiva de gênero, observa-se que as mulheres, desde tenra idade, são ensinadas a exercer um papel materno, além da atribuição relacionada ao seu autocuidado e prevenção e também ao cuidado dos membros da sua família; enquanto os homens, desde a infância, são preparados para se manterem afastados de questões vinculadas ao afeto, emoção e cuidado, já que essas são características ligadas ao sexo feminino. Além disso, eles também são ensinados a serem provedores e responsáveis pela segurança da casa, ou seja, uma constante demonstração da sua força e, sobretudo, de não se mostrar frágil (MARTINS et.al., 2012).

Observa-se que as diferenças das relações de gênero encontram-se presentes

desde a infância, quando homens e mulheres adultos educam as crianças definindo em seus corpos as diferenças de gênero. A esse respeito, Vianna e Finco (2009, p. 272) citam como exemplo:

(...) a forma como a família ou a professora conversa com a menina, elogiando sua meiguice ou como justifica a atividade sem capricho do menino. O fato de pedir para uma menina a tarefa de ajudar na limpeza e ao menino para carregar algo já demonstra como as expectativas são diferenciadas. O que é valorizado para a menina não é, muitas vezes, apreciado para o menino, e vice-versa.

O Ministério da Saúde (2008) referiu que, de cada três adultos que vão à óbito no Brasil, dois são homens. Figueiredo (2005) inclui que os maiores índices de mortalidade que ocorrem com a população masculina, encontram-se principalmente vinculadas às doenças cardiovasculares e neoplasias malignas. Já Gomes e Nascimento (2006) inferem que os homens morrem mais que as mulheres, devido à duas questões: (a) os modelos de masculinidade hegemônica, que podem acarretar comprometimentos para a saúde; (b) os homens são os principais atores de violência, inclusive contra eles mesmos, o que se confirma mediante um estudo de gênero realizado por Gomes (2008), onde pôde-se verificar que a construção social acerca da masculinidade apresenta uma relação direta com as formas de perceber e de viver o adoecer, e do cuidado com o corpo. Além disso, o fato de os homens não se reconhecerem como seres passíveis de adoecimento, interfere no seu acesso e frequência aos serviços de saúde. E podemos também inferir, quem sabe, por não serem tão “dóceis e passivos” quanto as mulheres nos controles de seus corpos pelas políticas de saúde, historicamente voltadas para mulheres.

Em uma pesquisa realizada em Cuiabá - MT, verificou-se que o perfil da mortalidade masculina estava relacionada às causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas entre homens de 20 a 49 anos, pardos, solteiros, com baixo nível escolar. Destaca-se a importância da promoção da saúde e prevenção de agravos na Atenção Básica, considerando a maior frequência de mortes masculinas por causas evitáveis (OLIVEIRA et al., 2017).

Através da relação entre gênero e saúde, observa-se que a partir do momento em que o homem procura algum serviço de saúde numa concepção preventiva, esse ato acaba sendo associado a questões como fraqueza, medo e insegurança, sentimentos culturalmente vinculados à mulher, o que pode vir a gerar desconfiança

em relação à masculinidade socialmente estabelecida (FERNANDES, 2009).

Além disso, a relação entre masculinidade e cuidado em saúde, tem sido analisada com base na perspectiva de gênero, direcionando a atenção às dificuldades apresentadas pelos homens na busca da assistência de saúde, além das formas com que os serviços de saúde lidam com determinadas demandas desse público, o que acaba ampliando essas dificuldades (COUTO et al., 2010).

Para Schraiber et al. (2010), os homens retardam ao máximo que podem, a busca pelos serviços de saúde, alegando questões como falta de tempo, longas filas de espera, ausência de profissionais da equipe, falta de medicamentos, baixa qualificação profissional e escasso atendimento por falta dos mesmos gerando, assim, os adiamentos de consultas e exames. Ademais, esse público tem certeza da sua invulnerabilidade e superioridade diante dos problemas relacionados à saúde, que são as principais causas do seu baixo interesse em se cuidar. Machin et al. (2011) corroboram essa certeza e afirmam que os homens apresentam uma imagem masculina "forte", o que pode gerar práticas de pouco cuidado consigo mesmo, tornando-os vulneráveis em diversas situações.

Além de toda essa questão relacionada às construções sociais de gênero, os estudos mostram que os Serviços de Atenção Primária apresentam dificuldades por estarem exercendo práticas relacionadas à prevenção e promoção da saúde com o público masculino apresentando, assim, uma grande falha no sistema de busca ativa e proteção à saúde masculina no campo da atenção básica (FONTES et al., 2011). Observa-se, portanto, que os serviços brasileiros de saúde, principalmente no campo preventivo, ainda se apresentam direcionados apenas às necessidades de uma população que engloba crianças, mulheres e idosos (GOMES et al., 2011).

### 2.3. O HOMEM E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

A definição das diferenças entre homens e mulheres através dos órgãos reprodutivos, em termos linguísticos, surgiu no século XVIII quando veio à tona o conhecimento de dois sexos biológicos (AQUINO, 2006). Um grande marco na saúde do homem ocorreu durante a década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA), onde surgiram os primeiros estudos com foco nos homens em relação às questões de saúde deficientes. Segundo Gomes (2011), é possível inferir neste fato, uma grande e importante contradição no sentido de que, apesar de os homens

apresentarem um maior poder sobre as mulheres, apresentavam também desvantagens em relação a elas no que diz respeito às taxas de morbimortalidade.

A partir disso, houve um impulso nos estudos relacionados aos homens, principalmente na sua peculiaridade de sujeitos sociais no processo saúde-doença, baseado em uma compreensão relacional de gênero (COURTENAY, 2000). Assim, na década de 80, no cenário internacional, algumas pesquisas apontaram o início de um olhar mais atento para os homens no campo da saúde em razão, principalmente, do surgimento do vírus HIV, inicialmente entre eles e, mais tarde, na década de 90, associada à tendência de feminilização da epidemia entre mulheres heterossexuais (BARBOZA et al., 2012).

Com o início na década de 90, as singularidades dos homens passaram a ser melhor percebidas pelos sistemas de saúde. Todo esse processo representou, para a saúde coletiva, um dos seus grandes desafios, devido à pouca visibilidade em relação aos homens e à sua saúde no campo das políticas públicas, uma vez que as questões relacionadas às particularidades dos gêneros deveriam ser consideradas (COUTO; GOMES, 2012).

Dentre os estudos realizados tendo como foco o homem e suas peculiaridades, McKinlay (2005) estabeleceu cinco hipóteses para as diferenças existentes entre ambos os sexos, em relação à mortalidade e mobilidade. Essas foram as hipóteses em questão: 1. As diferenças e desigualdades sociais existentes; 2. A construção de diferentes expectativas sociais para homens e mulheres; 3. As particularidades biológico-genéticas dos sexos; 4. A forma de cuidado dos profissionais de saúde em relação aos homens; e 5. O uso dos serviços de saúde pelos homens.

De acordo com Pereira (2017), nos tempos atuais é possível visualizar um novo homem, que sai do modelo tradicional em que era visto como macho ou então como o macho-alfa, como referem algumas correntes biologicistas. Segundo este mesmo autor, o “novo homem é um indivíduo mais emocional. Ele estabelece outros vínculos no seu meio social e familiar, o que lhe confere a condição de ser um sujeito plural, de ‘coração mole’, mais familiar” (PEREIRA, 2017. p. 27).

Embora o ‘novo homem’ tenha se distanciado do conceito de masculinidade hegemônica, essa masculinidade destaca-se das demais, principalmente das subordinadas, sendo o homem representado de forma mais honrada autenticando, assim, a subordinação das mulheres a eles, embora alguns padrões se mantenham

e comprometam a sua saúde (CONNEL, 2013).

No Brasil, alguns estudos realizados no campo da saúde pública concluem que as causas que geram maior mortalidade nesse grupo, referem-se à questão do desemprego, que afeta o bem estar dos homens e pode se relacionar ao suicídio dos jovens; e também ao fato de serem os homens os principais agentes a cometerem violência contra a mulher, crianças e outros homens (GOMES; NASCIMENTO, 2006).

No marco dos 20 anos do SUS, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde criou, em 27 de agosto de 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), apresentando como diretrizes a integralidade, que pode ser compreendida em dupla perspectiva: (a) a integralidade do homem em relação a atender às necessidades de saúde que ele apresenta, articulando-se a todos os níveis de atenção à saúde existentes garantindo, dessa forma, a continuidade das ações pelo SUS; e (b) entender que os diversos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência cultural e social, e não somente como questão biológica (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que a implementação da PNAISH depende de diversas decisões tomadas por agentes, como os gestores municipais e os profissionais atuantes nos serviços, que apresentam perspectivas individuais sobre o que seria mais adequado à promoção da saúde da população masculina, em um determinado contexto (LEAL et al., 2012).

Através do PNAISH e de outros estudos no campo da saúde, observa-se que os principais indicadores de morbidade e mortalidade dos homens estão relacionados à violência, seja como atores, assim como sujeitos; o consumo de álcool, visto que os homens tendem a beber mais precocemente e em maior quantidade que as mulheres; aos acidentes de trânsito; às doenças infecto-contagiosas, crônicas e degenerativas como, por exemplo, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, infecções sexualmente transmissíveis, cerebrais e cardiovasculares, além das doenças relacionadas ao trabalho e por diversos tipos de câncer, principalmente o de próstata (GOMES et al., 2006; BRASIL, 2008; NETO et al., 2013). De acordo com Separavich e Canesqui (2013), o PNAISH reconhece os determinantes sociais de vulnerabilidade dos homens às doenças e mostra que os estereótipos de gênero, baseados em

características culturais, geram a não adesão do público masculino aos serviços de saúde.

Pereira (2017) afirma que, na atualidade, o PNAISH apresenta cinco eixos prioritários que conduzem suas principais ações técnicas e políticas no âmbito da gestão. São eles:

- *Acesso e acolhimento*: ao analisar o acesso dos homens à saúde, é possível observar que a maioria só procura os serviços de saúde para a realização de procedimentos especializados de média e alta complexidade. Os homens apresentam uma baixa adesão/procura aos serviços da Unidade Básica de Saúde nas questões de exames de prevenção, escolha de hábitos de vida saudável e promoção da saúde. Mas, os profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica, são fundamentais para trazerem os homens aos serviços de saúde, por isso, devem criar estratégias para a captação e sensibilização desse público, para evitar que cheguem ao nível de média e alta complexidade de saúde.
- *Saúde sexual e saúde reprodutiva*: esse eixo aborda o direito que todos os indivíduos possuem em relação ao planejamento de construir ou não a sua família e também a sexualidade masculina no campo psicológico, biológico e emocional, além de questões relacionadas às IST/ AIDS e aos direitos humanos.
- *Paternidade ativa e consciente*: esse tema está relacionado ao envolvimento dos homens nas ações de planejamento reprodutivo, assim como o seu papel ativo no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras, além dos cuidados no desenvolvimento das crianças. Um ponto muito importante que vem sendo divulgado no SUS, é a estratégia do pré-natal do parceiro que, além de servir para o exercício da paternidade, também funciona como uma porta de entrada desse público na Atenção Básica, onde os profissionais de saúde podem captá-los visando ofertar exames preventivos, tais como os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites, ou até a atualização de suas cadernetas de vacina, dentre outros.
- *Prevenção de violências e acidentes*: esse eixo volta-se para as ações relacionadas à redução da morbimortalidade dos homens por acidentes de transporte, acidentes de trabalho, violência urbana, violência doméstica, familiar e suicídio. O PNAISH apresenta o grande desafio de estar somando

suas ações às de outras coordenações e setores organizados pelo Governo Federal nas questões de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de casos de acidentes e violência em todos os níveis de atenção, principalmente na Atenção Básica em Saúde.

- *Doenças prevalentes:* através das ações educativas, da organização dos serviços e capacitação dos profissionais da saúde, visa-se a prevenção e a promoção da saúde dos homens, além da construção de políticas para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de outras doenças que atingem esse público.

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada aos serviços de saúde sendo, destacadamente, dirigida aos problemas de saúde relacionados à população feminina devido ao fato de que as questões de prevenção e cuidado, socialmente, estarem relacionadas como tarefas das mulheres. Essa mesma lógica leva os serviços a promoverem ações e diálogos entre os profissionais de saúde e os usuários, com isto reproduzindo relações tradicionais de gênero (SCHRAIBER et al., 2010). Essas relações, como observado por Gomes et.al. (2007) e por Nascimento e Gomes (2008), repousam em representações sociais em que os homens são vistos como seres humanos que demandam menos necessidades em saúde do que as mulheres. Tais representações são expressas, por exemplo, na ideia culturalmente implantada de que o homem é o chefe de família e seu provedor, que se dedica ao trabalho e não tende a adoecer, o que pode levá-los ao descuido da própria saúde.

Entender o comportamento dos homens em relação à saúde e observar a dimensão de gênero, ajuda na explicação da maior mortalidade, da menor adesão à prevenção e da menor frequência dessa população aos serviços de saúde (COURTENAY, 2000).

Assim é que um dos grandes fatores que compromete a adesão dos homens aos serviços de saúde, é a grande dificuldade que eles apresentam para reconhecer as suas necessidades. Os homens simplesmente não conseguem se verem adoecidos, pois, estar doente significa, para eles, um sinal de fragilidade (BRASIL, 2008). As principais justificativas deles para não procurarem os serviços de saúde, estão ligadas à sua posição de provedor, que os leva a alegar, por exemplo, a



incompatibilidade horária do funcionamento dos serviços de saúde, que não coincide com os seus horários de trabalho.

Não se pode negar que, historicamente, o homem possui o papel de responsável pelo sustento da família, porém, vale ressaltar que nos dias atuais podemos visualizar a inserção das mulheres de todas as categorias socioeconômicas no mercado de trabalho, e nem por isso elas deixaram de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Em estudo realizado por Moreira et al. (2016) em três municípios de três regiões brasileiras, durante o ano de 2014, envolvendo 18 profissionais de serviços de saúde, os autores obtiveram dos participantes da pesquisa, três grandes estratégias para o atendimento da população masculina, baseada na dificuldade do seu envolvimento no cuidado com a saúde: (1) atendimento no menor tempo, diminuindo a espera e ofertando materiais como preservativos, material de higiene, dentre outros, em troca do estabelecimento de vínculo entre os homens e o serviço de saúde; (2) presença dos profissionais de saúde nos espaços de trabalho dos homens, adaptando linguagens e materiais; e (3) atendimento à demanda específica por contracepção.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Parnaíba/PI com profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, os pesquisadores obtiveram como resultados, que os profissionais apresentam uma visão de masculinidade hegemônica, que acaba se refletindo nas práticas cotidianas dessa população. Além disso, esses profissionais encontram-se deficientes em relação ao conhecimento e à efetivação da PNAISH na sua prática profissionais. No que diz respeito à relação entre homens-serviços, observou-se de forma recorrente nos discursos, a culpabilização dos homens diante dos frágeis vínculos com a Estratégia Saúde da Família (PEREIRA; BARROS, 2015).

A partir da reflexão sobre gênero, masculinidades e suas relações com a saúde, observa-se a influência gerada pelas construções sociais em relação à masculinidade e como elas acabam interferindo nas práticas de uma parcela dos homens, deixando-os mais vulneráveis frente às questões de saúde. A implantação do PNAISH considera importante o empenho de diversos profissionais, mas para isso, é necessário que esses profissionais reconheçam que a saúde dos homens deve integrar as suas práticas diárias (SCHWARZ, 2012).

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade de Saúde localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil. A pesquisa descritiva possui como objetivo, a descrição das características de determinada população ou fenômeno; ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa surgiu na Antropologia quando os pesquisadores com dados quantificados, sentiram a necessidade de interpretações que fossem além do simples dado objetivo. Esse tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, é um tipo de pesquisa que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variações (MINAYO, 2010).

Assim sendo, optou-se pela abordagem qualitativa nesta pesquisa, visto que é a mais adequada para responder aos seus objetivos, que são os seguintes:

- 1) Conhecer os saberes e práticas de homens usuários de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família a respeito de saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 2) Identificar as demandas espontâneas no campo da saúde sexual e reprodutiva dos homens usuários de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família;
- 3) Identificar as ações educativas/orientações recebidas dos profissionais de saúde da Unidade de Estratégia Saúde da Família a respeito da saúde sexual e reprodutiva masculina.

#### 3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário foi composto por uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. Essa Unidade dispõe de seis (06) equipes de Saúde da Família e em cada uma delas, estão os seguintes profissionais: enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde (ACS), técnico de

enfermagem e também o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalta-se que a Unidade ainda conta com nove (09) grupos de saúde.

Na Unidade cenário da pesquisa, foi feito um contato informal prévio da Professora Doutora Adriana Lemos com a profissional responsável, solicitando autorização para a realização da pesquisa no local. Posteriormente, e de acordo com a autorização da mesma, foi-lhe explicado o propósito do estudo.

Antes de ocorrer a construção dos dados, a pesquisadora do estudo realizou uma ambientação no local, a fim de observar o fluxo dos clientes na Unidade.

