



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

**DIREITOS REPRODUTIVOS:** conhecimento e estratégias de promoção da saúde para o empoderamento do homem

**JOÃO PESSOA – PB**  
**2013**

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

**DIREITOS REPRODUTIVOS:** conhecimento e estratégias de promoção da saúde para o empoderamento do homem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidados em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wilma Dias de Fontes

- O48d Oliveira, Karla Maria Duarte Silva.  
Direitos reprodutivos: conhecimento e estratégias de promoção da saúde para o empoderamento do homem / Karla Maria Duarte Silva Oliveira.-- João Pessoa, 2013.  
93f.  
Orientadora: Wilma Dias de Fontes  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Políticas Públicas em enfermagem. 3. Direitos Reprodutivos. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde do homem.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

KARLA MARIA DUARTE SILVA OLIVEIRA

**DIREITOS REPRODUTIVOS: conhecimento e estratégias de promoção da saúde para o empoderamento do homem**

Aprovada em: 21 de janeiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes  
Orientadora (UFPB)

---

Profa. Dra. Rosineide Santana de Brito  
Membro (UFRN)

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias  
Membro (UFCG)

---

Profa. Dra. Maria Emília Limeira Lopes  
Membro Suplente (UFPB)

---

Profa. Dra. Marta Miriam Lopes Costa  
Membro Suplente (UFPB)

*“Só é digno da liberdade, como da vida, aquele que se empenha em conquistá-la”.*

Johann Goethe

À Deus, meus pais Rivaldo e Antonia, minha irmã Clara, meu esposo Ednaldo e, em especial, a Profa. Maria do Carmo, pelo incentivo, respeito, companheirismo, compreensão; por constituírem em minha vida a força necessária na busca desse sonho. A vocês, com todo meu amor, dedico o resultado desta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por guiar meus caminhos e pela força sedimentada na fé.

A Ednaldo, pelo apoio, carinho, companheirismo, conforto, ânimo e paciência, durante essa caminhada que fizemos juntos.

A meus familiares (Rivaldo, Antônia e Clara), pelo incentivo em todos os momentos.

A minha eterna mestre, Profa. Dra. Maria de Carmo Andrade Duarte de Farias, pelo estímulo a área da docência, mas, principalmente, pelos ensinamentos da vida cotidiana, pelas inúmeras oportunidades de crescimento profissional e pessoal. E por hoje fazer parte de mais uma conquista em minha vivência acadêmica.

A Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes, pela credibilidade em meus trabalhos na construção do conhecimento da área de saúde do homem, principalmente, pela compreensão e confiança depositada em meu potencial como pesquisadora e futura mestre.

Às ilustres professoras, Dra. Rosineide Santana de Brito, Dra. Maria Emília Limeira Lopes e Dra. Marta Mirian Lopes Costa pela contribuição significativa para a construção dessa pesquisa e por fazerem parte deste momento como membros da Banca Examinadora.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF/UFPB, nível Mestrado, e a todos os professores que contribuíram para minha formação e aos funcionários, que em sua singularidade transmitiram seus ensinamentos. A todos, meus agradecimentos pelo aprendizado científico e pessoal.

Aos profissionais das equipes de saúde que compuseram os sujeitos desse estudo, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, pela atenção e colaboração dispensada no desenvolvimento desta pesquisa.

À Flávia Azevedo, coordenadora de enfermagem do Instituto do Coração (INCOR-PB), pela compreensão e apoio neste momento de capacitação.

À todas as colegas do mestrado, pelo companheirismo nos momentos de estudo e descontração.

A todos os que de alguma forma ajudaram-me nessa caminhada, com um olhar, uma palavra de incentivo e um gesto de carinho.

## RESUMO

OLIVEIRA, K. M. D. S. Direitos reprodutivos: conhecimento e estratégias para a promoção da saúde para o empoderamento do homem. 2013. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

O estudo tem como temática central discutir o empoderamento do homem no tocante aos direitos reprodutivos na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, desenvolvida nas unidades de saúde do Distrito Sanitário III, no município de João Pessoa – PB. Objetivou identificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos direitos reprodutivos e da participação do homem no exercício desses direitos; bem como, identificar as estratégias para empoderamento do homem no exercício dos direitos reprodutivos. Os dados foram coletados por meio de entrevista realizada com 25 agentes, os quais compunham a equipe de saúde da família pertencentes ao referido local de estudo, no período de junho a agosto 2012. Para a realização da pesquisa foram observadas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e da Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, obtendo parecer favorável pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob nº 0309/12 e CAEE: 02190312.7.0000.5188. Para a análise dos dados optou-se pela técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados constataram que há déficits na compreensão dos agentes comunitários de saúde acerca dos direitos reprodutivos e a participação do homem nas ações que envolvem a saúde reprodutiva. No entanto, revelaram uma mudança real no papel do homem acerca do planejamento familiar e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal. A partir destas constatações, os agentes apontaram como estratégias possíveis para o empoderamento do homem na promoção da saúde reprodutiva: a visita domiciliar por meio do diálogo comprometido com a conscientização para o cuidado em saúde, maior atuação da Atenção Básica na divulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e na construção de uma metodologia que favoreça a inserção da população masculina ancorada em uma política inclusiva. Desse modo, conclui-se que uma vez vencida a barreira cultural em discutir o significado do ser masculino e feminino nas questões que englobam a saúde reprodutiva, encarando-o como ser-cidadão, o mesmo poderá se reconhecer como sujeito de direitos reprodutivos, atuando como corresponsável nas ações da vida reprodutiva do casal.

**Descritores:** Direitos Reprodutivos. Saúde do Homem. Atenção Primária à Saúde



## ABSTRACT

OLIVEIRA, K. M. D. S. Reproductive rights: knowledge and strategies for health promotion for man's empowerment. 2013. 93f. Dissertation. (Master's in Nursing) Post-graduation Program in Nursing, Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

The study has as central issue the discussion of man's empowerment in relation to reproductive rights in the Health Communitarian Agents' point of view. It is an exploratory-descriptive research accomplished in the health units of *Distrito Sanitário III*, in João Pessoa – PB. It aimed at perceiving the knowledge of Health Communitarian Agents about reproductive rights and man's participation in the practice of these rights as well as identifying man's empowerment strategies while practicing the reproductive rights. Data were collected by means of interview fulfilled with 25 agents who make up the health family team of the mentioned study place, in the period from June to August 2012. For the accomplishment of the research the Resolution rules n° 196/96 of the Health National Council were observed in reference to research involving human beings and the Resolution n° 311/2007 of the Federal Council of Nursing by acquiring assent by the Research Ethics Committee of the Health Science Center of the Federal University of Paraíba, under the n° 0309/12 and CAEE: 02190312.7.0000.5188. Data were analyzed through Bardin's content analysis technique. Results realized that there are deficits regarding the health communitarian agents' understanding on reproductive rights and man's participation in actions involving reproductive health. Nevertheless, a real change in man's role about family planning and the follow-up of the pregnancy-puerperal cycle was revealed. Taking these findings into account, the agents pointed out the following aspects as possible strategies for man's empowerment in reproductive health promotion: domiciliary visit through dialogue committed with awareness for health care, major practice of Basic Attention while promoting the National Policy of Integral Attention to Man's Health as well as the construction of a methodology that favors the insertion of male population based on an inclusive policy. Therefore, it can be concluded that once cultural barrier is overcome, pertaining to discussion about the meaning of being male and female and reproductive health matters, man will be able to recognize himself as subject of reproductive rights acting as co-responsible in the actions of the couple's reproductive life.

**Descriptors:** Reproductive Rights. Man's Health. Primary Attention to Health.

## RESUMEN

OLIVEIRA, K. M. D. S. Derechos reproductivos: conocimiento y estrategias hacia la promoción de la salud para el empoderamiento de los hombres. 2013. 93f. Disertación (Maestría en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2013.

El estudio tiene como tema central discutir el empoderamiento del hombre con respecto a los derechos reproductivos en la percepción de los Agentes Comunitarios de Salud. Es una investigación exploratoria-descriptiva, desarrollada en las unidades de salud del Distrito Sanitario III, en la ciudad de João Pessoa - PB. Tuvo como propósito, identificar el conocimiento de los Agentes Comunitarios de Salud sobre los derechos reproductivos y la participación de los hombres en el ejercicio de esos derechos; así como, estrategias para el empoderamiento del hombre en el ejercicio de los derechos reproductivos. Los datos fueron recogidos a través de entrevista realizada con 25 agentes, que componían el equipo de salud de la familia, pertenecientes a la zona de estudio, durante el período de junio a agosto de 2012. Para la práctica de la investigación, hemos observado las pautas de la Resolución N ° 196/96 del Consejo Nacional de Salud en materia de investigación con seres humanos y la Resolución N ° 311/2007 del Consejo Federal de Enfermería, obteniendo dictamen favorable por el Comité de Ética e Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, bajo el n ° 0309/12 y el CAEE: 02190312.7.0000.5188. Para el estudio de los datos se eligió la técnica de análisis de contenido de Bardin. Los resultados expresaron que hay déficits en la comprensión de los agentes comunitarios de salud tanto acerca de los derechos reproductivos como de la participación de los hombres en las acciones relacionadas con la salud reproductiva. Sin embargo, revelaron un indudable cambio en el papel del hombre en la planificación familiar y acompañamiento del embarazo-puerperio. A partir de estos hallazgos, los agentes señalaron como posibles estrategias para el empoderamiento del hombre en el fomento de la salud reproductiva: la visita domiciliaria a través del diálogo comprometido a crear conciencia para el cuidado de la salud; mayor desempeño de la Atención Básica, en la publicidad de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre y en la construcción de una metodología establecida en una política inclusiva, que favorezca la inserción de la población masculina. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que, una vez vencida la barrera cultural en la discusión de lo que significa ser masculino y femenino en las cuestiones que abarcan la salud reproductiva, comprendiéndolo como ser ciudadano, éste, podrá ser reconocido como un sujeto de derechos reproductivos, ac como corresponsable en las acciones de la vida reproductiva del matrimonio.

