



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

CLÁUDIA LEILANE LUCENA DE MEDEIROS

**A SAÚDE DO HOMEM A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA: POR QUE ELES
NÃO PROCURAM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?**

**CAMPINA GRANDE
2017**

CLÁUDIA LEILANE LUCENA DE MEDEIROS

**A SAÚDE DO HOMEM A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA: POR QUE ELES
NÃO PROCURAM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?**

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra.: Alessandra Ximenes da Silva

**CAMPINA GRANDE
2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M488s Medeiros, Cláudia Leilane Lucena de
A saúde do homem a partir da tenção básica [manuscrito] : por
que eles não procuram a estratégia saúde da família? / Claudia
Leilane Lucena de Medeiros. - 2017.
24 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2017.
"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva,
Serviço Social".

1. Política de saúde do homem. 2. Saúde da família. 3.
Saúde do homem. 4. Assistência social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

CLÁUDIA LEILANE LUCENA DE MEDEIROS

**A SAÚDE DO HOMEM A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA: POR QUE ELES
NÃO PROCURAM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?**

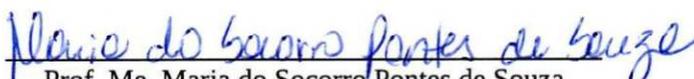
Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao programa de graduação
em Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de bacharel
em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 08/08/17.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Assist. Social Me. Nara Rubya Barreto Paiva
(Supervisora de campo de estágio)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2.1. A sua criação e a relevância de Campina Grande-PB.....	7
2.2. A inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família	9
3. MASCULINIDADE E SAÚDE	11
3.1. A atenção à saúde do homem no Brasil	13
4. QUANTO AS MULHERES? O QUE ISSO TEM A VER COM A SAÚDE MASCULINA?.....	15
5. O QUE VEMOS NA PRÁTICA.....	17
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	22

A Saúde do homem a partir da atenção básica: por que eles não procuram a Estratégia Saúde da Família?

¹Cláudia Leilane Lucena de Medeiros

RESUMO:

O presente estudo analisa os principais elementos que envolvem a incipiente participação dos homens nos serviços de saúde a partir da atenção básica. Fruto da inquietação adquirida durante o período de estágio em Serviço Social realizado na Estratégia Saúde da Família Wesley Cariri Targino, no bairro Nova Brasília, Campina Grande – PB, no período de a fevereiro de 2015 à outubro de 2016. O estudo foi realizado a partir das observações vivenciadas em campo de estágio, devidamente registradas em diário de campo. Também foi realizado um levantamento documental e bibliográfico por meio da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, de artigos científicos publicados em periódicos sobre o tema, através de estudos que trazem a discussão da Saúde do Homem. O estudo teve como objetivo geral analisar os limites culturais e institucionais que trazem influência a não efetivação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Os resultados obtidos pelo estudo realizado apontam que a ausência dos homens nos serviços de saúde ainda é consequência de um padrão cultural que não educa o homem a cuidar da sua saúde, ao contrário há ainda um pensamento presente na sociedade que a função do homem é manter a sua casa economicamente. Tal pensamento impede os cuidados de saúde. Contrapondo-se a este pensamento, se analisa o fato de na atualidade muitas mulheres exercerem dupla jornada de trabalho e ainda assim, terem um autocuidado maior que os homens. A partir desses elementos se relata as observações feitas no estágio, em especial no que tange a saúde do homem, e se evidencia, além da ausência masculina, o insuficiente investimento político-administrativo para com a atenção masculina, o que acreditamos trazer consequências diretas para a real efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Palavras-chave: Política de Saúde do Homem, Estratégia Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa os principais elementos que envolvem a falta de participação dos homens nos serviços de saúde, na atenção básica, onde existe uma organização sistemática acerca dos programas e serviços dispostos às diversas demandas; inclusive para o sexo masculino.

Criada há mais de oito anos, por meio da portaria número 1.944/2009, a Política Nacional de Atenção integral a Saúde do Homem (PNAISH) se propõe a qualificar a

¹ Aluna da Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.
E-mail: claudialeilane77@gmail.com

saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção em saúde (BRASIL, 2008). Essa política objetiva incentivar a participação desse grupo nos serviços de saúde da atenção básica, como meio de diminuir os índices de morbimortalidade e aumentar a expectativa de vida desses usuários.

Tendo em vista que estudos relacionados à saúde masculina e feminina demonstram e comprovam o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças do que as mulheres, principalmente as enfermidades mais graves e crônicas. Os mesmos, também morrem mais cedo quando em comparação com as mulheres (NARDI et al., 2007 apud BRASIL, 2008). Desse modo, entendemos como importante a criação e implantação dessa Política Nacional, bem como, a sua devida efetivação.

Observa-se então, que adentrar na temática sobre a saúde masculina é também incorrer dentro de um ambiente que envolve gênero. O pensamento socialmente ensinado é aquele que apresenta o ser masculino com um potencial de força e de invulnerabilidade física, como se a eles fosse impossível o processo de adoecimento. Para tanto, a noção de autocuidado é mais conferida ao papel feminino, considerada mais frágil e suscetível às doenças. Isso historicamente é culturalmente colocado, fortalece o equívoco em torno da noção de saúde-doença e enfraquece a devida atenção que deve ser conferida ao cuidado preventivo e curativo.

