

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE PSICOLOGIA

TAMIRIS CARDOSO COSTA

**HOMEM COM SAÚDE NÃO AGRIDE MULHER ALGUMA: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS SOBRE A SAÚDE DO HOMEM E A IMPLICAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO**

CRICIÚMA

2022

TAMIRIS CARDOSO COSTA

**HOMEM COM SAÚDE NÃO AGRIDE MULHER ALGUMA: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS SOBRE A SAÚDE DO HOMEM E A IMPLICAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado
para obtenção do grau de Psicóloga no Curso
de Psicologia da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.
Orientadora: Prof. Ma. Dipaula Minotto da Silva

CRICIÚMA

2022

TAMIRIS CARDOSO COSTA

**HOMEM COM SAÚDE NÃO AGRIDE MULHER ALGUMA: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS SOBRE A SAÚDE DO HOMEM E A IMPLICAÇÃO DA ATENÇÃO
BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Psicóloga, no Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Saúde e Processos Psicossociais.

Criciúma, 24 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Dipaula Minotto da Silva - Mestra - Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC - Orientadora

Profa. Ma. Camila Cavaler - Mestra - Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC - Banca examinadora

Profa. Ma. Paola Rodegheri Galeli - Mestra - Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC - Banca examinadora

Dedico este trabalho a todas as mulheres que cruzaram o meu caminho e me mostraram a esperança de um mundo melhor. Em especial, minha mãe, minha maior referência de luta.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dipaula, por me estender a mão e possibilitar o contato com outros conhecimentos, pessoas e lugares. Pelo acolhimento, liberdade e confiança compartilhados que permitiram este trabalho existir. Por ser fonte de esperança e inspiração para mim. Foi um presente te encontrar e poder trilhar esses últimos anos com você!

À minha família que mesmo diante das diferenças, sempre esteve ao meu lado. Ao meu pai, que me ensinou que com disciplina e humildade podemos alcançar outros voos. À minha mãe, que me ensinou que força é sinônimo de bondade e que a maior delas é estar perto de quem amamos. À minha irmã, minha primeira professora, que guiou meus passos e iluminou novos caminhos. Ao meu irmãozinho e minha madrastra, pelo afeto e carinho. A minha cachorrinha, Zoé, que me mostrou como é ser vivente.

Aos meus amigos, por sempre me possibilitarem um espaço de segurança e abrigo. Em especial, Marina, Henrique e Willian, com quem aprendi a respeitar quem sou, com quem cresci e hoje compartilho as melhores lembranças. O apoio diário de vocês me fortalece.

Aos amigos e professores da faculdade, pelas trocas e aprendizados que foram significativos para a minha vida. Aos colegas da extensão, pelas importantes construções e aos colegas de trabalho por ampliarem meu olhar e minha perspectiva de mundo.

Ao meu amor, Diego, por celebrar comigo minhas conquistas.

À banca examinadora por colaborarem e enriquecerem a construção deste trabalho.

Por fim, agradeço a quem me guia espiritualmente pelos caminhos, obstáculos, chegadas e saídas que essa jornada acadêmica me levou. Significa muito mais que um diploma acadêmico. Gratidão a tudo e todos que viveram comigo até aqui!

“Uma revolução feminista sozinha não criará esse mundo; precisamos acabar com o racismo, o elitismo, o imperialismo. Mas ela tornará possível que sejamos pessoas - mulheres e homens - autorrealizadas, capazes de criar uma comunidade amorosa, de viver juntas, realizando nossos sonhos de liberdade e justiça, vivendo a verdade de que somos todas e todos ‘iguais na criação’. Aproxime-se. Veja como o feminismo pode tocar e mudar sua vida e a de todos nós. Aproxime-se e aprenda, na fonte, o que é o movimento feminista. Aproxime-se e verá: o feminismo é para todo mundo.”

bell hooks

RESUMO

A violência de gênero acarreta consequências imponderáveis à vida da mulher. A partir de uma abordagem feminista e interseccional, entende-se que a violência deve ser enfrentada em todos os âmbitos da sociedade. Contudo, no campo da saúde, a discussão da violência como principal causa de agravo à saúde das pessoas, é incipiente. A este fenômeno, analisam-se as categorias de gênero, raça e classe. Ao entender o conceito de saúde alicerçado aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), percebe-se que estas categorias são pouco discutidas quando se pensa na atenção à saúde do homem. Este trabalho tem por objetivo refletir como os profissionais de saúde compreendem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e qual a implicação do serviço no enfrentamento da violência de gênero. O estudo tem caráter qualitativo, com base na Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, compreendendo o discurso enquanto uma estrutura construída socialmente. Como resultado, construiu-se discursos a partir de três ideias centrais, as quais buscaram responder os objetivos desta pesquisa: 1) O homem não pode falhar, mas a mulher que tem o conhecimento da situação de todo mundo; 2) A mulher tem que aprender a se defender porque se ela tiver autoridade, ele vai ficar com medo, mas bem complicado a violência, porque apanha, mas gosta do marido, por uma questão de convivência; 3) Tudo vem lá da prevenção e da orientação, na unidade básica começa pela educação, primeiro com as mulheres, depois com os homens e com os dois. Verifica-se que as representações da saúde do homem são influenciadas pelas noções das masculinidades hegemônicas, as quais afetam os modos de cuidado e atenção em saúde. Prevalecem, desse modo, ações de caráter curativo, os quais desconsideram os determinantes em saúde nos processos de saúde e doença, tendo o discurso biomédico como referência principal. Estes aspectos também afetam a compreensão da atenção aos casos de violência de gênero no campo da saúde, pois, mesmo que os profissionais identifiquem os tipos de violência para além da física, a atenção básica ainda não é porta de entrada para esta problemática. Por fim, as/os entrevistadas apontam a educação em saúde como via de promoção da integralidade em saúde do homem, a partir da intersecção com os debates sobre masculinidades e violências.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Saúde do Homem; Violência de gênero; Representações Sociais; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO - Boletim de ocorrência

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DEAMs - Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECH - Expressões Chave

ESFs - Estratégias de Saúde da Família

ICs - Ideias Centrais

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	16
3.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE	19
3.2.1 Gênero	19
3.2.2 Violência de gênero	21
3.2.3 Violências e Saúde Coletiva	23
3.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	24
3.3 SAÚDE DOS HOMENS	26
3.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens	27
3.3.2 Masculinidades e saúde	28
3.3.3 Vulnerabilização do homem e medicalização do corpo masculino: críticas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	29
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE PESQUISA	32
4.2 LOCAL E SUJEITOS DE PESQUISA	33
4.3 FORAM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
4.4 FORAM OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
4.5 PROCESSOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	34
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE DO HOMEM	37
5.1.1 Por que os homens procuram as unidades de saúde?	39

5.1.2 Qual o papel das mulheres na saúde do homem?	42
5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE, POR TRABALHADORAS/ES DO CAMPO	45
5.2.1 O que é violência de gênero no olhar de profissionais da atenção básica?	46
5.3 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO	51
5.3.1 Qual o papel da atenção básica no enfrentamento à violência de gênero a partir da saúde do homem?	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	63
APÊNDICE A: Carta da aprovação do CEP / UNESC	64
ANEXOS	65
ANEXO A - Roteiro de entrevista	66

1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre a saúde do homem e violência de gênero no campo da saúde ainda é incipiente. A partir dos anos 1970, iniciaram-se debates desenvolvendo a relação entre homens e saúde. No Brasil, essas discussões se materializaram nos últimos vinte anos, aproximadamente, principalmente após o trabalho desenvolvido por Ruy Laurenti, em 1998. Atualmente, este campo vem sendo consolidado por autores como Medrado, Lyra e Azevedo (2011); Faustino (2014); Separavachi, Canesqui (2013); Schraiber e Figueiredo (2011); Couto et al (2010); Gomes e Nascimento (2006); Granja e Medrado (2009); Barata (2009) e Minayo (2012), como alguns exemplos relevantes. Esses autores aproximam as discussões sobre saúde do homem em relação aos processos psicossociais que ocorrem a partir das socializações de gênero. Tal temática torna-se importante no campo da Psicologia, pois aproxima o campo da Saúde Coletiva com as discussões sobre Direitos Humanos, a partir da compreensão de gênero, raça e classe como Determinantes Sociais em Saúde, promovendo problematizações e estratégias para o enfrentamento da violência de gênero.

Desta forma, o presente estudo parte da compreensão ampliada do conceito de saúde, resultado de intensos debates pelo movimento da Reforma Sanitária, a qual constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Nesta perspectiva, a saúde é considerada um direito de todos, e sua atenção é direcionada pelos princípios da integralidade, humanização e equidade. Assim sendo, entende-se promoção de saúde para além da simples ausência de doenças, mas como qualidade no acesso às condições dignas de vida, como educação, renda, moradia, alimentação, lazer e cidadania. Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são fatores que influenciam nos processos de saúde-doença, considerando as possibilidades de cuidado a partir da realidade concreta de vida das pessoas (BUSS & FILHO, 2007; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; NORONHA *et al*, 2012; PAIM, 2015).

No âmbito da organização dos processos de cuidado à saúde no SUS, a Atenção Básica em Saúde é a articuladora central, uma vez que atua no território onde os processos de saúde e doença se dão, a partir de uma abordagem intersetorial. A Atenção Básica tem por objetivo promover uma atenção integral à saúde a partir do desenvolvimento da autonomia, cuidado e transformação social. A importância de se

conhecer as necessidades e potencialidades deste território se encontra no direcionamento das práticas em saúde (MACHADO *et al*, 2007; CZERESNIA, 2003).

Ao observarmos a realidade do nosso país e os dados epidemiológicos em saúde, veremos que a violência é uma das principais causas de morbimortalidade da população. A partir de uma abordagem interseccional, analisa-se como as categorias de gênero, raça e classe se articulam no risco de exposição a esse fenômeno. Sendo assim, enquanto a violência urbana afeta de maneira mais intensa as taxas de morbimortalidade dos homens, principalmente, jovens, negros e periféricos; a violência de gênero afeta diretamente às mulheres, sendo 1,7 vezes maior o risco em mulheres negras (CERQUEIRA *et al*, 2021).

Ainda que o Brasil tenha sido pioneiro na adoção de medidas para a prevenção de violências no campo da saúde, esta temática ainda é incipiente e apresenta lacunas importantes. Se pensarmos a violência como uma das principais causas de agravos à saúde tanto de homens como mulheres, amplia-se as possibilidades de enfrentamento e cuidado, uma vez que o setor saúde atua com lógica diferente do setor de segurança pública (MINAYO, 2012).

Neste sentido, entende-se a categoria de gênero enquanto importante articulador das discussões da promoção de saúde, principalmente no campo das violências, como uma das estratégias de enfrentamento. Entende-se gênero enquanto uma forma de significar as relações de poder, a qual estrutura a sociedade de forma simbólica, institucional e discursiva. Ao analisar a política de atenção à saúde do homem, vê-se que este debate é pouco valorizado em detrimento de uma visão predominantemente biomédica sobre a assistência em saúde ao homem, principalmente no que se refere à questão da violência de gênero (BARATA, 2009; SCOTT, 2019; MEDRADO *et al*, 2009).

O cenário da pesquisa é o município de Forquilha/SC, que registrou no ano de 2020 dois feminicídios que tiveram importante repercussão: da sargenta Regiane Miranda, atuante na Rede Catarina de Proteção às Mulheres; e de Aline Arns, servidora pública, além de inúmeros casos de violência de gênero todos os anos. Ambos os casos citados, os ex-maridos cometeram suicídio. Estes casos, como tantos outros, materializam a urgência de se pensar estratégias de enfrentamento a violência de gênero no campo da saúde, a partir de uma visão integral da saúde do homem articulada às discussões de gênero com foco na promoção de saúde.

Para além de uma experiência individual, a experiência de estágio realizada em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS impulsionou a construção deste trabalho. Percebia-se na atenção aos casos de violência de gênero, pouca atuação junto às famílias e ao homem autor da violência. Além disso, havia uma discrepância entre as denúncias realizadas na Delegacia e a quantidade de encaminhamentos realizados; bem como, esses encaminhamentos não vinham das Unidades Básicas. Assim, devido à dificuldade de trabalhar essa problemática de forma intersetorial, algumas inquietações se faziam presentes, como: a assistência aos casos de violência é direcionada apenas à mulher que foi vítima? Qual o lugar do homem autor de violência na rede de atenção? Quais as possibilidades de transformação desta problemática social com homens e mulheres? Qual o papel da saúde em torno desta questão? Está problemática é trabalhada com os homens na atenção básica? Qual a compreensão de saúde do homem?