**Descriptor:** Derechos Reproductivos. Salud de los hombres. Atención Primaria a la Salud.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- CIPD** – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
- PNAISH** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SGEP** – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
- SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
- SCTIE** – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde
- TFT** – Taxa de Fecundidade Total
- IST** – Infecção Sexualmente Transmissível
- SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- VD** – Visita Domiciliar
- MEI** – Materiais Educativos Impressos

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa geosanitário do Distrito III.....	43
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde.....	50
<b>Quadro 2</b> – Categorias e subcategorias oriundas da análise temática vinculadas ao conhecimento e estratégias dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos direitos reprodutivos masculino.....	53
<b>Quadro 3</b> – Subcategorias de análise e recortes das falas relacionados ao conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos direitos reprodutivos.....	55
<b>Quadro 4</b> – Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados à participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos.....	58
<b>Quadro 5</b> – Subcategorias de análise e relatos dos ACS relacionados aos aspectos da não participação masculina nas ações da saúde reprodutiva.....	61
<b>Quadro 6</b> – Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados às possíveis estratégias de promoção da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos.....	67
<b>Quadro 7</b> – Subcategorias de análise e recortes das dalas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados às estratégias para a inserção do homem na Atenção Básica.....	70

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
3.1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: da política ao plano de ação.....	21
3.2 SAÚDE REPRODUTIVA: uma concepção de direito masculino.....	28
3.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: atuação como agente transformador.....	39
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>42</b>
4.1 Tipo do estudo.....	42
4.2 Caracterização do cenário da pesquisa.....	42
4.3 Participantes da pesquisa.....	43
4.4 Abrangência temporal do estudo.....	44
4.5 Posicionamento Ético.....	45
4.6 Procedimentos para coleta dos dados.....	46
4.7 Análise dos dados.....	47
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
5.1 Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo.....	49
5.2 Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos.....	53
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>90</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA.....	92
<b>ANEXO.....</b>	<b>93</b>
ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva da integralidade da atenção à saúde do homem, os Direitos Reprodutivos, reconhecidos como Direitos Humanos, apresentam diretrizes para garantir os direitos de homens, adultos e adolescentes, em relação à saúde reprodutiva.

As discussões acerca da saúde reprodutiva passaram a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde, que visavam ao controle do crescimento populacional e remontava às reflexões do próprio movimento feminista, na década de 1980. A partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no ano de 1994, no Cairo e, da Conferência Internacional da Mulher, em 1995, em Pequim, a construção conceitual da saúde sexual foi expressa e legitimada como a possibilidade de “experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais e reprodutivas” (BRASIL, 2006, p. 40).

Desse modo, os termos direitos sexuais e reprodutivos estão intimamente relacionados, constituindo-se segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 63) no direito ao “controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência”. Entretanto, tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, embora estejam relacionados entre si e com várias outras dimensões da vida social.

Ao se referir à saúde reprodutiva, significa que se deve oferecer às pessoas a possibilidade de ter filhos, de regular sua própria fertilidade de forma segura e efetiva. Denota, também, que gestar e parir constitua-se em um processo seguro para a mãe e a criança; de modo que seja assegurada a possibilidade de desfrutar de sua sexualidade sem medo de contrair uma doença; de optar por interromper uma gravidez, sem sofrer nenhum tipo de condenação social. Visto isso se faz necessário, entender esse campo, como a saúde de todas as funções e processos que envolvem a reprodução, tanto para homens quanto para as mulheres, durante as fases de suas vidas.

A luta pelos Direitos Reprodutivos no Brasil faz parte da construção da democracia e está presente na agenda política. O primeiro programa do governo que inseriu ações de saúde reprodutiva foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo

Ministério da Saúde, em 1983. No entanto, a participação masculina não era mencionada explicitamente. Esta concepção vem se modificando, mas os homens só tiveram sua inserção neste programa, como uma das conquistas de seus direitos, direitos reprodutivos, após a Conferência do Cairo, em 1994.

Para a inserção do homem no cuidado com a saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, com o propósito de atender as necessidades de saúde da população masculina em seus diversos aspectos, dentre eles o da saúde reprodutiva. É oportuno destacar na descrição da PNAISH o subitem “Direitos sexuais e reprodutivos”, que afirma a necessidade do reconhecimento e implementação desses direitos aos homens, com vistas à superação da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, de modo a assegurar a população masculina o direito à participação no processo reprodutivo: planejamento familiar, gestação, parto, pós-parto e educação da criança (BRASIL, 2009a, p. 20).

Vale salientar que a implementação recente e pontual da PNAISH nos leva a afirmar que temos uma experiência singela no contexto da atenção à saúde do homem, mas não nos exime do compromisso social frente aos déficits que caracterizam o quadro de morbidade e mortalidade masculina.

Desse modo, o Plano de Ação Nacional (2009-2011), constituído de nove eixos programáticos para a implementação da política, dentre eles: implantação e divulgação da PNAISH e capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da saúde do homem, caracteriza-se como metodologia para o alcance dos objetivos propostos e consolidação da política na Atenção Básica (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, no Estado da Paraíba, no município de João Pessoa, algumas estratégias vêm sendo adotadas na busca de favorecer a adesão masculina às ações de promoção da saúde nas UBS. Tais atividades centram-se na realização de eventos de capacitação dos profissionais para atender a esse estrato da sociedade e a promoção do dia D para a saúde do homem, por meio de ações estratégicas, dentre elas as de saúde reprodutiva, com a explanação dos direitos reprodutivos. Vale ressaltar, a necessidade em um momento futuro da avaliação dessas ações quanto aos seus resultados.

Esta política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde – e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados de saúde ofertada em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A função de uma UBS é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando de forma integral a saúde de todas as pessoas que vivem no território sob sua



adscrição<sup>1</sup>. A equipe deve ser composta no mínimo por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (VIEIRA et al., 2008).

Neste contexto, a Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) vem representando uma possibilidade ímpar de aproximação entre os serviços e o sistema de saúde, bem como na aproximação dos usuários visando identificar/atender suas necessidades. Seus suportes e diretrizes norteiam os processos de trabalho em saúde na perspectiva do diálogo entre equipe multiprofissional e usuários.

Ao considerar o PSF, entre suas características mais marcantes, a inclusão do ACS na equipe multiprofissional, passa a caracterizar a figura de um mediador entre a população e o serviço de saúde, por meio de ações educativas, prevenção de agravos, promoção e vigilância da saúde, e, sobretudo, como agente social, no sentido de organização da comunidade, como também de transformação de suas condições. A partir desta acepção, este estudo considera o ACS como elo entre comunidade e equipe de saúde, por ser o profissional que está primordialmente realizando as visitas domiciliares. Desse modo, mantém maior contato com o usuário do sexo masculino. Além disso, é o primeiro contato dos serviços de saúde pública com a comunidade local advindo da iniciativa dos programas de saúde.

Para a realização da assistência aos homens o reconhecimento das necessidades pelos profissionais de saúde implica numa dificuldade: como desenvolver, na atenção primária estratégias voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde masculina, quando essa clientela não utiliza os serviços da atenção primária à saúde? Em contrapartida, o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar amplamente a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.

Assim, os reflexos da ausência masculina durante a década 1990, associada aos aspectos socioculturais da construção da masculinidade hegemônica têm resultado numa baixa participação dos homens no PSF. Isto decorre, entre outros aspectos, do fato de os homens não se reconhecerem como sujeitos de direitos reprodutivos, devido às ações voltarem quase que exclusivamente para as mulheres. Desse modo, a participação masculina é

---

<sup>1</sup> Uma UBS deve assistir entre 600 e 1.000 famílias, sendo o limite máximo 4.500 pessoas. (VIEIRA et al., 2008).

pontual (quando ocorre) e dar-se, contemporaneamente, de modo acrítico, resumindo-se muitas vezes, na distribuição esporádica de preservativos masculinos.

Frente à discussão da temática, direitos reprodutivos e saúde do homem, a cultura das diferenças de gênero e da divisão de tarefas entre os sexos sempre esteve presente em nossa sociedade. Os papéis assumidos por pais e mães eram tradicionalmente distintos: a mãe possuía o papel de cuidadora primária e o pai o de provedor das necessidades materiais da família (PICCININI, 2008). Portanto, ao pai cabia uma autoridade distante, sem se preocupar com fraldas, alimentação, cólicas, entre outros; deixando às mães a referência afetiva para as crianças (CARVALHO, 2001).

Estudo realizado por Oliveira (2008) evidenciou uma nova visão sobre as diferenças de gênero, em que os homens têm assumido uma postura mais igualitária em relação às companheiras. Isso está se refletindo também nas questões referentes à saúde reprodutiva, pois os homens vêm adquirindo maior consciência da importância da sua participação no processo reprodutivo. A presença do homem é um fator positivo favorecendo o fortalecimento dos laços familiares e fazendo com que se sintam importantes e realizados, ao exercerem de forma concreta a paternidade responsável, tornando-os empoderados.

A esse respeito, Pedrosa (2004, p.56) enfatiza a necessidade do protagonismo dos homens, tornando-os “empoderados”, isto é, instrumentalizados para que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos. Desse modo, o conceito de empoderamento tem merecido destaque no campo da saúde pública por ser considerado como estratégia de fomento à saúde, inclusive da saúde reprodutiva (BECKER et al, 2007).