### 3.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram dez (10) homens heterossexuais, com faixa etária entre 25 a 59 anos, usuários dessa Unidade da Estratégia Saúde da Família e moradores da cidade do Rio de Janeiro. Optou-se pela participação de homens heterossexuais como sujeitos desta pesquisa, por se tratar de uma dissertação de Mestrado, cujo tempo para a sua elaboração é exíguo, o que impossibilitaria incluir os homens homossexuais e bissexuais, considerando que seus depoimentos abrangeriam outros campos de discussão, devido à sua complexidade.

O recorte etário dos participantes deste estudo foi estabelecido através do recorte estratégico adotado pela Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que utilizou a faixa etária de 25 a 59 anos como uma estratégia metodológica, considerando que este grupo etário corresponde a 41,3% da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil, correspondendo à parcela preponderante da força produtiva, assim exercendo um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2008).

De acordo com Sampiere et al. (2013), nas pesquisas qualitativas não é estabelecido como critério o tamanho da amostra, pois é possível acrescentar casos e excluir outros, de acordo com o processo do trabalho de campo. Sendo assim, tendo como intuito embasar o valor científico da pesquisa e respaldar a construção dos dados, foi utilizada para a finalização do número de participantes, a técnica de amostragem por saturação teórica. A técnica em questão consiste em uma ferramenta conceitual, utilizada para respaldar a finalização ou inclusão de sujeitos na amostra da pesquisa, com base na redundância ou na repetição do conteúdo das

falas, considerando os objetivos e o referencial conceitual do estudo (FONTANELLA et al., 2008).

A saturação, segundo Cherques (2009), é o instrumento epistemológico que mostra o momento em que mais nenhum acréscimo de dados e informações ampliará o número de propriedades do objeto estudado. Ou seja, a saturação determina quando as observações deixam de ser necessárias para a compreensão do fenômeno estudado. De acordo com Cherques (2009), no uso prático do critério de saturação, os objetos de estudo são investigados em suas propriedades até o surgimento de um ponto de saturação, momento em que, apesar de se acrescentar novas observações/entrevistas, o número de resposta não irá aumentar, e sim manter-se constante. Turato (2003, p.367) afirma que "a saturação ocorre entre 6 e 15, podendo ser para mais ou para menos."

Dessa forma, seguindo os pressupostos da técnica citada, verificou-se, nesta pesquisa, a ocorrência da saturação teórica (APÊNDICE A) a partir da entrevista de número sete (07), tornando possível observar a repetição das falas sem o surgimento de novos elementos. Destaca-se que a aplicação da técnica de saturação teórica foi realizada somente nas respostas relativas às perguntas abertas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva do homem, ambas descritas no roteiro de entrevista.

### 3.4. CONSTRUÇÃO DOS DADOS

A construção dos dados ocorreu entre 24 de agosto a 26 de outubro de 2017, totalizando dez (10) entrevistas, sendo que a saturação teórica, como foi dito, ocorreu a partir da entrevista de número sete (07). Para a captação dos sujeitos, fez-se uma abordagem junto aos homens que se encontravam na Unidade de Saúde. Ao serem abordados, a pesquisadora apresentava-se como mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e prestava-lhes esclarecimentos sobre o objeto e os objetivos do estudo, além dos riscos mínimos e do direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, assim como de cancelar a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo. Também foi-lhes assegurados a confidencialidade dos dados e o respeito ao anonimato dos sujeitos envolvidos, caso concordassem em participar da pesquisa.

Nas situações em que os homens concordavam com a sua participação como sujeitos do estudo e se enquadravam nos critérios de inclusão (idade e orientação sexual), a pesquisadora realizava a entrevista no mesmo dia. Algumas entrevistas ocorreram em uma sala disponibilizada pela própria Unidade de Saúde, com mesa, cadeiras e ar condicionado; mas, algumas vezes, por não haver salas disponíveis para as entrevistas, outras foram realizadas nos bancos da Unidade, optando-se sempre pelos locais que tivessem o menor número de pessoas possível, sempre perguntando ao participante se ele se importava ou não em realizar a entrevista naquele local.

Algumas dificuldades foram encontradas para que as entrevistas ocorressem, como a recusa dos homens em realizá-las devido à temática abordada e também porque a maioria não quis sair do local de espera da consulta, com receio de perder o atendimento. Ressalta-se que o total de homens que atendiam aos critérios para participar desse estudo, porém recusaram-se foram de treze.

Alguns dos sujeitos abordados não aceitaram ser entrevistados no local em que esperavam o atendimento e, nesses casos, a pesquisadora argumentava que a entrevista poderia ser feita após a consulta. Mesmo assim, os possíveis participantes utilizavam a justificativa de terem compromisso posteriormente, impossibilitando a sua realização. Segundo Luz, Machado, Felipe et al. (2015), isso ocorre muitas vezes devido à sexualidade ser considerada um tabu por uma boa parte da população, além de pouco discutida em todas as faixas etárias e grupos sociais.

O fato de ser uma mulher, realizando entrevistas com homens heterossexuais a respeito de um tema ainda considerado tabu nos dias atuais, pode ter sido um fator que tenha gerado certo receio, timidez e até constrangimento nos possíveis participantes abordados, e naqueles que aceitaram participar da pesquisa, para falar sobre o tema. Foi possível também observar que alguns respondiam direta e objetivamente as perguntas, enquanto outros desviavam o olhar quando questionados. Na maioria dos usuários abordados que não quiseram participar, observou-se que a recusa se fez logo após ser revelada a temática da pesquisa.

A produção dos dados foi realizada com base em um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), dividida em cinco partes. A primeira abordou os dados sociodemográficos do homem; a segunda versou sobre questões relacionadas à Unidade Básica de Saúde, serviços procurados e ações de saúde

voltadas para o público masculino; a terceira enfocou a saúde sexual dos homens; a quarta parte referiu-se à saúde reprodutiva do homem e a quinta e última parte, fez alusão a melhorias na assistência ao homem na Unidade Básica de Saúde onde foram realizadas as entrevistas.

De acordo com Boni (2005), as entrevistas semiestruturadas contém perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado dissertar sobre o assunto proposto. Antes da sua realização, as questões devem ser criadas para, posteriormente, serem aplicadas. A aplicação das questões é muito semelhante a uma conversa informal, cabendo ao pesquisador ser bastante cuidadoso ao realizá-la para que possa dirigi-la quando achar necessária, podendo acrescentar perguntas, caso o entrevistado tenha "fugido" do tema ou as suas respostas não tenham sido compreensíveis.

Esse tipo de entrevista possui como uma grande vantagem, a geração de melhor amostra da população de interesse (BONI, 2005). De acordo com Minayo (2010), a entrevista semiestruturada é uma técnica de construção dos dados que segue um roteiro utilizado pelo pesquisador para que assim seja facilitada a abordagem, assegurando-se que a mesma considere as hipóteses e os pressupostos que serão orientados na conversa.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora apresentou a cada sujeito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) para ser assinado. O documento foi elaborado de acordo com a norma que o regulamenta, em linguagem clara e objetiva, com as informações essenciais para facilitar a compreensão dos sujeitos e, em seguida, lido e assinado. Após a assinatura do TCLE, cada participante recebeu um codinome com a letra "E" (Entrevistado) maiúscula, seguida de números arábicos, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E<sub>1</sub>, E<sub>2</sub>, E<sub>3</sub>...), a fim de garantir-lhes o sigilo e o anonimato. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos e foram gravadas em aparelho de áudio digital com autorização prévia dos participantes, sendo posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora a fim de garantir a fidedignidade das respostas e evitar a perda de qualquer informação relevante para o estudo.

### 3.5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011), por meio da técnica sistematizada da análise de conteúdo temático-categorial, orientada pelo modelo proposto por Oliveira (2008). Posteriormente à realização da leitura flutuante, fez-se o levantamento das hipóteses provisórias do conteúdo analisado e foi iniciada a análise temática com a escolha das Unidades de Registro (UR) por meio de frases. Assim, seguindo as etapas, após as escolhas das UR, foi realizado o levantamento do tema ou Unidade de Significação (US).

Iniciou-se a análise categorial a partir da determinação e quantificação dos temas encontrados, que foram agrupados e deram origem às categorias do estudo, consideradas pertinentes segundo a sua frequência de aparição (OLIVEIRA, 2008). Após observar a técnica sistematizada da Análise de Conteúdo (APÊNDICES D e E), foram encontradas neste estudo 147 UR, organizadas em 14 US que originaram quatro grandes categorias explicitadas a seguir:

- 1. Saberes de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 2. Práticas de homens na saúde sexual e saúde reprodutiva;
- 3. Orientações/Ações de saúde dos profissionais de saúde em relação à saúde sexual e/ou reprodutiva;
- 4. Demandas espontâneas de homens no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva.

### 3.6. ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

A fim de garantir o cumprimento das questões éticas, este estudo foi integrado na linha de pesquisa institucional intitulada: "Saúde sexual e reprodutiva como direito de mulheres e homens na atenção primária à saúde." Teve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIRIO e da SMS/RJ com Pareceres nº 541.462 e nº 527.958, respectivamente (ANEXOS A e B), considerando-se o que prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos.

#### 4. RESULTADOS

As Unidades de Registro ‘método contraceptivo, camisinha, prevenção de IST/HIV, tratamento de IST, realização de exames, e bem-estar na relação sexual’, foram expressadas pelos homens ao responderem à pergunta: “O que você entende por saúde sexual?”. Essas Unidades de Registro geraram três grandes temas, que foram: Método contraceptivo; Tratamento das IST; e Bem estar na saúde sexual.

Em relação ao entendimento desse público ao responderem à pergunta: "O que você entende por saúde reprodutiva?", as UR ‘reprodução, ter filhos saudáveis, realização de exames com foco na gravidez, planejamento reprodutivo, cuidado do homem e da mulher na gestação, orientação sobre gravidez, casal interessado em ter filho, melhor época para reprodução, procura de especialistas pelo homem e pela mulher com foco na gestação, autoconhecimento do corpo pensando na gravidez e problemas que impedem a gravidez’, foram expressadas pelos homens.

Essas UR geraram um grande tema: gravidez. A junção dos temas presentes, no entendimento dos homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, resultaram na **categoria 1** nomeada: *Saberes de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva*.

Os participantes da pesquisa, ao responderem sobre a utilização de método contraceptivo no início da vida sexual e nos dias atuais, geraram as seguintes UR: ‘utilização de preservativo masculino, utilização de anticoncepcional pela parceira, utilização do método tabela’ que, por sua vez, produziram o tema: Utilização de métodos contraceptivos.

Ao serem questionados a respeito de “Como é a relação sexual atualmente?”, as seguintes UR foram produzidas: relação sexual saudável, diálogo entre os parceiros’, gerando o tema: Bem-estar na atividade sexual.

No que se refere às perguntas “Você acha que a sua religião influenciou no início da sua vida sexual?”, e “Você acha que a sua religião influenciou em alguma decisão na vida reprodutiva?”, as seguintes UR foram geradas: religião como influência para questões de reprodução, religião como influência para questões de reprodução, religião como influência para a atividade sexual, produzindo o tema: Influências da religião na prática sexual e/ou reprodutiva.

Em relação às perguntas: “Você acha que os seus conhecimentos sobre saúde reprodutiva interferem na sua prática?” e “Você acha que os seus



conhecimentos sobre saúde sexual interferem na sua prática?”, ambas originaram as UR: ‘influência da Faculdade de Biologia na prática sexual e/ou reprodutiva, influência das vivências na prática sexual e/ou reprodutiva, filhos adotivos, influência para ter filhos, influência dos conhecimentos sobre IST na prática sexual e/ou reprodutiva, influência no uso do preservativo masculino, influência do conhecimento para ter filhos, influência do conhecimento na utilização de preservativo e práticas sexuais, influência do não uso de método contraceptivo, influência da cultura no início da vida sexual e influência dos conhecimentos no cuidado’, que vieram a original o grande tema: Influências na prática sexual e reprodutiva. Todos esses temas compuseram a **categoria 2**, denominada: *Práticas de homens na saúde sexual e saúde reprodutiva*.

Os participantes, ao responderem a pergunta “Você já recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual ou reprodutiva?”, apresentaram as UR ‘Orientação do enfermeiro sobre prevenção de IST’, ‘Orientação do professor sobre prevenção de IST’, ‘Orientação da mãe’, ‘Orientação no trabalho para agente comunitário de saúde sobre IST e planejamento reprodutivo’, ‘Orientação no trabalho sobre saúde sexual’, que originaram quatro temas denominados: ‘Orientação de professores sobre saúde sexual ou reprodutiva; Orientação de pais sobre saúde sexual e/ou reprodutiva; Orientação de profissionais de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva; e Orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva no trabalho do usuário’. Esses temas geraram a **categoria 3**, denominada: *Orientações/Ações de saúde dos profissionais de saúde em relação à saúde sexual e/ou reprodutiva*.

No que se refere às demandas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, as UR ‘Demanda espontânea sobre coloração anormal na ejaculação; demanda espontânea sobre preservativo masculino e demandas relacionadas a testes rápidos, foram externadas pelos participantes e geraram o tema ‘demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva’, que compôs a **categoria 4** denominada: *Demandas espontâneas de homens no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva*.

#### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A primeira parte das perguntas da entrevista estavam relacionadas à caracterização dos participantes, dez homens que, na ocasião da entrevista, residiam na cidade do Rio de Janeiro, eram usuários da Unidade Estratégia Saúde da Família em estudo e apresentavam idades que variaram entre 25 e 57 anos, apresentando média de 34 anos de idade.

Dois participantes encontravam-se com 57 anos de idade no momento da entrevista. Cinco deles estavam na faixa dos 25 anos e três, na faixa dos 30 anos de idade. Sete homens que compuseram o grupo não tinham filhos, dois tinham três filhos ou filhas, enquanto um participante tinha uma filha. A idade dos filhos variou entre cinco e 35 anos. Os três participantes que tinham filhos, afirmaram que estes não foram planejados.

Em relação à naturalidade, seis participantes eram do Rio de Janeiro. Ainda compuseram parte da amostra, dois oriundos de São Paulo, um de Fortaleza e um do Rio Grande do Norte. Quanto à escolaridade, cinco tinham o Ensino Superior Incompleto, um tinha o Ensino Superior Completo e quatro participantes completaram o Ensino Médio. Em relação ao relacionamento conjugal no momento da entrevista, um informou ser casado, dois viviam em união estável, quatro namoravam e três participantes afirmaram estar solteiros no momento da entrevista.

No que dizia respeito à atividade laboral, sete participantes trabalhavam e as profissões eram: dois agentes comunitários de saúde da unidade, um militar, um cozinheiro, um porteiro, um mecânico de refrigeração e um estagiário em auditoria de shopping. Ainda fizeram parte da amostra dois homens que não trabalhavam e se consideravam estudantes. Além disso, um entrevistado era formado em relações internacionais, mas afirmou que não trabalhava.

Quanto à renda familiar, o mínimo foi de 1,5 salários mínimos, e o máximo acima de cinco (5) salários mínimos. Três participantes afirmaram que a renda era acima de cinco (5) salários mínimos; três, de quatro (4) a cinco (5) salários mínimos; dois, de quatro (4) salários mínimos, um ganhava dois (2) salários mínimos e um, 1,5 salários mínimos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – para a definição das classes econômicas, baseado no salário mínimo brasileiro no ano de 2017 (R\$ 937,00).

No que se refere à religião, dois participantes declararam-se agnósticos. A religião Católica apareceu como principal crença, em seis das entrevistas, mas somente um considerou-se praticante. As religiões Espírita e Umbanda / Candomblé, foram citadas como crenças em uma entrevista cada e nenhum deles se considerou praticante. Quanto à autodeclaração relacionada ao quesito cor/raça<sup>2</sup>, cinco homens declararam-se “brancos” e cinco, “pardos”.

Em relação à pergunta “com quem residem?”, três participantes afirmaram morar somente com os pais, dois com amigo, dois com parceira e um filho, dois sozinhos e um somente com a sua parceira.

**Quadro 1** - Variáveis contínuas relacionadas à caracterização dos participantes do estudo

Variáveis	Mínima	Máxima	Média
Idade	25	57	34
Salários Mínimos	1,5	acima de 5	
Pessoas no domicílio	1	3	2,3
Número de Filhos	0	3	0,7

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.2. OS PARTICIPANTES E A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Antes de serem questionados diretamente sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, a pesquisadora dirigiu aos participantes perguntas gerais relacionadas à Unidade Básica de Saúde, serviços procurados e atividades de saúde com foco no público masculino.

A média de tempo de uso dos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde foi de 12 anos, sendo um participante em seu primeiro atendimento e dois com 30 anos de uso. Os dez participantes disseram que se sentiam bem nos

<sup>2</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza as classificações branca, preta, amarela, parda ou indígena. Pretos e pardos, somados, constituem a população negra, de acordo com a classificação utilizada pelo Instituto.

atendimentos. Em relação aos serviços de saúde procurados na Estratégia Saúde da Família, o mais citado, no total de seis, foi a clínica médica; para quatro participantes, o serviço de odontologia; e por três, a vacinação. Três participantes referiram procurar a especialidade médica de ortopedia e dois mencionaram a procura por exames de HIV, hepatites e sífilis, seguidos de apenas uma citação cada para os serviços de otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, cardiologia e neurologia. Ressalta-se que a procura por médicos especialistas é encaminhada ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Este pode ser definido como um sistema *on-line*, que se estende desde a atenção básica até a internação hospitalar, objetivando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Na atenção básica, o encaminhamento ao SISREG acontece após o médico da ESF avaliar a necessidade do cliente ao serviço especializado (PINTO et al., 2017).