Desse modo, este trabalho buscou analisar as representações sociais da saúde do homem para os profissionais da Atenção Básica, relacionando essas compreensões com o enfrentamento da violência de gênero no campo da saúde. Para tanto, localiza-se no campo da saúde coletiva, tecendo discussões com o campo dos estudos de gênero e de violências.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Refletir como os profissionais de saúde compreendem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e relacionar com o fenômeno da violência de gênero.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as representações sociais de profissionais da atenção básica sobre saúde do homem;
- Verificar como os profissionais de saúde representam a questão da violência de gênero no campo da saúde;
- Refletir sobre o papel da atenção básica na promoção da saúde do homem como estratégia de enfrentamento à violência de gênero.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A COMPREENSÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

A atenção básica é a porta de entrada da rede pública de saúde, que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) atua na promoção, proteção e recuperação da saúde. Ela possui como diretriz fundamental o cuidado integral, considerando os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e a promoção da autonomia no cuidado de si dos sujeitos (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Existe uma variedade de entendimentos sobre o que é a atenção primária em saúde. A concepção moderna surgiu no Reino Unido em 1920, a partir do Relatório Dawson, o qual organizou e hierarquizou o sistema de saúde em três níveis: primário, secundário e os hospitais de ensino. Contudo, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados primários de Saúde, realizada na Alma-Ata e organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em 1978, que foram definidos, a partir da consigna “Saúde para Todos no ano 2000”, os elementos essenciais da atenção primária, tais como: a educação sanitária, o saneamento básico, o programa materno infantil, a prevenção de epidemias, o tratamento apropriado das doenças, a provisão de medicamentos essenciais, alimentação saudável e valorização da medicina tradicional. Sobretudo, definiu sua conceituação como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, com cuidado contínuo (MENDES, 2002; 2011).

Mesmo com esta orientação, muitos países já haviam alcançado algumas dessas recomendações, e por isso, surgiram as diferentes compreensões sobre a atenção primária em saúde, sendo as principais: atenção primária seletiva, nível primário do sistema de serviços de saúde, e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Esta dificuldade em definir a atenção primária à saúde encontra-se principalmente pelo significado da palavra “primária”, a qual pode representar algo simples/básico, início de um contato, ponto de triagem, entre outros. Em resumo, a palavra primária se refere ao primeiro contato. Exclusivamente no Brasil, refere-se à APS como Atenção Básica, à compreendendo enquanto estratégia de organização do sistema de saúde, fruto da Reforma Sanitária Brasileira que construiu o SUS (MENDES, 2002; 2011).

O SUS é resultado (em constante construção) de uma luta pela Reforma Sanitária, uma transformação da atenção em saúde ofertada no contexto anterior e durante o período militar. Tem como horizonte os princípios da integralidade, da humanização e da equidade, e define a saúde como um direito garantido em constituição. Para além de uma reforma no campo da saúde, este movimento tem por ideal político, uma reforma social, que implica no seu entendimento a busca pela democratização da saúde, do Estado e da sociedade (PAIM, 2015; NORONHA *et al*, 2012).

Sergio Arouca, importante reformista sanitário, em seu discurso “Democracia é Saúde” na 8ª Conferência Nacional de Saúde enquanto Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, vai dizer que o SUS é um projeto civilizatório, isto é, a transformação do conceito de saúde é também uma transformação social; ao compreender a saúde para além da ausência de doenças, abrem-se possibilidades de cuidado e atenção voltadas para a realidade concreta da sociedade (AROUCA, 1987).

A discussão de um modelo público de ações e serviços de saúde foi concretizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual discutia saúde enquanto um direito, como resultado de um intenso processo de movimentos políticos após o período da ditadura militar. A implantação do SUS, como este modelo, deu-se após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8080/1990), a qual estabelece princípios e diretrizes norteadores deste sistema, como a universalidade, a equidade, a integralidade, a participação da comunidade e a descentralização (NORONHA *et al*, 2012; BRASIL, 1990).

Desta forma, fruto do movimento da Reforma Sanitária, a atenção básica como estratégia de organização dos serviços de saúde, é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético

de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 21).

Neste sentido, o cuidado integral em saúde é uma diretriz fundamental da atenção primária em saúde. Este conceito compreende a saúde a partir de seu conceito ampliado, trazendo o contexto sócio-político e as características do território como determinantes dos processos de saúde-doença. Entende-se que este princípio considera os sujeitos em sua totalidade, e que na busca de atingir os objetivos da atenção básica em saúde, ultrapassa os muros do serviço e se articula no território, produzindo conhecimento e autonomia junto às famílias e usuários (MACHADO *et al*, 2007).

Pensar em saúde, portanto, é entender que sua conceituação abrange tensionamentos dentro de um campo multifacetado e complexo, e que, por conta das suas diferentes perspectivas, existem dificuldades na operacionalização da rede de saúde. Nesse sentido, para Czeresnia (2003) o desenvolvimento da racionalidade científica limitou a saúde a um campo biomédico, no qual se desconsidera a experiência concreta da saúde e do adoecer para os sujeitos. Desta forma, entende que a saúde não é um objeto, e nem se traduz em apenas um conceito científico, mas sim, “formas pelas quais a vida se manifesta” (CZERESNIA, 2003, p. 43), retirando o caráter de saúde enquanto apenas ausência de doenças. Sendo assim, estratégias de promoção de saúde são todas aquelas que buscam transformar as condições de vida a partir de uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

Para tanto, o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) serve como uma importante ferramenta de compreensão dos atravessamentos das desigualdades sociais nos processos de saúde-doença da população. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS & FILHO, 2007, p. 79). Esses determinantes evidenciam que é urgente pensar em uma atuação coordenada intersetorial, que se preocupem em efetivar políticas públicas que garantam acesso aos direitos e mudanças sociais (BUSS & FILHO, 2007).

Deste modo, reforça-se o compromisso sócio-político do SUS, enquanto dispositivo territorial de assistência à saúde, que atua de forma circunscrita às

contingências de vida e as necessidades reais da população, enfrentando as concepções biomédicas e assistencialistas, com foco na produção de autonomia, cuidado e transformação social. Para tanto, não pode ser esquecido a luta para que a saúde fosse considerada um direito. Em tempos como estes em que vivemos, é preciso lembrar que a Reforma Sanitária não é somente uma ideia, mas uma prática, que precisa ser exercida e construída cotidianamente.

3.2 VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE

Esta seção irá abordar os estudos de gênero e as principais interpelações entre o fenômeno da violência e o campo da saúde, abrangendo a discussão da violência de gênero em interlocução com a saúde da mulher.

3.2.1 Gênero

Para pensar de que forma a violência de gênero se constitui como um fator de risco à saúde é necessário retomar alguns conceitos, principalmente, os estudos de gênero. Joan Scott (2019), importante autora feminista, articula em seu texto o conceito de gênero enquanto uma categoria útil para análise histórica. Discorre e analisa a trajetória da luta feminista, tecendo comentários e críticas às diferentes perspectivas de gênero. Para a autora, o conceito de gênero passou a ser usado como uma forma de referir-se a uma organização social entre os sexos, reforçando a ideia de universalização destas categorias, como se houvesse uma natureza essencial anterior à cultura e aos discursos. Assim, pontua que gênero é “uma forma primeira de significar as relações de poder existentes” (SCOTT, 2019, p. 69), estruturante da organização concreta e simbólica das trocas sociais, baseadas, sobretudo, nas diferenças percebidas entre os sexos.

Compreender gênero enquanto uma categoria analítica é ressaltar seu caráter político e agenciador das relações. Nesse sentido, Judith Butler (2017), teórica dos estudos *queer*, problematiza a conceituação que diferencia sexo e gênero, uma estando atrelada a perspectiva biológica, pautada na naturalização das diferenças “essenciais” e outra, analisada em relação à construção social dos papéis de gênero, perpetuando, ainda assim, uma visão binária sobre as diferenças sexuais.

De acordo com Butler (2017, p. 27):

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual “a natureza sexuada” ou “um sexo natural” é produzido e estabelecido como “pré-discursivo”, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura (BUTLER, 2017, p. 27).

Nesta concepção, gênero e sexo não são categorias separadas, nem identidades estáveis e únicas, isto é, não se pode falar em uma mulher ou um homem como categorias universais. Butler (2017) traz à cena a discussão de gênero enquanto ato performativo, uma identidade que se constitui no tempo e que carrega consigo uma alteridade própria e singular capaz de subverter a norma que atribui inteligibilidade às expressões de gênero.

Além da crítica às posições binárias que ainda circulam nos estudos de gênero, estudiosas negras teceram críticas à forma pela qual o movimento feminista se articulou e organizou suas pautas de luta, às quais não se aproximavam das necessidades reais das mulheres negras e não discutiam as diferenças existentes entre as mulheres, como a branquitude enquanto categoria privilegiada.

Nessa perspectiva, a autora Maria Lugones (2019) defende a partir de uma crítica decolonial que a modernidade “organiza o mundo ontologicamente em categorias atômicas, homogêneas e separáveis” (p. 357). Uma das críticas ao feminismo universalista é a de que as intersecções de raça, classe, sexualidade e gênero extrapolam as categorias da modernidade e subvertem a colonização dos gêneros, enquanto hierarquias dicotômicas. Nesse sentido, a hierarquia dicotômica imposta pelo sistema colonial separa indivíduos em seres humanos e não humanos, assim sendo, defende que as matrizes de gênero não se afastam da modernidade colonial, pois, continuam sendo diferenciados hierárquica e racialmente, de forma a negar o gênero ao colonizado. Assim, é por meio desta diferença que é possível fraturar as perspectivas hegemônicas sobre gênero.

Neste sentido, a categoria de gênero é essencial para pensar acerca do fenômeno da violência de gênero, uma vez que, não existe um “fora-do-gênero”, assim, homens e mulheres são socializados dentro destas matrizes. Concorde-se com Saffioti (2019) que é a partir desta mobilidade das matrizes de gênero, que as relações

de poder podem ser transformadas. Desta forma, a importância da luta feminista e dos estudos de gênero se dá para além do conhecimento das opressões que atravessam, principalmente, as mulheres, de diferentes formas; mas na direção de compreender e reconhecer estes agenciamentos, para assim, transformá-los.

3.2.2 Violência de gênero

A violência de gênero, segundo o Atlas da Violência de 2019, foi responsável pelo assassinato de 3.737 mulheres, no Brasil. Este número apresenta uma redução de 17,3% em relação ao ano anterior, 2018. Contudo, o SIM/Datasus indica que outras 3.756 mulheres foram assassinadas de forma violenta, representando um aumento de 21,6% em um ano. Outrossim, 66% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras, com um risco relativo 1,7 vezes maior de serem vítimas de homicídio, do que uma mulher branca (CERQUEIRA *et al*, 2021).

Isto nos alerta de que, ainda que as discussões sobre violência de gênero tenham ganhado relevância, este fenômeno está muito presente e atuante na sociedade, apontando para a necessidade do fortalecimento das estratégias de enfrentamento da violência de gênero e da proteção e atenção às mulheres, sobretudo às mulheres negras, em situação de maior vulnerabilidade social, devido às desigualdades de raça (CERQUEIRA *et al*, 2021).

A autora Lourdes Maria Bandeira (2019) discute sobre a importância da construção de um campo teórico e de investigação sobre a violência de gênero. Neste sentido, faz uma retomada histórica do movimento feminista e dos estudos de gênero em relação a temática no Brasil, os quais atingiram maior intensidade na década de 1980. Neste período, as concepções naturalistas sobre gênero estavam sendo desconstruídas, juntamente com as explicações reducionistas para o fenômeno da violência. Assim, as atuações do movimento feminista junto a outros movimentos sociais serviram de aparato para o reconhecimento da legitimidade desta questão, trazendo o debate para o âmbito público de forma a ampliar as discussões em relação ao papel das políticas públicas nesta pauta (BANDEIRA, 2019).

São destacados alguns momentos na história: criação de grupos de combate e atendimento às mulheres em situação de violência, como o SOS Corpo de Recife em 1978; em São Paulo, Campinas e Belo Horizonte, na década de 1980; criação das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAM's) a partir de

1985; e mais recentemente, a Lei n.º 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha (BANDEIRA, 2019).

Esta lei, fruto da incansável luta feminista, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência contra a mulher, estabelecendo medidas de assistência e proteção a elas. Traz em seu Art. 2º:

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006, p. 1).

Além de conceituar os tipos de violência existentes, esta lei institui estratégias de enfrentamento às situações de violência, garantindo os direitos humanos das mulheres de forma intersetorial, articulando as três esferas do poder: Executivo, Legislativo e Judiciário (BANDEIRA, 2019).

Nesta mesma perspectiva, a autora defende que a violência de gênero é um “fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física” (BANDEIRA, 2019, p. 304), o qual deve ser trabalhado de forma multissetorial e multidisciplinar. Segundo ela, a violência se trata de uma tentativa de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, envolvendo o uso de força real ou simbólica. Nesse sentido, os estudos sobre este tema, contribuem para a nomeação e intervenção nas múltiplas esferas, desde a segurança pública à assistência em saúde.

Em outra via, Heleieth Saffioti (2019) analisa a violência de gênero a partir dos processos subjetivos envolvidos. De tal modo, trabalha esta compreensão, tomando o sujeito e o objeto como construções sociais, historicamente situadas. Entende, assim, que em relação a violência de gênero, a mulher constrói sua posição enquanto vítima, lugar vazio, de não-sujeito; construção essa imbricada nos discursos sociais, jurídicos, religiosos sobre a categoria mulher. Assim, retoma a conceituação das relações de poder como algo que circula, nesse sentido, alertando para o risco da homogeneização do fenômeno da violência de gênero e dos sujeitos envolvidos; fato este que serve apenas para a manutenção dessa desigualdade e não seu efetivo combate e transformação das relações.