Levar em conta esse pensamento é importante, pois consideramos a categoria de gênero como fruto de um processo social, com diferenciais que vão além de funções biológicas, aparece como algo que caracteriza o feminino e o masculino, e que pode nortear e orientar quanto aos elementos que respondem a baixa participação dos homens nos serviços de saúde no Brasil. Com base nesse discurso, nossa aproximação com esse tema surgiu diante da experiência a nós conferida em campo de estágio; que aconteceu na Estratégia Saúde da Família (ESF) Wesley Cariri Targino, localizada no bairro Nova Brasília em Campina Grande - PB; onde estivemos inseridos durante o período de fevereiro de 2015 até outubro de 2016. Ali observamos que os homens quase nunca buscam os serviços de saúde que são ofertados, eles só comparecem a ESF quando estão com estado de saúde muito agravado e mesmo assim, muitas das vezes, são mediados por suas esposas, mães ou outros familiares.

Isso nos inquietou e nos motivou a realizarmos um estudo bibliográfico e documental sobre os elementos que dificultam a participação dos usuários nos serviços de saúde da atenção básica, tendo como principais objetivos: compreender os limites

culturais e institucionais que implicam a não efetivação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem; analisar os elementos da não-adesão a partir da PNAISH; identificar os elementos de gênero que contribuem para a não efetivação e contribuir com o Serviço Social através da apresentação das proposições para fortalecer a PNAISH na Estratégia de Saúde da Família Wesley Cariri Targino, local onde realizamos estágio.

Para a pesquisa (que foi realizada durante o período de maio de 2016 a maio de 2017) e análise do presente trabalho, fizemos uso dos procedimentos metodológicos utilizados durante o estágio, como as observações participantes durante as conversas e orientações com os usuários; o diário de campo, onde fazíamos uma ata do que tinha ocorrido nos respectivos dias de estágio; além da pesquisa em fontes documentais e bibliográficas, tais com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); pesquisa bibliográfica em periódicos que tratam sobre o tema (Revista saúde e sociedade, Revista Enfermagem integrada, Ciência e saúde coletiva, Revista de Enfermagem da UFSM, Caderno de saúde pública); Trabalhos Acadêmicos de Conclusão de Curso, Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado; bem como em obras que trazem a discussão da política de saúde e da saúde do homem de maneira mais específica.

A relevância em trazer esse tipo de estudo, encontra-se na tentativa em se entender os limites que circundam o baixo cuidado masculino em saúde, bem como na iniciativa de demonstrar a importância do cuidado como algo vital e, ainda, trazer ao debate e problematizar as relações culturais e de gênero que podem contribuir com as barreiras que têm impedido o cuidado masculino. Desta forma, entendemos que vamos contribuir com a Política Nacional de Atendimento Integral a Saúde do Homem, visando à minimização dos índices de morbi-mortalidade masculinos.

2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social e um dever estatal. Apesar de que somente em 19 de setembro de 1990, com a Lei 8.080/90, e logo depois a Lei 8.142/90; que definem o modelo de operacionalização do SUS (Sistema Único de Saúde), é que este é de fato regulamentado. Antes disso o que existia era um modelo baseado na medicina curativa, focalizada e imediatista, que considerava a doença pela doença sem considerar suas possíveis causas.

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal e é organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

Com as Leis 8.080/90 e 8.142/90 o Sistema Único de Saúde brasileiro é implementado com alguns avanços. A equidade, a universalidade e a participação social são princípios que devem reger toda a dinâmica desse sistema; além disso, para o atendimento universal e igualitário, o serviço de saúde deve abranger as várias demandas da saúde básica de forma articulada para que se consiga efetividade nos atendimentos.

É a partir desse pensamento, que o SUS sofre reorientações acerca do seu modelo de atuação. Inspirado no que foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que realizava ações de atenção básica em localidades estratégicas e que trabalhavam no incentivo aos cuidados relacionados à saúde, especialmente de mulheres e crianças; é que houve a proposta de mudanças significativas que buscaram reorganizar o SUS a partir da iniciativa em se implantar o Programa Saúde da Família. O objeto de sua intervenção não é a doença e o indivíduo, mas a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento a saúde (BRASIL, 1997 apud CARNEIRO, 2011).

Hoje, após mais de 20 anos de Estratégia Saúde da Família, muitos são os desafios colocados para a real efetividade destes serviços. Apesar disso, temos a presença das ESFs em 94% dos municípios brasileiros, fazendo-nos refletir que com a real efetivação e expressividade deste projeto, grandes seriam os saltos qualitativos dentro deste modelo de atenção.

2.1. A sua criação e a relevância de Campina Grande-PB

A Estratégia Saúde da Família é parte do que compõe hoje o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, uma iniciativa voltada para ampliar o que se entendia por saúde, antes visto de maneira biomédica, centrado no processo curativo. A Estratégia Saúde da Família, antes chamada de Programa Saúde da Família, fora implantada no Brasil em 1994, visando mudar o modelo assistencial vigente que intervia na situação emergencial

do doente; pautado no conhecido modelo hospitalocêntrico individual. A partir da criação do PSF (posterior ESF), foram incluídas ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação; atendendo a família como unidade de ação e não somente um único indivíduo, alargando o entendimento de saúde/doença de forma integral.