A procura, pelos homens, dos serviços de saúde na atenção primária, é muito pequena, e só acontece a partir do momento em que eles apresentam alguma queixa, remetendo à assistência do tratamento da doença, e não às questões de promoção e prevenção da saúde. Esse fato encontra-se relacionado possivelmente ao modelo de masculinidade adotado por grande parte dos homens, no qual eles são vistos como provedores, fortes e invulneráveis ao adoecimento, o que contribui para a ausência do autocuidado (GOMES et al., 2011).

Ao serem perguntados se houve alguma dificuldade na procura desses serviços, sete responderam negativamente, mas houve duas citações em relação à demora em conseguir consultas médicas e em ser atendido. Apenas uma citação abordou problemas como 'exames distantes do local de moradia' e 'demora na marcação de determinados exames'.

Em relação à procura de serviços de saúde no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, seis participantes referiram nunca terem procurado esses serviços. Dentre eles, dois citaram como motivo pela procura, os exames de HIV, sífilis e hepatites; um referiu a coloração do esperma e um, acerca do preservativo masculino.

A respeito dos grupos educativos existentes na Unidade de Saúde, apenas dois participantes afirmaram conhecê-los: um informou os grupos de Planejamento Reprodutivo e Tabagismo, e o outro, apenas o grupo de planejamento familiar. Cabe destacar que esses participantes eram Agentes Comunitários de Saúde.

Com relação à existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), apenas um participante referiu conhecê-la, mas não é somente a população masculina que desconhece essa Política. Em um estudo realizado por Pereira e Barros (2015) em Paranaíba/PI, os autores verificaram que os profissionais de saúde atuantes em uma ESF, também demonstraram escassos conhecimentos acerca dessa política voltada ao público masculino.

E sobre a campanha “Novembro Azul”, seis participantes já ouviram falar, mas nunca procuraram os serviços de saúde para atividades/serviços relacionados a esse mês.

#### 4.3. ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: POSSÍVEIS FORMAS DE ATRAIR O HOMEM PARA A UNIDADE DE SAÚDE

Ao final das entrevistas, os participantes foram questionados em relação às possíveis melhorias que os Serviços de Saúde poderiam realizar para o atendimento ao público masculino. A maioria, um total de seis, referiu que deveria haver maior divulgação de informações aos homens sobre a importância do cuidado com a saúde levando-os, assim, a uma conscientização. Um participante referiu que as Igrejas e as grandes mídias seriam uma boa opção para a divulgação da necessidade dos homens cuidarem de si e procurarem a unidade de saúde.

A campanha “Novembro Azul” foi citada por dois participantes como uma campanha que deveria ser melhor explicada e divulgada junto aos homens, além de serem abordados outros temas de saúde a essa população, e não só a prevenção do câncer de próstata, que é apresentada com maior ênfase durante o mês da campanha, o que se confirma com o estudo de Modesto et al. (2018), que debate o rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem durante aquele mês. Nesse mesmo estudo, observa-se uma crítica ao “Novembro Azul” e ao rastreamento, que propõe não ser resolutivo para o desafio que a saúde dos homens representa para serviços preocupados com a integralidade e equidade dessa população.

Ademais, um desses participantes citou que o PNAISH deveria ser divulgado durante esse mês, para que a população soubesse da sua existência. Outros dois participantes referiram que deveria haver mais campanhas de saúde com foco nos homens, assim como ocorre em relação às mulheres e crianças.

Um participante referiu que a presença do profissional de saúde do gênero masculino, deixaria o usuário homem mais à vontade para falar sobre a sua saúde. Além disso, esse mesmo participante mencionou que os profissionais de saúde, independente do seu gênero, deveriam apresentar um olhar holístico ao paciente, não tratá-lo como um protocolo a ser seguido, e sim, buscar enxergar a singularidade de cada indivíduo.

Uma das formas de atrair os homens aos serviços de saúde, seria abordando o tema "relação sexual" que, de acordo com um dos entrevistados, é um assunto de interesse dessa população. Outro participante referiu que as temáticas saúde sexual e reprodutiva deveriam ser abordadas mais frequentemente com o público masculino, da mesma forma como acontece com a população feminina.

O fato de a questão cultural ser relacionada com o não cuidado do homem com a sua própria saúde, foi citada por um dos participantes. Em relação ao homem só procurar as unidades de saúde quando se encontra em situação crítica, não buscando a prevenção por não gostar de cuidar da sua saúde, também foi citada por um entrevistado. Nesse sentido, diversos autores já demonstraram que entender o comportamento dos homens em relação à saúde e que observar a dimensão de gênero, ajuda na explicação da maior mortalidade, menor adesão à prevenção e menor frequência dessa população nos serviços de saúde (COURTENAY, 2000).

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. CATEGORIA 1

#### *SABERES DE HOMENS SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA*

Inicialmente, para conhecer os saberes dos homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, foi indagado aos participantes do estudo o que eles entendiam por essa temática. Foi possível observar, em algumas respostas, demonstrações de comportamento que revelavam possível timidez ao falarem desse tema, como o desvio do olhar e sorrisos discretos, o que era esperado, por se tratar de uma mulher realizando entrevista com homens sobre um assunto ainda cercado de tabus.

As UR 'método contraceptivo, camisinha, prevenção de IST/HIV, tratamento de IST, realização de exames e bem estar na relação sexual', foram expressadas pelos homens ao responderem à pergunta: "O que você entende por saúde sexual?".

Em relação ao entendimento desse público ao responderem à pergunta: "O que você entende por saúde reprodutiva?", as UR 'reprodução, ter filhos saudáveis, realização de exames com foco na gravidez, planejamento reprodutivo, cuidado do homem e da mulher na gestação, orientação sobre gravidez, casal interessado em ter filho, melhor época para reprodução, procura de especialistas pelo homem e pela mulher com foco na gestação, autoconhecimento do corpo pensando na gravidez e problemas que impedem a gravidez', foram citadas pelos homens. Destaca-se que essa categoria obteve o total de 51 UR.

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados Direitos Humanos, vistos como universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados desde 1948, segundo a Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (CORREA et.al., 2003). De acordo com leis nacionais e documentos internacionais, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos foram reconhecidos como Direitos Humanos (BRASIL, 2013).

Um dos grandes marcos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos aconteceu em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, quando se transcendeu os conceitos relacionados a esse campo, discutindo-os numa perspectiva que ultrapassava os limites do biológico e a superação do enfoque puramente demográfico (BRASIL, 2010; SILVA, 2013).

Essa Conferência deu início à formulação do conceito de saúde reprodutiva, sendo este conceito bastante abrangente, incluindo aspectos relacionados à vida sexual, aos direitos reprodutivos, à assistência à saúde e à saúde sexual (ALVES et al., 2011).

Ressalta-se que antes da inserção da saúde sexual nos documentos de Cairo e Beijing, essa questão foi motivada devido à crise de pandemia de HIV-AIDS existente na época, desta forma fazendo com que a saúde sexual fosse um objeto de definição pela OMS (GIFFIN; COSTA, 1999).

Conforme Correa e Petchesky (1996), os direitos reprodutivos apresentam uma entre tantas estratégias que visam uniformizar as colocações entre os homens e mulheres na sociedade. Assim, para iniciar a discussão em relação aos saberes dos homens sobre saúde sexual, devemos primeiramente rever a definição sobre saúde sexual:

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45)

A ONU, em 2002, lançou o seguinte conceito de direitos sexuais:

(...) Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p.53)

Diversas políticas foram desenvolvidas ao longo da história do SUS apresentando o foco para grupos específicos. Nesta perspectiva, em 2008, a PNAISH foi criada com o objetivo de nortear as ações de saúde e estimular o autocuidado dessa população específica, além de reconhecer a saúde como um



direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008). A saúde sexual, a saúde reprodutiva e a paternidade, ao serem associadas em ações de saúde pela PNAISH, ampliam a proposta de melhoria das condições de saúde do homem com a necessidade de se pensar nas questões de gênero.

As políticas públicas que se encontram voltadas para o público masculino colidem, para sua implementação, com as questões culturais. Para se obter sucesso na PNAISH, é fundamental refletir acerca das distintas masculinidades existentes, além da inclusão dos profissionais de saúde durante essa reflexão (TONELI et al., 2011; GOMES, 2012).

O entendimento dos homens sobre a saúde sexual revelou quatro temas. O primeiro deles foi a prevenção de IST/HIV, vinculada ao método contraceptivo que recebeu maior atribuição, o que pode ser observada nas falas a seguir:

[...] Olha eu acho principalmente assim, métodos contraceptivos, dessa parte assim de prevenção. É importante assim, preservativo e contraceptivo também [...] (E1)

[...] Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, AIDS [...] (E3)

Um dos pontos que constituem a definição de Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p.45) em relação à saúde sexual, encontra-se na "(...) habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis", confirmada pelos entrevistados desta pesquisa como um dos saberes em relação ao tema, ao associarem a prevenção das IST/HIV. Rocha (2012) afirma que a prevenção das IST também encontra-se relacionada à saúde sexual.

A relação entre a saúde sexual e a prevenção de IST/HIV é confirmada através da pesquisa realizada por Coelho et al. (2016), quando os participantes homens, ao serem questionados em relação à saúde sexual, associaram-na com questões de prevenção de gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis.

Ademais, uma pesquisa realizada com homens, em Portugal (BARBOSA, 2012), corrobora o estudo devido à associação de 99,4% dos participantes, que escolheram o preservativo masculino como o principal método para a prevenção das IST, o que se confirma em estudo recente, realizado com homens caminhoneiros, em Itabaiana/SE, concluindo que 96% dos entrevistados consideraram o

preservativo como o melhor método para evitar a transmissão de IST (SANTOS et al., 2018). A associação entre o uso do preservativo masculino com a prevenção das IST, pode ser observada através da fala abaixo:

[...] Ah, o primeiro pensamento sobre saúde sexual, seria a prevenção de doenças não é?, relacionadas às DST, usar camisinha [...]. (E6)

Um dos indicadores de morbidade e mortalidade dos homens, apresentado pela PNAISH, são as Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008; NETO et al., 2013). Ribeiro et al. (2016) realizaram um estudo em que os participantes homens, apesar de citarem aspectos relacionados à sexualidade, não estabeleceram diretamente uma relação entre a procura dos serviços de saúde e a prevenção de IST/AIDS. De acordo com Siqueira et al. (2011), para que os homens entendam os riscos apresentados em relação às IST e ao HIV, é necessário que haja ações de educação em saúde com foco na promoção, prevenção e tratamento das mesmas, direcionadas a essa população.

O segundo tema apresenta a relação entre bem estar na saúde sexual. Uma das falas relaciona a saúde sexual ao bem-estar, reforçando a importância de orientações em relação a essa temática, o que ocasiona segurança no participante ao realizar o ato sexual; e a outra unidade de registro refere a orientação em relação ao preservativo, que apareceu de forma explícita, como observado abaixo:

[...] seria um bem estar em relação à atividade sexual, tanto na parte de orientação quando eu precisasse, quanto no bem estar no ato de fazer com segurança, de me sentir bem fazendo, sem nenhum tipo de insegurança, em todas as áreas, como a de preservativo, quanto de informação eu estar suprido [...] (E2)

[...] Primeiro a qualidade de vida, não é? Tem uma necessidade de você estar bem até mesmo para sentir-se bem, sexualmente falando, engloba muito [...] (E9)

Corrêa, Alves e Januzzi (2006) fazem referência à saúde sexual e à possibilidade de experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, tendo como base a autoestima, implicando numa abordagem positiva da sexualidade humana e do respeito mútuo durante as relações sexuais. Todas essas questões abordadas encontram-se relacionadas ao bem estar na saúde sexual, o que se confirma nas falas expostas anteriormente pelos participantes, compondo um dos

saberes de homens nesse campo.

A ausência de doenças também foi apresentada como um saber, estando relacionada ao bem estar na saúde sexual. A capacidade de homens e mulheres para dispor e expressar a sua sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, encontra-se como parte da saúde sexual, de acordo com Corrêa, Alves e Januzzi (2006).

[...] Entendo por estar bem não é? com a sua saúde, sem nenhuma doença  
[...] (E4)

Associações entre o bem estar na saúde sexual com a autoidentificação e as diversas formas de se sentir e se manter bem, foram abordadas nas falas seguintes, o que se comprova o que disseram Corrêa, Alves, Januzzi (2006), autores que referem a relação entre essas questões com a saúde sexual, que valoriza a expressão da identidade própria da pessoa, as relações pessoais, além de incluir o prazer e estimular a determinação pessoal, a comunicação e as relações.

[...] Ah, é com o que você se identifica, o que faz se sentir bem [...] (E8)

[...] Ah, a pessoa se manter bem, para mim é isso, a pessoa sempre se manter bem em relação a você mesmo [...] (E10)

A valorização, promoção e incentivo ao autoconhecimento, os valores, a forma de ver e viver a vida e as relações com outras pessoas e a identificação das suas potencialidades e dificuldades em diversas ordens, encontram-se ligados diretamente à qualidade de vida e à saúde das pessoas (BRASIL, 2013).

O terceiro tema fez referência ao tratamento das IST. A atenção primária apresenta um grande papel no tratamento dessas doenças, que devem ser realizados nessas Unidades por meio da abordagem sindrômica, apresentada pela OMS e pelo Ministério da Saúde como a estratégia recomendada. Em estudo realizado em seis capitais brasileiras com homens e mulheres que procuraram clínicas de IST, encontrou-se uma prevalência de 51%, sendo 14,4% em relação às doenças bacterianas e 41,9%, às virais (ARAÚJO et al., 2015).

Na fala abaixo, encontramos o tratamento das IST relacionado à saúde sexual, o que é confirmado por Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p.45) na definição

de saúde sexual como sendo a “(...) obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva (...)”.

[...] porque uma vez o tratamento sendo feito, você diminui o risco de transmissão [...] (E5)

Em estudo realizado recentemente por Santos et al. (2018), a respeito do conhecimento dos homens acerca das IST e as suas formas de transmissão, os autores obtiveram como resposta presente em todas as entrevistas, a AIDS; apenas 46,6% referiram a hepatite, corroborando outro estudo realizado em Recife/PE e em São Paulo/SP, quando se identificou a hepatite e outras IST ainda pouco conhecidas pelo público masculino (GARCIA et.al., 2010). Esses estudos permitem refletir que o tratamento das IST, as formas de transmissão, os sinais e sintomas, métodos contraceptivos existentes, devem ser incluídos nas orientações dos profissionais a esse público, visto que a população masculina apresenta pouco conhecimento em relação a essa temática.

No decorrer das entrevistas, a fim de conhecer os saberes dos homens sobre saúde reprodutiva, os participantes do estudo foram indagados a respeito do que entendiam por saúde reprodutiva.

Unidades de registro como ‘reprodução, ter filhos saudáveis, realização de exames com foco na gravidez, cuidado do homem e da mulher na gestação, orientação sobre gravidez, casal interessado em ter filho, melhor época para reprodução, procura de especialistas pelo homem e pela mulher com foco na gestação, autoconhecimento do corpo pensando na gravidez e problemas que impedem a gravidez’, foram expressadas pelos homens ao responderem a pergunta: "O que você entende por saúde reprodutiva?" A gravidez foi o tema que recebeu maior atribuição, vinculada à saúde reprodutiva, aparecendo em todas as entrevistas.

Reverendo a definição de saúde reprodutiva através do Programa de Ação do Cairo, apresenta-se no capítulo VII, parágrafo 7.2, o seguinte:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve

fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. (Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. Cap. VII, parágrafo 7.2, p. 62)

No Brasil, o entendimento relacionado com a saúde reprodutiva, é quase o mesmo que o da definição anterior, já que teve algumas modificações, como podemos visualizar a seguir:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, 2010, p.15)

Nas entrevistas realizadas neste estudo, o entendimento dos homens em relação à saúde reprodutiva não obteve tal variação como o da saúde sexual, sendo unânime a menção da palavra *filho*, que apareceu nas dez entrevistas realizadas. Os participantes fizeram a citação ao casal precisar ser saudável para gerar uma criança, o que confirma a pesquisa de Coelho et al. (2016), que obtiveram a mesma correlação:

[...] um casal interessado em ter um filho, e assim o rapaz ir no urologista, e a mulher no ginecologista, e a mulher tem que saber se entender, porque às vezes o casal fica tentando e tentando, e não sabe, e às vezes a mulher é infértil, ou o cara é infértil [...] (E1)

[...] Ter filhos, não é?, saudáveis [...] (E4)

[...] Todo cuidado que se tem para se gerar um filho, Se reproduzir de maneira saudável. O cuidado tanto do homem, quanto da mulher em acompanhar isso, e fazer exame sempre de acompanhar a saúde dessa gestação, por exemplo [...] (E5)

[...] se reproduzir com consciência, não é? Fazer seus exames anuais para saber se você realmente está com saúde para poder seus filhos nascerem saudáveis[...] (E7)

Segundo Villela (2000), para que o indivíduo apresente saúde reprodutiva, é necessário que lhe seja garantido o direito da decisão de ter ou não filhos e acesso

aos métodos contraceptivos. Informações para auxiliar na sua escolha também devem ser apresentadas, assim como o estímulo e a responsabilidade do homem na esfera reprodutiva e sexual, e também a sua incorporação nas ações oferecidas neste contexto.