O interesse por eleger como temática o homem no exercício dos direitos reprodutivos, a partir do conhecimento dos ACS, tem como pressuposto a percepção da pouca participação do homem nos serviços de atenção primária e não reconhecimento da participação masculina no processo reprodutivo pelos profissionais de saúde. Desse modo, questiona-se: Qual o conhecimento dos ACS acerca dos direitos reprodutivos? Como os ACS percebem a participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos? Quais as estratégias para o empoderamento dos homens nas ações de saúde reprodutiva, apontadas pelos ACS?

Considerar o conhecimento dos ACS se justifica por estes profissionais manterem maior contato com a população, inclusive a masculina, pois, frequentam suas residências e constituem-se como elo entre serviço de saúde e comunidade, uma vez que, a ida do homem às UBS se dá de forma pontual, respaldada pelo conceito de invulnerabilidade masculina e

não pertencimento ao universo da prevenção de doenças e promoção da saúde, neste estudo, a saúde reprodutiva.

Desse modo, supondo que os ACS são capazes de influir nos fatores determinantes do fenômeno condicionante referentes a não participação do homem no processo reprodutivo, essa pesquisa questionou: Qual o conhecimento dos ACS acerca dos direitos reprodutivos?; e como eles percebem a participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos ?; Quais as estratégias para o empoderamento dos homens nas ações de saúde reprodutiva, apontadas pelos ACS?

Entende-se, portanto, que esta pesquisa é atual, relevante e instigante, pois, uma vez ancorada nos princípios da PNAISH e na Linha de Pesquisa sobre Políticas e práticas do cuidar em enfermagem e saúde, busca contribuir para o debate sobre o processo de implementação da atenção à saúde do homem na Rede Básica de Saúde. Para o campo da Enfermagem, as contribuições deste estudo podem advir para o ensino e pesquisa, no sentido da incorporação dos aspectos aqui revelados no planejamento das disciplinas que abordam a temática, dentre elas: saúde do homem e saúde da mulher e, assim, seus reflexos subsidiarão a construção de novos questionamentos a serem investigados, contribuindo para melhor adequação das bases políticas que norteiam a assistência à saúde do homem.

## **2 OBJETIVOS**

Ao procurar apreender as diferentes dimensões da realidade investigada, esta pesquisa teve por objetivos:

- Identificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos direitos reprodutivos e da participação do homem no exercício desses direitos;
- Identificar as estratégias apontadas pelos Agentes Comunitários de Saúde para empoderamento do homem no exercício dos direitos reprodutivos.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: da política ao plano de ação

Historicamente observa-se uma disparidade na formulação de políticas públicas de saúde voltadas a populações específicas. Tradicionalmente o sistema de saúde tem dado prioridade para a atenção a crianças, adolescentes, mulheres e aos idosos, considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade. Essa construção resultou em déficits importantes quando se considera o processo saúde-doença do homem, o qual tem sido focalizado de modo pontual, subvalorizando a magnitude do quadro de morbidade e mortalidade apresentado pela população masculina.

A esse respeito Carrara, Russo e Faro (2009) enfatizam que, embora não se tenha veiculado um discurso o qual objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade.

Assim, as lacunas na assistência voltada à população masculina tornaram-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, exigindo um olhar direcionado para esta clientela, para que sejam valorizados os determinantes de morbidade e mortalidade do processo saúde-doença, com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde quanto aos serviços, bem como sensibilizar os homens para procurar os serviços de atenção primária.

Nessa perspectiva, foi criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, cujos trabalhos resultaram, em 2009, na divulgação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com o propósito de suprir as necessidades de saúde da população masculina (BRASIL, 2009a). Com isso, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p.12), o Brasil se tornou “o segundo país da América que tem um setor para a saúde do homem”.

Esta política tem seus fundamentos no quadro inglório que traduz o perfil de morbidade e mortalidade masculina. Quanto à análise dos dados de morbidade, os estudos referenciados na PNAISH revelaram um aumento nos valores representativos das internações

por causas externas, tumores, morbidades associadas aos sistemas respiratório, circulatório, digestivo e urinário.

Os dados referentes às causas externas apontaram que são os acidentes de transporte que se destacam em termos de magnitude. Em 2007, do total de 11.332.460 internações, 4.510.409 foram de internações masculinas (39,8%). Dessas, 2.170.203 (48%) ocorreram na faixa populacional dos 15 aos 59 anos (BRASIL, 2009a).

Quanto aos tumores, os dados evidenciam que entre os tumores do sistema digestivo, as neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe foram as que apresentaram o maior número de internações (8.744), seguida pelo câncer de estômago (5.316), pelo câncer de cólon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715). No caso do sistema respiratório, as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões foram responsáveis, no ano de 2007, por 3.836 internações, seguidas pelo câncer de laringe, com 3.237 casos. Dentre as internações por tumores do sistema urinário, destaca-se a neoplasia maligna da próstata, com 2.377, enquanto que outros tumores malignos do aparelho genital masculino foram responsáveis por 2.183 internações, seguidas de 1.510 casos de neoplasia maligna da bexiga (BRASIL, 2009a).

As principais causas de internações por enfermidades do sistema respiratório foram Tuberculose (5%), Asma (11%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC (12%) e Pneumonia, apresentando maior percentual, (43%); 29% referiram-se a outras causas. Tais dados totalizaram cerca de 165.369 internações hospitalares, pelo SUS. No tocante às doenças do sistema circulatório constatou-se que a maior frequência das internações deveu-se aos acidentes coronarianos (50,3%), seguidos pela hipertensão arterial (18,9%) e as miocardiopatias (1,4%). De acordo com os dados da referida política, as principais doenças do sistema digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas (36.690), doenças do fígado (28.053) e colelitíase e colecistite (25.980) (BRASIL, 2009a).

Entre os fatores de morbidade não se pode deixar de mencionar as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos. Pesquisas da Organização Mundial da Saúde identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens. Há de se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes (OMS, 1996b).

Ao se analisar as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, se observa que, em 78% dos casos, os óbitos incidem em 05 (cinco) grupos principais de

entidades mórbidas. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos, apontadas na PNAISH, destacou-se que no ano de 2005, em 75% dos casos, os óbitos deveu-se às Causas Externas (30%); em segundo lugar, estão as Doenças do Sistema Circulatório (20%); em terceiro lugar, os tumores (12%); em quarto lugar, as Doenças do Sistema Digestivo (8%) e, por fim, em quinto lugar, as Doenças do Sistema Respiratório (5%).

Em relação aos dados de mortalidade geral divulgados pelo estado da Paraíba, no ano de 2008, revelam significativa a incidência de morbidade e mortalidade (1.335), seguida das doenças do sistema circulatório (749 casos), tumores (384) e da ocorrência de doenças do sistema digestivo (355). Tais resultados reafirmam o quadro de mortalidade apresentado no cenário nacional e configura a necessidade urgente de implementação de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, voltadas à clientela masculina, na busca de atingir menores índices de enfermidades, bem como de diminuição de gastos com a saúde, visto que, o homem adentra o sistema de saúde quando a doença encontra-se instalada e, muitas vezes, em estágios avançados de comprometimento.

Mediante o perfil epidemiológico da população masculina, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) destaca dois aspectos relevantes – a vulnerabilidade masculina às doenças e a ausência dos homens nos serviços de atenção básica a saúde. Em relação a esses aspectos, vários estudos comparativos entre homens e mulheres constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, o que tem como consequência elevados índices de mortalidade (FIGUEIREDO, 2005). Essas taxas assumem um peso significativo nos perfis de morbidade e mortalidade, pois, observa-se que a presença dos homens nos serviços de atenção primária é menor do que a das mulheres (PEREIRA, 2007).

Acerca da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade verifica-se a existência de barreiras socioculturais e institucionais como fator de resistência masculina na busca pela atenção à sua saúde. Nessa discussão, a PNAISH enfatiza as “variáveis culturais” como sendo: estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, as quais produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, cuidando menos de si mesmo e expondo-se mais às situações de risco (GOMES 2010). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo de descobrir que algo vai mal com a sua saúde, pondo em risco sua crença de invulnerabilidade.

Tais aspectos refletem uma construção social vinculada ao gênero. Neste sentido, Taquete, Vilhena e Paula (2004) esclarecem que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são simplesmente produto de suas diferenças biológicas e sim resultantes das relações sociais, no desenvolvimento de cada sociedade. Estudos comprovam que homens e mulheres mudam de papéis, de cultura para cultura e, ainda, no interior de cada uma delas, dependendo do período e das condições históricas vivenciadas. Portanto, as relações entre as pessoas em uma sociedade são orientadas por modelos, ideias e valores do que é masculino e feminino.

No tocante ao déficit na busca aos serviços de atenção à saúde pelo homem, grande parte da não-adesão destes às medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças, decorre também das variáveis institucionais, particularmente associadas à atenção básica a saúde.

A atenção primária em saúde, no Brasil, é vista como a assistência provida por uma rede horizontalizada de serviços de saúde pública – os centros de saúde ou unidades básicas – voltados historicamente para os cuidados maternos e infantis. Tais unidades foram criadas no modelo da educação sanitária, que sucedeu ao campanhismo na saúde pública brasileira e se relacionam às origens de uma medicina preventiva, no interior da assistência à saúde, com as ações de higiene da mãe, no pré-natal e da criança, na puericultura. Com isso, embora teoricamente destinada a toda a população, a atenção primária se identificou num momento e num espaço assistencial feminilizado, com o predomínio de uma cultura profissional também ligada a esse segmento populacional.