No país, a origem do PSF se insere no período da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor saúde, com o intuito de aumentar a acessibilidade do serviço de saúde e melhorar as ações de prevenção e promoção da saúde. Então em 1994 o Ministério da Saúde lança, oficialmente, o PSF como Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. Desse modo, o SUS conseguiu trazer inovação ao conceito de saúde, que passa a ser entendida como reflexo das condições de vida da população (CARNEIRO, 2011).

A cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantarem esse novo modelo de atenção à saúde. Isso se deu depois de uma viagem de representantes da prefeitura da cidade e do diretor da Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), ao IV Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizado em Havana. A partir disso, surgiu a vontade de trazer a Campina Grande uma comitiva cubana e nesse ínterim, o Ministério da Saúde convida a cidade para que seja pioneira na implantação e execução do Programa Saúde da Família que estava começando a dar seus primeiros passos (CARNEIRO, 2011).

Com isso a proposta foi aceita, e de forma rápida, implantaram-se em Campina Grande nas comunidades do Pedregal e Mutirão respectivamente 02 e 03 equipes, partindo de critérios sócio-sanitários (CARNEIRO, 2011). Vale notar que essas ações não contaram com o apoio do PACS, que se insere na cidade somente em 1995, no entanto, isso tornou possível uma aproximação maior da ESF com a comunidade e um estabelecimento de vínculo, podendo conhecer mais de perto a realidade da população.

Essa mudança de modelo trazia consigo o incentivo ao controle social, já que a época também demandava o ensejo pela Reforma Sanitária, a partir disso o incentivo pelas organizações como conselhos comunitários foi elaborado. O período também congregou movimentos sociais por causa das mudanças que ocorriam na sociedade nos vários setores, daí percebeu-se a necessidade de se incorporar assistentes sociais nas equipes de saúde também; visando que contribuíssem em sintonia com o projeto de Reforma Sanitária. Com essa iniciativa, Campina Grande, mais uma vez, ganha destaque nacional pela decisão de apostar na inserção e contribuição desse profissional

para que as práticas das equipes pudessem avançar no sentido da integralidade da atenção, da promoção da saúde e do Controle Social (CARNEIRO, 2011).

Assim, o Ministério da Saúde no decorrer dos anos tem mostrado mudanças importantes na gestão quanto ao atendimento dos usuários cadastrados no serviço de saúde. Esses movimentos demonstram avanços na noção do processo saúde – doença, que vai ser entendido e passado pelo fator de vigilância sanitária o que possibilita uma atenção maior para com o usuário, sua família e a comunidade onde ele está inserido. Levando em consideração dois dos princípios do SUS: a Universalidade e a Integralidade.

É por meio das ESFs que a população passa a ter um maior acesso aos serviços de saúde básica. A partir da implementação de grupos de atenção específicos (saúde da criança, do idoso, da gestante, hipertensos, etc.), o usuário, a depender de sua necessidade, é encaminhado aos serviços disponíveis; essa dinâmica é vista como um meio importante de se atingir todos os grupos de pessoas onde quer que estejam.

Pensando nisso e entendendo esse modelo de atenção à saúde como uma política pública, vamos expor um pouco sobre a inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família e a sua importância.

2.2. A inserção do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família

As ações desenvolvidas pelo Assistente Social na Política de Saúde são norteadas por quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Apesar de vistos como relevantes, esses eixos não funcionam de forma concomitante e contínua dentro dos serviços de saúde. No entanto, o eixo um é imprescindível. É por ele que temos conhecimento da realidade do indivíduo e da localidade onde mora, prática que orienta a posterior intervenção do Assistente Social.

Nesse sentido e considerando a participação da população usuária dos serviços de saúde como um dos princípios do SUS, houve a inserção, no município de Campina Grande - PB, do assistente social dentro do Programa Saúde da Família; que ocorreu logo após a implantação desse programa. Tal fato ocorreu em um contexto, onde a participação da população fora incentivada pelos próprios profissionais em saúde,

naquele momento. Apontava-se a necessidade de mudanças em torno do atendimento primário em saúde, que passava a ver a integralidade do indivíduo, também incentivava a participação social pela luta em prol da ampliação no sentido de tornar os serviços ofertados mais organizados e com mais especialidades de atendimento. Foi com esse ensejo que surgiu a Associação dos Profissionais do Programa Saúde da Família (APSF), que lutava pela melhoria dos serviços que vinham sendo implantados dentro do PSF.

Por isso a necessidade de se incluir esse profissional, visto que dentro do que incorpora o projeto de reforma sanitária, o assistente social é o profissional que pode trabalhar com as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010).

A interlocução entre o Serviço Social, demais profissionais da equipe de saúde e população usuária dos serviços podem fortalecer o projeto de reforma sanitária. Essa ação articulada amplia a luta pela melhoria das condições de vida e de trabalho, tornando relevante e ampliando o controle social, através da participação social.

A presença desse profissional possibilita desempenhos relevantes quanto à promoção e prevenção em saúde e também com relação ao controle social, pois outros grupos de suporte foram sendo inseridos nas comunidades, até mesmo com propostas educativas e de geração de renda (GUIMARÃES, 2006 apud CARNEIRO, 2011). Sem contar que o atendimento às famílias de maneira mais integral, a mobilização e a orientação sobre os direitos dos usuários são competências e atribuições desse profissional.

É por meio desse agir profissional que conseguimos vislumbrar os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico, o que clareia e norteia os procedimentos técnico-operativos aplicados na área de saúde (CFESS, 2010).