Ao analisar as questões de gênero, compreendemos que a partir do sexo com o qual nascemos, as qualidades e diferenças construídas através do meio social e cultural, apontarão o ideal para homens e mulheres. Essa construção varia de acordo com o momento histórico, com a sociedade e a cultura, e transcende as relações hierárquicas de poder onde os jogos de força e dominação se colocam, atribuindo aos homens uma posição social privilegiada (SCOTT, 1995; CONNELL, 1995; KIMMEL, 1998; GOMES, 2008).

O entendimento sobre saúde reprodutiva apresenta como propósito, retirar a total responsabilidade de reprodução associada à mulher, passando a ser considerada como um direito tanto do homem como da mulher em se reproduzir de forma segura, sem que haja qualquer tipo de violência e coerção (VILLELA, 2000), reafirmado por Correa e Petchesky (1996), que apresentam como uma das estratégias dos direitos reprodutivos, a uniformização das colocações entre homens e mulheres na sociedade.

Apesar de nos últimos anos terem ocorrido mudanças no universo masculino em relação à saúde sexual e reprodutiva (RIBEIRO, 2011), o planejamento reprodutivo ainda se apresenta como uma atribuição das mulheres, enquanto os homens tendem a escapar dessa responsabilidade (CARRARA; FARP; RUSSO, 2009; PENNAFORTE et al., 2010). Confirma-se, assim, o resultado do estudo realizado por Ribeiro et al. (2017), em que os homens entrevistados não participavam de programas de planejamento reprodutivo e nem mesmo sabiam se havia um programa desse tipo no município. Outras pesquisas apontam que essa também é uma realidade existente em outras culturas (KABAGENYI et al., 2014).

Estudo realizado por Ribeiro et al. (2017) em Unidades Básicas de Saúde de três municípios de regiões brasileiras distintas, todas voltadas para a saúde do homem e a promoção da paternidade participativa, comprometida com o cuidado e a saúde sexual e reprodutiva, teve como resultado na região Sul o desenvolvimento do 'pré-natal masculino', implementado desde 2011 como proposta para a inclusão dos homens no pré-natal de suas parceiras, ocasião em que foram ofertadas consultas e realização de alguns exames laboratoriais para esse público. A preocupação com a

saúde da mãe e do bebê encontrava-se presente nessa estratégia, porém, o protocolo de atendimento mostrou que esse mesmo cuidado não era apresentado quando se referia aos exames específicos para os homens como, por exemplo o PSA, nos casos em que esses homens apresentavam idade superior a 40 anos.

Na região Sudeste, a inclusão do homem se dá em duas formas: a primeira é através do pré-natal do parceiro, desde 2011, e a segunda, através do Programa de Planejamento Reprodutivo, desenvolvido desde a publicação da Lei nº 9.263, de 1996. Destaca-se que o pré-natal do parceiro, juntamente com suas parceiras, é realizado por um profissional ginecologista que exerce uma função instrumental na promoção do cuidado da mãe e do bebê (RIBEIRO et.al., 2017).

Neste processo, os homens passam pela aferição da pressão arterial, pela pesagem e por alguns exames laboratoriais básicos, tais como os sorológicos. No que diz respeito ao planejamento reprodutivo, a inserção ocorre quando o casal apresenta a vontade da realização da vasectomia. Da mesma forma como a ação realizada na região Sul, o homem deve estar presente no sistema por um curto período, que se estabelece entre o começo do processo e a realização da cirurgia, que varia em torno de 90 dias. Na finalização do processo, os homens novamente poderão estar fora do sistema.

No Nordeste, os homens são os alvos e os sujeitos da ação, e o nome desta envolve a masculinidade e a força que é desenvolvida para atrair, inserir e cuidar dessa população na Atenção Básica de Saúde. Diferente das ações citadas anteriormente, naquela região a ação é realizada em uma única Unidade de Saúde, maior e mais central, durante dois dias do mês (RIBEIRO et.al, 2017).

Devido a essa singularidade, os Agentes Comunitários de Saúde e suas ações são fundamentais na mobilização dos homens para esses dias específicos, quando eles realizarão a coleta de sangue para os exames laboratoriais, a consulta médica e participarão da roda de conversa com temas variados. Pelo fato de não ser associado ao pré-natal ou ao planejamento reprodutivo, o retorno desse homem ao serviço de saúde dependerá do vínculo criado com os profissionais (RIBEIRO et.al, 2017).

A execução dos direitos reprodutivos é algo recente e considerado fundamental para que mulheres e homens possam ter autonomia e acesso à saúde, com serviços de qualidade que apresentem os preceitos éticos de respeito à vida, à confidencialidade, à privacidade e à dignidade humana, apresentando também o

acesso à informações, a fim de que as escolhas e decisões relacionadas à contracepção e concepção, sejam realizadas de forma livre, compartilhada e responsável pelo casal (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). A importância do acesso às informações relacionadas à gestação e à segurança gerada por esse acesso, foi referida por um dos participantes, como se pode observar abaixo:

[...] Se eu tiver a informação de tudo em relação a gestação, a cuidados, todo esse tipo de coisa, não só o ato que pode vir depois. É, acho que é isso, principalmente em relação a segurança, a quantidade de informações que eu tenho para poder me sentir à vontade para fazer aquilo [...] (E2)

É importante que os profissionais de saúde conheçam e considerem os aspectos dos contextos de vida familiar, social, cultural e econômico de cada usuário homem fazendo, assim, com que este público torne-se mais presente nos serviços de saúde, a fim de garantir a promoção da saúde em todos os campos mas, principalmente, com o objetivo de terem uma vida sexual e reprodutiva informada, segura, satisfatória e saudável. Garantir o espaço dos homens nas ações de saúde gera um avanço para alcançar, de fato, a equidade de gênero na saúde sexual e reprodutiva (LEITE et al., 2016).

Os serviços de saúde no campo da saúde sexual e reprodutiva voltados ao público masculino, podem ser desenvolvidos de forma individual ou em grupo. O importante é que a promoção ao conceito de igualdade entre homens e mulheres seja exposta a esse público.

## 5.2 CATEGORIA 2

### *PRÁTICAS DE HOMENS NA SAÚDE SEXUALE NA SAÚDE REPRODUTIVA*

Para conhecer as práticas de homens na saúde sexual e na saúde reprodutiva, foi indagado aos participantes do estudo sobre a utilização de métodos contraceptivos no início da vida sexual e atualmente; como é a atividade sexual atualmente; se há alguma influência da religião na saúde sexual e/ou reprodutiva; e a influência dos conhecimentos na prática sexual e/ou reprodutiva.

As UR 'utilização de preservativo masculino, utilização de anticoncepcional pela parceira e utilização do método tabela' foram expressadas pelos participantes ao responderem sobre o método contraceptivo no início da vida sexual e nos dias atuais. Essas UR produziram o tema 'utilização de métodos contraceptivos'.



Ao serem questionados a respeito de “como é a relação sexual atualmente?”, as seguintes UR foram produzidas: ‘relação sexual saudável e diálogo entre os parceiros’ gerando, assim, o tema: ‘bem estar na atividade sexual’.

As respostas às perguntas: “Você acha que a sua religião influenciou no início da sua vida sexual?”, e “Você acha que a sua religião influenciou em alguma decisão na vida reprodutiva?”, geraram as seguintes UR: ‘religião como influência para questões de reprodução, religião como influência para questões de reprodução e religião como influência para a atividade sexual’, produziram o tema ‘influências da religião na prática sexual e/ou reprodutiva’.

Em relação às perguntas: “Você acha que os seus conhecimentos sobre saúde reprodutiva interferem na sua prática?” e “Você acha que os seus conhecimentos sobre saúde sexual interferem na sua prática?”, originaram as UR: ‘influência da faculdade de biologia na prática sexual e/ou reprodutiva, influência das vivências na prática sexual e/ou reprodutiva, filhos adotivos, influência para ter filhos, influência dos conhecimentos sobre IST na prática sexual e/ou reprodutiva, influência no uso do preservativo masculino, influência do conhecimento para ter filhos, influência do conhecimento na utilização de preservativo e práticas sexuais, influência do não uso de método contraceptivo, influência da cultura no início da vida sexual e influência dos conhecimentos no cuidado’, originaram o tema ‘influências na prática sexual e reprodutiva’. Destaca-se que essa categoria obteve o total de 80 UR.

Inicialmente, para identificar as práticas dos homens em relação à saúde sexual, os participantes da pesquisa foram questionados em relação à utilização do método contraceptivo no início da vida sexual. Eles responderam que iniciaram a vida sexual entre 17 e 22 anos, sendo a média de 19 anos. Dentre eles, oito referiram ter utilizado o preservativo masculino na sua primeira relação sexual. Desses oito participantes, sete relataram que o início da vida sexual foi com parceira não fixa, sendo que apenas um referiu ter sido com parceira fixa (namorada).

De acordo com alguns autores, a maioria dos jovens refere já ter utilizado algum tipo de método contraceptivo no início da vida sexual, porém, alguns fatores os levam ao abandono do uso ou à mudança do método utilizado, corroborando o presente estudo. O preservativo masculino tende a ser o método mais utilizado no início da vida sexual e, posteriormente, a pílula (ALVES; LOPES, 2008; MARINHO et al., 2009; TRONCO; DELL’AGLIO, 2012), sendo que neste estudo este padrão se repete com homens adultos.

Vale ressaltar que apenas um dos participantes, do total de oito, referiu diretamente que não sabia se a parceira utilizava algum método contraceptivo, e outro que desconhecia se a parceira utilizava contraceptivo, uma vez que ela havia solicitado o uso do preservativo masculino na ocasião. Apenas um dos participantes citou ter utilizado o preservativo masculino com o objetivo de prevenção das IST e da gravidez. Vilella (2006) revela que a utilização do preservativo masculino vem aumentando entre os adolescentes, inclusive na primeira relação sexual.

[...] Eu usei camisinha, porque não tenho esse pique para viver em adrenalina, acho que a vida já dá muita adrenalina em si para ficar nisso de gravidez, DST (risos). E acho que ela usava contraceptivo [...] (E1)

[...] Camisinha. [Ela usava alguma coisa, ou você não sabia?] Não, não usava, mas a própria pediu também, solicitou camisinha na época. [...] (E2)

A utilização do preservativo masculino no início da vida sexual é confirmado por Pirotta e Schor (2004), ao referirem que nas relações casuais e no início dos relacionamentos sexuais com uma nova parceira, o preservativo masculino é o principal método utilizado pelos adolescentes.

As práticas sexuais dos jovens também são consideradas prioritárias pelas políticas públicas em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006). Nesse sentido, as diretrizes implantadas pelo Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, buscam executar ações voltadas especificamente à educação e à saúde sexual e saúde reprodutiva dessa população, o que também se confirma através da PNAISH (2008) ao abordar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos em diversas fases etárias do ciclo vital masculino, tais como o dos adolescentes e dos adultos jovens. Destaca também que os integrantes desse grupo devem ser reconhecidos como sujeitos daqueles direitos, sendo-lhes disponibilizadas informações e métodos contraceptivos.

Ainda em relação a essa pergunta, um participante referiu o início da vida sexual com a atual esposa, não havendo utilização de método contraceptivo, e outro que referiu ter sido com a parceira fixa da época, mas também não utilizaram nenhum método. Quanto às relações sexuais atuais, sete participantes referiram ter parceiras fixas (namorada ou esposa), dois não tinham parceira fixa e um alegou não ter relação sexual atualmente.

Quatro participantes que apresentaram parceiras fixas referiram não usar o preservativo masculino por motivos distintos, tais como: a esposa não menstruar

mais; o fato de ter uma parceira fixa não gerar necessidade de utilizar algum método contraceptivo; e a responsabilidade das parceiras em utilizar a pílula anticoncepcional, sendo utilizado o preservativo masculino quando a parceira apresentava alguma queixa em relação ao medicamento.

Ressalta-se que métodos contraceptivos como Dispositivo Intrauterino (DIU), camisinha feminina, diafragma, espermaticidas e vasectomia, não foram citados pelos participantes do estudo. Além disso, os métodos comportamentais como muco cervical, temperatura basal e sintotérmico também não foram mencionados, sendo feita referência somente à tabelinha. Toda população deve ter acesso à oferta dos métodos com informações, aconselhamento, acompanhamento e escolha individual e das técnicas anticoncepcionais cientificamente aceitas, desde que não impliquem em risco à saúde e atendam as necessidades e circunstâncias de vida de cada um (BRASIL, 2010).

[...] Sim, a parceira usa no caso o medicamento anticoncepcional, toma com frequência, e no caso de qualquer dúvida, se houver conversa e diálogo sobre isso, e tiver alguma pane, é usado o preservativo. [...] (E2)

[...] Não, porque não é necessário mais, da parte dela não é mais necessário nenhum método. [Por que?] Pela idade, que ela não menstrua mais. [...] (E6)

[...] Só ela que usa anticoncepcional. Às vezes eu uso o preservativo, se ela tiver com alguma queixinha, ela fala para eu usar. [...] (E7)

[...] Eu tenho um conceito de que para eu fazer, ter o ato sexual, tem que ser uma pessoa que eu tenha segurança, sinta firmeza para não ter essa preocupação [...] (E9)

Cabral (2017) refere que a contracepção tem o foco quase que exclusivo sobre as mulheres, como se a gravidez e a contracepção também não viessem a interferir junto aos homens. Antes do surgimento dos anticoncepcionais orais, os métodos eram, sobretudo, masculinos, tais como o preservativo ou o coito interrompido. No entanto, ao final da década de 60, essa situação muda devido à maioria dos métodos contraceptivos serem dirigidos às mulheres, o que gerou uma diminuição da participação masculina nesse cenário, o que vem a se confirmar nesta pesquisa, como se pode visualizar nas falas dos participantes acima.

O cenário cultural de maior responsabilização das mulheres pela contracepção e a correlata minimização da participação dos homens no assunto, evidencia as assimetrias de gênero na esfera da reprodução (CABRAL, 2017, p. 1095). Espera-se que a saúde sexual, a saúde reprodutiva e a paternidade, ao

serem associadas em ações de saúde pela PNAISH (2008), possam modificar as condições de saúde do homem e pensadas numa perspectiva de gênero.

Alguns estudos apontam que os relacionamentos estáveis geram a não utilização do preservativo masculino, o que se confirma com essa pesquisa. O fato de os homens possuírem apenas um(a) parceiro(a) gera, nessa população, um entendimento de que se encontram livres da contaminação por IST. A proteção no ato sexual remete os participantes a uma questão de libertinagem e promiscuidade, pois, aquele que precisa de proteção, não possui um(a) parceiro(a) fixo(a) (ARDUINI; SANTO, 2013; DOURADO et al., 2015).

Estudo realizado por Ribeiro, Silva e Saldanha (2011) com mulheres adolescentes do estado da Paraíba, em relação às questões que influenciam na vulnerabilidade às IST e à gravidez não planejada, concluiu que o principal fator que interfere na não utilização constante do preservativo masculino, pode se encontrar associado às variantes do significado da relação afetivo-sexual. As autoras referem como uma das variantes, a utilização do preservativo somente nos relacionamentos sem parceiras fixas, contudo, no relacionamento com parceiras fixas, o afeto, a confiança, o tempo de relacionamento, o medo de perder o(a) parceiro(a), a questão da fidelidade do parceiro fixo e da monogamia, gera nos envolvidos no relacionamento, um sentimento de segurança que se reflete na opção de não utilizá-lo.

A pesquisa de Nepomuceno (2015) também verificou que a confiança gerada nos relacionamentos duradouros, é um fator que influencia na decisão de não utilizar o preservativo.

Os dados de estudos anteriores vão ao encontro dos resultados desta pesquisa, na qual foi possível perceber que quatro, dentre os participantes da pesquisa que não utilizaram o preservativo masculino, tinham parceiras fixas, sendo elas a namorada ou a esposa.

Dentre os sete entrevistados que disseram ter alguma parceira fixa, dois responderam que o método de contracepção utilizado pela parceira, era a pílula anticoncepcional. Esse resultado mostra que a responsabilidade da mulher em relação à contracepção/concepção, ainda se encontra presente.

Considera-se, nesse contexto, diversos fatores que interferem na não utilização do preservativo, como a confiança no(a) parceiro(a), relacionamento estável, falta de informação e da disponibilidade do método e nível de escolaridade

(KERGOAT, 2009; WASSERMAN et.al., 2012; ANJOS et.al., 2012). De acordo com Pirotta e Schor (2004), a falta de importância com a utilização do preservativo masculino em relacionamentos mais duradouros e estáveis, é substituído pelo uso da pílula anticoncepcional.