Para a autora bell hooks (2018), a luta feminista pelo fim da violência contra as mulheres não se concretiza se não for garantido em seu bojo a luta pelo fim de todas as formas de violência. Defende que é preciso enxergar como, tanto homens quanto mulheres, compactuam e colaboram para a cultura da violência como forma de controle social, entendendo que definir uma única categoria como violenta e outra como passiva contribui para os estereótipos sexistas e negligencia outras discussões em torno disso, como a violência contra as crianças. Nesse sentido, bell hooks (2018) conclui que uma luta realmente eficaz contra a violência só será possível quando homens e mulheres se reconhecerem como agentes produtores desta cultura da violência.

3.2.3 Violências e Saúde Coletiva

O estudo das violências e seus impactos na saúde ainda é um campo pouco explorado, assim como, as informações sobre esta questão ainda são muito precárias. Para os setores de saúde, este assunto é considerado de problemática relacionada às “causas externas”, como traz na Classificação Internacional de Doenças (CID), a qual caracteriza a mortalidade por homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito e outros. Esta categoria é considerada a primeira causa de óbitos no perfil da mortalidade geral, nas faixas etárias de 5 a 49 anos (BRASIL, 2005).

De acordo com Minayo (2012), o sentido da palavra violência se refere a perda de autonomia e reconhecimento do sujeito por uma ação que rebaixa o indivíduo a condição de objeto, através do uso de poder, força física ou qualquer outro tipo de coerção.

A OMS no “Relatório mundial sobre violência e saúde” (2002), propõe um modelo ecológico da violência, o qual articula diferentes níveis, como: fatores biológicos, fatores relacionais, fatores comunitários e os fatores sociais, tendo este último, maior relevância. Minayo (2012) aborda essa temática a partir de uma compreensão multicausal, ressalta que este fato está inscrito nas relações sociais, mas que deve ser analisado a partir dos seus níveis de complexidade. Assim, a violência é um fenômeno complexo, no qual envolve fatores históricos, estruturais, subjetivos, interpessoais e biológicos. Dessa maneira, não deve ser reduzida a um

nível biológico somente, mesmo porque, não existem estudos que comprovem tal explicação.

As discussões sobre este tema se materializaram em 1993 quando o tema da celebração do Dia Mundial da Saúde, organizado pela OMS, foi “Prevenção de traumas e acidentes”, tendo como referência, a frase de William Forge: “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras.” (OMS, 1993, *apud* MINAYO, 2012). Este evento despertou o interesse dos setores públicos e trabalhadores, tendo no mesmo ano, sido realizada uma conferência em Washington, pela OMS/OPAS, para discutir sobre o assunto. Deste momento, foram construídas algumas recomendações, como por exemplo, o reconhecimento da violência enquanto um dos principais problemas que afetam a saúde pública da região das Américas; a incorporação desta problemática nas políticas de saúde da região; e o trabalho multisetorial na prevenção da violência (OPAS, 1994, p. 3 *apud* MINAYO, 2012, p. 1028). Sendo assim, defenderam que:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, exigindo atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p. 3 *apud* MINAYO, 2012, p. 1028)

Foi entendendo ser a violência um fenômeno prevenível e uma questão de saúde pública que em 2001, o Brasil instituiu a Política Nacional de Redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001, p. 25), tendo por diretrizes:

a) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; b) monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; c) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; d) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; e) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; f) capacitação de recursos humanos; g) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2001, p. 25)

Entende-se que o Brasil foi pioneiro na adoção de medidas para a prevenção de violências no campo da saúde. Contudo, ainda existem lacunas das quais precisam ser pesquisadas e debatidas, principalmente, a tendência biomédica existente na compreensão de alguns profissionais. Outrossim, ainda que haja Planos

de Ação para esta demanda, Minayo (2012) alerta para a importância de se pensar também sobre as violências naturalizadas, aquelas que ocorrem cotidianamente e que apesar de serem responsáveis por grande parte das consequências neste campo, são tratadas como inevitáveis e incontroláveis. Neste sentido, concorda-se com a autora, quando diz que o campo da saúde tem papel fundamental no enfrentamento das violências e no cuidado às vítimas e agressores, pois atua com lógica diferente do setor de segurança e justiça.

3.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Quando se analisa o estado de saúde entre os sexos (utiliza-se aqui a categoria sexo, pois é desta forma que a maioria dos dados são analisados), percebe-se que existem desigualdades as quais não correspondem somente ao campo biológico, mas às relações de gênero (BARATA, 2009).

Nesse sentido, a partir das demandas sociais pela necessidade de uma política de planejamento familiar e discussões no campo feminista, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). À época, foi um grande avanço atender as necessidades das mulheres e reconhecê-las como sujeitos de direitos, reafirmando o direito à saúde integral das mulheres. Entretanto, algumas críticas foram construídas a respeito da discussão de gênero estar presente apenas na discussão sobre direitos reprodutivos e área ginecológica (COSTA, 2012; BANDEIRA, 2019).

Desta forma, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (2004), a qual contemplou a categoria de gênero de forma mais substancial na análise da saúde das mulheres, identificando as especificidades e necessidades de diferentes grupos de mulheres, negras, indígenas, lésbicas, transexuais, moradoras do campo e florestas. Como objetivos, foram definidos: garantia dos direitos das mulheres, principalmente o direito à saúde, a ampliação do acesso, a redução da morbimortalidade e de desigualdades, a qualificação e a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Barata (2009) aponta que a violência é um dos fatores principais das desigualdades na saúde entre os gêneros. Enquanto a violência urbana afeta as taxas de morbimortalidade dos homens, a violência de gênero afeta desproporcionalmente as mulheres. Desse modo, a violência é um fator de risco para os agravos à saúde da

mulher, estando relacionado à baixa qualidade de vida e maior exposição a comportamentos vulneráveis, como também, maiores taxas de morte e tentativa de suicídio; sofrimento psíquico e físico (COSTA, 2012; BRASIL, 2005).

Assim sendo, o documento “Impactos da violência na vida dos brasileiros” (BRASIL, 2005), organizado pelo Ministério da Saúde, aponta a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública e uma grave violação de direitos humanos. A PNAISM tem por diretriz a promoção de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, por meio da organização de redes integradas de atenção às mulheres; articulação com ações de prevenção de DST/Aids; e a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Além disso, entendendo que a violência contra a mulher ocorre principalmente no âmbito privado, em 2002, o Ministério da Saúde desenvolveu o documento “Violência Intrafamiliar: orientação para a prática em serviço” (BRASIL, 2001), o qual propõe medidas para a atenção básica em saúde, tais como:

a) promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos; b) facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania; c) promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos (BRASIL, 2001, p. 54).

Este documento, além de elencar possibilidades de cuidado para as mulheres em situação em violência, também inclui uma perspectiva de cuidado com os homens na condição de autores de violências. Compreende que a prevenção da violência está intrinsecamente relacionada à promoção de conhecimento a respeito das relações de gênero. Desta forma, pensando em uma atuação integral e preventiva, a atenção aos homens tem por objetivo:

a) Auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento; b) Identificar a existência ou não de violência nas relações afetivas anteriores, bem como na família de origem. Estes aspectos auxiliam a compreensão da natureza do problema e o quanto podem influenciar seu comportamento; c) Levá-los a compreender quais situações provocam o comportamento violento; d) Avaliar o quanto sentem-se motivados a receber auxílio para modificar este comportamento; e) Encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos; f) Informá-los sobre as diversas formas de violência e seu impacto na vida das pessoas

envolvidas; g) Auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua auto-estima; h) Auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade (BRASIL, 2002, p. 69)

Portanto, é urgente que se reconheçam estas desigualdades sociais em saúde, que sejam realizadas mais discussões sobre, e se invista em dados epidemiológicos. Sendo assim, é possível pensar a assistência à saúde como uma das estratégias de enfrentamento das violências e desigualdades de gênero.

3.3 SAÚDE DOS HOMENS

Neste campo serão abordadas questões relativas à saúde do homem e as problematizações entre masculinidades e saúde.

3.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens

É a partir da década de 1990 que as interpelações feitas entre as discussões de gênero e saúde começam a expandir-se. Considera-se que a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade de Cairo e a Conferência Internacional da Mulher, realizada no ano seguinte em Pequim, sejam os primeiros eventos a considerar a categoria gênero enquanto uma dimensão de análise das demandas sociais. Combinado a isso, incorporam-se as discussões no campo da saúde, em relação à atenção às mulheres, população negra, LGBT, e a emergência da discussão do fenômeno da violência enquanto uma das principais causadoras de prejuízos à saúde. Entrelaça-se nessa alçada, a promoção de saúde dos homens, como uma das vias de análise e atuação da complexidade destas discussões (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

O primeiro estudo epidemiológico foi publicado em 1998, no Brasil, por Ruy Laurenti, trabalho materializado pelo título “Perfil epidemiológico de saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero”. Este estudo sistematizou os dados epidemiológicos sobre a saúde dos homens e problematizou as diferenças com base nos estudos das masculinidades. Além disso, percebeu que, de forma geral, os homens ocupam a primeira colocação nas estatísticas de homicídios, suicídios, acidentes, e uso de álcool e drogas, assim como, maior população penitenciária e potenciais autores de violências. Este estudo embasou a

construção da Política de Saúde do Homem no Brasil (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Em 2007, deparando-se com a urgência da discussão em âmbito nacional, o Ministério da Saúde organizou o documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2008). Diferente das outras Políticas de Saúde, nesta não houve grande participação popular. As discussões foram realizadas por especialistas e representantes de entidades da saúde, limitando a participação popular à consulta pública on-line (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011).

Esta política tem como principal objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008, p. 31)

A Política articula como objetivos específicos a organização, implantação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde do homem, dando enfoque a saúde sexual e reprodutiva e aos principais agravos e enfermidades que atingem a população (BRASIL, 2008).

Traz em seu escopo teórico uma breve análise da situação de saúde dos homens no Brasil, alinhavando às questões de gênero. Como principais apontamentos para a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde, definem as barreiras socioculturais e institucionais. Estas, por sua vez, são colocadas como as causas para o aumento da morbidade pelo atraso da atenção, e pelo maior custo para o SUS. Nesse sentido, a Política procura delinear os fatores que resultam na vulnerabilidade em saúde desta população (BRASIL, 2008).

Como princípios e diretrizes, a política garante a humanização e qualidade da atenção, com acesso universal e integral. Além disso, reforça a importância da articulação com diversas áreas do governo, setor privado e sociedade, como também, o foco na educação, capacitação dos profissionais e fortalecimento da atenção básica, a reorganização das ações de saúde de forma inclusiva, o monitoramento dos dados e ações e a realização de estudos e pesquisas que contribuam para a política (BRASIL, 2008).

3.3.2 Masculinidades e saúde

Tomando gênero enquanto um Determinante em Saúde, é imprescindível compreender como os estudos sobre as masculinidades se articulam neste campo, das quais tiveram maior reconhecimento a partir da década de 1980. Conforme Robert Connell (1995), a masculinidade é “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”. Isto significa dizer que gênero, antes de tudo, é produzido no meio social a partir do emaranhamento das relações de poder. Nesta perspectiva, não existe uma forma de masculinidade, mas sim, diversas, sendo possível falar em masculinidades.

Medrado e Lyra (2008) trabalham em seu texto de que forma as contribuições feministas são indissociáveis dos estudos das masculinidades, sistematizando os distintos objetos de análise deste campo. Sendo tais:

- 1) a organização social das masculinidades em suas “inscrições e reproduções” locais e globais; 2) a compreensão do modo como os homens entendem e expressam “identidades de gênero”; 3) as masculinidades como produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero (que apontam expressões, desafios e desigualdades); 4) a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais (MEDRADO; LYRA, 2008).

Sendo assim, entrelaça-se a perspectiva de Connell (1995) no sentido de que gênero está para além de uma simples identidade cultural, sendo marca constituinte da estruturação subjetiva, econômica, discursiva e institucional da sociedade. Em torno dele engendram-se diferentes práticas, que não significam somente características e ideais.

Em seu trabalho, Deivison Faustino Nkosi (2014) questiona de que forma as reflexões sobre masculinidades e saúde dos homens estão atentas às lacunas que o racismo provoca, bem como, o quanto a construção das masculinidades é interpelada pelo racismo. Tanto nos discursos epistêmicos como nas práticas e narrativas sociais se invisibiliza o fato de que homens negros são as principais vítimas da violência urbana e institucional, bem como, das representações do corpo negro, como “supermasculino”, reduzindo sua existência a atributos “biológicos” endossados pelo racismo estrutural e científico.