Dito isto, aprofundaremos a nossa pesquisa dentro do tema pesquisado: a saúde do homem. Discutindo e refletindo sobre os elementos que dificultam a procura do grupo masculino aos serviços de saúde na atenção básica, e trazendo proposições que indiquem a minimização destes elementos e uma maior efetividade da PNAISH.

3. MASCULINIDADE E SAÚDE

Vários estudos relacionados à saúde dos homens demonstram que eles sofrem de agravos crônicos mais intensamente do que as mulheres e mostra que isso tem causado morte prematura em maior número em comparação com as mulheres. Existe muita dificuldade em se entender e combater a ausência masculina nos serviços de saúde, principalmente, no que se refere à atenção básica. Uma vez que é nela onde se chegam ou deveriam chegar às demandas e depois, quando necessário, os encaminhamentos aos serviços específicos.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz que contou com a participação de homens com baixa escolaridade de ensino e também com homens com formação em curso superior, levantou o questionamento sobre os motivos que geram essa baixa participação masculina nos serviços de saúde. Após a realização da pesquisa e análise dos depoimentos obtidos, foi constatado “que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele menos se cuide e mais se exponha a situações de risco” (GOMES; FERREIRA et al., 2007).

Portanto, esse elemento acaba sendo um motivo fortemente considerado para a baixa procura dos homens aos serviços de saúde, o sentir-se forte e imponente contribui para a falta do autocuidado. Embora esse não seja o único elemento que determina a falta de cuidado dos homens, é um fenômeno que muito pode limitar os avanços para uma diminuição dos índices de morbimortalidade relacionada ao sexo masculino. Por isso mesmo, vemos como importante tratar um pouco sobre a categoria gênero e tentar compreender como a ideia da masculinidade pode influenciar na atenção com a saúde, levando em conta que isso não é visto apenas a partir das diferenças biológicas, porém contempla uma cadeia histórica de estereótipos.

Segundo Scott (1995 apud Figueiredo, 2008) “em seu uso inicial gênero é sinônimo de mulheres”. Isso pode ser entendido porque os desdobramentos em torno deste termo se relacionam aos estudos femininos em busca de maior legitimidade por seus direitos, os autores também falam que em alguns momentos, o termo passou inclusive a ser confundido com a ideia de feminismo. Pois foi a partir dos estudos feministas que a categoria gênero ganhou qualquer tipo de ênfase e com isso, um “abalo” na estrutura imperante é provocado. Esses primeiros estudos em torno dessa

² Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

categoria também mostraram que a ideia da sexualidade estava baseada numa interpretação com bases sociais de produção humana e não somente por meio das relações biológicas, e que é preciso esclarecer a diferença entre sexo e gênero.

Portanto, a confusão de se aliar gênero aos movimentos feministas e de considerá-lo como algo totalmente relativo à mulher, estava sendo e passava a ter outro esclarecimento. Os primeiros estudos feministas não trouxeram apenas a legitimidade do que fora pesquisado, mostraram também a evidência de um padrão cultural que de tão enraizado que é, precisava ser debatido e desfeito; trazendo para tanto, a diferenciação de que se tratar de gênero não é somente trazer significados do feminino e do masculino de forma biológica, mas é entender o que fundamenta e justifica tantas diferenças. Nas palavras de FIGUEIREDO (2008, pg. 39):

Assumimos que gênero inclui o corpo, tal como ele é vivido, inclusive, na sua própria diferenciação sexual, e se constrói nas relações sociais entre corpos. É vivenciado, pois, nas várias interseções das relações sociais: a classe social, a etnia, a geração, a religião, entre outras.

No entendimento desse mesmo autor a categoria gênero é permeada das diversas relações existentes entre homens e mulheres: relações de trabalho, institucionais, parentais, emocionais e etc., porém como realizadas socialmente, são entrelaçadas por ideais de dominação de um sobre o outro, o que de forma geral é identificado como dominação do homem sobre a mulher. Entende-se assim, que essa categoria também vem acompanhada da noção ou ideia de poder, gênero e poder de forma geral, traduzem a relação subordinante que existe entre o homem sobre a mulher.

Aqui se apresenta um modelo de hierarquia sexual que demonstra enfaticamente a diferenciação entre o que é feminino e o que é masculino, essas diferenças são apresentadas pelos papéis desempenhados por cada um dentro da sua realidade, papéis ordenados e organizados que foram naturalizados ao longo dos anos e que por isso, são vistos como “normais”; isso é tão notório que pode ser identificado na estrutura do Estado, das religiões, das etnias e raças. Sempre mostrando o masculino como superior ao feminino, dando sentido ao exercício desse poder.

A masculinidade pode ser compreendida como uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero (CONNEL, 2000 apud FIGUEIREDO, 2008). Se dentro das relações sociais o que está comumente firmado é o padrão de superioridade masculina sobre a feminina, não é de se estranhar o pensamento

de ser e se sentir superior em todas as áreas de sua existência, inclusive no que diz respeito à saúde. Isso traz a noção de uma masculinidade hegemônica, uma cultura masculina que vem definir certa identidade aos homens. Este modelo traz atribuições como a agressividade, a competitividade, a ambição, a virilidade, a austeridade, entre outros (CONNEL, 2000 apud FIGUEIREDO, 2008).