Diante desse aspecto, os fatores institucionais de maior incidência que dificultam o acesso e adesão dos homens aos serviços de atenção primária incluem: a prestação da assistência a saúde nesses serviços é muitas vezes direcionada para programas específicos como já referido, assim os homens não se reconhecem como pertencentes a este ambiente; a lacuna na capacitação profissional para a assistência ao homem e a incompatibilidade no horário de atendimento nas unidades. Desse modo, verifica-se que a garantia da acessibilidade aos serviços de saúde sem valorizar os aspectos da subjetividade masculina, sem adequar as UBS e sem instrumentalizar os profissionais da saúde não resulta na adesão do homem ao sistema de saúde vigente.

Segundo Schraiber et al .(2010), mesmo com o direito de acesso garantido à atenção primária, a população masculina não adere ou possui resistência aos poucos programas existentes. Sutter e Bucher-Maluschke (2008) associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Nas UBS, Schraiber



(2010) argumenta que os homens não as procuram por não disponibilizarem programas ou atividades direcionadas especificamente para a eles.

A compreensão da construção de gênero, das barreiras sócio-culturais e institucionais, torna-se fundamental para as proposições estratégicas que venham a promover o acesso e a adesão dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção de doenças e a promoção da saúde como eixos necessários e fundamentais de intervenção numa perspectiva do empoderamento dessa população.

Desse modo, o MS por meio da PNAISH visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Propondo o acesso ao sistema de saúde por meio da atenção primária, a qual requer mecanismos de fortalecimento e qualificação, para que a assistência à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2009a).

Assim, tal política tem como objetivo:

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009a).

A referida política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais. Para cumprir esses princípios devem-se considerar as seguintes diretrizes (BRASIL, 2009a):

**I** - Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;

**II** - Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida;

- III** - Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
- IV** - Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- V** - Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
- VI** - Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- VII** - Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
- VIII** - Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Neste documento o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes entre adolescentes e idosos. Os temas mais recorrentes sobre a saúde do homem abordados nesta política estão estruturados em três eixos: violência, tendência à exposição a riscos, com consequência nos indicadores de morbidade e mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva.

Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Por outro lado, alguns quando promovem o cuidado de seu corpo apresentam um extremo fisiculturismo, quando o cuidado de si transforma-se em risco de adoecimentos (SCHRAIBER, 2005).

No âmbito da implementação da PNAISH, o plano de ação nacional (2009-2011) surgiu como subsídio para que os Gestores dos Estados e Municípios selecionados desenvolvessem estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem. Tais aspectos pelas suas contribuições deveriam ser inseridos nos planejamentos de ações em saúde estaduais e municipais, respeitando as especificidades e as diversidades loco-regionais. Nesses termos, o Plano de Ação Nacional (2009-2011) continha nove eixos programáticos para a implementação da política (BRASIL, 2009b), conforme descrição a seguir.

**Eixo I - Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - visava inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010;

**Eixo II - Promoção de saúde** – buscava elaborar estratégias que visassem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde;

**Eixo III - Informação e comunicação** – pretendia sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação;

**Eixo IV - Participação, relações institucionais e controle social** – almejava trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem;

**Eixo V - Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem** – apontava para o fortalecimento da atenção básica e melhora do atendimento, da qualidade e da resolubilidade dos serviços de saúde;

**Eixo VI - Qualificação de profissionais da saúde** – visava trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS;

**Eixo VII - Insumos, equipamentos e recursos humanos** – visava trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde (SCTIE) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) para garantir a adequada atenção à população masculina;

**Eixo VIII - Sistemas de informação** – analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação;

**Eixo IX - Avaliação do Projeto-piloto** – almejava realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde (SCTIE).

Desse modo, a presente pesquisa encontra-se respaldada nos eixos II e III na busca de identificar, conforme o conhecimento dos ACS, os direitos reprodutivos e a participação masculina no exercício desses direitos; bem como identificar estratégias de inserção dos homens nos serviços de atenção primária para uma assistência de qualidade, respectivamente.

### 3.2 SAÚDE REPRODUTIVA: uma concepção de direito masculino

Discorrer sobre saúde reprodutiva na perspectiva do direito de sujeitos do gênero masculino exige perpassar por aspectos históricos vinculados ao aumento demográfico brasileiro, quando a visão era de controle da natalidade para uma abordagem de responsabilização das práticas reprodutivas que não pode excluir, nos dias atuais, a participação masculina.

Assim, a explosão demográfica, a qual atingia principalmente os países menos desenvolvidos, entre eles o Brasil – em meados de 1950 – revelava uma fase de declínio das taxas de mortalidade combinado com o aumento das taxas de fecundidade. Tal situação tinha repercussão direta no binômio “desenvolvimento-modernização” que, segundo Carvalho (2005), evidenciava uma disparidade entre crescimento demográfico e econômico. Neste cenário e naquele momento político, fazia-se necessário discutir e implementar medidas eficazes de controle da natalidade.

Entretanto, com o passar dos anos e devido às desigualdades sociais e econômicas ocasionadas pelo aglomerado populacional na zona urbana, observou-se entre outros aspectos, um acentuado e sistemático declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT), que desacelerou o crescimento anual da população<sup>2</sup>.

O fenômeno do declínio da natalidade ocorrido no Brasil desde a década de 1970 pode ser atribuído a fatores como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, o avanço tecnológico em relação às opções contraceptivas, o investimento de organizações internacionais voltadas à contracepção e a indefinição de uma política do Estado em relação à contracepção efetuada pelas mulheres e em mulheres (MATTAR, 2008).

Na medida em que as mulheres passaram a participar efetivamente do mercado de trabalho, assumiram em muitos lares, o papel de responsáveis pela família, na qual a posição dos homens começou a ser alterada. Anteriormente, a família nuclear constituía-se com lugar privilegiado para a criança, sendo os pais responsáveis pela sua felicidade, mas com papéis bem distintos. Ao pai cabia-lhe o papel de provedor material para o sustento da família; à mãe os cuidados cotidianos com a prole, zelando pela sua saúde física e mental e pela sua educação. Tal conhecimento popular de que à mulher cabe cuidar da casa, das crianças e do seu companheiro, já não encontra respaldo no mundo contemporâneo.

---

<sup>2</sup> A Taxa de Fecundidade Total sofreu grande redução em relação ao patamar de 6,2 observado até meados dos anos 60 para 2,3 filhos em 2000. Do ponto de vista regional, no Nordeste, passou para 2,6 (IBGE, Censos Demográficos 1960 a 2000). Atualmente, a TFT encontra-se no patamar de 1,5 filhos por mulher segundo censo IBGE/2010.

Diante desse cenário, as mulheres pressionadas pela dupla jornada de trabalho, passam a reivindicar a participação dos homens nos cuidados cotidianos com os filhos e a casa, sua participação no planejamento da prole, na gravidez, no parto e pós-parto.

Assim, promover maior envolvimento masculino na saúde sexual e reprodutiva foi uma das recomendações constantes no documento produzido por especialistas participantes da CIPD, ocorrido na cidade do Cairo em 1994. Diante dessa exigência, os serviços de saúde particularmente o da atenção primária, assume uma importância fundamental em discutir, definir e implementar estratégias para a inclusão da atenção à saúde do homem por parte do poder público.

Sabe-se que a superação das lacunas historicamente instituídas no âmbito da saúde masculina, perpassa pela implementação de políticas em consonância com os princípios dos direitos da pessoa humana e a noção de integralidade dos cuidados em saúde. A esse respeito, Machado (2001) evidencia que a busca pelo direito à saúde não se restringe à garantia apenas dos direitos já assegurados, mas também, e principalmente, como a possibilidade de construção de novos direitos, tendo em vista a complexidade e a diversidade de demandas por saúde apresentadas por diferentes segmentos da população.

Especificamente na saúde masculina, as questões vinculadas à saúde reprodutiva passaram a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico na esfera das políticas públicas de saúde, somando-se a primeira os aspectos vinculados à saúde sexual.

Segundo o Ministério da Saúde a concepção de “saúde reprodutiva” dá um passo à frente em relação às concepções anteriores, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual. Desta forma, a saúde sexual e reprodutiva foi definida na Conferência do Cairo, realizada em 1994 como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (BRASIL; 2006, p.57).

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Desse modo, atenta-se para

[...] o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as

condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (BRASIL, 2006, p.63).

Em conformidade com os aspectos supracitados, a assistência à saúde reprodutiva é definida como “a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva”. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja “finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2006, p. 65).

As discussões frente às questões vinculadas aos direitos reprodutivos, efetivadas nas conferências do Cairo e Pequim, reafirmaram os acordos estabelecidos e avançou-se na definição dos direitos reprodutivos como direitos humanos. Os Programas e as Plataformas de Ação propostos nas conferências enfatizaram a necessidade de promover a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida e, de igual modo, o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde reprodutiva.

No entanto, os programas ainda não atendem as reais necessidades de homens e mulheres. Na prática, a assistência a saúde reprodutiva masculina, particularmente, restringe-se à distribuição de preservativos sem uma atenção ampliada dos aspectos que envolvem a saúde reprodutiva, perdendo-se, inclusive a oportunidade ímpar de inclusão dos homens em outras áreas da atenção à saúde.

Assim, na tentativa de promover maior participação dos homens nas questões da saúde reprodutiva, a PNAISH destaca o subitem “Direitos sexuais e reprodutivos” que, ao contrário dos demais não traz dados sobre os agravos ou ameaças à saúde sexual e reprodutiva, mas expõe uma espécie de agenda política, afirmando a necessidade da implementação dos direitos sexuais e reprodutivos dos homens. O documento afirma, por exemplo, que é necessário “superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres”, de modo a assegurar aos homens “o direito à participação no planejamento reprodutivo”, devendo a paternidade ser considerada como “um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança” (BRASIL, 2009a, p. 20).