A partir de uma perspectiva decolonial e contra hegemônica, tece junto às elaborações de feministas negras, críticas às categorias “universais” de gênero que imperam simbolicamente nas relações e nos principais estudos deste campo. Atenta para as dissidências existentes, às quais, a partir das intersecções de raça, classe, sexualidade, religião, subvertem as matrizes da norma. Nesse sentido, desvela o caráter colonial das masculinidades hegemônicas, às quais invisibilizam outras masculinidades e reforçam seu poder sobre as mulheres e sobre outros homens. Logo, entende-se que há masculinidades-hegemônicas, pelas quais o cenário patriarcal e colonial se sustenta, privilegiando uma categoria única, a do homem-branco-cis-hetero-ocidental (FAUSTINO, 2014).

Nesta lógica, o imperativo de gênero exige dos sujeitos a reiteração contínua de suas práticas com base nas normativas de gênero, a qual atribui, simbolicamente, sentido cultural e se perpetua como uma verdade anterior ao sujeito, pré-discursiva, naturalizada em sua essência. Assim, Connell (1995) delimita que as masculinidades hegemônicas produzem um caráter nocivo não somente para as mulheres, mas para os próprios homens, os quais nunca atingiram este ideal, sem, contudo, extinguir a responsabilidade pessoal por tais agenciamentos. Sendo assim, compreende-se que o gênero é historicamente reconstruído.

Não há como discorrer sobre integralidade na atenção à saúde dos homens sem considerarmos a perspectiva de masculinidade que tomamos neste trabalho.

3.3.3 Vulnerabilização do homem e medicalização do corpo masculino: críticas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Para Medrado *et al* (2009), a política, ainda que aborde uma leitura mais complexa das especificidades deste campo, apresenta inconsistências e carência teórica e política, limitando a compreensão a dados epidemiológicos. Possui pouco comprometimento às discussões críticas em relação aos determinantes sociais em saúde e as intersecções de gênero, raça e classe de forma mais contundente em seus objetivos.

Separavich e Canesqui (2013) enfatizam a importância de não se olhar para este sujeito a partir de um olhar fraternalista e vitimista, pois isto implicaria no retorno de uma compreensão de um ‘masculino universal’, abstraído das relações de poder e dominação existentes. Assim, os estudos sobre saúde dos homens devem

abranger as distintas masculinidades, as quais possuem demandas em saúde específicas, atendendo a perspectiva integral de cuidado à saúde a partir de uma aproximação destes homens em seu contexto.

Outro ponto salientado é que as discussões acabam se restringindo ao espaço discursivo, uma vez que as experiências concretas são realizadas por entidades da sociedade civil de forma não lucrativa, por organizações ou associações. Assim, por mais que exista a política, ainda não existem ações intersetoriais, de fato, pensadas a partir dela (MEDRADO *et al*, 2009).

Ainda, Carrara, Russo e Faro (2009), articulam em seu trabalho as problematizações relativas à medicalização do corpo masculino, a partir de uma análise histórico-política. Problematizam que nesta política, o homem ainda é visto como uma categoria unívoca, apresentados como vítimas de sua própria condição, entendendo a cultura patriarcal como uma estrutura pré-discursiva, não incorporada às práticas e discursos. Assim,

Diferentemente das mulheres, que organizadas num amplo movimento procuraram, através de políticas públicas específicas, sair da posição de subordinação a que historicamente estavam relegadas, os homens só podem aparecer então como sujeitos passivos frente à interpelação que lhes dirigem a medicina e o Estado (CARRARA; RUSSO; FARO; 2009)

Desse modo, acreditam que um dos caminhos para implementar uma Política verdadeiramente integral a saúde do homem, é a partir da aproximação com outros campos políticos de luta, como da saúde das mulheres, adolescência, população negra, LGBT, entre outros, e a partir da formação dos profissionais a partir de um enfoque feminista de gênero.

Destes tensionamentos, necessários para o desenvolvimento e implementação da política, o Instituto Papai (MEDRADO *et al*, 2009) organizou em um documento um conjunto de princípios e diretrizes, balizadas pelas intersecções de gênero, raça, classe e sexualidade. Compreendem como prioridades, que: uma política de saúde para os homens deve abranger os direitos das mulheres; compreender que cuidar da saúde é mais do que o tratamento das doenças, devendo levar em consideração os aspectos psicossociais e culturais; a atenção à saúde deve ser integral, abrangendo todos os níveis de complexidade; qualificar os sistemas de informação, gerando maior conhecimento sobre os dados epidemiológicos e suas análises; contemplar a diversidade e as diferenças entre os homens; a atenção

prioritária deve ser dada a juventude negra e pobre; os homens idosos também devem ser contemplados; os serviços de saúde devem ser atrativos para os homens; é necessário desenvolver estratégia para ir até os homens; entender que a emergência é também espaço de prevenção; sexualidade e reprodução também são questões de saúde para homens; paternidade também é um direito; violência de gênero é questão de saúde pública, implementando ações mais eficazes de segurança pública aliadas a ações em saúde direcionadas aos homens; redução de danos como um princípio básico; importância de ações educativas para gestores e profissionais de saúde; e por fim, saúde é cidadania, isto é, para a construção de uma política de saúde dos homens é necessário a participação popular em todos os níveis.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa é caracterizada do tipo exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, amparada pelos princípios teóricos das representações sociais, como também pelos desdobramentos das teorias de gênero e sexualidade, e saúde coletiva. A pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GERHARDT *et al*, 2009). Em sequência, a pesquisa descritiva objetiva a descrição de fatos e fenômenos a partir de investigações. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas e exploratórias são as mais utilizadas pelos pesquisadores sociais.

Com relação a natureza do estudo, a abordagem qualitativa direciona-se a análise de casos concretos a partir da contextualização e compreensão em sua totalidade, isto é, encarrega-se pela explicação dos fenômenos e não sua quantificação (GERHARDT *et al*, 2009). Conforme Minayo *et al* (2016), a pesquisa qualitativa se diferencia da pesquisa quantitativa pois encarrega-se, no campo das relações sociais, com as produções humanas, significados, discursos, saberes, representações e atitudes; questões incompreendidas pela quantificação numérica pois são da ordem da experiência/vivência.

Nesse sentido, a pesquisa é caracterizada como de campo, entendendo que é a partir do encontro do pesquisador com a realidade e seus atores que a pesquisa se estrutura. Desta maneira, entende-se campo como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO *et al*, 2016, p. 57).

Cabe aqui mencionar, a importância deste estudo qualitativo para a saúde coletiva. Concorde-se com Gomes (2014), que as pesquisas qualitativas neste campo possuem enorme potencial, embora, ainda haja, uma tendência da comunidade acadêmica em preferir por modelos tradicionais que não dão conta da complexidade dos processos de adoecimento e de saúde das pessoas, pois estão associados também a um sistema cultural, o qual atribui diferentes sentidos e significados aos fenômenos pesquisados.

4.2 LOCAL E SUJEITOS DE PESQUISA

A seleção dos participantes de tal pesquisa foi realizada de forma proposital, uma vez que, conforme Minayo *et al* (2016) é importante escolher os sujeitos que possuem saberes e vivências as quais o pesquisador deseja investigar de acordo com os objetivos do estudo.

Foram selecionados 7 participantes que trabalhassem por um período de no mínimo um ano como profissionais de saúde na Atenção Básica do município de Forquilha/SC, favorecendo a identificação dos processos da representação social através de suas experiências e conhecimentos. Os profissionais que colaboraram com a pesquisa trabalhavam nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) das localidades: Centro, Vila Lourdes, Santa Ana, Sanga do Café, Ouro Negro, Santa Cruz e Cidade Alta, do município de Forquilha/SC. Foi realizado entrevistas com: um médico, três agentes comunitárias de saúde, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. As entrevistas cessaram antes de concluir 10 entrevistas, como proposto no projeto de pesquisa, devido a saturação de dados. A intenção inicial correspondeu ao fato de haver 10 unidades de saúde na atenção básica do município.

Quanto ao gênero, participaram da pesquisa 6 mulheres e 1 homem. As pessoas entrevistadas têm idades entre 31 e 60 anos, sendo 3 destes com idades entre 31 a 40 anos, e 4 com idades entre 41 e 60 anos. Em relação à cor/raça, todos se identificam como brancos.

No que diz respeito à escolaridade, 1 participante concluiu curso técnico (em enfermagem e segurança do trabalho), 1 participante possui ensino médio completo e 5 possuem ensino superior completo. Não referiram formação em nível de pós-graduação.

4.3 FORAM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Maiores de 18 anos;
- Profissionais de saúde que trabalhem na Atenção Básica há no mínimo um ano;
- Com disponibilidade de tempo e que aceite participar da pesquisa;
- Que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 FORAM OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Em férias ou licença;

4.5 PROCESSOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas em salas disponíveis nas unidades de saúde, com duração de aproximadamente 30 minutos a 1 hora cada. As entrevistas foram gravadas com aparelho celular, e logo após transcritas. Antes do início das entrevistas, foi fornecido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao participante, contendo a autorização para a gravação da mesma. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Anexo A), no qual havia perguntas fechadas (relacionadas aos dados dos participantes) e abertas, com foco no problema direcionador da pesquisa.

Para Minayo *et al* (2016), as entrevistas semiestruturadas alcançam maior liberdade, tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador, de dialogarem sobre o fenômeno e refletirem sobre suas experiências. Desse modo, a entrevista abordou as experiências de atendimento com homens, as representações sobre a saúde do homem e a relação da promoção de saúde do homem com o fenômeno da violência de gênero, e o papel da atenção básica na relação entre saúde do homem e violência de gênero.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo Edwards e Potter (1992 *apud* FLICK, 2009) a análise de discurso tem por objetivo analisar “o conteúdo da fala, em seu assunto e em sua organização mais social do que propriamente linguística”, possibilitando uma compreensão dos processos subjetivos como fenômenos sociais e discursivos.

Assim sendo, serve-se deste método de análise pois entende-se que as ideias, representações, discursos, ao serem compartilhadas socialmente, podem também serem sintetizadas em um discurso coletivo. Neste sentido, depreende-se que o discurso é uma modalidade singular, mas que se articula e é moldado

socialmente, sendo possível sua transmissão e perpetuação (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Atrelado a esta perspectiva, Lefevre e Lefevre (2012) delineiam a proposta da Análise de Discurso do Sujeito Coletivo sendo tal "...fazer o pensamento coletivo falar diretamente". Isto significa dizer, que a princípio não há uma separação entre um discurso particular e um discurso propriamente coletivo. Ou seja, não existe um sujeito puro tal qual não existe um sujeito impessoal, ou um objeto puro, da Ciência e do Conhecimento, ambos se atravessam e compõem as relações sociais.

Em relação a aplicação desta técnica, primeiramente foram identificadas as expressões chaves (ECH) presentes nos discursos, as quais são fragmentos que evidenciam a essência das narrativas. Após, foram analisadas as Ideias Centrais (IC) relacionadas às expressões chaves de forma a sintetizar e categorizar os sentidos atribuídos ao discurso. Por fim, foram organizadas categorias a partir do aspecto mais amplo do discurso ao mais específico, possuindo para cada objetivo, uma pergunta e para cada pergunta, um DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Esta metodologia tem por eixo a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, colaborando na identificação destes conhecimentos socialmente construídos e partilhados. Para Moscovici (1976 *apud* MOSCOVICI, 2015, p. 21), as representações sociais são:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976 *apud* MOSCOVICI, 2015, p. 21)

Sendo assim, as representações sociais são produzidas e enredam-se no tecido social garantindo sentido simbólico nas relações sociais. Assim, tangenciam as práticas, discursos, os modos de ser e agir no mundo, constituindo-se como fenômenos complexos, pluridimensionais e polimorfos, forjados no contexto histórico, cultural e político e inscritas na linguagem como principal ferramenta de leitura e apreensão da realidade (JODELET, 2017).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, em todas as etapas de sua execução. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) com número de parecer no. 5.551.868, presente na Carta de Aprovação (apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados os discursos construídos a partir da coleta de dados e suas respectivas análises. Primeiramente, vislumbra-se a ideia central presente no discurso e, em seguida, o discurso propriamente dito e as considerações realizadas.

As três sessões a seguir buscarão responder o que a pesquisa evidenciou quanto: as representações sociais dos/as profissionais de atenção básica entrevistados, sobre saúde do homem; suas representações sobre a violência de gênero na relação com o campo da saúde; e por fim, as reflexões sobre o papel da atenção básica na promoção da saúde do homem e seu olhar para a questão do enfrentamento à violência de gênero.

5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE DO HOMEM

Ideia central: “O homem não pode falhar, mas a mulher que tem o conhecimento da situação de todo mundo.”