Portanto, sendo relegado à mulher o papel do cuidado, do zelo, da preocupação com a sua saúde; pois em nossa sociedade o papel do “cuidado” é atribuído às mulheres, desde muito cedo elas já são ensinadas a desempenhar e se responsabilizar por esse papel (WELZER-LANG, 2004 apud BRASIL, 2008). Enquanto ao homem, o de ser invulnerável, potente, que não adocece; pensamentos que desde cedo vão sendo colocados e que geram uma ideia de que as suas funções e tarefas devem ser diferentes das mulheres, para que não desenvolvam traços femininos. Sendo que os homens, até mais do que as mulheres, se colocam em situações em que se tornam mais suscetíveis a agravos físicos e as doenças crônicas.

Tendo como base os estudos realizados na elaboração da PNAISH, lançada em 2008, os dados indicam os seguintes eixos principais onde são apresentadas as causas para os agravos na saúde dos homens: a violência e as tendências à exposição de riscos. Eles refletem diretamente nos números que mostram a morbimortalidade masculina, indicando que há maior número de morte de homens do que de mulheres (CANESQUI; SEPARAVICH, 2013).

Dito isto, passamos agora a analisar sobre a atenção à saúde do homem no Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Tendo em vista ser esse o documento que reflete a situação de saúde masculina, bem como as iniciativas que devem ser tomadas para um melhor atendimento desta demanda. Além da tentativa de que se diminuam os índices de morbimortalidade nessa população.

3.1. A atenção à saúde do homem no Brasil

A partir do entendimento que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o Ministério da Saúde amplia suas responsabilidades para a formulação de uma política que tratasse sobre a saúde dos homens. Em 2008, foi lançado a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, visando estimular a participação desse grupo no atendimento básico em saúde. “Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da

sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2008, p. 03).

Inclusive, estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e que morrem mais “cedo” do que as mulheres (NARDI et al, 2007; LAURENTI et al, 2005 apud BRASIL, 2008). Mostram também que muitos agravos seriam evitados, mas como os homens não buscam como as mulheres os serviços de atenção básica, a maior vulnerabilidade e as altas taxas de morbimortalidade continuam relevantes entre os homens (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002 apud BRASIL, 2008).

A iniciativa pelo Ministério da Saúde em se criar uma política que atenda de forma específica essa parcela da população, demonstra um interesse a que se cumpram os princípios colocados pelo SUS. Uma vez que, visa um atendimento universal e equitativo. As diversas demandas recebidas na atenção básica através das ESFs têm características próprias dos diversos programas criados. Encontramos nas Estratégias de Saúde da Família, desde demandas para gestantes até o atendimento específico à pessoa idosa; por isso a atenção específica à saúde do homem também foi colocada como uma preocupação pelo Ministério da Saúde.

A quantidade de agravos à saúde, notificados na parcela masculina é sempre superior quando comparado com as mulheres, isso em todas as idades e em todas as possíveis causas. Para a análise desses dados pela PNAISH, foi feito um recorte da população masculina dentro do grupo etário que vai dos 25 aos 59 anos. Segundo a política, “corresponde à parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político” (BRASIL, 2008, pg.08).

Segundo tal documento, 75% das doenças nesse grupo de pessoas se fixam em cinco diferentes áreas específicas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumatologia. Contudo, o maior percentual de óbitos ainda se fixa nos agravos à saúde por Causas Externas. Nesta categoria, se enquadram os acidentes de transportes, intoxicações, quedas e etc.; seguido pelas doenças do sistema circulatório; depois pelos tumores; em quarto lugar ficam as doenças no aparelho digestivo; e por ultimo as doenças respiratórias.

Esses resultados são importantes para qualificar a iniciativa da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e para trazer ao cenário brasileiro o grau alarmante dos agravos pelo descuido ou/e falta de atenção necessária no cuidado em saúde masculina.

4. QUANTO AS MULHERES? O QUE ISSO TEM A VER COM A SAÚDE MASCULINA?

O Brasil possui um histórico de desigualdade entre homens e mulheres que perpassam décadas. A diferença de direitos e de privilégios, por exemplo, é visto desde o ambiente doméstico, onde a maior parte dos afazeres compete a elas, bem como a criação e o cuidado dos filhos; até chegar ao local de trabalho, quando há piores condições de trabalho e de remuneração.

Apesar disso, pesquisas têm mostrado que a inserção das mulheres no mercado de trabalho tem crescido em ritmo acelerado. O percentual de mulheres ingressantes no mundo do trabalho entre 2000 e 2010 cresceu de 50% para 55%, enquanto que o percentual masculino de participação no mercado de trabalho decaiu de 80% para 76% (LUCIO, 2014). A mesma pesquisa mostra ainda que o número de mulheres sendo responsáveis por seus domicílios também cresceu em 2000 eram 11 milhões de domicílios e em 2010 já eram 22 milhões de casas tendo mulheres como chefes de família.

Isso implica não só em um aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, mas também em um maior acúmulo de atividades diárias atribuído para as mulheres. Apesar de as mulheres estarem mais atuantes no mercado de trabalho, as atividades domésticas e de cuidado parental ainda permanecem com elas; não sendo distribuídas essas tarefas entre os homens da casa (quando existe esse tipo de relação conjugal e de parentesco).