Para tanto, dois objetivos específicos tratam dos direitos sexuais e reprodutivos:

Estimular a **implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva**, no âmbito da atenção integral à saúde; e ampliar, através da educação, o acesso dos homens **às informações sobre as medidas preventivas** contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, **destacando seus direitos sexuais e reprodutivos** (BRASIL, 2009a, p. 39, grifo nosso).

O objetivo – estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde – tem uma extensa lista de subitens. Dentre estes, além de metas mais tradicionais, relativas ao planejamento reprodutivo masculino, contracepção cirúrgica voluntária e prevenção de DST/AIDS, destacam-se:

- Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
- Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV. (BRASIL, 2009a, p. 36).

De acordo com a citação acima, ao considerar os direitos sexuais e reprodutivos constantes na referida política, é oportuno destacar o distanciamento masculino sobre os assuntos relacionados a esta temática, construído historicamente, e modificar essa tendência nos dias atuais tem sido um grande desafio para profissionais da saúde e da educação, os quais têm como objeto de estudos e pesquisas a saúde reprodutiva.

Pode-se afirmar que a política de Direitos Sexuais e Reprodutivos, no Brasil, está consolidada, pelo menos no plano da formulação, apesar de recente e com vários campos de tensão em torno de problemas fundamentais. Contudo, nesta política, voltada diretamente à mulher, a masculinidade é pensada como dispositivo de dominação e os homens como sujeitos co-partícipes para o alcance desse direito, diante do histórico ainda incipiente de reflexões sobre as diferentes formas de masculinidades.

Mattar (2008) refere que a relação dos homens frente à sexualidade e à reprodução está inscrita em um padrão de relações sociais baseado na desigualdade de gênero, sendo a alteração desse padrão uma ruptura com a ordem do poder patriarcal instituída pelos próprios homens. Esse modelo hegemônico distancia os homens dos cuidados paternais e os libera da responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis.

Alterar esse modelo hegemônico de masculinidade, visando o direito sexual e reprodutivo, significa buscar uma nova concepção do sentido da maternidade e da paternidade, onde os valores sociais sejam plenamente transformados, e o casal assumindo a responsabilidade desde a concepção ou contracepção até as outras dimensões da vida reprodutiva, sem deixar de valorizar os aspectos preventivos vinculados às doenças sexualmente transmissíveis.

Atualmente evidencia-se um desencontro entre a forma ideal de compreender as responsabilidades de homens e mulheres, relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, e a forma como os serviços de saúde estão organizados, nos quais é ainda a mulher a principal responsável por estas questões. Na busca de romper este paradigma assistencial, está sendo incorporado à assistência à saúde reprodutiva, particularmente, a inclusão dos homens na responsabilidade individual e social do comportamento reprodutivo. Não se trata de garantir a inclusão dos homens nos direitos reprodutivos, mas, compreender esses direitos como uma forma de inserção dos homens nas ações de planejamento familiar, pré-natal, parto e pós-parto (SILVA, 2011).

No tocante as ações no Planejamento Familiar, partindo do princípio de que a concepção é o resultado natural do intercuro sexual entre homem e mulher, espera-se que a anticoncepção seja um fenômeno, também resultante da conjugação de esforços dos parceiros igualmente envolvidos nessa relação.

Acerca do direito constitucional, verifica-se no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, que o planejamento familiar é definido com base na responsabilidade do Estado e também do casal, ao revelar que fenômeno é:

fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Segundo Marcolino e Galastro (2001), a visão do homem acerca da sua participação no planejamento familiar está ligada a preocupação com as condições financeiras para cuidar da família. Essa preocupação é decorrente do papel que a sociedade atribui ao homem como principal provedor familiar. Para estes autores, a reprodução se cristalizou como algo restrito ao feminino como se ela acontecesse sem a participação do homem.

Apesar de serem as mulheres quem engravidam os homens devem ser inseridos de forma integral, não só como coadjuvantes na definição do método, mas como protagonista principal, ou seja, definir métodos de participação direta do homem.



De acordo com o Bem-estar Familiar no Brasil - BENFAM (1986, p.34), uma organização não-governamental de ação social e sem fins lucrativos com 45 anos de atuação na área de planejamento familiar no Brasil, os métodos contraceptivos usados no País foram distribuídos em dois grupos: “independentes” ou “dependentes” de participação masculina. Verifica-se que as opções de métodos contraceptivos masculinos são muito limitadas se comparadas às opções para uso pela mulher. Os métodos dependentes da participação masculina existentes – coito interrompido, método de barreira e a vasectomia – estão descritos a seguir:

**Coito Interrompido:** é o método de planejamento familiar mais antigo que se tem conhecimento. Sua prática é muito usada, embora não seja recomendada como único método anticoncepcional, pois é necessário um autocontrole por parte do homem para que ele possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Este método tem alta possibilidade de falha, motivos pelo qual seu uso não é estimulado (BRASIL, 2002).

**Método de Barreira:** o método de barreira masculino mais frequente é o preservativo ou “camisinha”. É um método que além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. A taxa de falha deste método, no primeiro ano de uso varia de 3%, quando usado corretamente em todas as relações sexuais, a 14% quando avaliado o uso habitual (BRASIL, 2002).

**Método cirúrgico:** a vasectomia é o método permanente para os homens que não queiram mais ter filhos, funciona por meio do fechamento de cada vaso deferente, fazendo com que o sêmen não contenha espermatozóides. O sêmen é ejaculado, mas não pode provocar uma gravidez. Por isso, é um dos métodos mais eficazes (OMS, 1996a). Em sete anos, o número de vasectomias cresceu 79%, o que evidencia uma clara mudança no comportamento da família. Assim, o homem passa a ser, também, o grande parceiro no planejamento familiar (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) na busca de enfrentar esse desafio tem agregado esforços necessários para implantação/implementação da assistência em planejamento familiar, no âmbito da atenção integral à saúde de homens e mulheres,

trabalhando em parceria com outros órgãos do Governo Federal, com estados e municípios e com a sociedade civil organizada, visando à potencialização das ações ali desenvolvidas.

Em relação à participação masculina nas ações do pré-natal, tem-se percebido o surgimento de uma nova visão sobre as diferenças de gênero, em que os homens têm assumido uma postura mais igualitária em relação às suas companheiras, no tocante à gestação, revelando maior consciência da importância de sua participação neste período. Segundo Oliveira et al. (2009), a presença do homem/companheiro é um fator positivo na busca de favorecer o fortalecimento dos laços familiares proporcionando a vivência, de forma concreta, do papel de pai antes mesmo do parto.

Para muitos homens, sentir-se pai é um fato que só ocorre posteriormente ao nascimento. No entanto, a participação deste pai já no pré-natal pode colaborar para a formação precoce do vínculo-afetivo entre pai e filho. Assim, uma assistência pré-natal ancorada na integração dos homens aos serviços de assistência de pré-natal é fundamental para obtenção de bons resultados no intercurso da gestação, visando à construção do vínculo pai-filho.

Entende-se que muitos fatores estão associados ao distanciamento dos homens nos serviços de saúde, particularmente no pré-natal. Entre estes motivos, Siqueira, Mendes e Finkler (2002) destacam a atividade laboral como o aspecto de maior influência dessa não participação.

Desse modo, reafirma-se que a condição de provedor familiar é um fator que dificulta a participação dos pais nas consultas pré-natais, pois os horários das mesmas acontecem no período comercial, tornando-se pouco favorável a inclusão nesse processo. De acordo com Silveira e Lamounie (2006), as relações de trabalho dificultam a participação nas consultas pré-natais, pois não se aceita que o homem falte ao trabalho para dar assistência a sua mulher e filho. Tal postura reforça a ideia que este seja um papel exclusivo da mulher, sendo necessária uma reformulação de garantias trabalhistas importante para uma maior participação do homem/pai no processo gestacional.

Para Diniz (2003), o pai também tem direitos nos serviços de saúde, tais como: participar do pré-natal, receber informações acerca das transformações ocorridas na gravidez - sua evolução, o relacionamento com a mulher, problemas que possam vir a acontecer - e esclarecer as dúvidas as quais surgem neste período. Nesta perspectiva, o homem/pai ocupará um lugar que é legitimamente dele e poderá fornecer a companheira o apoio necessário. Isto é reforçado pelas ações desenvolvidas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), com intuito de reorganizar a rede de

atenção a saúde da mulher, desde o pré-natal ao nascimento, garantindo melhor nível de qualidade na assistência e redução dos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

No que diz respeito ao incentivo dos homens em participar das consultas pré-natais, estudos realizados com futuros pais a exemplo de Silveira e Lamounier (2006), revelam que há quase unanimidade dos homens em participar de tais consultas, demonstra o interesse em acompanhar ativamente esse processo. Neste estudo revelou-se, também, que não há incentivo por partes dos profissionais que atendem as gestantes em estabelecer vínculos e integrá-los na rotina de suas atividades.

Essa participação de modo efetivo poderá trazer contribuições importantes para a mulher, o filho e a relação afetiva intra-familiar. Reberte e Hoga (2010, p. 106) revelam que “a participação em grupo educativo no pré-natal proporciona um envolvimento ativo dos homens com a gravidez. Isto porque o entendimento das alterações que ocorrem durante o ciclo gravídico e puerperal produz reflexos positivos sobre a relação marital e a dinâmica familiar”. De acordo com o estudo supracitado, os homens revelaram que a participação no grupo permitiu compartilhar experiências de forma mais intensa, a melhor compreensão da mulher grávida para o suporte adequado a ela; bem como, o aprendizado e o desenvolvimento das técnicas corporais promoveram a integração do casal.