“Na unidade de saúde há procura, principalmente em novembro, quando fizemos o novembro azul. Nós temos a disponibilidade de horários estendidos, uma vez por mês. É muito bom a gente fazer mais divulgação, não somente no mês de novembro, poderia ser mais outras vezes durante o ano, todo ano. Normalmente quando aparece, é mais homem acima dos 40 anos, parte de urologia. Aparecem também queixas relacionadas à dor, alguns traumas, às vezes por acidentes que acontecem durante o trabalho, ou por problemas crônicos (diabetes, hipertensão), são bem gerais, geralmente procuram para consulta médica, quando vem já estão com algum problema, poucos procuram por prevenção, para fazer exames. É mais checkup, não tem uma queixa x. Problemas pulmonares por conta do tabagismo e do trabalho e também problemas de disfunção erétil são motivos que eles vêm procurar. Aliás, mais do que a próstata e problemas osteomusculares. Porque, pelo machismo né, aquela coisa, o homem não pode falhar, as vezes ele não estava com vontade no dia. Mas o que vem à cabeça primeiro quando se fala de saúde do homem é a próstata, porque o homem depois dos 50 que normalmente tem problema de próstata, mas há problema antes disso né, é bem mais amplo. Se referem muito também à depressão pós-

pandemia. Quando o homem vem consultar e fala de problemas emocionais é porque ele tá muito mal mesmo, é difícil o homem chorar em consulta, muito difícil tirar algo dele, ele só diz que não está bem, mas tu vê o sofrimento dele na face. Eu acho que por isso, o índice de suicídio em homens é muito maior. Provavelmente algum parente ou familiar cobra, “vai lá fazer e tal” (exame). Geralmente, eles vêm consultar com a mulher, a esposa e quando a gente pergunta, quem responde, geralmente, são as mulheres, porque a mulher tem o conhecimento da situação de todo mundo. Até a data de nascimento, a mulher está do lado e responde por ele. Os homens não têm muito costume de procurar a unidade de saúde, principalmente, na nossa região, mais do interior. Não é muito da natureza do homem procurar ir em busca de saúde, é meio cultural isso, eles tem a sensação de que passa, que eles são mais fortes, não são vulneráveis, que eles tem que trabalhar. Tu tem que ter uma forma diferente de conversar com eles, de tentar, ou uma brincadeira. Ele pode até estar sentindo alguma coisa, mas ele tem medo de ao vir fazer uma avaliação, descobrir que tem alguma coisa e aí não saber lidar com isso, “eu sou forte eu aguento”, mas “e se eu descobrir que tenho alguma coisa, como vou lidar com isso?”. É porque eles querem ser o homem, os “bom”, como se a palavra homem desse a eles o direito de ser tudo, mas eles não são nada sem nós mulheres. Os homens mais jovens são mais flexíveis, são mais é, como posso dizer, a cabeça mais aberta em relação ao autocuidado. A saúde do homem é muito importante, é urologia, prevenção, check up, eu acho que é só porque a urologia envolve tudo. A próstata... O programa, ele veio com o intuito de fazer uma busca, um chamariz para a saúde do homem, como um todo, porém acaba se focando na próstata porque é uma das maiores causas de morte no homem. A gente tem uma dificuldade nesta busca, por mais que fizemos divulgação, o homem tem que fazer uma certa insistência, por isso a ausência. A parte de vacina é muito procurada devido só a pandemia ou quando se machuca, devido a vacina do tétano porque senão, não procura. A unidade tem foco na prevenção, então é muito bom que eles estão procurando atendimento médico, solicitação de exame e encaminhamento para especialistas. A saúde do homem é meio renegada a um plano secundário, não é questão da culpa do homem, é porque a sociedade acha que homem não adocece. Eu acho que isso leva a política de saúde do homem não ter tanta importância para a sociedade que nem a da mulher. A Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem vem de encontro com a necessidade que a gente tem de estar trabalhando com a saúde do homem, desta ausência, desta dificuldade em o homem vir à unidade.

Uma das coisas é tentar facilitar esse acesso, porque a maioria dos homens são provedores, trabalhadores. A gente tenta não focar só na questão da próstata, porque tem outras coisas envolvidas, a violência, o abuso de álcool, o uso de droga, porque o homem parece estar mais envolvido em violências externas, então a política veio para tentar trabalhar tudo isso. A gente não consegue trabalhar com tudo isso, porque a gente não consegue disponibilizar tanto tempo para estar trabalhando com isso e porque as pessoas querem mais a parte curativa. São poucos profissionais e a demanda é muito alta, faz com que tu não tenha tempo para fazer uma consulta de maior qualidade, tens que ser objetivo, e às vezes escapa coisas que são importantes. A questão emocional mesmo, se tu não tiver tempo, o paciente não vai falar pra ti. A atenção demanda tempo, e é muito curto. Para parte do homem seria muito interessante se a gente conseguisse fazer essa parte preventiva, de educação em saúde, ter mais tempo disponível para fazer outras abordagens, mas de forma preventiva, não curativa. Mas é uma oportunidade, é um começo.”

O DSC que apresentamos busca responder ao objetivo de compreender as representações sociais de profissionais da atenção básica sobre saúde do homem. Evidenciou-se com a pesquisa:

5.1.1 Por que os homens procuram as unidades de saúde?

Uma pesquisa realizada pelo DataSUS em 2005 apresenta que a mortalidade é maior entre os homens de todas as faixas etárias em relação às mulheres. Este dado é apontado em diversas pesquisas e uma das questões envolvidas diz respeito às diferenças na exposição de fatores de risco, envolvendo situações de trabalho, comportamentos nocivos e acidentes (BARATA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) apresenta um diagnóstico de saúde onde aborda as principais doenças que acometem a população masculina. Trabalha-se sobre a questão das violências, sobre a população privada de liberdade, sobre alcoolismo e tabagismo, deficiência, adolescência e velhice, direitos sexuais e reprodutivos. Em contraponto, levanta uma análise mais aprofundada, nos índices de morbimortalidade por causas externas (como os acidentes e agressões), tumores (aparelho digestivo, respiratório e urinário - próstata), e outras doenças do aparelho digestivo (como doenças alcoólicas, fibrose,

cirrose, úlceras, entre outros), do aparelho respiratório (tuberculose), e do aparelho circulatório (BRASIL, 2008).

De acordo com Barata (2009), a procura por serviços de saúde depende de diversos fatores, como por exemplo, a idade, gênero, raça/etnia e condição socioeconômica; bem como, dependem da facilidade de acesso ao serviço e da disponibilidade de recursos. Em sua pesquisa, verificou que as desigualdades de gênero em relação a procura por serviços de saúde se dão entre pessoas com um bom estado de saúde, reduzindo as desigualdades conforme a necessidade em saúde aumenta. Nesse sentido, não se pode explicar as desigualdades em saúde somente relacionadas às maiores taxas de morbidade entre as mulheres.

O DSC apresenta esta problemática da invisibilidade do homem na atenção básica atrelada à perspectiva da masculinidade-hegemônica:

“Os homens não têm muito costume de procurar a unidade de saúde, principalmente, na nossa região, mais do interior. Não é muito da natureza do homem procurar ir em busca de saúde, é meio cultural isso, eles tem a sensação de que passa, que eles são mais fortes, não são vulneráveis, que eles tem que trabalhar.”

Nessa perspectiva, Separavachi e Canesqui (2013) pontuam que, considerando o modelo hegemônico de masculinidade, a não-adesão dos homens aos serviços de saúde pode estar relacionada à forma pela qual os discursos provenientes deste campo legitimam os estereótipos de gênero. Essas atribuições implicam a reiteração contínua de práticas de si que reforçam a representação do homem sendo o de quem “não pode falhar”, gerando a naturalização dessas noções nas práticas de saúde e na sociedade. Desta forma, a doença rompe com a visão ideal do homem, uma vez que expõe a fragilidade presente no sujeito e as diferenças existentes entre os homens, os quais não compartilham das mesmas relações de poder.

O DSC evidencia também a dificuldade maior de vínculo com os homens, os quais procuram o serviço apenas em necessidades de saúde mais específicas e em um quadro mais grave. Em relação às queixas, aparecem questões relacionadas à dor, traumas físicos, acidentes de trabalho, problemas crônicos e área urológica. Esses dados corroboram com os dados levantados na pesquisa e trabalhados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BARATA, 2009; BRASIL, 2008). Demonstram que há um reducionismo na atenção à saúde do homem voltada

a perspectiva curativista, em uma lógica biomédica, a qual exclui esse sujeito do seu processo de saúde-doença.

Schraiber e Figueiredo (2011) apontam que, embora as mulheres tiveram seus corpos disciplinados pela ciência na perspectiva da reprodução e da sexualidade, os homens também tiveram seus corpos reduzidos à força física, de trabalho, tal como um corpo-máquina. Nesse sentido, pensar a questão da integralidade no cuidado à saúde do homem implica em compreender os reducionismos que operam em relação às necessidades dos homens, os quais delimitam a atenção com base na lógica curativista e no sentido de restauração deste corpo físico. Desta forma, pode-se dizer, que o discurso que circula e pauta as práticas neste campo reforça que o homem necessita de menos cuidados em saúde, mesmo que os profissionais tenham consciência sobre os aspectos sociais implicados. Como aparece no seguinte discurso:

“A saúde do homem é meio renegada a um plano secundário, não é questão da culpa do homem, é porque a sociedade acha que homem não adoeece. Eu acho que isso leva a política de saúde do homem não ter tanta importância para a sociedade que nem a da mulher.”

Nesse sentido, evidencia-se também uma generalização da saúde do homem no campo da reprodução e sexualidade, no que se refere, principalmente, à questão do Câncer de Próstata, de acordo com outro discurso:

“A saúde do homem é muito importante, é urologia, prevenção, check up, eu acho que é só porque a urologia envolve tudo. A próstata... O programa, ele veio com o intuito de fazer uma busca, um chamariz para a saúde do homem, como um todo, porém acaba se focando na próstata porque é uma das maiores causas de morte no homem.”

Medrado, Lyra e Azevedo (2011) apresentam em sua pesquisa uma frase proferida por um homem em um grupo focal de uma pesquisa: “eu não sou só próstata, eu sou um homem!”. Esta frase abrange aspectos simbólicos relacionados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pois evidencia as necessidades de saúde para além do câncer de próstata, mesmo sendo uma das doenças que mais atinge os homens. Os autores também apontam que o sistema de saúde vem aos poucos pensando nos homens enquanto uma população com necessidades específicas em saúde, articulada às noções de gênero e relações de poder existentes. Contudo, apresentam que mesmo diante desta transformação, alguns serviços não

dão conta dessas demandas, alertando para a necessidade de uma atenção integral orientada a partir da atenção básica.

Assim, verifica-se que mesmo que os profissionais compreendem que a Política de Saúde do Homem abrange outros aspectos, como os psicossociais, ainda assim, predominam aspectos vinculados à perspectiva anatomofisiológica e a associação da saúde do homem com a prevenção do câncer de próstata. Importante salientar que a campanha de prevenção ao câncer é muito importante e que não é o objetivo criticá-la, mas atentar para os outros processos de saúde e doença que ocorrem e articulá-los com a perspectiva de gênero. Desta forma, identifica-se as limitações e desafios postos para a Saúde Pública ao se pensar na realidade das equipes de saúde, com alta demanda de atendimentos individuais e poucos profissionais para ampliarem o serviço em direção a educação e promoção de saúde:

“A gente tenta não focar só na questão da próstata, porque tem outras coisas envolvidas, a violência, o abuso de álcool, o uso de droga, porque o homem parece estar mais envolvido em violências externas, então a política veio para tentar trabalhar tudo isso. A gente não consegue trabalhar com tudo isso, porque a gente não consegue disponibilizar tanto tempo para estar trabalhando com isso e porque as pessoas querem mais a parte curativa. São poucos profissionais e a demanda é muito alta, faz com que tu não tenha tempo para fazer uma consulta de maior qualidade, tens que ser objetivo, e às vezes escapa coisas que são importantes.”

Nesse sentido, concorda-se com Romeu Gomes (2008 *apud* MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2013) que as discussões em relação à saúde do homem devem ser pautadas para além dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade, mas implicadas na perspectiva relacional de gênero. Desta forma, uma política pública voltada à saúde dos homens deve considerar as relações de poder existentes entre os gêneros, raças e classes. A partir da consideração dos homens como pertencentes e agentes nessas relações e não como vítimas, trabalhando no sentido da desconstrução das representações naturalizadas da masculinidade-hegemônica, junto aos serviços, trabalhadores, gestores e usuários, e promovendo um olhar ampliado sobre os determinantes em saúde necessários para a integralidade em saúde.

5.1.2 Qual o papel das mulheres na saúde do homem?

Os autores Schraiber e Figueiredo (2011) refletem sobre as necessidades e demandas em saúde que os homens possuem a partir da perspectiva de gênero e das discussões sobre integralidade em saúde. Apresentam a relação entre a saúde do homem e o cuidado no campo das masculinidades, entendendo que uma das vicissitudes desta discussão está relacionada com a compreensão cultural de que o lugar de cuidado é, por essência, um espaço feminino destinado ao cuidado de mulheres, crianças e idosos.

De acordo com Barata (2009) de forma paradoxal aos índices de mortalidade em homens, as mulheres possuem maior frequência de morbidade do que os homens. Nesse sentido, entende-se que as relações de gênero produzem percepções e comportamentos diferentes acerca do processo de saúde-doença. Segundo a autora, o trabalho histórico de cuidados conferido às mulheres poderia influenciar na maior atenção para as questões de saúde.