Entretanto, a prática do cuidado ainda é mais visível dentro do grupo pertencente ao sexo feminino. Ou seja, o acúmulo de atividades laborais não é visto como impeditivo à prática do autocuidado. Mesmo que trabalhe, “sustente” a casa, cuide dos filhos e estude. As pesquisas indicam que quando se trata de sua saúde, as mulheres não deixam para a “última hora”, o que facilita o tratamento de uma possível doença (NETTO, 2016). Diferentemente das mulheres, os homens procuram tratamento clínico quando já não suporta determinada situação de doença, o que dificulta o acesso e o tratamento do agravo.

Portanto, a partir do que foi dito, salientamos que o fato de o grupo masculino trabalhar, não deveria ser elemento significativo para responder à sua ausência nos serviços de saúde, como é um dos pontos colocados pela PNAISH, bem como de outros estudos, como o mostrado anteriormente realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, que

envolveu o depoimento de alguns homens, onde alegam, dentre outros pontos, que por serem mantenedores de seus lares, não têm “tempo para a saúde” (³GOMES, FERREIRA et al., 2007).

Vale a pena refletir que as mulheres cada vez mais têm conquistado maior autonomia e responsabilidades, mesmo assim, quando o assunto é o cuidado da saúde, são mais acessíveis e atuantes. O que nos leva a um segundo questionamento acerca do que vem sendo exposto pelos homens (de acordo com a análise dos estudos contemplados neste tópico), mas que pode ser considerado contraditório quando consideramos o sexo feminino. Um dos aspectos ressaltados diz respeito aos horários institucionais de funcionamento das unidades de atenção à saúde como as Estratégias de Saúde da Família. Esse é um dos problemas ressaltados, no entanto, se observa que os homens dispõem de uma determinada jornada de trabalho diária, mas as mulheres também possuem suas jornadas de trabalho e na maioria dos casos, possuem outras atividades em casa depois de terem trabalhado horas fora de casa, chamadas essas de terceiro turno.

Não pretendemos afirmar com essas colocações que não existem empecilhos institucionais, que o atendimento em saúde não é precarizado e que todas as demandas são bem recebidas e atendidas; ou mesmo que ser um trabalhador em um contexto de super-exploração não traz nenhum impacto em termos de se ter disponibilidade de tempo e recursos para melhor se cuidar. Contudo, questionamos o aspecto de serem esses pontos, tão fortemente evidenciados pelos homens quando o assunto é o cuidado individual com a saúde. Uma vez que, as mulheres, também enfrentam esse mesmo tipo de situação.

Portanto, entendemos como aspecto importante para o debate a contradição que existe quando a PNAISH 2008, aponta a relação de emprego e manutenção do lar como um grande “vilão” à ausência masculina nos serviços de saúde, visto que os papéis entre homens e mulheres tem se equiparado cada vez mais e nem por isso as mulheres deixam de se cuidar. A atenção aqui dada é na prática da desconstrução desse pensamento, que pode ser obtido com a intervenção dos profissionais da área de saúde junto aos usuários dos serviços de atenção primária em saúde.

³ Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

5. O QUE VEMOS NA PRÁTICA

Como já foi dito anteriormente, esse estudo parte de uma inquietação latente proporcionada pela experiência do estágio em Serviço Social, momento onde desenvolvemos uma prática que teve por base teórica as apreensões em sala de aula. Essa relação entre a teoria e a prática nos possibilita um encontro com as muitas aprendizagens relativas à prática profissional.

Antes de falarmos propriamente sobre o que vimos em nossa experiência de estágio acerca da saúde do homem, vamos tecer algumas considerações acerca da unidade de saúde em que realizamos o estágio. A Unidade Básica de Saúde Wesley Cariri Targino está situada no bairro de Nova Brasília, localizado na zona leste de Campina Grande/Paraíba. A unidade conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possuindo cada uma: 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 médico, 01 assistente social, 01 odontólogo, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais e sendo de comum entre as duas equipes, os profissionais de serviço social, odontologia e auxiliar de serviços gerais.

Com relação à estrutura física, a unidade possui: recepção/sala de espera, sala de arquivo, sala de reunião com capacidade para 50 pessoas, sala de triagem, sala de vacina, farmácia, 02 consultórios de enfermagem, 02 consultórios médicos, consultório ginecológico, sala de esterilização, consultório odontológico, almoxarifado e copa. Vale salientar que o Assistente Social se utiliza das salas dos outros profissionais para os seus atendimentos.

Dito isto, nos deteremos as observações sobre a experiência em campo de estágio, onde levaremos em consideração as percepções em torno da saúde masculina vivenciada nesse locus institucional. A nossa entrada em campo de estágio se deu no início de 2015 e saída em outubro de 2016, ali realizamos diversas atividades que sempre foram supervisionadas pela assistente social de campo, Nara Rubya e também pela orientadora do estágio, a professora Dra. Alessandra Ximenes.

Ao realizarmos as constantes visitas naquela unidade de saúde, observamos a parca presença masculina naquele estabelecimento, sendo que apesar dessa ausência, existiam demandas pertinentes ao grupo masculino. Isso foi notificado em virtude das solicitações de consultas e exames específicos para homens, que eram encaminhados ao setor do Serviço Social, porém esses pacientes homens quase sempre estavam sendo

intermediados por terceiros com algum vínculo familiar e dificilmente, estavam eles se fazendo presentes para as requisições.