A responsabilidade do planejamento reprodutivo na atualidade, ainda se apresenta vinculada à mulher (CARRARA; FARO. RUSSO, 2000; PENAFORTE et al., 2010), apesar das mudanças que surgiram nos últimos anos em relação ao universo masculino, nos campos da saúde sexual e reprodutiva (RIBEIRO, 2011). Kabagenyi et al. (2014) apontam que essa também é uma realidade existente em diferentes culturas.

Na década de 70, a prevenção simultânea das IST e da gravidez, foi definida pela OMS como dupla proteção. Esse conceito consistia no uso combinado do preservativo masculino ou feminino com outro método anticoncepcional (BRASIL, 2010). Observou-se, nesta pesquisa, que esse tipo de proteção não foi utilizada pela maioria dos participantes, tendo sido referido por somente três entrevistados. Vale ressaltar que o uso exclusivo do preservativo masculino, foi citado por dois participantes.

No que diz respeito à dupla proteção, os métodos referidos foram o preservativo masculino e o anticoncepcional oral. Destaca-se que um desses entrevistados apresenta parceira não fixa, e outros dois, parceira fixa. A não adoção da dupla proteção pela maioria dos participantes desta pesquisa confirma-se com o estudo realizado por Nepomuceno (2015), em que apenas uma das participantes referiu a dupla proteção. Seguem-se depoimentos a respeito:

[...] Camisinha, e ela usa anticoncepcional, isso eu tenho certeza (risos). [...]  
(E1)

[...] Hoje por eu ter uma parceira fixa, no caso a gente utiliza a camisinha, e ela utiliza do remédio mesmo [...]. (E3)

Infere-se que os serviços e os profissionais de saúde devem incentivar a dupla proteção, a fim de garantir a prevenção das IST/HIV/AIDS, além da gravidez não planejada (BRASIL, 2010).

Durante as entrevistas, dois participantes associaram a relação sexual ao bem estar gerado pelo diálogo nas suas práticas. De certa forma, essas falas são

distantes do padrão cultural masculino de conversar sobre essas questões e também da “não preocupação” com a contracepção, de uma forma participativa .

[...] É tranquilo, é bem saudável, não é?. Ela é minha amiga mesmo, e a gente acaba tendo uma vida sexual mais ativa mesmo por causa disso, e a gente é bem mente aberta em relação a isso, conversa sobre tudo, essas coisas [...] (E1)

[...] É bom, é seguro. Há conversa em relação ao tipo de preservativo, de segurança em relação ao fazer, há um cuidado de ambas as partes. [...] (E2)

Influências da religião na saúde sexual e reprodutiva, também foram expressadas pelos participantes, sendo as mais citadas aquelas relacionadas ao campo da saúde reprodutiva, no total de cinco, enquanto no campo da saúde sexual, foram apenas duas. A religião, associada a outros fatores, torna-se uma instância de influência na vida de quem a ela adere. Essa influência relaciona-se com o contexto histórico e cultural, com intensidades e formas distintas (CERQUEIRA, 2008).

No seio das religiões, a sexualidade sempre foi questão de reflexão. Quando distanciada do contexto da reprodução, passava a ser tratada pelos religiosos como algo não natural e proibido, como se a sexualidade não fizesse parte da natureza humana, ou como se o ato sexual tivesse como único objetivo, a reprodução da espécie. Para algumas correntes religiosas, é apresentado um Deus punitivo, que condena os que buscam satisfação pessoal, como se o sexo não fosse também para o prazer (LEITE, 2017).

Os participantes, quando indagados sobre a influência que a religião apresenta na sua vida sexual e reprodutiva, demonstraram que em certa medida, a religião católica exerce influência nas suas vidas, como se vê nas falas a seguir:

[...] Sim, ela dá uma base, eu acho, dá um entendimento, ajuda um pouco na compreensão sim. Não é o principal fator, acho que é uma coisa mais intrínseca isso, mas influencia sim. [Como seria essa influência?] Em relação ao que é família, é uma base do que é saudável, do que é seguro para uma criança caso venha a acontecer de ter. Acho que funciona como uma referência, não é? [...] (E2)

[...] Influencia bastante. [Como?] É ela diz que eu tenho que me casar, então agora estou tentando seguir essa linha, deixar de ser pecador [...] (E8)

[...] A partir do momento que eu iniciei essa vida, essa atividade sexual, vamos dizer assim, eu sempre estive ali, com uma só pessoa. E aí veio o filho não é?, e a gente provocado pelo ensinamento da religião eu assumi toda e qualquer responsabilidade [...] (E9)

A Igreja apresenta-se como mantenedora de normas e condutas éticas e morais, delimitando aos seus integrantes uma série de comportamentos entendidos como saudáveis, tentando englobar todo o universo de atuação do indivíduo na sociedade, entendendo que a religiosidade é capaz de oferecer os desdobramentos necessários à resolução de quaisquer problemas (MENESES; SANTOS 2013).

O fato de não se ter religião, também gera influências na prática da saúde sexual, como abaixo citado:

[...] Ah! acho que me deixou um pouco mais livre pra ter relações sexuais com as pessoas, pelo menos sem essa moralidade da religião, de pode ou não pode [...] (E5)

Influências dessa situação na prática reprodutiva, também pôde ser observada na fala desse mesmo participante:

[...] Não sei te responder, não sei. Acho que não (silêncio). Bom influencia porque me deixa mais livre, mas (silêncio). É acho que influencia nesse sentido. Não ter religião, por exemplo, eu considero ter um filho com uma amiga, por exemplo, sem ser parceiro dela. Inclusive eu pretendo ter filhos assim, e não ter religião influencia, se eu tivesse uma religião, não estaria pensando nisso [...] (E5)"

Com base no que acreditam ser saúde sexual e reprodutiva, eles responderam de forma similar à influência dos seus conhecimentos nas suas práticas referentes à saúde sexual e reprodutiva, sendo que as influências nas práticas sexuais receberam maior atribuição. Questões como estabilidade financeira, amadurecimento e estar casado, foram citadas pelos participantes como influências na saúde reprodutiva, sendo essa associada à questão de ter filhos.

Através do embasamento em algumas teorias de fertilidade, Liefbroer (2005) identificou cinco possíveis relações no impacto de se ter um filho. Nessa lista encontram-se as oportunidades de carreira, o poder econômico, o sentimento de segurança, a relação com o parceiro e a autonomia individual, como os cinco possíveis custos e recompensas para se gerar um filho. Ressalta-se que esse estudo, além das bases teóricas, utilizou uma amostra significativa de 1.204 participantes.

As cinco possíveis razões relacionadas à geração de um filho, de acordo com Liefbroer (2005), confirma-se neste estudo, como se pode observar nas falas que se seguem:

[...] Pretendo sim, quando eu estiver casado eu quero sim [...] (E4)

[...] Acho que envolve muitas outras coisas em que eu preciso exatamente me sentir mais seguro, como financeiro, é maturidade, pra poder de fato permitir que isso aconteça [...] (E2)

[...] Eu teria daqui a uns 3, 4 anos, mas ai depende de emprego não é? (risos) Queria ter daqui uns 3,4 anos se a situação financeira permitir, porque está difícil [...] (E5)

Matias e Fontaine (2013) desenvolveram um estudo em Portugal, onde as interferências relacionadas ao estilo de vida atual, como liberdade, autonomia, carreira profissional e estabilidade emocional, foram referidas como motivos para não se ter um filho, o que remete às razões frisadas por Liefbroer (2005) em seu estudo, e que também foram confirmados nesta atual pesquisa.

Em relação às influências na saúde sexual, questões relacionadas com a vivência, cultura, qualidade da relação sexual, segurança com a parceira e conhecimento em relação às IST, foram expostas pelos participantes como influências na sua prática sexual.

Em estudo realizado por Santos et al. (2018) com homens caminhoneiros, a maioria dos participantes apresentou um conhecimento adequado em relação às IST e HIV/AIDS, principalmente em relação às formas de prevenção e transmissão; porém, apesar desse conhecimento, a sua prática mostrou-se divergente, visto que um número considerável dos participantes já havia adquirido alguma IST, além da baixa adesão apresentada ao uso do preservativo masculino com parceiras fixas, o que se confirma nesta pesquisa, visto que apesar de um dos participantes referir que os seus conhecimentos interferiam em relação às IST, anteriormente ele havia citado não utilizar o preservativo masculino com a sua parceira fixa.

[...] Ué, devido à alguns conhecimentos, principalmente em relação à algumas doenças sexualmente transmissíveis. Mesmo utilizando o preservativo, fica, não hoje, mas ao decorrer da minha vida, sempre ficou aquele receio de haver alguma coisa, algum problema em relação a algum tipo de doença, por isso usava o preservativo, para evitar isso [...] (E2)

As relações sexuais sofrem diversas influências, tais como normas, valores cristãos, cultura, política e economia, o que fez com que a mulher, ao longo da história, só viesse a praticar a atividade sexual após o casamento (VIEIRA et al., 2016), fato que se confirma na fala abaixo, em que o participante refere que na sua cidade natal, para se ter relação sexual era necessário estar casado. Isso ocasionou



a prorrogação do início da sua vida sexual, visto que este não queria se casar ainda jovem.

[...] Porque onde eu morava no Ceará, era bem difícil, se você tivesse relação, você teria que casar, e eu não queria casar cedo [...] (E7)

A influência dos relacionamentos estáveis, mais uma vez, mostra o seu impacto na não utilização do preservativo masculino. O fato de se possuir apenas uma parceira fixa, gera nos homens o entendimento de não haver a possibilidade de adquirir alguma IST. A proteção no ato sexual remete os participantes a uma questão de libertinagem e promiscuidade, pois, aqueles que precisam de proteção não possuem uma parceira fixa (ARDUINI SANTO, 2013; DOURADO et al., 2015).

[...] Para eu fazer, ter o ato sexual, tem que ser uma pessoa em que eu tenha segurança, sinta firmeza para não ter essa preocupação [...] (E9)

Gagnon (2006) afirma que a sexualidade é influenciada por padrões culturais e históricos, desta forma, o comportamento sexual de um indivíduo ou da coletividade é diversificado, de acordo com sua cultura e época, variando com os atributos sociais das pessoas implicadas e suas relações sociais. É um processo aprendido, possibilitado não por impulsos instintivos ou biológicos, mas por se inserir em roteiros sociais complexos, específicos de determinados contextos culturais e históricos (GAGNON, 2006). Para este mesmo autor, “não temos um comportamento sexual biologicamente nu, mas uma conduta sexual socialmente vestida”. Ou seja, “o comportamento sexual é constituído socialmente, de modo que se transforma em conduta sexual” (GAGNON, 2006, p. 406), desenvolvida por roteiros sexuais que vão variar em função de seu contexto.

Desta forma, o uso da camisinha no roteiro sexual observado neste estudo, apresenta-se no início do relacionamento e conforme ele vai se estabelecendo e estabilizando, deixa de fazer parte da rotina do casal.

A qualidade do ato sexual também foi exposta por um dos participantes como uma influência na vida sexual, como exposto na fala a seguir:

[...] à medida que eu tenho esse ato sexual, se não tiver a qualidade do ato, eu acho vai se tornar uma coisa que não vai fluir bem [...] (E9)

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é definida como

(...) a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, do contexto, da cultura e dos sistemas de valores, nos quais a pessoa vive, tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (OMS, 1995, p. 1405)

De acordo com Cardoso (2004), o conceito definido pela OMS em relação à qualidade de vida, parece estar relacionado a diversas dimensões, tais como autoestima e bem estar pessoal, que abrangem diversos aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o suporte social e familiar, o estado de saúde, os valores éticos, morais e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as atividades diárias e o ambiente em que se vive.

### 5.3 CATEGORIA 3

#### *ORIENTAÇÕES / AÇÕES DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE SEXUAL E/OU REPRODUTIVA*

Nesta categoria, os participantes foram questionados se, em algum momento, já haviam recebido alguma orientação de profissionais da saúde no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva. Vale ressaltar que essas orientações/ações de saúde não poderiam ser obtidas através de demandas diretas, ou seja, demandas expostas pelos usuários para o profissional de saúde.

Os participantes, ao responderem a pergunta “Você já recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual ou reprodutiva?”, apresentaram as UR ‘orientação do enfermeiro sobre prevenção de IST’, orientação do professor sobre prevenção de IST’, ‘orientação da mãe’, ‘orientação no trabalho para agente comunitário de saúde sobre IST e planejamento reprodutivo’ e ‘orientação no trabalho sobre saúde sexual’. Destaca-se que essa categoria obteve o total de 5 UR. Mesmo com poucas unidades de registro é uma categoria de total importância para identificação da atuação dos profissionais de saúde frente as orientações no campo da saúde sexual e reprodutiva, sejam de forma coletiva ou individual.

O primeiro nível de atenção à saúde, através do SUS, é a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada para os serviços de saúde (JÚNIOR et al., 2015). Em 1994, o Ministério da Saúde concebeu para esse fim, a Estratégia Saúde da Família (ESF), como é nomeada nos dias atuais. O objetivo do

MS foi a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o antigo modelo tradicional de assistência, no qual o foco era orientado para a cura de doenças. A atenção que se encontra centrada na família e é entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de Saúde da Família terem uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que vão além do ato de curar doenças (XAVIER et al., 2008).

Apesar de a proposta da ESF trabalhar com a promoção de saúde e a prevenção de doenças, através do desenvolvimento de estratégias que atendam aos diferentes grupos (PAIVA, 2012; MOURA, 2014), apenas um dos dez participantes deste estudo referiu ter recebido orientações relacionadas à saúde sexual e/ou reprodutiva, sem ter sido através de demanda direta, e esta corresponde ao primeiro tema dos quatro revelados nesta categoria. Essa orientação foi realizada pelo enfermeiro, quando abordou as IST. Vale ressaltar que a orientação citada pelo participante ocorreu em outra Unidade de Saúde e não naquela em que a pesquisa foi realizada, como se constata na fala abaixo:

[...] Sim, sim! Hoje não, aqui não, mas já recebi em outro lugar orientação de enfermeiro sobre prevenção de DST [...] (E5)

É possível observar que, tradicionalmente, o público masculino não apresenta as suas especificidades reconhecidas, além de não fazerem parte dos grupos que usualmente são mais assistidos pela Atenção Básica (MOURA et al., 2014), o que se comprova através deste estudo, visto que apenas três, dentre os participantes, referiram ter sido orientados de forma espontânea por algum profissional de saúde, no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva.

De acordo com Leitão e Araújo (2005), existe a necessidade de serem realizadas ações de prevenção específicas voltadas para o público masculino, necessidade confirmada por Queiroz, Braga e Ximenes (2006, p. 410), segundo os quais "recomenda-se que a prática de enfermagem preventiva, através da educação em saúde, valorize o cenário ambulatorial e a formação de grupos comunitários".

A recomendação dos citados autores apresenta um distanciamento existente entre o que é priorizado pela PNAISH no atendimento aos homens, que é a promoção da saúde envolvendo o modo de vida desse sujeito, de forma singular e único, e as necessidades aludidas por Leitão e Araújo (2005). Nesse sentido,

corroborando o que disseram esses autores, Alves (2005) afirma que educar para a saúde implica transcender a assistência curativa, gerando a importância de se realizar intervenções preventivas e promocionais.

A PNAISH também recomenda que os adolescentes e adultos jovens sejam reconhecidos como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos e que a eles sejam disponibilizados informações e métodos contraceptivos (BRASIL, 2008).

Nenhuma organização será capaz de realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento do público de adolescentes e jovens e, por isso, devem ser realizadas parcerias, como as da escola (BRASIL, 2005). Os professores, em cooperação com os profissionais de saúde, poderão desenvolver diversas ações abrangendo tanto rapazes e moças, mas, principalmente os rapazes, que quase não procuram os serviços de saúde, sendo essa uma oportunidade para se falar sobre os riscos de IST/AIDS, gravidez precoce, atividade sexual desprotegida e violência, dentre outros assuntos, como foi referido por um participante deste estudo, mas sendo a orientação realizada pelo professor somente durante a época da escola. Essa orientação corresponde ao segundo tema desta categoria:

[...] Na época da escola, muito, muito relapso assim, de usem camisinha pra não contrair AIDS, mais nada, isso do professor, de alguém da saúde não [...] (E3)

A PNAISH (2008) destaca que, em casos de ocorrência de uma gravidez envolvendo adolescentes e adultos jovens, deve-se garantir condições para que a paternidade venha a ser vivenciada de forma responsável. Ademais, segundo a PNAISH, a paternidade não deve ser vista de forma a ser evitada junto a esse público, e sim, que estes devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não somente de acordo com a percepção do profissional de saúde que os assistem.