Nesta mesma direção, Couto *et al* (2010) discutem sobre a invisibilidade dos homens na atenção primária à saúde a partir da perspectiva de gênero. A revisão bibliográfica aponta que as instituições de saúde reforçam a reprodução do imaginário social de gênero, trazendo consequência para os modos de cuidado em saúde. Segundo os autores, este imaginário produz representações sobre masculinidades vinculadas à ideia de que os homens não cuidam de si e nem de outras pessoas. Assim, o não reconhecimento dos homens como sujeitos de cuidado acarreta a desresponsabilização de si e o desestímulo às práticas de promoção e prevenção de saúde.

No DSC relacionado às representações sociais da saúde do homem foi identificado a menção marcante do papel da mulher neste cuidado. Assim, considerou-se importante trazer a problemática da responsabilização da mulher em relação à saúde do homem para se pensar a integralidade em saúde e a articulação das Políticas Públicas envolvidas.

Nessa relação, vincula-se o cuidado à imagem da mulher e, portanto, afasta-se do ideal de masculinidade aspectos relacionados a isso. Desse modo, as mulheres são responsabilizadas pelo cuidado da família, do esposo e dos filhos. Devido a naturalização dessas representações no campo social e da saúde, as mulheres tendem a protagonizar os atendimentos em saúde do homem.

Isso fica evidenciado no seguinte recorte:

“É porque eles querem ser o homem, os “bom”, como se a palavra homem desse a eles o direito de ser tudo, mas eles não são nada sem nós mulheres.”

Evidencia-se mais uma vez, o papel das representações sociais na atuação em saúde, uma vez que, culturalmente, o papel social da mulher é marcado pelo cuidado. Assim, tal comportamento impõe desafios ao serviço no sentido da ressignificação dessas representações, uma vez que a mulher é tida como referência no acesso às informações em saúde da família, como por exemplo:

“Geralmente, eles vêm consultar com a mulher, a esposa e quando a gente pergunta, quem responde, geralmente, são as mulheres, porque a mulher tem o conhecimento da situação de todo mundo. Até a data de nascimento, a mulher tá do lado e responde por ele”

Nessa perspectiva, evidencia-se também a vulnerabilização do homem em relação aos seus cuidados em saúde, como se ele não tivesse capacidade para tal feito:

“Provavelmente algum parente ou familiar cobra, “vai lá fazer e tal” (exame).”

Nesse sentido, existe uma tendência a “infantilizar” o homem, o qual, precisa ser “convencido” a ir ao serviço e fazer exames. Isso se dá a partir de brincadeiras e de conversas descontraídas. Como evidencia-se no discurso:

“Tu tem que ter uma forma diferente de conversar com eles, de tentar, ou uma brincadeira.” “A gente tem uma dificuldade nesta busca, por mais que fizemos divulgação, o homem tem que fazer uma certa insistência, por isso a ausência.”

Assim sendo, tal questão, aponta uma contradição presente nas atribuições de gênero, uma vez que, alternam-se representações de masculinidade, ora direcionados a força e a virilidade, ora vinculadas a uma desresponsabilização pelo cuidado de si devido a transferência de responsabilidade para a figura da mulher. Isso reforça a ideia de que para os homens serem tomados e se reconhecerem como sujeitos de cuidado é preciso que sejam vulnerabilizados (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Neste sentido, os autores Gomes e Nascimento (2006) concluem em sua pesquisa bibliográfica que modelos hegemônicos de masculinidade dificultam a adoção de hábitos mais saudáveis como também, influenciam tanto nos processos de saúde-doença de si como de mulheres.

Portanto, pensar na saúde do homem é pensar na saúde da mulher, uma vez que a mulher aparece implicada e responsabilizada por esse cuidado. Reforça-se a importância do diálogo íntimo entre as políticas de saúde do homem e de saúde da mulher, com os determinantes de saúde relacionados às desigualdades de gênero, no sentido de reconhecer homens e mulheres como sujeitos de direito à saúde e agentes no cuidado de si e de outros.

5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE, POR TRABALHADORAS/ES DO CAMPO

Ideia central: A mulher tem que aprender a se defender porque se ela tiver autoridade, ele vai ficar com medo, mas bem complicado a violência, porque apanha, mas gosta do marido, por uma questão de convivência.

(Sobre violência contra mulher): “É pouco aqui, em outros bairros que eu já passei sim, mas aqui é uma classe média alta, então é difícil ter, se tiver é mais calado, eles não vão na unidade em busca de ajuda para isso. Já aconteceu de algum homem vir procurar apenas quando tem algum transtorno mental associado. Normalmente, eles vão lá fazer o BO na polícia militar e tá tudo certo. Na maioria das vezes, essas falas estão centradas no atendimento médico, se o médico falar que é algo que deve ser acompanhado, ele me comunica e eu faço uma notificação, um acompanhamento. Mas a gente sempre observa muito, se o homem não deixa a mulher atender, essas coisas. Quando a gente fala em violência de gênero, a gente pensa naquele homem que bate na mulher, que mata a mulher, isso é o último grau, tem vários, a principal é a violência psicológica. Elas acham que é normal, muitas sofrem violência, mas nem sabe o que é, veem a violência apenas como física. Essa região é muito machista, os homens sufocam as mulheres, não deixam ter liberdade, então essas mulheres se frustram, se deprimem, quando ela não fala o que aconteceu, é porque o problema é em casa. Quando o homem relata algo nesse sentido, é que foi traído. Eles chegam bem deprimidos, não se abrem porque já coloca a culpa na mulher, mas não tem

condições de dizer por que ela abandonou ele, porque na mentalidade deles a mulher tem que ser submissa, tem que ficar aguentando, e quando se liberta daí é taxada disso e daquilo. A sociedade protege muito os homens e isso sobrecarrega as mulheres. Mesmo quando o homem é violento ele sempre tenta justificar. Um homem quando chega a ser violento com a mulher é porque aprendeu com a própria família, então a tendência é repetir o comportamento do teu pai, do teu avô, isso é muito comum. É uma coisa feita de maneira estrutural, a pessoa se moldou daquele jeito, mas a saúde deveria atuar nisso, ter mais tempo para isso. Eu acho que, porque elas viveram a vida inteira assim e acham que está tudo certo, outras de certo que não devem ser feliz no casamento, mas não tem outra opção; tem muito a questão dos filhos, tem neto daí não quer que a família, eu imagino, as mulheres acabam preferindo ficar como tá. Bem complicado quando é a violência, bem complicado, porque as próprias mulheres tem a questão que: apanha, mas gosta do marido, por uma questão de convivência, mas acredito que o principal é a informação para elas procurarem, né. Eu sempre digo a mulher tem que aprender a se defender porque ela tiver palavra, tiver autoridade dentro dela, ele vai ficar com medo. Acredito que tem se falado bastante, a questão da violência, só porque muitas vezes eles tem conhecimento disso, em relação a saúde da mulher, acredito que muitas sofrem, mas não procuram ajuda, acabam sofrendo sozinhas, e a gente não sabe. Os profissionais acabam tendo um pouco de medo, porque “ah tem que notificar!” Mas muitos profissionais, tipo agente de saúde, tem medo de ficar sobrando pra elas, porque se a mulher fala, depois vem uma notificação, elas têm medo de serem linchadas por isso.”

Nesta sessão, o DSC que apresentamos busca responder ao objetivo de compreender as representações sociais de profissionais da atenção básica sobre violência de gênero no cotidiano do serviço de saúde em que trabalham. A pesquisa evidenciou que:

5.2.1 O que é violência de gênero no olhar de profissionais da atenção básica?

Tal como aponta Bandeira (2019), a violência de gênero baseia-se na questão da alteridade. Isso é, a violência de gênero não se resume exclusivamente a tentativa de aniquilação do outro, como em outros tipos de violência, mas motivada pelas desigualdades de gênero as quais impõem hierarquias, não somente no campo privado como o meio familiar, mas também no meio social.

De acordo com o DSC, a violência de gênero é identificada e reconhecida ao longo das entrevistas. De forma inicial, evidencia-se a negação no DSC, sobre tal ocorrência, quando esta não surge como uma das motivações para busca de atendimento nas unidades de saúde. Contudo, na medida em que a pesquisadora aborda o tema, de forma mais direta nas entrevistas, percebe-se que as/os profissionais dizem observar os sinais e identificar as situações de violência no cotidiano do trabalho.

Embora a violência de gênero não apareça na rotina da atenção básica como queixa, ela é percebida ao longo do atendimento. Esta identificação está diretamente relacionado ao fato de que, no DSC, há a compreensão dos tipos de violência contra mulher: física, psicológica mais comumente percebidas, com o conhecimento de que estas não são as únicas formas; de que na atenção básica a mediação, nos casos de violências, passa pelo conhecimento médico; e de que se refere sobre a importância da notificação e o componente do medo presente nessa intervenção:

“(...) essas falas estão centradas no atendimento médico, se o médico falar que é algo que deve ser acompanhado, ele me comunica e eu faço uma notificação” “Os profissionais acabam tendo um pouco de medo, porque “ah tem que notificar!”, mas muitos profissionais, tipo agente de saúde, tem medo de ficar sobrando pra elas, porque se a mulher fala, depois vem uma notificação, elas têm medo de serem linchadas por isso.”

Neste aspecto, entrecruzam-se duas perspectivas: a “naturalização” da violência no campo da saúde, relacionando-a, inicialmente, apenas à física e depois mencionando a existência das outras e a dificuldade das equipes em diferenciar a notificação em saúde e a denúncia.

No que diz respeito a notificação, trata-se de uma importante ferramenta para se pensar em políticas públicas de prevenção de violências e promoção de saúde, a partir da informatização e sistematização dos casos. A denúncia estaria vinculada a uma perspectiva jurídica, que não é o objetivo da notificação em saúde (FREITAS *et al*, 2017).

Verifica-se aqui o reconhecimento da violência de gênero, especialmente, quando física e a partir disso pensa-se como notificá-la. Diante disso, o discurso aponta aspectos do campo jurídico, incluindo a questão da punição ao autor da

violência, destinando o problema da violência contra a mulher ao campo da segurança pública.

Em sequência, pode-se analisar o trecho seguinte:

“Quando a gente fala em violência de gênero, a gente pensa naquele homem que bate na mulher, que mata a mulher, isso é o último grau, tem vários, a principal é a violência psicológica. Elas acham que é normal, muitas sofrem violência, mas nem sabe o que é, veem a violência apenas como física. Essa região é muito machista, os homens sufocam as mulheres, não deixam ter liberdade, então essas mulheres se frustram, se deprimem, quando ela não fala o que aconteceu, é porque o problema é em casa”

Este trecho do DSC evidencia o que Granja e Medrado (2009) analisam a acerca da violência contra a mulher, quando dizem que, ainda que a noção de violência de gênero tenha sido ampliada e vista como um problema de saúde pública, a atenção básica não é porta de entrada para os casos de violência, como é para outros problemas de saúde. Assim, nas práticas cotidianas, a violência de gênero continua sendo um problema de justiça, pois ainda não há uma compreensão ampliada que abarque o campo da saúde.

O comportamento violento atribuídos aos homens, como algo “natural” é evidenciado no discurso também, quanto se lê:

“Um homem quando chega a ser violento com a mulher é porque aprendeu com a própria família, então a tendência é repetir o comportamento do teu pai, do teu avô, isso é muito comum. É uma coisa feita de maneira estrutural, a pessoa se moldou daquele jeito, mas a saúde deveria atuar nisso, ter mais tempo para isso.”

“Eu acho que, porque elas viveram a vida inteira assim e acham que está tudo certo, outras de certo que não devem ser feliz no casamento, mas não tem outra opção; tem muito a questão dos filhos, tem neto daí não quer que a família, eu imagino, as mulheres acabam preferindo ficar como tá. Eu sempre digo a mulher tem que aprender a se defender porque ela tiver palavra, tiver autoridade dentro dela, ele vai ficar com medo.”

Os profissionais da atenção básica tendem a buscar respostas para o fenômeno da violência de gênero, relacionando-o com questões econômicas, sociais e afetivas.

Neste sentido, as representações sociais da violência de gênero, quanto a forma como aparecem na atenção básica em saúde, se enquadram em três pontos: a) dos profissionais que reconhecem a violência de gênero como uma demanda da saúde (perspectiva medicalizantes e patologizante da vida); b) dos que desresponsabilizam a atuação da saúde, referenciando para outros serviços como a

assistência social (numa perspectiva biomédica do que é saúde); c) dos que responsabilizam exclusivamente a mulher pela denúncia e pela busca de saída para a situação que se encontra (perspectiva do machismo como estrutura).

Aproxima-se da pesquisa realizada por Granja e Medrado (2009), na qual foram realizadas observações e entrevistas com 55 profissionais da rede de prevenção, assistência e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher no Recife. A pesquisa teve como objetivo identificar o posicionamento destes profissionais frente às possibilidades de atendimento dos homens autores de violência no SUS, e entender qual o lugar de assistência a este homem, em suas necessidades de saúde e cuidado. A análise dos diferentes repertórios evidenciou a circulação de discursos da ordem jurídica, biomédica e essencialista, no campo da saúde e assistência, onde “a saúde é biológica, a violência é a física e o gênero é o feminino” (GRANJA; MEDRADO, 2009).