Durante esse tempo nos deparamos com situações em que alguns usuários precisavam de intervenção médica em caráter de urgência, para realizarem exames e consultas. Alguns, com necessidade de cirurgia, porém mesmo tendo sido esclarecidos e orientados quanto à importância de se fazerem presentes para a realização dos procedimentos, o não comparecimento deles colocava o trabalho de toda a equipe de profissionais daquela unidade de saúde quase que em “desperdício”.

Em outros momentos, junto da assistente social daquele local, observamos certa apatia por parte daqueles poucos participantes que adentravam na sala do Serviço Social em busca de alguma facilitação para exames ou para uma consulta especializada. Apesar de notarmos isso, as orientações acerca da importância em se cuidar e sobre o esclarecimento de que existe uma política de saúde que prioriza o grupo masculino, nunca deixou de ser feito. Uma vez que é um compromisso que os profissionais precisam e devem ter com cada usuário.

Diante dessas colocações, conseguimos identificar em nossa experiência e pelo que observamos, que a ausência ou mesmo a apatia que demonstraram os usuários daquela unidade básica de saúde, também pode estar relacionada ao fato de temerem descobrir que estão com problemas piores; ou por terem que se expor a outras pessoas (e muitas vezes isso significa se expor a uma mulher); porque não querem faltar o trabalho; ou por acharem desnecessário irem ao médico com frequência. Esses atendimentos são mediados pelas esposas, filhos, mães, etc..

Contudo, levando em conta a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem e que esta apresenta como prioridades a humanização e a atenção à integralidade das demandas masculinas, sem desconsiderar as particularidades sociais, econômicas, culturais e políticas. Participamos de visitas domiciliares que objetivaram desburocratizar e viabilizar o acesso destes usuários. Introduzimos conversas peculiares à saúde masculina, nestas oportunidades de visitas domiciliares e sempre que havia presença masculina no setor do Serviço Social da instituição. Consideramos essas práticas uma forma de fortalecer a política de saúde do homem e uma tentativa de retirar qualquer tipo de empecilho que pudesse obstaculizar o acesso dos usuários.

Contudo, observamos que o esforço e trabalho despendido para o fortalecimento e esclarecimento da PNAISH ainda é muito incipiente. Portanto, a ampliação da participação masculina nos serviços de saúde, a partir da ESF como porta de entrada, se

constitui um grande desafio para a política. Tais elementos apontam tanto para a falta de incentivo financeiro quanto a realização dos programas de mobilização e promoção da saúde do homem, através do apoio governamental. No entanto, essas ações não têm contribuído consideravelmente para a efetivação da referida política.

Diante desse quadro, os profissionais atuam com os poucos recursos disponíveis pela prefeitura da cidade, impossibilitando a devida expansão da política de saúde masculina. Tendo em vista que não conseguem efetivar um trabalho multiprofissional (onde consigam ampliar os serviços para além das respectivas unidades de saúde) e nem uma melhor qualificação para o trabalho específico com o grupo masculino.

Podemos refletir que além das barreiras culturais, sociais e de gênero, outra barreira é colocada; ela diz respeito à falta de efetividade da PNAISH dentro dos limites político-administrativos. Desde que, a falta de recursos, inviabiliza a expansão e expressividade desse programa tão importante e capaz de trazer alguma resolutividade aos inúmeros casos de morbimortalidade no grupo masculino.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção a saúde do homem de maneira integral, tem sido uma das responsabilidades assumidas pelo Governo Federal há quase uma década. De fato muita coisa ainda está para ser feita, no sentido de que tenhamos a ampla efetividade do que se propõe a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.

Desse modo, consideramos um avanço este olhar especial para o grupo masculino, pois entendemos ser uma forma de se desconstruir a ideia de que o homem é mais forte do que a mulher e de que possui características que o fazem superior a ela e invulnerável às doenças.

São pensamentos assim que apontam uma relação estrita entre a pouca procura por serviços de saúde na atenção básica pelos homens. Tais aspectos são reforçados pela noção de masculinidade hegemônica, ou seja, o pouco cuidado por parte dos homens tem associação com um modelo criado pela sociedade em um tempo histórico passado, porém que ainda hoje traz consequências. O quadro de morbimortalidade dos homens, no Brasil, é exemplo disso.

Infelizmente, o baixo cuidado masculino ainda é fruto desse ideário, que além de deixá-lo mais desprotegido frente às diversas situações de risco em que se coloca, acaba contribuindo para perpetuar outros pensamentos, tais como: “não tenho tempo para me

cuidar”; “a tarefa do cuidado foi deixada para a mulher”; “o posto de saúde só funciona quando eu estou trabalhando”; ou; “tenho que sustentar a família com meu dinheiro, como posso ir ao médico?!”. Ideias que vêm aparecendo como barreiras-limite ao cuidado do homem, principalmente a partir da atenção básica, já que são nas estratégias de saúde da família onde são implantados os programas de atendimento específico aos diversos grupos de pessoas.

Apesar do segmento masculino hoje ter uma atenção específica, observamos que as ações governamentais quase nunca têm privilegiado esse grupo; seja por meio do incentivo midiático ou publicitário, até o investimento direto nos postos de saúde que recebem a demanda primária de atendimento. Entendemos que essa falta de investimento acarreta consequências diretas para o melhor andamento da PNAISH, pois se falta investimento, falta também preparo profissional, recursos e incentivo à participação masculina; o que se coloca como mais uma barreira ao cuidado do homem.