Nesta perspectiva, de todos os processos corporais ocorridos durante o pré-natal, o homem sente-se mais encorajado em participar do momento do nascimento de seu filho, o parto. Carvalho e Brito (2006, p.84) ratificam essa ideia ao afirmarem que

o fenômeno do nascimento pode ter várias conotações e desencadear sentimentos, comportamentos e atitudes masculinas”, [...] “atribuindo significados que podem levá-los a ser ou não um integrante ativo do processo de parturição, favorecendo e sendo favorecido, tendo suas dúvidas, medos e anseios minimizados.

Destaca-se a importância da participação do homem, sendo este o marido, o companheiro, pai do bebê em todo processo de parturição, desde o momento do acolhimento na sala do pré-parto. As atividades realizadas por eles resultam em segurança e conforto, geralmente proporcionadas por meio da interação física - toque, segurar a mão da parturiente, de massagem de conforto, auxílio nos banhos e na deambulação, bem como o oferecimento de suporte emocional significativo (CARVALHO, 2001).

Neste sentido, a política governamental de humanização no parto garante a mulher o direito a presença de um acompanhante de sua livre escolha na sala de parto e assegura a criação de condições para a inclusão do pai no processo de nascimento.

Assim, ao considerar o vínculo entre acompanhante e parturiente, percebe-se que a escolha é por pessoas próximas, ligadas ao seu convívio diário, como marido, companheiro, pai do bebê, familiares ou não. Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005) apontam a presença do parceiro, como um dos fatores que mais contribui para assistência a mulher em trabalho de parto e parto.

Este direito foi garantido constitucionalmente por meio da Lei n.º 11.108 (BRASIL, 2005), sancionada em 7 de abril de 2005, a qual altera a Lei n.º 8080/96 e regulamenta a presença de um acompanhante, escolhido pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no Brasil, e estabelece o seguinte em seu art. 19-J:

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

Desta forma, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante na sala de parto, e recomenda que todos os esforços sejam realizados para garantir a toda parturiente a presença de uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2005).

Estudos têm evidenciado que o apoio contínuo durante o trabalho de parto beneficia a parturiente e contribui para reduzir: o número de cesarianas, a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e a ocorrência da depressão pós-parto. Além disto, incentiva o aleitamento e, tanto a mulher quanto o acompanhante desenvolvem sentimentos positivos sobre o parto (BRASIL, 2001a).

Portanto, as grávidas as quais possuem companheiros com características de pais participantes, além de manifestarem segurança, referem à gravidez como projeto de vida do casal. São homens com personalidade madura, sem receio de envolver-se, mesmo em questões novas como a da primeira gravidez (DAVIM et al., 2010).

A entrada do pai na sala de parto surge entre as famílias nucleares nos países desenvolvidos na década de 1970, com o objetivo de favorecer nos pais a afetividade e valorizar o papel da mulher, perdido quando da passagem do parto do domicílio para o ambiente hospitalar. A participação destes no nascimento trouxe o núcleo familiar para o ambiente institucional (MOTTA; CREPALDI, 2005).

O envolvimento do homem durante a gravidez possibilita um melhor suporte emocional à sua parceira no momento da parturição, permitindo o exercício do *empowerment* pelo homem como estratégia de promoção da saúde e de fortalecimento do vínculo afetivo mãe/pai/bebê. A participação dos pais no nascimento está presente no conceito de humanização do parto e no crescente envolvimento dos homens nos cuidados com os filhos (CARVALHO, 2003).

Embora a participação do marido, companheiro e pai do bebê no processo de parturição resulte em benefícios singulares, ainda se constitui um desafio dos profissionais da saúde para a prestação de cuidados que atenda a qualidade do nascimento da criança e também da assistência a mulher. Apesar das evidências científicas sobre os benefícios do acompanhamento, a incorporação desta prática pelos profissionais e instituições, ainda não se constitui uma realidade em muitos serviços. A implantação desta prática demanda uma revisão de conceitos acerca da assistência, na qual, torna-se necessário desmistificar crenças e valores arraigados que rejeitam a ideia do acompanhante neste processo (SILVA, 2011).

Como exposto, a presença do marido, companheiro e pai do bebê como acompanhante da mulher em todos os processos que envolvem o parto é por demais importante e traz benefícios para a mulher, para o homem e o filho. Segundo Davim et al. (2010), diante da vivência da gravidez, fortes e variadas emoções são vividas pelo casal, que, com o parto, deixam de ser filhos e passam a ser pais, marcando o surgimento de novos papéis.

No tocante as ações de participação masculina no puerpério, sabe-se que a ajuda paterna nos cuidados com o recém-nascido proporciona uma interação precoce e mais intensa entre pai-bebê, o que favorece ao crescimento saudável da criança. Além de transmitir segurança à mulher, pois a ajuda, indiretamente, a sentir-se mais amorosa e dedicada ao seu filho. Assim, em paralelo ao lado racional e objetivo, pode-se constatar o surgimento de um novo homem emocional e solícito na criação e educação dos filhos e nas tarefas domésticas (MOTTA; CREPALDI, 2005).

Na verdade não se aceita mais a definição do pai típico, considerado aquele excepcionalmente provedor e desarticulado dos acontecimentos domésticos, já que se vive em realidades multidimensionais. Em função disso, os papéis do homem e da mulher têm sofrido transformações no que toca a função familiar: exige-se da mulher uma participação mais efetiva na manutenção e sustento da casa. Em contrapartida, o homem tem se voltado para as atividades domésticas e cuidados com os filhos (STEFANELLO, 2005).

No contexto do ciclo gravídico-puerperal, o período puerperal apresenta-se como um importante momento na vida reprodutiva dos casais. Após o nascimento, as expectativas

criadas pelos pais durante a gestação são confrontadas com a realidade, ou seja, com a presença real da criança. As modificações ocasionadas nessa fase podem contribuir para a aproximação ou afastamento conjugal.

Segundo Sutter e Bucher-Maluschke (2008), após o nascimento o pai percebe as primeiras dez semanas da paternidade quase da mesma forma que a mãe. Esse período é caracterizado pela incerteza, pelo aumento das responsabilidades, pela interrupção do sono e pela incapacidade de controlar o tempo necessário para cuidar do bebê. Outro fator significativo percebido pelos homens é a diminuição da atenção pela parceira, que tende a causar desequilíbrio na relação conjugal, bem como a falta de reconhecimento da mulher para incluí-los na tomada de decisões.

A jornada de trabalho se apresenta novamente como influente fator de interrupção da assistência na vida reprodutiva, a qual não permite ao homem permanecer mais tempo em casa, nesse período, pois grande parte da sociedade ainda entende que sua presença é de certo modo dispensável. Como exemplo, a licença-paternidade, que apesar de ser um ganho, ainda não responde às necessidades da participação paterna na família após o nascimento do filho. Desta forma, torna-se grande a diferença do envolvimento dos pais nos cuidados a criança (FALCETO, 2002).

Essas reflexões induzem a considerar que o homem vivencia situações diversas durante o período gravídico-puerperal. As atitudes de apoio a companheira e de cuidado ao filho se contrapõem às dúvidas, ansios e sentimentos de abandono. Portanto, entende-se que a paternidade é um momento de construção, dinâmico e contínuo, galgado diariamente por meio das inter e intra-relações do homem com sua família e dele consigo mesmo.

Tal concepção corrobora o estudo desenvolvido por Oliveira e Brito (2009, p. 601), no qual se observou que:

os homens interagem e participam do puerpério oferecendo conselhos que remetem à prevenção de desconfortos, como o estímulo à deambulação; desenvolvem atitudes de dedicação e preocupação com a saúde do filho; consideram que a licença-paternidade não atende às suas necessidades; reconhecem que a companheira e o recém-nascido requerem mais dedicação e que desempenham papel de provedor no intuito de garantir o sustento familiar.

Desse modo, envolver ativamente e efetivamente o homem na assistência aos aspectos vinculados ao ciclo gravídico-puerperal, refletir sobre as barreiras sócio-culturais até então construídas e delinear ações de inclusão do homem nesse processo contribuirá para a superação das lacunas atuais.

Neste sentido, pensar a saúde do homem frente aos direitos sexuais e reprodutivos implica em re-pensar nos diversos modos de viver a masculinidade e de viver a vida. Por sua vez, implica em um movimento de re-construir as práticas de saúde que se voltam a esta parcela significativa da sociedade, os homens.

### 3.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: atuação como agente transformador

A atenção primária atualmente é caracterizada como um serviço voltado para as mulheres (FIGUEIREDO, 2005), reproduzindo desigualdades no que se refere ao funcionamento dos serviços e nos desempenhos dos profissionais, demonstrando a ausência de um olhar diferenciado ao prestar atendimento aos gêneros feminino e masculino. Fato este o qual impossibilita uma assistência equânime, de acordo com as especificidades que requer a assistência da saúde aos homens (SCHRAIBER et al., 2010).

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para promover efetivamente as mudanças de paradigmas, referentes à percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde, atuando no desestímulo ao comportamento intempestivo, que compromete o acesso aos serviços e a adesão ao tratamento, sobretudo devido à crença na invulnerabilidade do homem (CARRARA et al., 2009).

Corroborar-se com Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005, p.810) que o ACS vem se constituindo,

como elemento significativo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência.

Segundo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001b), são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controle dos agravos a saúde.