Os autores questionam tais representações, às quais relacionam o fenômeno da violência de gênero ao campo privado e familiar ou defendem mecanismos mais rígidos de punição aos autores. Assim, ao passo que os conceitos de saúde e violência foram ampliados, na prática, isto ainda fica restrito à criação de legislações. Perdura-se, assim, estas concepções que reforçam: o lugar da mulher enquanto vítima, do homem enquanto algoz; da saúde como campo da assistência aos traumas físicos; e do enfrentamento a partir da lógica punitivista; quando também solucionado com a omissão destes serviços. (GRANJA; MEDRADO, 2009).

Nesse sentido, o DSC aponta um encontro parcial com a análise dos autores, uma vez que, embora haja uma prevalência desta percepção, os entrevistados apontam outras estratégias de enfrentamento e atenção, como a educação em saúde.

Granja e Medrado (2009) argumentam que, mesmo que alguns profissionais pensem em outras propostas de cuidado, ainda existe um “nada a fazer” compartilhado institucionalmente no campo da saúde. Nesse sentido, reforçam-se ideias que colocam o empoderamento da mulher como única forma de intervenção e que “naturalizam” a violência como atributo essencial do homem, com pouca possibilidade de transformação. Esses discursos agenciam subjetividades e práticas, de modo que, assim como a mulher vítima de violência, as/os profissionais são igualmente interpelados pelas relações de gênero, destacando a desigualdade de gênero como uma questão estrutural na sociedade.

Considera-se aqui a dialogicidade existente entre a estruturação dos serviços e as compreensões de saúde dos usuários. Granja e Medrado (2009) problematizam que se os espaços de saúde são essencialmente destinados às doenças e quadros graves, a procura por esses serviços em uma situação de violência torna-se necessária apenas pelo agravamento físico. Em contrapartida, se os usuários demandam das unidades atenção voltada somente nessa perspectiva, os serviços não se estruturam para receber outras queixas relacionadas aos aspectos psicossociais, como a de prevenção das violências, pela relação incipiente com a promoção de saúde.

Tais práticas discursivas são obstáculos ao alcance da integralidade em saúde. Os autores alertam para o fato de que, dizer que é necessário ampliar o olhar sobre a violência de gênero, pensando na assistência e ação junto aos homens autores em potencial, não se trata de desresponsabilizá-los, mas reforçar, no campo da saúde, a integralidade como possibilidade de reflexão acerca desta contingência, e importante ferramenta de prevenção deste fenômeno (GRANJA; MEDRADO, 2009).

Um outro ponto importante, é a associação entre a violência de gênero e a saúde mental do homem. Quando se faz essa associação, é necessário tomar cuidado com o risco da medicalização desse fenômeno, pois não trata-se de dizer que o homem está doente e que, portanto, precisa de um tratamento, como forma de justificar a violência; mas sim, de compreender que este fenômeno está imbricado nas teias sociais e que faz parte de forma estrutural da sociedade. Baseando-se no conceito ampliado de saúde, caberia a este campo intervir neste sentido (GRANJA; MEDRADO, 2009).

Desse modo, concorda-se com Safiotti (2004) que as pessoas envolvidas em uma relação violenta devem ser implicadas pelo desejo de mudança. Nesse viés, somente é possível pensar em uma transformação dessas relações quando as duas partes forem compreendidas em suas necessidades de ajuda. Sendo assim, é necessário superar a tendência de produzir leituras dicotômicas e estáticas dos processos sociais existentes, principalmente, ao se entender que as relações de gênero são jogos de poder e não estados imutáveis de dominação (MEDRADO; LYRA, 2008).

Nesse sentido, compreende-se que o papel da atenção básica é essencial na atenção e enfrentamento da violência de gênero, pois possui a potencialidade de

trabalhar junto aos homens e mulheres em direção da reflexão e produção de outros sentidos para as relações de gênero.

5.3 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Ideia Central: Tudo vem lá da prevenção e da orientação, na unidade básica começa pela educação, primeiro com as mulheres, depois com os homens e com os dois.

“Vi campanhas nesse sentido somente quando acontece alguma coisa, feminicídio, coisa assim, mas é momentâneo, depois abafa o caso. Tem divulgação quando tem o setembro amarelo, mas não é feito nada em relação a essa questão da violência contra a mulher. Poderia ser feito mais além das divulgações, botar mais profissionais para ajudar, a gente não tem tempo para escutar, às vezes o que a maioria das pessoas querem é alguém que escute. Eu vejo assim, a saúde do homem envolve muito a questão da saúde mental, e se o homem não está bem com a sua saúde mental, ele parte pra agressividade, então, nós da área da saúde temos que ter uma ajuda nessa família. O que poderia ser feito entra justamente na questão da educação em saúde, porque isso tudo vem lá da prevenção, da orientação, mas temos um pouco de dificuldade pra fazer pela falta de profissionais, horários disponíveis e capacitação dos profissionais. Poderia ter grupos sobre isso, com homens, que daí tu faz um acompanhamento da família. A maioria das pessoas do Brasil usa o SUS né, a atenção básica é a porta de entrada, tu imagina uma pessoa que não tem curso superior, que tem que trabalhar desde os 13 anos, não tem acesso à cultura, teve uma educação precária, não tem um nível intelectual bom, ele vai carregar todos os preconceitos com ele, então eu acho que nesse aspecto a unidade básica teria uma importância grande, não só ficar atendendo paciente nesse cubículo, mas fazer palestras, chamar os homens para conversar, perguntar as dúvidas. É uma mudança de mentalidade da população, dos gestores, e começa pela educação. Acredito que palestras primeiro com as mulheres, depois com os homens e com os dois. Explicar para as mulheres que elas não são obrigadas a passar por isso, e para os homens entenderem que é um crime e que ele não pode tratar a mulher como objeto, mas como parceira, para eles refletirem também né, ele não tá certo mas ao mesmo tempo ele não sabe agir de uma outra maneira, então pra agir de uma outra maneira, tem

que ser trabalhado; fazer mais campanhas de conscientização, na televisão, para os homens procurarem ajuda para isso na unidade básica também.”

5.3.1 Qual o papel da atenção básica no enfrentamento à violência de gênero a partir da saúde do homem?

A atenção básica em saúde é base da organização das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Como visto, a atenção básica se direciona pelos princípios do SUS, com o objetivo de promover integralidade, humanização e equidade no atendimento em saúde. Além disso, coordena de forma territorial a promoção de saúde, ultrapassando os modelos clínicos tradicionais (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Segundo Schraiber e Figueiredo (2011), a integralidade é um direcionamento no campo da saúde coletiva que articula a prática profissional com as principais políticas públicas de combate às desigualdades sociais. Essa compreensão coloca-nos a pensar para além da execução prática da profissão, considerando a subjetividade destes agentes em relação à práxis no campo da saúde.

A Teoria das Representações Sociais defende que a linguagem exerce a mediação entre os objetos e os sujeitos no mundo. É pela linguagem e pela relação dialética que damos sentido ao mundo e a nós mesmos. Nesse sentido, a linguagem permite a construção de códigos compartilháveis e a circulação de discursos, os quais podem ser reiterados e legitimados por meio das relações de poder. Neste sentido, as representações, sentidos e valores se enlaçam e orientam os saberes e fazeres cotidianos. Sendo assim, o uso da língua é político, produz subjetividades e agencia práticas (MOSCOVICI, 2015).

Granja e Medrado (2009) apontam que há um distanciamento no campo da saúde entre o que se discute sobre integralidade e como essa perspectiva se materializa nos cotidianos de trabalho no SUS. Este direcionamento ético acaba se restringindo ao compromisso de cada profissional que atua em uma equipe de saúde.

Nesse viés, as desigualdades de gênero são reproduzidas no contexto da saúde, uma vez que são atribuídas diferenças nos modos de cuidado e compreensão do adoecimento em relação aos homens e mulheres. Concorde-se com os autores que a crítica não se dirige exclusivamente ao serviço e aos profissionais, mas às contradições existentes em um campo que se objetiva ser ampliado, mas que acaba

sendo reduzido a uma “naturalização” biomédica e curativa (SCHRAIBER; FIGUEIREDO, 2011).

Desta forma, os homens continuam sendo atendidos pelos serviços de saúde, na perspectiva da restauração deste corpo físico abalado, desconsiderando os aspectos psicossociais envolvidos em sua história e cotidiano. Conforme Schraiber e Figueiredo (2011), ao considerarmos as relações de gênero no cuidado em saúde, é necessário compreendermos os sujeitos em exercício de masculinidades e feminilidades e, assim, possibilitar espaços de escuta e de construção de outros sentidos para isso.

Outrossim, Medrado e Lyra (2003) apontam que o debate de gênero na saúde ainda é incipiente e que aspectos relacionados à socialização e as relações de gênero são ignoradas como produtoras de sofrimento psíquico e adoecimento. A inserção deste debate no campo da saúde pode sensibilizar os profissionais para atuarem em relação às desigualdades de gênero e as situações de violência de gênero.

No DSC, identifica-se que, de modo geral, não é uma prática comum e contínua pensar a violência de gênero no campo da saúde. Como o trecho seguinte demonstra:

“Vi campanhas nesse sentido somente quando acontece alguma coisa, feminicídio, coisa assim, mas é momentâneo, depois abafa o caso. Tem divulgação quando tem o setembro amarelo, mas não é feito nada em relação a essa questão da violência contra a mulher. Poderia ser feito mais além das divulgações, botar mais profissionais para ajudar, a gente não tem tempo para escutar, às vezes o que a maioria das pessoas querem é alguém que escute.”

Em relação a atuação do serviço com os homens nessa perspectiva, o DSC aponta:

“Eu vejo assim, a saúde do homem envolve muito a questão da saúde mental, e se o homem não está bem com a sua saúde mental, ele parte pra agressividade, então, nós da área da saúde temos que ter uma ajuda nessa família.”

Nessa perspectiva, Medrado e Lyra (2003) defendem que para compreender a violência contra as mulheres a partir da perspectiva de gênero, é necessário considerar as construções de masculinidade em nossa sociedade, na qual,

impera-se a repressão das emoções e a agressividade como forma de garantir reconhecimento da identidade masculina.

Nesse sentido, tomando como baliza epistemológica o pensamento feminista, ao se propor a inserção do homem como alvo de políticas públicas de saúde voltadas ao enfrentamento da violência de gênero, não se objetiva vitimizá-los e reduzir a sua responsabilidade pelo ato cometido, tão pouco patologizar os homens como forma de justificar ou prevenir a violência de gênero. Mas sim, ampliar o olhar sobre este fenômeno da violência de gênero e pensar em políticas públicas estratégicas que considerem as relações de gênero e não reforcem as atribuições universais da mulher como vítima/passiva e do homem como violento/ativo. Desta forma, a impossibilidade de o homem autor de violência poder ressignificar aquele ato na sua história de vida e construir novos sentidos para a sua masculinidade e para as relações ao seu redor, favorece a redução do homem à violência, como se este atributo lhe fosse imutável (GRANJA; MEDRADO, 2009).

Assim, o DSC aponta a educação como via de inserção do debate de gênero e da promoção de saúde:

“A maioria das pessoas do Brasil usa o SUS né, a atenção básica é a porta de entrada, tu imagina uma pessoa que não tem curso superior, que tem que trabalhar desde os 13 anos, não tem acesso à cultura, teve uma educação precária, não tem um nível intelectual bom, ele vai carregar todos os preconceitos com ele, então eu acho que nesse aspecto a unidade básica teria uma importância grande, não só ficar atendendo paciente nesse cubículo, mas fazer palestras, chamar os homens para conversar, perguntar as dúvidas. É uma mudança de mentalidade da população, dos gestores, e começa pela educação.”

À vista disso, Machado *et al* (2007) desenvolvem a noção de integralidade associando como propostas a formação e a educação em saúde. Para as autoras, a Educação em Saúde dialoga intrinsecamente com a noção de promoção de saúde. Este conceito compreende a saúde de forma integrada, articulada com os aspectos físicos, ambientais, pessoais e sociais, bem como, compreendem que a saúde deve ser trabalhada com todas as pessoas, mesmo sem o risco de adoecimento. Assim, a educação em saúde é uma possibilidade de trabalho em saúde comprometida com o desenvolvimento da cidadania, da potencialização da autonomia e da construção coletiva de saberes.

Esta possibilidade é mencionada pelos trabalhadores entrevistados como uma via importante para se pensar a prevenção e a promoção de saúde, e

principalmente, para trabalhar as questões relacionadas à violência de gênero. Nessa perspectiva, entende-se que a educação em saúde amparada no princípio da integralidade, compreende as pessoas e coletividades como sujeitos históricos, sociais e políticos. Nesse sentido, aposta no desenvolvimento do pensamento crítico, do protagonismo no cuidado de si, na responsabilidade e transformação social (MACHADO *et al*, 2007).

Monica Assis (2001) traz que a educação popular, para além de uma metodologia, é uma postura ética. Isto significa dizer, que para além da troca de saberes, existe a troca de afetos, pois não são de ordens descoladas. Deste modo, a educação popular sugere, sobretudo, uma reorientação da atenção à saúde, um novo olhar, imbricado nas teias sociais e no cotidiano de vida das pessoas.