Entendemos que as ações político-administrativas também têm de compor um quadro-suporte no que se refere aos programas e ações que são desenvolvidas pelo governo. Não se devem criar políticas sem dar as reais condições de sua realização. Acreditamos que a ação promotora por parte dos gestores em conjunto com as equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família devem ser unânimes, tanto para cumprirem as propostas da PNAISH, como para o atendimento integral e específico de cada usuário que busque os serviços que lhe são de direito.

Também entendemos que trazer a população para o debate em torno dessa política de saúde, fortalece não só a política em si, mas possibilita o entendimento em torno da importância do cuidado como uma necessidade vital. Uma prática que diz respeito ao ser humano, e não ao fato de ser mulher ou homem; e ainda mais, sugere à reflexão de que o acesso à saúde é um direito adquirido com esforço da população.

Desejamos poder contribuir através desse estudo para fomentar a ação profissional dentro da Estratégia de Saúde da Família Wesley Cariri Targino, no intuito de fortalecer a PNAISH naquela unidade de saúde, e assim, possibilitar uma maior abertura da participação masculina naquela unidade de saúde.

Por fim, concluímos que a ausência masculina na atenção básica vai além dos limites culturais de gênero, tem por trás barreiras institucionais que também precisam ser retiradas. Somente com a minimização de tais empecilhos, teremos um maior acesso masculino nos serviços de saúde a partir da atenção primária, e, portanto; a diminuição dos números de agravos à saúde do homem.

A Saúde do Homem a partir da Atenção Básica: por que eles não procuram a Estratégia Saúde da Família?

ABSTRACT

: The present study analyzes the main elements that involve the incipient participation of men in health services from basic care. As a result of the restlessness acquired during the internship period carried out in the Wesley Cariri Targino Family Health Strategy, in the Nova Brasília neighborhood, Campina Grande - PB, from February 2015 to October 2016. The study was based on observations in an internship field, duly registered in the field journal. A documentary and bibliographical survey was also carried out through the National Policy of Integral Attention to the Health of the Man, of scientific articles published in periodicals on the subject, through Thesis of Doctorate, Monograph and Dissertation of Master that brings the discussion of the Health of the Man. The study had as general objective to analyze the cultural and institutional limits that bring influence to the effectiveness of the National Policy of Integral Attention to Human Health. The results obtained by the study show that the absence of men in the health services is still a consequence of a cultural pattern that does not educate the man to take care of his health, on the contrary there is still a thought present in the society that the man's function is to maintain his home economically. Such thinking hinders health care. Contrary to this thought, it is analyzed the fact that at the present time many women work twice as long and still have a greater self-care than men. From these elements the experience of internship is reported, especially in what refers to the health of the man, and it is evident, besides the masculine absence, the insufficient political and administrative investment towards the masculine attention, what we believe to bring direct consequences for the Actual implementation of the National Policy of Integral Attention to Human Health.

Keywords: Human Health Policy, Family Health Strategy.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Bruno Ramos et al. **Desafios para a Inclusão do Homens nos Serviços de Atenção Primária à Saúde**. Revista Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste –MG, nov./dez. 2010. Disponível em:

<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BORGES, Maria Montinelli. **A política de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família (ESF): uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na unidade básica de saúde da família do Monte Castelo, Campina Grande, PB**. Monografia (Serviço social). Campina Grande, 2011.

Disponível em: <e.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1685/1/PDF%20-%20Maria%20Montinelli%20Borges.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção integral a Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

CANESQUI, Ana Maria; SEPARAVICH, Marco Antônio. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica**. Saúde soc. vol.22. São Paulo, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CARNEIRO, Thaysa Simplicio. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Recife, 2011.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na área da saúde**. Brasília, 2010.

CONNEL, R.W. **The man end the boys**. Berkeley: University of California Press, 2000.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Ciência Saúde Coletiva; 10:105-9. São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e cuidado: diversidades e necessidades de saúde dos homens na atenção primária.** Tese (Doutorado). São Paulo, 2008.

GÉSICA, Graziela Julião; WEIGELT, Leni Dias. **A atenção à saúde de homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família.** Revista de Enfermagem da UFSM, mai./ago. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/2400/1743>>. Acesso em: 07 mar. 2017.

GUIMARÃES, E. D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Campina Grande: UEPB, 2006.

GOMES, Romeu; FERREIRA, Elaine et al. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações com homens e de homens com ensino superior.** Caderno de saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 11 mai. 2016.

LAURENTI, R. et al. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina.** Ciência Saúde Coletiva. São Paulo, 2005.

LUCIO, Clemente Ganz. **Mulher, mercado de trabalho e desigualdade.** Plataforma Política Social. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/mulher-mercado-de-trabalho-e-desigualdade/>> Ano de publicação: 2014. Acesso em: 05 abr. 2017.

NARDI, A. et al. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil.** International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

NETTO, Carmo Gallo. **Tese identifica diferenciais de saúde entre homens e mulheres.** Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/ju/657/tese-identifica-diferenciais-de-saude-entre-mulheres-e-homens>>. Ano de publicação: 2016. Acesso em: 06 abr. 2017.

PINHEIRO, R. S. et al. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência Saúde Coletiva; 7:687-7070. São Paulo, 2002.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** Recife: SOS Corpo, 1995.

WELZER-LANG, D. **Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo.** In: Schpun MR, organizador. Masculinidades (p. 107-28). Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.