Dentre alguns pontos prioritários a serem desenvolvidos na comunidade escolar, encontram-se os temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, tais como a prevenção das IST/AIDS e a promoção da saúde sexual. Ainda nessa mesma política, consta que nas Unidades Básicas de Saúde devem ser realizadas ações em relação a esses temas, tais como:

1. Realizar consultas clínicas; 2. Encaminhar para as referências, se necessário; 3. Incluir adolescentes e jovens nas ações coletivas, individuais

de prevenção e acompanhamento de DST/AIDS, se for necessário; 4. Ofertar e/ou encaminhar para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites; 5. Fornecer preservativos sem barreiras, (independentemente de estar cadastrado no programa da UBS ou ter prescrição médica, entre outros entraves burocráticos); 6. Disponibilizar métodos anticoncepcionais de emergência; 7. Reforçar a dupla proteção; 8. Realizar aconselhamento, priorizando os passos de reflexão sobre o contexto de vulnerabilidade de adolescentes e jovens; 9. Incluir os/as adolescentes e jovens nas ações coletivas e individuais de planejamento sexual e reprodutivo; 10. Orientar os pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e à autonomia do adolescente; 11. Verificar as razões da recusa de adolescentes em terem os pais na consulta sobre saúde sexual se for o caso. (BRASIL, 2013, p. 37)

Essa mesma política pontua as ações a serem realizadas nos casos de gravidez, que são:

1. Realizar consultas clínicas, incluindo o pré-natal e puerpério; 2. Realizar exames de rotina, incluindo dois testes para HIV; 3. Incluir os adolescentes nas ações de planejamento sexual e reprodutivo; 4. Incentivar a formação de grupo de adolescentes grávidas incluindo seus parceiros. (BRASIL, 2013, p. 38)

Dyson (2010), Hyde (2010) e Wight (2013) referem que os pais ainda são os principais educadores no que se refere à sexualidade dos seus filhos e, por isso, devem estar preparados para assumir esse papel. Pode-se dizer que a família é o espaço seguro e de proteção de seus membros, sendo ela responsável pelo seguimento dos valores éticos e morais aos adolescentes, com o intuito de guiá-los durante a vida toda. Cabe à família orientar, discutir e desfazer as principais dúvidas que possam surgir, além de buscar identificar e tratar os possíveis tabus e medos que ocorrem nessa fase (BULUT et al., 2009; WIGHT et. al., 2013).

Porém, o que se pôde perceber foi uma grande dificuldade da expressão dos pais, representada por um dos participantes, que referiu ter sido orientado por sua mãe em relação a essa temática, apesar da dificuldade em se manter um diálogo em casa sobre o assunto. Este corresponde ao terceiro tema da presente categoria:

[...] Em casa, minha mãe me dava um pouco a noção, mas não vou dizer que minha mãe, meus pais, foram os melhores nisso, não. Não que eles foram os piores, mas é um assunto meio delicado, não é? [...] (E1)

Segundo Needham et al. (2010), a partir do momento em que a família não consegue cumprir o papel de educar os filhos em relação ao assunto, essa educação é geralmente transferida para a escola. A abordagem desse tema no

ambiente escolar, normalmente é voltada para as questões da biologia dos corpos, anatomia e reprodução humana. Ademais, os mesmos autores referem que, quando se tem a ausência dos pais nessas questões, tanto o papel da escola como o dos profissionais da saúde tornam-se decisivos, principalmente quanto ao esclarecimento de temas relacionados à contracepção e à prevenção de doenças, o que se pôde observar no depoimento acima, que referiu ter sido orientado em relação ao campo da saúde sexual e/ou reprodutiva também no ambiente escolar, e de outro participante que relatou ter sido orientado em relação a essa temática somente na escola, com foco na prevenção da AIDS.

O diálogo entre pais e seus filhos adolescentes, representaria uma grande influência nos índices de contaminação por IST/AIDS nesse público, mas a adoção de uma postura conservadora, em que se opta por não iniciar um diálogo subjetivo sobre sexualidade com seus filhos encontra-se, muitas vezes, relacionada ao receio de que eles iniciem uma vida sexual precoce após a conversa ou se distanciem dos jovens por vergonha em debater a temática sexualidade (SANTOS et al., 2016).

Houve orientações/ações de saúde por profissionais de saúde no ambiente de trabalho de dois entrevistados, um dos quais exerce a função de Agente Comunitário de Saúde. Estas orientações correspondem ao quarto e último tema da categoria.

O Agente Comunitário de Saúde tem um papel estratégico junto à saúde da família, isto porque é considerado, de acordo com Malfitano e Lopes (2009, p. 366), "o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade, bem como aquele que será o principal porta-voz do modelo de saúde que se implementa". A promoção da saúde, a prevenção de doenças e a vigilância à saúde, são algumas das atribuições dos ACS, realizadas nas visitas domiciliares e por meio das ações educativas (BRASIL, 2012).

Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007), os ACS devem ser capacitados em relação aos distintos aspectos do processo saúde-doença e também em relação ao saber biomédico que precisam ser incorporados à sua formação. Além desses, outros saberes que possam auxiliar no processo de interação entre eles e as famílias assistidas, assim como na identificação de suas necessidades, devem ser abordados durante a sua formação.

Observa-se, abaixo, a fala de um dos participantes que faz referência às capacitações realizadas na Unidade Básica de Saúde onde trabalha:

[...] Já houve sim, é algumas palestras sobre DST. [Na unidade mesmo?] Na unidade. [Para vocês, agentes?] Isso, para os agentes. [Em relação a saúde reprodutiva, já houve alguma orientação?] Então mesma coisa, só palestra que já houve para os agentes. [E o que eles abordaram?] É o planejamento familiar em si [...] (E6)

A última citação a respeito das orientações/ações de saúde por profissionais de saúde no ambiente de trabalho, foi em relação à orientação sobre saúde sexual, mas o entrevistado não soube ao certo qual o profissional que o orientou:

[...] Já, mas em curso de trabalho, tipo bombeiro. [Quem te orientou?] Não sei te falar se era o médico, mas era um cara que fazia a função do médico. [E ele te orientou sobre o que?] Isso, da saúde sexual como um todo [...] (E10)

Apesar de a saúde sexual ser um tema de grande importância, que deve fazer parte da Atenção Básica com o intuito de contribuir na qualidade de vida e na saúde da população assistida, as questões relacionadas a essa temática tendem a ser pouco ou, até mesmo, não abordadas com os usuários (BRASIL 2013).

Corroborando as entrevistas realizadas neste estudo, observou-se que as orientações realizadas pelos profissionais de saúde sem serem através de demanda direta no campo da saúde sexual, só foram abordadas por um dos participantes, ressaltando-se que essas orientações não ocorreram no cenário do estudo. As orientações também foram realizadas no ambiente de trabalho de um dos participantes, devido à sua atividade laboral como ACS. Apesar do participante E10 ter referido orientação no campo da saúde sexual, o mesmo não soube ao certo se o profissional que o orientou era ou não da área da saúde.

Quanto às orientações dos profissionais de saúde no campo da saúde reprodutiva, não sendo através de demanda espontânea, somente um dos participantes informou ter sido orientado em relação ao planejamento reprodutivo em uma das atualizações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A importância do profissional de saúde que atua na Atenção Básica em realizar a promoção da saúde sexual e reprodutiva, pode ser observada através de orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 49) no sentido de que

as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

Estudos realizados no município da Região Centro-Sul do Ceará (MACEDO et al., 2016) e na zona sul do município do Rio de Janeiro (CORDEIRO et al., 2017), apontaram que os profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica apresentam pouco conhecimento em relação à PNAISH. Tal cenário gera uma dificuldade para que esta seja colocada em prática devido à falta de capacitação, ocasionando na ausência de realização de ações integrais e efetivas voltadas para a saúde do homem (MACEDO et al., 2016), fato confirmado por Santos (2010) que, em estudo realizado com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município localizado na região Sudoeste do estado da Bahia, obteve como resposta dos profissionais participantes, a ausência da qualificação profissional como uma grande dificuldade para a prestação de serviços de atenção à saúde dos homens.

O estudo de Santos et al. (2010) também observou que as questões relacionadas à ordem estrutural dos serviços de saúde, assim como a visão dos homens em relação à própria saúde junto às questões de masculinidade, são elementos que contribuem para essa ausência de ações de saúde junto a esse público.

As masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente e a sua significação sofre um processo constante de construção e transformação na sociedade. Diversos modelos de masculinidade existem, mas aquele que consegue ser mais admirado, com maior aceitabilidade, reunindo maior poder, pode ser considerado o hegemônico. Neste modelo, destacam-se como eixos estruturantes a heterossexualidade e a dominação (CECCHETTO, 2004; GOMES et al., 2008).

Em relação aos eixos estruturantes da masculinidade hegemônica, ressalta-se a existência de um senso comum que concede à identidade masculina uma imagem de ser forte, protetor, decidido e corajoso. Tais atribuições apresentam-se enraizadas em muitos meios culturais nos quais a educação dos homens, durante a infância, acabam seguindo padrões de oposição de gêneros, visto que são orientados para serem protetores e provedores, além de aprenderem desde cedo que devem suportar suas dores físicas e emocionais (BRAZ, 2005; GOMES et al., 2007).

Foi possível observar nesta categoria que, apesar da existência de uma política de saúde destinada aos homens, que apresenta como um dos principais objetivos a promoção de ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversos contextos socioculturais e político-



econômicos, ainda não são garantidas orientações/ações de saúde no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, tal como é abordado na PNAISH.

Muitas dificuldades comprometem a geração do cuidado ao público masculino e, além disso, a existência de uma política direcionada aos homens, que visa nortear a organização dos serviços a serem ofertados a esse público, não tem sido garantida através de um programa na Atenção Básica de Saúde que o atenda na sua visão de integralidade (SANTOS et al., 2010).

#### 5.4. CATEGORIA 4

##### *DEMANDAS ESPONTÂNEAS DE HOMENS NO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E/OU REPRODUTIVA*

Destacam-se, nesta categoria, as demandas espontâneas relacionadas ao campo da saúde sexual e/ou reprodutiva levadas pelo público masculino à Unidade Básica de Saúde. Os participantes da pesquisa foram questionados, na parte referente à saúde sexual e também à saúde reprodutiva, se já levaram até os serviços de saúde alguma demanda relacionada a esses temas.

As UR 'demanda espontânea sobre coloração anormal na ejaculação; Demanda espontânea sobre preservativo masculino; e 'demandas relacionadas a teste rápido' foram externadas pelos participantes, ao responderem as perguntas citadas anteriormente. A UR 'demandas relacionadas a teste rápido' apresentou a maior atribuição. Destaca-se que essa categoria obteve o total de 11 UR.

Falar sobre a saúde do homem remete à ideia inicial de relacioná-la ao sistema reprodutor, mais especificamente à prevenção do câncer de próstata. Participantes de uma pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2015), referiram as doenças da próstata como motivo para a busca de serviços de saúde, visto que o tratamento utilizado para este tipo de câncer pode levar à disfunção erétil, principal preocupação exposta pelos participantes.

De acordo com Gomes et al. (2011), os homens só buscam os serviços de saúde no momento em que algum problema já se encontra instalado, tornando permanente a visão curativista do processo saúde-doença e, assim, descartando as ações de prevenção e promoção que se encontram disponíveis nos serviços da Atenção Básica.

Schraiber et al. (2010) referem que a busca dos serviços de saúde pelos homens é postergada ao máximo, sendo as razões alegadas a falta de tempo, as

longas filas de espera, a ausência de profissionais da equipe, a falta de medicamentos, a baixa qualificação e o escasso atendimento por falta dos profissionais gerando, assim, os adiamentos de consultas e exames. Além disso, deve-se considerar que esse público possui a 'certeza' da invulnerabilidade e da 'superioridade' diante dos problemas relacionados à saúde, principais causas do baixo interesse em autocuidado.

Observou-se, neste estudo, que os homens ainda estão afastados das Unidades Básicas de Saúde, principalmente no que tange ao campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, visto que apenas quatro, ou seja, 40% dos participantes, referiram ter levado aos serviços de saúde algum problema em relação a esse campo. Vale ressaltar que três dessas demandas encontravam-se relacionadas à prevenção e promoção da saúde e uma, ao problema já existente. Um ponto que pode ser referenciado para a pouca presença dos homens nas Unidades de Saúde, é a ausência de profissionais, programas e campanhas com foco na saúde dessa população. É possível observar que os espaços de saúde apresentam o seu atendimento organizado em torno das mulheres e crianças deixando, dessa forma, os homens menos à vontade nesses locais (MACHIN et al., 2011; SIQUEIRA et al., 2011). Em uma pesquisa realizada na cidade de Parnaíba/PI com profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, observou-se que esses profissionais encontravam-se deficientes em relação ao conhecimento e à efetivação da PNAISH na sua prática profissional (PEREIRA; BARROS, 2015).

Os homens são educados, através do pensamento social, para serem fortes e protetores, ficando evidente a necessidade de esconder qualquer gesto que transmita fragilidade e adoecimento. A dominação masculina nas sociedades, está ligada diretamente às desigualdades de gênero, em que se associam o poder, a força e a virilidade ao padrão de masculinidade (SANTOS, 2010). Compreender a forma com a qual os homens se comportam em relação à sua saúde e observar a dimensão de gênero, ajuda na explicação da maior mortalidade, menor adesão à prevenção e menor frequência dessa população nos serviços de saúde (COURTENAY, 2000).

Um dos objetivos específicos trazidos pela PNAISH (2008, p.31), é o de se "estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde", promovendo no público masculino junto com o Programa Nacional de IST/AIDS, a prevenção e o controle

das IST e da infecção pelo HIV. Observou-se, neste estudo, que a demanda espontânea que mais levou os entrevistados à procura da Unidade de Saúde, foi a busca pelos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites, agravos relacionados ao campo da saúde sexual. Esta demanda foi citada por dois entrevistados:

[...] Só questões de DST mesmo, fazer exames de HIV, sífilis, hepatites e DST. Só essas questões, as únicas coisas foram essas [...] (E5)

[...] Em relação a saúde sexual eu não procuro muito não. Mas agora eu estou fazendo, como tem campanha em dezembro, todo dezembro eu costumo fazer exames que tem aqui gratuito. [Quais exames?] HIV, sífilis, hepatite, faço anualmente [...] (E7)

A Estratégia Saúde da Família apresenta um papel importante na reversão do quadro de IST/AIDS, visto que é nesse nível de atenção que há ações de prevenção e promoção da saúde, além de ser a porta de entrada do SUS cabendo, assim, ações que visem garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população (SAMPAIO et al., 2010). De acordo com Pereira (2017), na atualidade, a PNAISH apresenta a saúde sexual e a saúde reprodutiva como um dos seus eixos prioritários, os quais visam conduzir suas principais ações técnicas e políticas no âmbito dessa gestão.

Este eixo aborda o direito que todos os indivíduos possuem em relação ao planejamento de construir ou não a sua família, além de serem abordadas questões relacionadas com a sexualidade masculina nos campos psicológico, biológico e emocional e aquelas relacionadas às IST/AIDS e aos direitos humanos. No entanto, percebe-se que isto ainda não está incorporado na Unidade em que foi desenvolvida esta pesquisa.

A promoção da saúde tem como objetivo gerar mudanças de comportamento capazes de ajudar camadas mais amplas da sociedade. Reconhecer os homens como um grupo que apresenta a necessidade de ações educativas no campo da saúde, é de extrema importância, tendo em vista que essa população apresenta taxas elevadas de mortalidade, quando comparada às mulheres (LEITE et al., 2010). Observa-se que mais uma das demandas espontâneas levadas à Unidade de Saúde, estava relacionada à promoção da saúde, porém, em outro eixo distinto das falas anteriores, conforme depoimento abaixo:

[...] Uma vez que eu perguntei ao médico sobre camisinha, se estourava ou não e ele me explicou [...] (E4)

Apesar de o preservativo masculino ser distribuído de forma gratuita nas Unidades Básicas de Saúde, ainda é possível encontrar dúvidas em relação ao seu uso, o que se confirma com esta pesquisa. Os métodos contraceptivos deveriam ser discutidos na escola com os adolescentes, em uma parceria entre profissionais das áreas da Saúde e da Educação, o que seria oportuno para alcançar maior proporção de adolescentes com informações capazes de melhorar e divulgar o conhecimento dessa população sobre contracepção (HARTMANN; CESAR, 2013).

A educação em saúde, na qual se busca promover a saúde e prevenir as doenças, integra programas que podem ser utilizados como uma possível estratégia para a redução do absenteísmo e mudança no estilo de vida da população masculina, visto que esse público apresenta uma baixa adesão aos serviços de saúde, além de serem pouco inseridos nas políticas públicas de saúde (LEITE et al., 2010).

As construções sociais acerca da masculinidade geram interferência nas práticas de uma parcela dos homens, deixando-os mais vulneráveis frente às questões de saúde. A implantação da PNAISH considera o empenho de diversos profissionais mas, para isso, é necessário que eles reconheçam a saúde dos homens em suas práticas diárias (SCHWARZ, 2012).

Em relação a um problema já existente, levado como demanda espontânea no campo da saúde sexual, foi citada a procura da Unidade de Saúde após relação sexual anal sem preservativo que ocasionou uma coloração anormal na ejaculação, conforme exposto a seguir:

[...] Então, foi para saúde sexual. Um caso que eu tive relação sexual anal com a minha namorada sem preservativo e ter como resultado disso uma coloração estranha na ejaculação depois, mas nada grave, graças a Deus. Fui tratado, foi somente esse caso [...]. (E2)

A saúde sexual e a saúde reprodutiva não devem ser vistas e pensadas com o foco somente nas mulheres, já que os homens também apresentam demandas relacionadas a esse campo que devem receber atenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2013), o que se confirma na fala acima. Segundo estudos, os serviços da Atenção Primária apresentam dificuldades em exercer as práticas de prevenção e promoção da saúde ao público masculino gerando, assim, uma grande falha no sistema de busca ativa e proteção à saúde por parte do gênero masculino no campo da atenção básica (FONTES et al., 2011). Observa-se, portanto, que os serviços

brasileiros de saúde, principalmente no campo preventivo, ainda estão direcionados às necessidades da população composta por crianças, mulheres e idosos (GOMES et al., 2011).