A criação da profissão ACS é recente e foi efetivada por meio da lei nº10. 507/02, que estabelece os requisitos para atuar na função, dentre eles: residir na comunidade onde irá trabalhar, ter concluído o ensino fundamental e haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS (BRASIL, 2002). Anteriormente era necessário apenas saber ler e escrever (BRASIL, 1997). Em 2004, o governo estabeleceu uma diretriz onde constitui a necessidade de formação técnica aos ACS e reafirma a intenção de associar educação profissional à elevação de escolaridade (BRASIL, 2004).

Esse profissional é parte integrante da equipe do Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é responsável pelo acompanhamento de seiscentas a mil famílias, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas. É composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS. A partir do ano de 2000, com o ingresso da saúde bucal no PSF, a equipe passou a contar com mais um dentista, um técnico de higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Os ACS são responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias, sendo considerados elo de ligação entre a equipe de saúde da família e a comunidade (BRASIL, 2001a).

Para Gomes et al. (2010) o papel de agente transformador é considerado como algo possível pelo ACS, na medida em que realiza as visitas domiciliares, conhece as reais necessidades daquela comunidade e faz a mediação desta com a equipe e o sistema de saúde. Também tem papel de anteparo do sistema de saúde e, por vezes, devido a essa condição, enfrenta resistências da população e dificuldades de relacionamento.

Corroborando o autor supracitado, o domicílio não é um território público e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o ACS deve estabelecer vínculo e relações de confiança com a comunidade. O agente somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade

Segundo Cardoso e Nascimento (2010) ao representar para a comunidade predominantemente o lugar instituído dos serviços de saúde, os ACS tendem a ter como resposta dos moradores estratégias de enfrentamento e resistência. Captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais abertura, escuta, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das necessidades.

Por vivenciar os problemas na comunidade em que desempenha sua prática de trabalho, o ACS “figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado, viabilizando, de acordo com sua competência, a melhoria da



assistência, contribuindo significativamente na aplicação de políticas públicas (OLIVEIRA; BRITO, 2009, p. 810). Dessa forma, estudos da temática, ainda que parciais e localizados, são importantes para essa discussão e para contribuir na efetivação dessa nova proposta de abordagem à saúde dos homens.

Assim, torna-se premente a valorização da participação dos ACS (os quais convivem cotidianamente com a clientela masculina), buscando o conhecimento dos mesmos acerca dos direitos reprodutivos bem como as possíveis estratégias que facilitem a inserção do homem nos serviços da atenção básica, haja vista que estes profissionais apresentam-se como possíveis agentes facilitadores do cuidar/cuidado, fundamentais para o processo de empoderamento masculino em relação aos direitos reprodutivos.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo do Estudo

A linha teórica e metodológica que orientou este estudo é de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. O aspecto exploratório desta pesquisa vinculou-se a oportunidade de ampliar o conhecimento acerca do fenômeno – participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos descritas a partir das falas dos Agentes Comunitários de Saúde. Já o aspecto descritivo tem como objetivo a descrição das características do referido fenômeno e o estabelecimento de relações entre suas variáveis.

A abordagem qualitativa, por sua vez, consiste “em práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo [...], o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

### 4.2 Caracterização do cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa situou-se no município de João Pessoa. Diante da complexidade desse universo, a pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde do bairro de Mangabeira, pertencentes ao Distrito Sanitário III, que se situa na zona Sul do município de João Pessoa, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde.

As aludidas UBS foram escolhidas para sediar a pesquisa, por serem as de Mangabeira consideradas pela Área Técnica de Saúde do Homem as que mais desenvolvem ações direcionadas aos homens, conforme informações adquiridas pela referida instituição.

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, está localizado na porção mais oriental das Américas e do Brasil. Tem uma área geográfica de 211.475 km<sup>2</sup> e uma população estimada de pouco mais de 742.478 mil habitantes (IBGE, 2012) sendo 623 mil pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (JOÃO PESSOA, 2010). O Município é constituído por 64 bairros, sendo Mangabeira o mais populoso com mais de 100 mil habitantes. A maioria da população vive na área urbana. Segundo o relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), João Pessoa apresenta um índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,783 considerado de médio-alto desenvolvimento, enquanto que o Brasil apresenta um índice de 0,813 valor considerado de alto

desenvolvimento humano (PNUD, 2009). No aspecto econômico, apresenta um produto interno bruto-PIB de R\$ 8.444. 695 (IBGE, 2010). O clima da cidade é quente e úmido, intertropical, com temperaturas médias anuais de 26°C.

O Distrito Sanitário III tem sua sede no bairro mais populoso da cidade de João Pessoa/PB, chamado de Mangabeira, localizado na zona Sul da cidade, abrigando aproximadamente 100.000 habitantes em 17.259 domicílios. O bairro possui 26 equipes de ESF, 01 Centro de Atenção Integral à saúde (CAIS), o Complexo Hospitalar Humberto Nóbrega, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Farmácias Populares (JOÃO PESSOA, 2009).

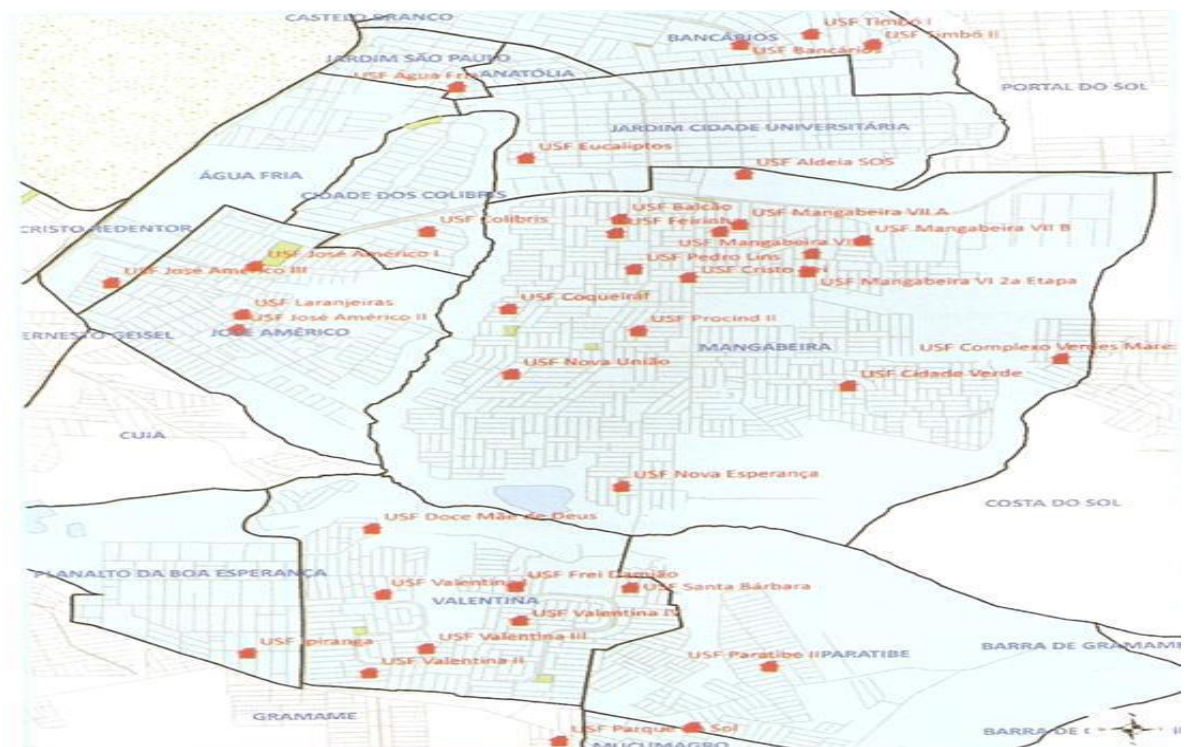


Figura 1 – Mapa geosanitário do Distrito sanitário III.

Fonte: João Pessoa, 2010.

#### 4.3 Participantes da Pesquisa

Neste estudo a população foi composta por Agentes Comunitários de Saúde – ACS vinculados as UBS lócus do estudo. A definição da amostra ocorreu por acessibilidade e seu quantitativo teve como base o critério de saturação a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa, representada por 25 (vinte e cinco) ACS.

Considerando-se que, em estudos qualitativos, existe a preocupação no aprofundamento do conhecimento sobre o objeto em questão, a definição do número de

participantes se deu por saturação de dados. Essa, compreendida como o momento em que a busca de novos sujeitos não acrescenta nenhum dado novo à investigação.

No entanto, vale salientar a importância de o pesquisador buscar dentro de seu universo a maior diversidade possível, a fim de contemplar as diferentes perspectivas do problema e, assim, obter uma saturação dos dados adequada, atentou-se para a sugestão de Pires (2008). Esse autor aponta a diversificação como o principal critério de seleção em pesquisas qualitativas, tendo em vista que tais pesquisas são utilizadas para apresentar a visão mais completa possível do problema.

Pires (2008, p198) salienta que a diversidade é muito mais que uma representatividade estatística. Sob esse vértice, “o processo de saturação empírica exige que se tenha tentado, durante a coleta dos dados, maximizar a diversificação interna ou intragrupo”. Para tanto, utilizando-se do princípio da diversificação interna e o critério de seleção dos informantes se deu por saturação empírica. Desse modo, foi selecionado de modo aleatório um a dois sujeitos de cada microárea e, foi realizada uma visita nas UBS para contato prévio, explanação dos objetivos, autorização do estudo e agendamento do local e horário para a entrevista. Assim, com um número de vinte e cinco sujeitos, a saturação empírica e a diversificação interna foram contempladas.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos participantes foram: ser ACS na área de abrangência do Distrito Sanitário III, aceitar participar da pesquisa e ter disponibilidade de contribuir com o estudo. Os critérios de exclusão envolveram: outros profissionais da equipe que não seja ACS, não concordar ou não ter disponibilidade em participar no estudo.