A educação em saúde, junto aos trabalhadores, na perspectiva da integralidade, portanto, é um direcionamento possível para o enfrentamento da violência de gênero no campo da saúde, considerando a atuação tanto com homens, quanto mulheres. Pois, possibilita um olhar ampliado sobre essas relações e as formas como intervir, levando em consideração o conceito ampliado em saúde. Desta forma, a educação em saúde se soma à discussão, uma vez que convoca a participação ativa da população nos modos de cuidar e gerir a saúde, a partir de leituras e reflexões críticas da realidade.

Contudo, é necessário também refletir sobre as limitações e as necessidades da saúde pública em nosso contexto. Percebe-se, a partir das entrevistas, a realidade de trabalhadores dos serviços de saúde, os quais lidam diariamente com cobranças por atendimentos, com a pressão dos gestores e usuários, pela falta de recursos, desvalorização profissional e a negligência com a formação e capacitação desses profissionais. Estes fatores são desestimulantes na atuação profissional e influenciam nas práticas de cuidado. Como aponta o seguinte trecho:

“O que poderia ser feito entra justamente na questão da educação em saúde, porque isso tudo vem lá da prevenção, da orientação, mas temos um pouco de dificuldade pra fazer pela falta de profissionais, horários disponíveis e capacitação dos profissionais.”

Outrossim, a equidade como princípio do SUS coloca a relevância de dar maior atenção aos casos mais complexos, como forma de produzir maior igualdade social. Logo, identificar a desigualdade de gênero localiza a atenção básica, junto a

outras políticas públicas, como espaço de transformação social, quando assume a saúde como conceito ampliado, incluindo este debate:

“Acredito que palestras primeiro com as mulheres, depois com os homens e com os dois.”

“Explicar para as mulheres que elas não são obrigadas a passar por isso, e para os homens entenderem que é um crime e que ele não pode tratar a mulher como objeto, mas como parceira, para eles refletirem também né, ele não tá certo mas ao mesmo tempo ele não sabe agir de uma outra maneira, então pra agir de uma outra maneira, tem que ser trabalhado; fazer mais campanhas de conscientização, na televisão, para os homens procurarem ajuda para isso na unidade básica também.”

Nesse sentido, compreende-se que a sociedade é estruturalmente patriarcal, sexista e racista, sendo assim, a proposta do SUS como um processo civilizatório é uma tentativa contra hegemônica de lutar contra as desigualdades sociais que afetam os processos de saúde e doença no país. Desse modo, pensar a atenção integral à saúde do homem como importante eixo no enfrentamento da violência de gênero é promover uma ruptura nos modelos tradicionais de atenção em saúde. Tais discussões colocam em evidência aspectos profundos da sociedade e o que cabe a nós, enquanto profissionais de saúde, é lutar e apostar nessas transformações a partir de construções coletivas e singulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção tem por objetivo clarificar o percurso das discussões realizadas até aqui, de forma a enovelar e concluir a pesquisa realizada. Percorreu-se entre a Política de Atenção Básica e os seus princípios e diretrizes, sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), sobre gênero enquanto categoria de análise das relações de poder, sobre o fenômeno da violência de gênero e a relação entre violências e o campo da saúde coletiva, sobre saúde das mulheres, saúde dos homens e seus principais tensionamentos, para nesta sessão conseguirmos relacionarmos todos estes campos, os quais, cada vez mais, resistem em serem analisados separadamente.

A partir dos resultados apresentados defende-se a violência de gênero como um problema de saúde pública, e como tal, deve ser pensada e articulada em uma rede intersetorial de enfrentamento, a partir dos princípios que regem o SUS: universalidade, equidade e integralidade. As ações devem ser pensadas junto a todos os níveis de complexidade, com prioridade à Atenção Básica, enquanto porta de entrada prioritária, localizada territorialmente e responsável pelas maiores ações de educação em saúde. Sendo assim, as categorias de gênero, raça e classe devem ser consideradas como Determinantes de Saúde, pois atravessam os processos de saúde e doença. O setor saúde, tendo por direcionamento ético a prática do cuidado, é um importante vetor no enfrentamento da violência de gênero, quando atua não somente com as mulheres, mas também com os homens, a partir de uma abordagem interseccional.

Percebe-se que as representações sociais sobre saúde do homem orientam práticas e saberes nesse campo. Nesse sentido, verifica-se que predominam discursos orientados a partir de uma visão biomédica (com foco no diagnóstico e cura de doenças); patriarcal (desresponsabilização do homem pelo cuidado de si e responsabilização da mulher pelas suas condições de vida e situações de violência); e medicalizada (desconsideração dos aspectos psicossociais nos processos de saúde e doença) acerca da saúde do homem. Desta forma, vislumbra-se a necessidade de ampliar essa compreensão e a potencialidade de trabalhar questões relacionadas às construções de gênero no campo da saúde. Outrossim, ao analisar ambas as políticas de saúde da mulher e do homem, nota-se que a presença da discussão da violência de gênero encontra-se maior delimitada, como um dos objetivos de atuação, na

Política de Atenção à Saúde das Mulheres. Indaga-se, entretanto, o porquê desta temática aparecer de forma tão breve na Política de Saúde dos Homens.

Como limitações da pesquisa, aponta-se a estratégia metodológica adotada. Restringiu-se as análises de gênero em uma perspectiva cisgênero devido aos dados epidemiológicos serem, em sua maioria, analisados por essa lógica. Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem não aborda as questões relacionadas a saúde do homem trans. Nesse sentido, considera-se que seja de extrema importância realizar mais pesquisas considerando a saúde do homem atrelada as discussões sobre masculinidades, compreendendo gênero enquanto atos performativos emaranhados nas relações de poder, e não como uma determinação social baseada na diferença entre os sexos. Outrossim, não conseguiu contemplar neste trabalho uma análise mais aprofundada acerca das intersecções de raça e classe a partir das entrevistas realizadas. Compreende-se que estes são determinantes essenciais dos processos de saúde e doença e indissociáveis das análises de gênero.

Acredita-se que esta pesquisa, potencializará as discussões que entrecruzam o campo das violências e saúde coletiva, a partir de um enfoque de gênero, abrindo lacunas e rompendo com as concepções patriarcais/coloniais, biomédicas e punitivistas que circulam no setor saúde, possibilitando recursos para a ampliação das políticas públicas voltadas ao combate da violência contra a mulher - fenômeno que acarreta consequências imponderáveis à vida.

Portanto, esta pesquisa possibilitou compreender o SUS enquanto um processo civilizatório, democrático e transformador que deve ser desejado e inventado coletivamente. Tal como, o enfrentamento da violência de gênero. É preciso lutar por uma mudança verdadeira deste fenômeno, e para tanto, é necessário que se atue tanto com as mulheres, como com os homens. Aprendi com bell hooks que a opressão e a violência contra as mulheres deve ser enfrentada por todos. O feminismo aponta o caminho.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Monica. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular**. São Paulo: Hucitec, 2001.

BANDEIRA, Lourdes M. **Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação**. In: HOLLANDA, Heloisa B. **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 293-315.

BARATA, Rita B. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?** In: BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.144-193.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

_____; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf

_____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 07 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_home_m.pdf

BUSS, Paulo M; FILHO, Alberto P. **A saúde e seus determinantes sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/i/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 09 abr 2022.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 13 Edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CARRARA, Sergio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/c43gm3yRYdDsCMGRZfjLrHM/abstract/?lang=pt>

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência.** São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>.

CONNELL, Robert W. **Políticas da masculinidade.** Revista Educação e Realidade, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, p. 185-206, jul/dez, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71725/40671>

COSTA, Ana M. **Política de Saúde Integral da Mulher e direitos sexuais e reprodutivos.** In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 979-1011.

COUTO, Maria T. *et al.* **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.33, p.257-70, abr/jun, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5Dgnp7BfTBDtcfkz4KMMxsC/abstract/?lang=pt>

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

FLICK, Uwe. **Introdução a pesquisa qualitativa.** 3 Edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, Rodrigo J. M *et al.* **Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2585>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora de UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas? In: GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002, p. 41-56.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. **Atenção primária à saúde.** In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 493-547.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMknvMWHjFTLxYv8nBHymqL/?lang=pt>

GRANJA, Edna; MEDRADO, Benedito. **Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde.** Psicologia & Sociedade, v. 21, n. 1, p. 25-34, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/tpbDZpCXgNbxWWjDWT6fWCf/?format=pdf&lang=pt>

hooks, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras.** Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2018.

JODELET, Denise. **Representações sociais e mundos de vida.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Curitiba: PUCPress, 2017.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** Brasília: Liber Livro Editora, 2. ed., 2012.

LUGONES, María. **Rumo a um feminismo decolonial.** In: HOLLANDA, Heloisa B. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 357-379.

MACHADO, Maria de Fátima A. S. et. al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?lang=pt>. Acesso em 02 de abril de 2022.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. **Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades.** Estudos Feministas, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, set/dez, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/7VrRmvB6SNMwQL5r6mXs8Sr/?lang=pt>

MEDRADO, B.; LYRA, J. Nos homens, a violência de gênero. In. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional.** Brasília, DF, 2003. p. 68. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro.pdf>

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. **“Eu não sou só próstata, eu sou um homem!”: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero.** In: GOMES, Romeu (org.). Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana; GRANJA, Edna; VIEIRA, Sirley. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde.** Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1853>

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema.** In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 1011-1037.

_____, Maria Cecília de Souza (org.); **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

NORONHA, José C; LIMA, Luciana D; MACHADO, Cristiani V. **O Sistema Único de Saúde - SUS.** In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-395.

PAIM, Jairnilson Silva (org.). **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

SAFFIOTI, Heleieth. **Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade.** In: HOLLANDA, Heloisa B. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 139-163.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero.** In: GOMES, Romeu (org.). Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** In: HOLLANDA, Heloisa B. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 49-83.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.** Revista Saúde Soc., São Paulo, v. 22, n. 2, p.415-428, 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QSYJggmjYNygGFkKQf4xTjc/?lang=pt>

APÊNDICES

APÊNDICE A: Carta da aprovação do CEP / UNESC



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 5.551.868

CAAE: 59785122.2.0000.0119

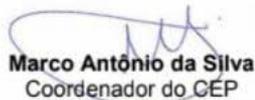
Pesquisador(a) Responsável: Dipaula Minotto da Silva

Pesquisador(a): TAMIRIS CARDOSO COSTA

Título: O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de julho de 2022


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)

Dados participante pesquisa

Nome: _____

Endereço: _____

Contato

telefônico: _____ / _____

Código _____ para _____ identificação _____ na
pesquisa: _____

E-mail: _____

Data _____ da _____ coleta _____ de _____ dados:

Local _____ de _____ realização _____ da
entrevista: _____

Horário _____ entrevista - Início: _____ Fim: _____

Características dos sujeitos da pesquisa segmento de usuários:

1. SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
2. IDADE: _____ ANOS	<input type="checkbox"/> 18 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 21 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos
	<input type="checkbox"/> 41 a 50 anos	<input type="checkbox"/> 51 a 60 anos	<input type="checkbox"/> mais de 60 anos
3. COR (segundo definição IBGE)	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	
	<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Amarela	
4. ESCOLARIDAD E	<input type="checkbox"/> não alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo	

	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto	Curso: _____
5. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo
	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Divorciado
6. RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Espiritualista <input type="checkbox"/> Ateu
	<input type="checkbox"/> Evangélico: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____
7. PROFISSÃO	<input type="checkbox"/> Gestor/a	<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Psicólogo/a
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Nutricionais <input type="checkbox"/> Ed. Física <input type="checkbox"/> Farmacêutico/a
	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
7. CARGO/FUNÇÃO ATUAL	<input type="checkbox"/> Gestor/a	<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Psicólogo/a
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Nutricionais <input type="checkbox"/> Ed. Física <input type="checkbox"/> Farmacêutico/a
	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

Perguntas relacionadas ao objeto de estudo:

1. No seu dia a dia, você percebe a procura dos homens pelo serviço de saúde?
 - Quais as principais queixas dos homens que vêm ao serviço?
 - O que você pensa a esse respeito?

2. Quanto eu falo “SAÚDE DO HOMEM”: quais são as 3 primeiras palavras que lhe vêm à mente:
 - a) _____

- b) _____
c) _____

3. O que você pensa sobre isso, levando em consideração o seu cotidiano de trabalho.
4. Você já ouviu falar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?
- Comente a importância dela na sua atuação profissional.
5. A questão da violência de gênero é uma demanda na sua rotina de trabalho? (ainda que não seja a queixa principal – ou que não seja a queixa de usuários/as)
6. No atendimento aos homens aparece a demanda da violência de gênero? se não for apontado perguntar: e no papel de autor da violência?
- Aponte as facilidades e as dificuldades atuais no seu trabalho;
8. Como profissional de atenção básica o que tem sido feito e o que pode ser feito para enfrentar a violência contra as mulheres;
9. Você vê alguma relação entre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o enfrentamento da violência contra as mulheres?