Apesar da elevada mortalidade masculina, os homens se mantêm procurando menos os serviços de saúde do que as mulheres. Uma justificativa para este fato é a influência dos paradigmas sociais, culturais e de gênero, visto que o cuidado não faz parte da prática de saúde dessa população e, assim, procurar os serviços de saúde poderia ser associado à fraqueza e à feminilidade (PEREIRA; NERY, 2014). Isto se confirma por Machin et al. (2011), que associam o aspecto cultural de ser homem ao modelo de masculinidade idealizada, em que ele se apresenta como forte, viril, exposto a comportamento de risco e distanciado do emocional, contrastando com o perfil da mulher, frágil e sensível, tornando-se um motivo atribuído à ausência desse público nos espaços de saúde. Gomes et al. (2007) identificaram dois motivos pelos quais o público masculino não busca os serviços de saúde, que foram o medo da descoberta de alguma doença grave e a vergonha de expor o seu corpo diante do profissional de saúde.

Como já referido, a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada aos serviços de saúde, destacadamente dirigida aos problemas de saúde relacionados à população feminina, devido ao fato de as questões de prevenção e cuidado estarem relacionados socialmente como tarefas das mulheres. Essa mesma lógica leva aos serviços, ações e diálogos entre os profissionais de saúde e os usuários, culminando na reprodução de relações tradicionais de gênero (SCHRAIBER et al., 2010). Essas relações, como observado por Gomes et al. (2007) e por Nascimento e Gomes (2008), repousam em representações sociais em que os homens são vistos como seres humanos que demandam menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressas na figura culturalmente implantada de que o homem é o chefe de família, provedor, que se dedica ao trabalho e que não tende a adoecer, o que pode levá-los a descuidar da própria saúde.

A visão de masculinidade hegemônica por parte dos profissionais de saúde, pode vir a refletir nas práticas cotidianas junto a essa população. Em uma pesquisa realizada na cidade de Parnaíba/PI com profissionais de uma equipe da ESF, encontrou-se debilidades no que se refere ao conhecimento e à efetivação da PNAISH por esses profissionais, além da visão de masculinidade hegemônica por parte dos mesmos (PEREIRA; BARROS, 2015).

A ESF apresenta uma ampla responsabilidade através da PNAISH, indo além da assistência aos homens, mas também se envolvendo nas orientações aos familiares, com destaque aos jovens e crianças, pois a quebra do preconceito existente na relação do homem com a sua saúde possibilitaria a mudança do seu comportamento, gerando indivíduos que procurassem os serviços de saúde para a prevenção e promoção da saúde e, também, para tratamento de problemas já instalados, sem que houvesse pudor para essa busca (SIQUEIRA et al., 2011).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer melhor a respeito dos saberes e práticas dos homens acerca da saúde sexual e da saúde reprodutiva e das suas demandas nesse campo, possibilitou-nos a reflexão sobre questões pessoais e em relação aos serviços de saúde, que devem ser consideradas no planejamento, execução de atividades e serviços voltados para essa população.

A vinculação da temática abordada continua cercada por tabus, ainda mais quando envolve o sujeito homem, devido à influência cultural e histórica do "ser homem", conhecida como masculinidade hegemônica, que acaba por influenciar essa população até na promoção da saúde e prevenção de doenças, por estarem essas questões culturalmente ligadas ao universo feminino.

Verificou-se que o conhecimento e a percepção acerca da saúde sexual, são traduzidos no âmbito da vida prática dos entrevistados, visto que se observou a estreita relação entre a preocupação de prevenção das IST/HIV relacionada ao método contraceptivo, razão pela qual os participantes, majoritariamente, relataram o uso do preservativo masculino no início da vida sexual que aconteceu também, na maioria das vezes, com parceiras não fixas.

Ainda relacionando a prevenção das IST/HIV com o método contraceptivo, observou-se que os homens que apresentaram parceiras fixas, em sua maioria abandonaram o uso do preservativo masculino por diversos motivos, tais como: a esposa não menstruar mais; o fato de ter uma parceira fixa não gerar necessidade de utilizar algum método contraceptivo e a responsabilidade das parceiras em utilizar a pílula anticoncepcional, sendo utilizado o preservativo masculino somente quando a parceira apresentava alguma queixa em relação ao medicamento, fato esse que remete à responsabilidade do planejamento reprodutivo ainda se encontrar vinculado às mulheres, mesmo após diversas mudanças terem ocorrido no campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva, ao longo do tempo.

Ressalta-se que os métodos contraceptivos expostos pelos participantes, foram somente a pílula anticoncepcional e o preservativo masculino, não sendo mencionados outros tipos de métodos existentes, tais como dispositivo Intrauterino, camisinha feminina, diafragma, espermaticidas e vasectomia. Tal informação leva à atentar para a importância de que os profissionais de saúde ofertem informações e

aconselhamento em relação a todos os métodos existentes e disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde, visando sempre atender as necessidades e circunstâncias de vida de cada um.

Ainda em relação à saúde sexual, a ausência de doenças foi relacionada ao bem estar nesse campo, conforme as respostas dos participantes, além do tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis também terem sido expostas como saberes.

No que diz respeito à saúde reprodutiva, a mesma não obteve tal variação de resposta como a saúde sexual, sendo vinculados os saberes somente às questões relacionadas à gestação. Algumas outras, como estabilidade financeira, amadurecimento e estar casado, foram citados pelos participantes como influências na saúde reprodutiva, sendo essas relacionadas diretamente para que houvesse a geração de um filho.

Outros aspectos que compreendem a saúde sexual e saúde reprodutiva não foram referidos pelos entrevistados, o que sugere pouco conhecimento em relação às temáticas. Assim, verificou-se que deve haver disponibilidade de mais ações dos serviços de saúde que venham a favorecer a participação dos homens nas discussões a respeito desses temas, além da necessidade de os profissionais de saúde começarem a inserir esse público nos atendimentos.

Em nenhum momento foram expostas questões em relação ao orgasmo e prazer. A sexualidade foi exposta por alguns participantes, visto que a mesma faz parte da personalidade de cada ser humano e não se limita somente à atividade sexual, sendo encontrada também na intimidade, no amor e no contato, além de se expressar de diversas formas.

Algumas influências na prática da saúde sexual e da saúde reprodutiva foram expostas pelos participantes. Algumas dessas influências foram associadas à religião. Os participantes informaram que a religião católica exerce grande influência em suas vidas, em questões como base para o conceito sobre o que é família; casar para poder ter uma vida sexual ativa e a responsabilidade que a religião gera no homem ao ter filhos e se encontrar casado.

O fato de não se ter religião, também gera influências na prática da saúde sexual e reprodutiva, como encontrado neste estudo, onde foi referida a maior liberdade para viver uma vida sexual e reprodutiva sem julgamentos.



Em relação às influências na saúde sexual, questões relacionadas com a vivência, a cultura, a qualidade da relação sexual, a segurança com a parceira e o conhecimento em relação às IST, foram expostas pelos participantes como influências na sua prática sexual.

No que diz respeito às demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva, foram relacionadas à coloração anormal do sêmen na ejaculação, ao uso correto do preservativo masculino e aos testes rápidos de HIV, VDRL e hepatites, mesmo não sendo durante as campanhas anuais. Através dessas demandas, observou-se que a procura dos homens pelas Unidades de Saúde vem mudando aos poucos, sendo direcionada também para a prevenção e a promoção da sua saúde, o que se observa no momento em que procuraram a Atenção Básica para os serviços citados anteriormente, exceto a coloração anormal do sêmen na ejaculação, que pode ser referida como uma busca pelo serviço após o problema já se encontrar instalado.

Deve haver nas Unidades de saúde, profissionais, programas e campanhas com o foco nessa população, visto que ao se observar o fluxo de atendimento, constata-se que estes estão organizados em torno das mulheres e crianças. Ademais, os profissionais de saúde devem apresentar um maior conhecimento e efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem durante a sua prática diária, visto que as orientações para esse público ainda são pouco realizadas, menos ainda quando dizem respeito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, o que se comprovou neste estudo ao se observar a pequena quantidade de participantes que receberam alguma orientação do profissional de saúde, de forma espontânea, no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva.

Ao final desta investigação, conclui-se que ainda há necessidade que os profissionais de saúde e gestores mobilizem-se para adequar as ações nos Serviços de Saúde, de acordo com as necessidades apresentadas pelos homens gerando, assim, maior adesão desse público, além de informar-lhes a respeito de tais direitos, de acordo com as orientações presentes na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev 2005.
- ALVES, A.R.; LOPES, M.F.; BARLLETO, M.; BEVILACQUA, P.D. Integralidade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva: Dificuldades da prática profissional. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 22, n.1, p. 195-209, 2011.
- ANJOS, R.D.; SILVA, J.A.S.; VAL, L.F.; RINCON, L.A.; NICHATA, L.Y.I. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n.4, p. 829-37, 2012.
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n. 40, p. 121-32, 2006.
- ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.396-403, mar-abr, 2005.
- ARDUINI J.B.; SANTOS A.S. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 379-83, 2013.
- AVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. S465-S469, 2003.
- BARATA, R.B. Relaçõesde gênero e saúde: desigualdade oudiscriminação?. In: JÚNIOR, V.J.S.; BAGRICHEVSKY, M. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Temas em Saúde Collection, p. 73-94; 2009.
- BARBOZA, R.; KAICKMANN, S.; ROSA, C.E.T.; MEDRADO, B.; DERBLI, M. Saúde do Homem no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 1, p.1-115, ago, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Reto, L.A; Pinheiro, A. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan-jul, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n° 26. Brasília (DF), 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2013.

BULUT, F.; GÖLBASI, Z. The evaluation of communication between adolescent girls and their mothers related to sexual issues. **Gülhane Askeri Tıp Akademisi**. v.8, p. 27-36, 2009.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 658-677, 2009.

CHERQUES, H.R.T. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, n.3, p. 20-27, 2009.

COELHO, A.C.S.; PEREIRA, A.L.; NEPOMUCENO, C.C.; Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.6, p. 2398-2409, set/dez, 2016.

CONNEL, R.W. **Masculinities**: knowledge, power and social change. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, 1995.

CONNELL, R.W.; MESSERSCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis (SC), v. 21, n. 1, p. 241-282, jan-abr., 2013.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, 147-177, 1996.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos Sexuais e Reprodutivos - Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora UNICAMP, p. 17-78, 2003, p. 23.

CORRÊA, S.; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. Direito e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 27-62.

COURTENAY, W.H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. V.; FIGUEIREDO W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 14, n. 33, p.257-70, abril-jun, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

DOURADO, I. MACCARTHY, S. , REDDY, M., CALAZANS, G., GRUSKIN, S. Revisiting the use of condoms in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 18, n. 1, p.63-88, set., 2015.

DUTRA, A.; PEREIRA, A.L. A participação masculina em grupos educativos de contracepção: O olhar da enfermagem. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**. v.1, n. 3, p. 360-371, set/dez, 2009.

DYSON, S. Parents and sex education: parents attitudes to sexual health education in WA schools. Melbourne: **Department of Health, La Trobe University**, 2010.

FERNANDES, M.G.M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 705-10, oct., 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURANO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M.; LEITE, M. C.; FONSECA R. L. S.; SANTOS, L. C. F. S.; NERY, T. C. L. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

GAGNON, J. O uso explícito e implícito da perspectiva da roteirização nas pesquisas sobre a sexualidade (1991). In: \_\_\_\_\_. **Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GARCIA, S., SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 2, p. 9-20, 2010.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 47-57, 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-11, jan-mai, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GOMES, R. Sexualidade e Masculinidade: a trama das palavras. In \_\_\_\_\_. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 59-68.

GOMES R. Apresentação. In: GOMES, R. (organizador). **A Saúde do Homem em Debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2011. p. 11-18.

GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N.; NASCIMENTO, E.F.; REBELLO, L.E.F.S.; COUTO, M.T.; SCHRAIBER, L.B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.983-992, 2011.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. A. A.; SILVA G. S. N.; FIGUEIREDO, W.S. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011.

HARTMANN J.M.; CESAR, J.A. Conhecimento de preservativo masculino entre adolescentes: estudo de base populacional no semiárido nordestino, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2297-2306, 2013.

HERA - Health, Empowerment, Rights & Accountability. 1999. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação**. Disponível em: <[www.iwhc.org/hera](http://www.iwhc.org/hera)>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

HYDE, A.; CARNEY, M.; DRENNAN, J.; BUTLER, M.; LOHAN, M.; HOWLETT, E. The silent treatment: parents' narratives of sexuality education with young people. **Cult Health Sex**, v. 12, n. 4, p. 359-71, 2010.

KABAGENYI, A. et al. 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**, v. 11, n. 1, p. 21, 2014.

KERGOAT D. Divisão Sexual do trabalho e relações sociais de sexo. **Dicionário Crítico do Feminismo**. 2009.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latino-americana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar., 2001.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA, G.S. 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. **Cienc Saude Colet.**, v. 17, n. 10, p.2607-16, 2012.

LEITE, K.L.C. Implicações da moral religiosa e dos pressupostos científicos na construção das representações do corpo e da sexualidade femininos no Brasil. **Cadernos Pagu**. [s.l.] n. 49, p.1-28, 7 dez., 2017.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.101, p. 244-53, abr-jun., 2014.

LIEFBROER, A. C. The impact of perceived costs and rewards of childbearing on entry into parenthood: Evidence from a panel study. **European Journal of Population**. v. 21, n. 4, p. 367-391, 2005.

LUZ, A.C.G.; MACHADO, A.L.G.; FELIPE, G.F. et al. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. **J.res.: fundam. care. Online**, v. 7, n. 2, p..2229-2240, 2015.

MÂCEDO M.A.; RIBEIRO M.T.A.M.; OLIVEIRA F.B.; BEZERRA M.P.E.; LIMA M.F.P.L.; SOUSA P.G.B. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Percepção dos Profissionais da Atenção Básica. **Id on Line Rev. Psic.** v.10, n. 31, p.1-16. Set-Out, 2016.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. DA; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. DOS S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-12, 2011.

MALFITANO, A.P.S.; LOPES, R.E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. **Cad CEDES**, v. 29, n. 79, p. 361-72, 2009.

MARTINS, A.M.; GAZZINELI, A.P.; ALMEIDA, S.S.L.; MODERNA, C.M. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: teoria e prática**. Belo Horizonte: FIOCRUZ, v. 14, n. 2, p. 7487, 2012.

MATIAS M.; FONTAINE, A.M. Desenvolvimento e Validação Factorial da Escala de Motivos face à Parentalidade. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**. v. 23, n.54, p. 9-20, 2013.

MAX, M.O.; DAHER, D.V.; SILVA, J.L.L.; ANDRADE, S.S.C.A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

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

MEDRADO, B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS, 1998. p. 145-162.

MENESES, A.F.S.; SANTOS, E.C. Sexo e Religião: Um estudo entre jovens evangélicos sobre o sexo antes do casamento. **Clínica & Cultura**. v.2, n.1, p. 82-94, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 132 p.

MODESTO, A.A.D.; LIMA, R.L.B.; D'ANGELIS, A.C.; AUGUSTO, D.K. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018.

MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C.R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p.1-10, 2016.

MOURA, E. C.; et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.19, n.2, p. 429-438, 2014.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, 2008.

NETO, F.R.G.X.; ROCHA, A.E.F.; LINHARES, M. S. C.; OLIVEIRA, E.N. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 4, n. 1, p. .1461-1476, 2013.

NEEDHAM, B.L.; AUSTIN, E.L. Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. **J Youth Adolesc**. v. 39, n. 10, p.1189-98, 2010.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enf UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

PATRIOT, T. Apresentação. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994** . Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

PEREIRA, A. Masculinidades e Saúde do Homem. In \_\_\_\_\_. **Saúde dos Homens: Conceitos & Práticas de cuidados**. Rio de Janeiro: Águia de Ouro, 2017. Cap. 2, p. 25-32.

PEREIRA, M.C.A.; BARROS, J.P.P. Públicos masculinos na Estratégia Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 587-598, 2015.

PETCHESKY, R.P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In \_\_\_\_\_. BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (Org). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

PINTO, L.S.; SORANZ, D.; SCARDUA, M.D.; SILVIA, I.M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 22, n.4, p. 1257-67, 2017.

PINTO JUNIOR, E.P.; CAVALCANTE, J.L.M.; SOUSA, R.A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, M.G.C. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**. v.39, n.104, p. 268-278, 2015.



PIROTTA, K.C.M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev Saude Pública**. v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004.

PITANGUY J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.

QUEIROZ, D.T., BRAGA, V.A.B., XIMENES, A.B. Homens portadores do Papilomavírus Humano: reações emocionais na confirmação do diagnóstico. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v.14, n.3, p.405-11, jul-set , 2006.

RIBEIRO, C.R.; GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis [online]**. v.27, n.1, p.41-60, 2017.

RIBEIRO, C. R. GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.11, p.3589-98. 2015.

RIBEIRO, K.C.S.; SILVA, J; SALDANHA, A.W. Querer é Poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **J Bras Doenças Sex Transm**. v. 23, n. 2, p.84-89, 2011.

RIBEIRO, C.R. **Sexualidade, corpo e saúde masculinos**: transformações e permanências nos discursos de homens e da revista Men's Health. 2011. 322 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

RODRIGUES, A. **Sujeitos políticos e Estado laico na construção dos direitossexuais e direitos reprodutivos no Brasil**. Labrys, études féministes/ estudos feministas. 2007.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, C.M.A.; OLIVEIRA, J.D.S.; LIMA, S.V.M.A.; SANTOS, A.D.; GÓES, M.A.O.; SOUSA, L.B. Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 1, p.1-8, 2018.

SANTOS, C.P.; BARBOZA, E.C.S.; FREITAS, N.O; ALMEIDA, J.C.; DIAS, A.C.; ARAÚJO, E.C. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória. v. 18, n.2, p. 60-70, abr-jun, 2016.

SANTOS F.A. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa Saúde da Família, em Jequié/BA** [dissertação]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ UESB; 126 p. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, F. P.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N. DA; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária aos cuidados dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-70, 2010.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2579-88, Oct. 2012.

SCOTT, J. W. Prefacio a Gender and Politics of History. **Cadernos Pagú/ Núcleo de Estudos Gênero – UNICAMP**, Campinas, n. 3, p. 81-103, 1994.

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, p.71-99, 1995.

SCOTT, J.W. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**. Florianópolis (SC), v. 13, n. 1, p. 11-30, jan-mar., 2005.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 2, p.415-28, 2013.

SIGUEIRA F.A.A.; SILVA S.O.; BENEVIDES P.M.; ALMEIDA M.S.B.; LIMA T.N.B.; BISNETO F.P. Promoção e Prevenção à Saúde Sexual Masculina: Desafios das Equipes de Saúde da Família José Pinheiro. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**, v.15, n.2, p.191-200, 2011.

SILVA, S.G. A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília (DF), v. 26, n. 1, p. 118-132, mar., 2006.

SILVA, P.A.S.; FURTADO, M.S.; GUILHON, A.B.; SOUZA, N.V.D.O.S.; DAVID, H.M.S.L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery Rev Enf.**, Rio de Janeiro, v.16 n.3, set., p.561-68, 2012.

SILVA, J.M.Q.; MARQUESLL, P.F.; PAIVA, M.S. Saúde sexual e reprodutiva e Enfermagem: um pouco de história na Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 501-07, jul-ago., 2013.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, n.41, p. 1403-10, 1995.

TONELI, M.J.F.; MEDRADO, B.; TRINDADE, Z.A.; LYRA, J. Paternidades e políticas de saúde no contexto da gravidez na adolescência. . In \_\_\_\_\_ **O pai está esperando? Políticas Públicas de saúde para a gravidez na adolescência.** Florianópolis: Mulheres, 2011.

TONELI, M.J.F. Direitos sexuais e reprodutivos: Algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n.1, Número Especial, p. 151-60, 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VIANNA, C.; FINCO, D. Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 33, p. 265-83, jul-dez, 2009.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. In: ARAÚJO, M.J.O.; SOUZA, M.J.; VERARDO, M.T.; FRANCISQUETTI, P.P.S.N.; MORAIS, R.R.; BONCIANI, R.D.F. et al. Saúde das mulheres - experiência e prática do Coletivo Feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista **Sexualidade e Saúde**, v. 1, p. 23-32, 2000.

VIOTTI, M.L.R. Apresentação. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995.** Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf)>. Acesso em 18 de maio de 2017.

WIGHT, D.; FULLERTON, D. A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 1, p. 4-27, 2013.

XAVIER, A. J.; REIS, S. S.; PAULO, E. M.; D'ORSI, E. Temo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 13, n.5, p. 1543-51, 2008.

# A P Ê N D I C E S

## APÊNDICE A - MODELO DE ESQUEMA UTILIZADO SEGUNDO CRITÉRIOS DE SATURAÇÃO

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	ENTREVISTAS										TOTAL DE RECORRENCIAS
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	
Métodos contraceptivos	<b>X</b>		X		X	X	X			X	6
Tratamento	<b>X</b>				X	X					3
Bem-estar na relação sexual		<b>X</b>		X				X	X	X	5
Gravidez	<b>X</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Exames					<b>X</b>						1
Utilização de métodos contraceptivos	<b>X</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Bem-estar na atividade sexual	<b>X</b>	X							X		3
Influências na prática sexual e reprodutiva	<b>X</b>	X	X	X	X	X	X		X	X	9
Influências da religião na prática sexual e reprodutiva		<b>X</b>			X	X	X	X	X		6
Orientação dos pais sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	<b>X</b>										1
Orientação de professores sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	<b>X</b>		X								2
Orientação de profissionais de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva		<b>X</b>			X						2
Orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva no trabalho do usuário						<b>X</b>				X	2
Demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva		<b>X</b>		X	X		X				4
TOTAL DE NOVOS TIPOS DE ENUNCIADOS EM CADA ENTREVISTA	8	4	0	0	1	1	0	0	0	0	-

Fonte: Dados da própria pesquisa. Critério de Saturação, segundo a sistematização de Fontanella et al., .2011

**Legenda:** Os números colocados representam só o esquema para melhor compreensão do que foi realizado pela pesquisadora. Destaca-se que foi empregada tal sistematização nas perguntas abertas, sendo que **X** (maiúsculo e em negrito) representa um novo enunciado e X (maiúsculo), um enunciado repetido. Ao lado, segue-se a frequência com que o enunciado **X** (casos repetidos) apareceu, e abaixo destaca-se a frequência com que o enunciado X (casos novos) apareceu.

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### I- PERFIL DO USUÁRIO

a) Usuário nº:

b) Idade:

c) Quanto à sua cor/raça, você se considera:

( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

Outra: \_\_\_\_\_

d) Naturalidade:

e) Religião: Praticante? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? ( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Sem Religião

Outra: \_\_\_\_\_

f) Escolaridade:

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino médio completo

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino superior completo

( ) Ensino superior incompleto

g) Estado conjugal:

( ) Reside sozinho, e tem namorada

( ) Reside sozinho e, é solteiro

( ) Reside com o(a) filho(a) e companheira/esposa

( ) Reside somente com companheira/esposa

( ) Reside somente com o/a filho/filha (s)

( ) Reside somente com o(a) filho(a) e tem namorada (o)

h) Ocupação profissional:

( ) Desempregado

( ) Trabalha

Em que trabalha: \_\_\_\_\_

i) Filhos? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

Foi/ Foram desejado (s)? \_\_\_\_\_

- j) Qual é a sua renda familiar?
- ( ) Menor que 1 salário mínimo
  - ( ) De 1 a 1,5 salários mínimos
  - ( ) De 1,5 a 3 salários mínimos
  - ( ) De 3 a 5 salários mínimos
  - ( ) Acima de 5 salários mínimos

## II- PERGUNTAS GERAIS

- a) Há quanto tempo frequenta esta Unidade Básica de Saúde? Como você se sente ao ser atendido nesta unidade? Quais os serviços que você procura na unidade?
- b) Você encontra alguma dificuldade ao procurar esses serviços? Se sim, qual (is)?
- c) Você procura algum serviço em relação à saúde sexual e/ ou reprodutiva? Se sim, qual (is)?
- d) Você conhece algum grupo de saúde na unidade? Se sim, qual (is)? Você já procurou algum? Se sim, qual (is)?
- e) Você sabia que existe uma política para a saúde do homem? (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH)? Se sim, como você ficou sabendo da existência dessa política?
- f) Você já ouviu falar do Novembro Azul? Já participou de alguma atividade relacionada a saúde sexual e/ou reprodutiva do homem no Novembro Azul?

## III- SAÚDE SEXUAL DOS HOMENS

- a) O que você entende por saúde sexual?
- b) Você já procurou algum serviço em relação à saúde sexual? Se sim, qual (is)? Você conseguiu resolver o problema? Você encontra alguma dificuldade ao procurar esses serviços?
- c) Você já recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual (sem ter sido demanda direta)?
- d) Quando foi que você iniciou sua vida sexual? Com quem foi? Como foi? Usou algum método de contracepção?
- e) Você acha que a sua religião influenciou no início da sua vida sexual?
- f) Atualmente, com quem você tem relações sexuais? Como é? Você usa algum método?

- g) Você acha que a sua religião influencia na sua vida sexual atualmente?
- h) Você acha que os seus conhecimentos sobre saúde sexual interferem na sua prática?

#### **IV- SAÚDE REPRODUTIVA DOS HOMENS**

- a) O que você entende por saúde reprodutiva?
- b) Você já procurou algum serviço em relação à saúde reprodutiva? Se sim, qual (is)? Você conseguiu resolver o problema? Você encontra alguma dificuldade ao procurar esses serviços?
- c) Você já recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual (sem ter sido demanda direta)?
- d) Você disse que tem filhos, eles foram planejados? Com qual idade você teve o (os) seu (s) filho (os)? Utilizava algum método de anticoncepção? Se sim, qual?
- e) Já houve alguma situação na sua vida, em que a parceira que você estava/está, engravidou sem ser planejado? O que aconteceu?
- f) Você acha que a sua religião influenciou em alguma decisão?
- g) Você pretender ter filhos ou mais filhos? Utiliza algum método de contracepção? Se sim, qual? Se não, por quê?
- h) Você acha que a sua religião influencia em ter ou não filhos? E em usar algum método de contracepção?
- i) Você acha que os seus conhecimentos sobre saúde reprodutiva interferem na sua prática?

#### **V- MELHORIAS NA ASSISTÊNCIA AO HOMEM**

- a) O que você acha que poderia melhorar no atendimento aos homens nas unidades de saúde da família?



**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada como: "Saúde sexual e reprodutiva como direito de mulheres e homens na atenção primária à saúde" que tem como objetivos: Conhecer a visão dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família sobre DHSR e sua relação com a prática profissional em saúde; Descrever a visão dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família sobre DHSR; Analisar a relação que os profissionais fazem entre os DHSR e sua prática profissional na atenção à saúde sexual e reprodutiva ( concepção, contracepção, ao pré-natal, assistência clínica-ginecológica) dos usuários em seus ciclos vitais; Identificar as ações (individuais e coletivas) voltadas para a saúde sexual e reprodutiva ( concepção, contracepção, ao pré-natal, assistência clínica-ginecológica) analisando-as partir das normativas técnicas do Ministério da Saúde; Conhecer a opinião dos usuário da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de suas necessidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder as perguntas ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa apresenta riscos mínimos a você, pois mesmo sendo garantido sigilo e privacidade na sua entrevista, você irá relatar situações e vivências pessoais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas sobre sua visão sobre este tema da pesquisa. Esta entrevista levará aproximadamente trinta minutos. Suas repostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados serão utilizados apenas nesta pesquisa e divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação poderá contribuir para a melhoria da atenção à saúde da população usuária da Estratégia Saúde da Família.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal e do comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, possibilitando, assim, tirar dúvidas sobre o projeto e a sua participação, a qualquer momento.

---

Pesquisadora Principal

**Adriana Lemos**- adrianalemos@unirio.br; **Tel.:** (21) 9678-5363

**Comitê de Ética em Pesquisa/UNIRIO** - cep.unirio09@gmail.com; **Tel.:** (21) 2542-7771

---

Pesquisadora/Entrevistadora

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Participante da Pesquisa

## APÊNDICE D - QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CORPUS										TOTAL UR	TOTAL CORPUS
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10		
Métodos contraceptivos	03		01		02	01	02			01	10	06
Tratamento	01				01	01					03	03
Bem-estar na relação sexual		07		01				01	02	01	12	05
Gravidez	06	02	02	01	04	03	02	01	01	02	24	10
Exames					02						02	01
Utilização de métodos contraceptivos	03	03	03	03	02	01	02	01	01	03	22	10
Bem-estar na atividade sexual	02	04							01		07	03
Influências na prática sexual e reprodutiva	10	05	02	02	04	03	04		02	02	34	09
Influências da religião na prática sexual e reprodutiva		03			04	02	02	03	03		17	06
Orientação dos pais sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	01										01	01
Orientação de professores sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	01		01								02	02
Orientação de profissionais de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva		01			01						02	02
Orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva no trabalho do usuário						03				02	05	02
Demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva		01		01	02		02				06	04
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>147</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Dados da própria pesquisa. Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático- Categorical: uma proposta de sistematização. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16,n. 4, p. 569-76, 2008.

## APÊNDICE E- QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

TEMAS/ UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	UR TEMA (Nº)	UR TEMA (%)	CATEGORIAS	UR CATEGORIA (Nº)	UR CATEGORIA (%)
Métodos contraceptivos	10	6,8	<b>Saberes de homens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva</b>	51	34,68
Tratamento	03	2,04			
Bem-estar na relação sexual	12	8,16			
Gravidez	24	16,32			
Exames	2	1,36			
Utilização de métodos contraceptivos	22	14,96	<b>Práticas de homens na saúde sexual e na saúde reprodutiva</b>	80	54,4
Bem-estar na atividade sexual	07	4,76			
Influências na prática sexual e reprodutiva	34	23,12			
Influências da religião na prática sexual e reprodutiva	17	11,56			
Orientação dos pais sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	01	0,68	<b>Orientações/Ações de saúde dos profissionais em relação à saúde sexual e/ou reprodutiva</b>	11	7,48
Orientação de professores sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	02	1,36			
Orientação de profissionais de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva	02	1,36			
Orientação do profissional de saúde sobre saúde sexual e/ou reprodutiva no trabalho do usuário	06	4,08			
Demandas espontâneas no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva	05	4,08	<b>Demandas espontâneas de homens no campo da saúde sexual e/ou reprodutiva</b>	05	3,4

**Fonte:** Dados da própria pesquisa. Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático- Categorical: uma proposta de sistematização. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16,n. 4, p. 569-76, 2008.

A N E X O S

## ANEXO A – PARECER DO CEP / UNIRIO

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITO DE MULHERES E HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** Adriana Lemos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 20973913.7.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 541.462

**Data da Relatoria:** 26/02/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Parecer emitido em 25/10/2013. Versão apresentada em atendimento a Recomendação da Co-participante.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Parecer emitido em 25/10/2013. Versão apresentada em atendimento a Recomendação da Co-participante

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Parecer emitido em 25/10/2013. Versão apresentada em atendimento a Recomendação da Co-participante

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Parecer emitido em 25/10/2013. Versão apresentada em atendimento a Recomendação da Co-participante

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Parecer emitido em 25/10/2013. Versão apresentada em atendimento a Recomendação da Co-participante.

#### **Recomendações:**

Não há

Continuação do Parecer: 541.462

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Versão com ajuste do cronograma aprovada. O CEP UNIRIO informa que o protocolo de pesquisa está aprovado.

RIO DE JANEIRO, 25 de Fevereiro de 2014

**Assinador por:**  
**Sônia Regina**  
**de Souza**  
**(Coordenador)**

**ANEXO B – PARECER DA SMS / RJ****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COMO DIREITO DE MULHERES E HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**Pesquisador:** Adriana Lemos**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 20973913.7.3001.5279**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 608.201**Data da Relatoria:** 24/03/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa na Atenção Primária de Saúde com o objetivo de conhecer a visão dos profissionais da ESF sobre o Direito Humano Sexuais e Reprodutivos (DHSR) e a sua relação com a prática diária profissional em saúde. Os entrevistados serão os profissionais e usuários (mulheres gestantes ,pais jovens entre a faixa etária de 18 anos a 24 anos e pais adultos) será realizada nas Unidades da ESF dos Centros Municipais de Saúde Municipal de Saúde Manoel José Ferreira ,no Catete e Chapéu Mangueira- Babilônia no Leme ,ambos na Cap2.1

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer as ações educativas realizadas às gestantes pela equipe da ESF.

Analisar a opinião dos profissionais que desenvolvem ações educativas para gestantes quanto à participação dos pais (jovens e adultos )no acompanhamento do pré -natal e parto e puéperio e sua relação no exercício da paternidade.

Discutir a participação do homem no acompanhamento do pré-natal ,parto e puérperio a partir da Rede Cegonha.

Conhecer a opinião das gestantes sobre as ações educativas .

Identificar as ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva (concepção, contracepção ,ao pré-natal,assistência clínica-genicologica)analizando-as a partir das normativas técnicas do Ministério da Saúde.

Conhecer a opinião dos usuários da ESF sobre o atendimento de suas necessidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No referente aos riscos esse estudo é classificado como mínimo pois utilizará construção dos dados, realizado através de entrevistas, pode haver o constrangimento ao responder que será imediatamente suspensa a entrevista, não tendo intenção de modificar as variáveis fisiológicas, psicológicas benefícios, contribuir para a melhoria da atenção à saúde sexual e reprodutiva

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

trata-se de um projeto de pesquisa de relevância para a área de atenção primária na ESF no Direito Humano Sexual e Reprodutiva

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentado todos os termos obrigatórios

**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto encontra-se sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Abril de 2014

**Assinador por:**  
**Salesia Felipe**  
**de Oliveira**  
**(Coordenadora)**