#### 4.4 Abrangência temporal do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de junho a agosto de 2012, onde foram realizadas as entrevistas nas UBS, local de trabalho dos ACS participantes da pesquisa, conforme a disponibilidade destes profissionais.

#### 4.5 Posicionamento Ético

Para a realização do estudo, foram adotadas as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que trata das normas em pesquisa envolvendo seres humanos, considerando os aspectos básicos da

ética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; e da Resolução 311 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) que preconiza o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Esta pesquisa, após apreciação pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e assinatura da folha de rosto gerada pela Plataforma Brasil pelo Colegiado do Distrito Sanitário III, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da respectiva localidade, sob protocolo de nº 0309/12, CAE: 02190312.7.0000.5188 (Anexo A), obtendo aprovação para seu desenvolvimento.

Previamente as entrevistas narrativas foram apresentadas aos sujeitos os objetivos da investigação; os benefícios que essa proporcionaria a equipe multiprofissional das UBS, comunidade adscrita e sociedade civil; a informação de que não haveria riscos nem obrigatoriedade de sua participação; o período em que seriam realizadas as observações e as narrativas; a ciência de que a exclusão da pesquisa poderia ser solicitada a qualquer momento do estudo; ainda, foi garantido o sigilo e o anonimato durante todas as etapas do processo de investigação, incluindo a etapa de divulgação dos resultados. Os sujeitos ficaram cientes de que as informações desse estudo seriam de uso exclusivamente científico para a área de conhecimento em Saúde Pública e Enfermagem; as gravações ficaram sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora até junho de 2017, quando serão destruídos. Após todas essas informações, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) de forma clara em linguagem acessível.

Destaca-se que para a confirmação dessa etapa, os sujeitos foram representados no trabalho pela sigla ACS (Agente Comunitário de Saúde) seguido do numeral 1, 2, 3 até 25 para que seu anonimato pudesse ser mantido. Ainda, a fim de expor os dados de forma fiel, mas com objetividade, as narrativas não são apresentadas na íntegra, para tanto, no presente estudo, foram utilizados símbolos que identificam o recorte [...] e alguma explicação da autora quando necessário, representada entre colchetes [explicação da autora].

#### 4.6 Procedimentos para a coleta dos dados

Antecedendo a coleta das informações, houve contato prévio com as enfermeiras das UBS participantes, objetivando a melhor definição do acesso ao serviço e aos ACS, para posterior definição dos sujeitos da pesquisa.

A coleta dos dados foi subsidiada pela técnica de entrevista, tendo como instrumento o roteiro semi-estruturado (Apêndice B) contendo questões norteadoras para o alcance dos objetivos proposto para este estudo. Para minimizar as possíveis perdas dos relatos dos ACS, bem como valorizá-los em sua inteireza, foi efetivado o registro gravado das entrevistas, após consentimento dos participantes, por meio de um gravador digital.

A entrevista consiste em uma técnica, onde o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com a finalidade de obtenção dos dados que interessam à investigação. É um diálogo com o intuito de colher dados para a pesquisa em estudo (GIL, 2006). A entrevista semi-estruturada de acordo com Triviños (2007), caracteriza-se por contemplar questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, que, em seguida, amplia-se as interrogativas.

Conforme Victória, Knauth e Hassen (2000), a entrevista pode ser realizada de vários modos, desde uma conversa informal até um questionário padronizado. Neste estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada, a qual contém questões norteadoras que levam os sujeitos a contar como aconteceu determinado acontecimento (SILVA; TRENTINI, 2002).

Silva e Trentini (2002) partem do pressuposto de que, para se exercer o cuidado em saúde e desenvolver uma pesquisa de campo, é necessário fazer interações sociais e ouvir com atenção o que as pessoas têm e querem contar. Por isso, a narrativa se mostra como uma boa estratégia para obter informações, interpretar os dados da pesquisa e, por conseguinte, planejar e propor o cuidado de enfermagem congruente.

A contribuição dessa técnica se refere à possibilidade de ter acesso à experiência do outro, de modo indireto. De acordo com as autoras, o sujeito traz sua experiência ao pesquisador da maneira como ele interpretou, ou seja, "... se refere a um acontecimento que ocorreu no passado, mas, agora, à luz de novas vivências, de outros conhecimentos que adquiriu, de outros padrões de comportamento que socialmente são estabelecidos ..." (SILVA; TRENTINI, 2002 p. 426).

Dentre os vários tipos de narrativas, nesta pesquisa, utilizou-se as narrativas de vivência. Por serem mais amplas, incluem vários episódios que, em geral, são colocados numa sequência de acontecimentos que vão trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados ao objetivo do estudo, o que, certamente, enriquece a história (SILVA; TRENTINI, 2002).

Para a obtenção das narrativas, seguiu-se as orientações de Lira, Catrib e Nations (2003) que descrevem as principais fases para sua aquisição: a fase de preparação, de iniciação, a narração central, fase de perguntas e fase conclusiva.

Na fase de preparação, buscou-se estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre os sujeitos e a pesquisadora. Para que isso se concretizasse, por meio de um diálogo informal, explicava-se aos sujeitos o contexto da investigação, o problema que motivou o estudo, bem como o objetivo e sua relevância. Nessa mesma oportunidade, solicitava o consentimento dos mesmos para participar da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato, bem como explicava-se brevemente aos informantes o procedimento da entrevista.

A seguir, ainda nessa fase, obtinha-se dos sujeitos os dados socioeconômicos como a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a atividade laboral, o tempo de atuação como ACS e a renda familiar, dados relevantes que permitiram traçar as características dos sujeitos.

A partir do momento que se observava que os sujeitos estavam mais a vontade com a pesquisadora, e essa para com os sujeitos, partia-se para a fase de iniciação solicitando a narrativa a partir das questões norteadoras: O que você entende por Direitos Reprodutivos?; Qual a sua opinião sobre a participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos?; Para você, que estratégias poderiam ser utilizadas para empoderar a população masculina na perspectiva da saúde reprodutiva?; O que você sugere como estratégias possíveis de serem adotadas nos serviços de saúde para garantir a inserção e participação dos homens nesse serviço?.

Na fase de narração propriamente dita, atentou-se para não interromper, procurando encorajá-los de forma não verbal, inclusive, respeitando o silêncio quando os mesmos buscavam organizar suas ideias, ou relembrar fatos e acontecimentos.

A fase de perguntas também pode ocorrer durante a fase conclusiva da narrativa, nesse caso, quando necessário, os sujeitos foram solicitados a dizer: “Fale mais sobre isso [...]”, “por quê?”, após a explanação foi finalizada a entrevista e desligado o gravador.

#### 4.7 Análise dos dados

O material empírico obtido foi transcrito e analisado qualitativamente através da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, que preconiza a apreensão dos aspectos comuns, ligados a maioria dos participantes associados a cada tema. Segundo esta proposta, a análise de conteúdo “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979, p.105).

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo neste estudo, destacam-se as seguintes etapas: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados, seguida da fase de Inferência e Interpretação.

Na fase de Pré-análise procurou-se fazer uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, na busca de: ter uma visão de conjunto; apreender as particularidades; elaborar pressupostos iniciais; escolher formas de classificação inicial; e, determinar os conceitos teóricos que determinaram a análise acerca do conhecimento dos ACS quanto aos direitos reprodutivos e as possíveis estratégias de empoderamento dos homens.

A fase de exploração do material empírico constituiu-se na distribuição dos trechos, frases ou fragmentos de cada texto; fazendo uma leitura dialogada com as partes; identificando, através de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes do texto; analisando-os na busca de temáticas mais amplas; reagrupando as partes dos textos por temas encontrados; elaborando uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com os conceitos teóricos que orientaram a análise. Nesta fase, o trabalho foi representado pela identificação das unidades de análise, que definiram as categorias e subcategorias, respeitando-se os critérios definidos por Bardin (1979).

As categorias e subcategorias evidenciadas foram: Categoria I - Amplitude do conhecimento acerca dos Direitos Reprodutivos, subcategorias correspondente: Conhecimento Amplo e conhecimento Limitado; Categoria II - Participação masculina no exercício dos Direitos Reprodutivos, subcategorias: Co-responsabilidade do Direito Reprodutivo e Não responsabilização com o Direito Reprodutivo; Categoria III - Aspectos da não participação masculina nas ações da saúde reprodutiva, subcategorias: Déficit de conhecimento sobre direitos reprodutivos, Não responsabilização masculina com os Direitos Reprodutivos, Atividade laboral; Categoria IV - Estratégias para promover a participação masculina nos Direitos Reprodutivos, subcategorias: Visitas domiciliares, Ações educativas para a conscientização e Capacitação dos ACS; Categoria V - Estratégias para inserção do homem na Atenção Básica, subcategorias: Divulgação da PNAISH, Ações educativas à clientela, Dia específico de atendimento, Atendimento noturno, Busca ativa, Inserção a partir de demandas prioritárias e Instrumentalização da equipe multiprofissional.

No que se refere à etapa final, elaboração de uma síntese interpretativa – fase de Inferência e Interpretação, os relatos foram capazes de revelar a interlocução entre as categorias identificadas na pesquisa com os objetivos propostos, discutidas a luz da literatura pertinente a temática.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em correspondência ao instrumento de coleta de dados utilizado e sua divisão em duas partes, inicialmente foi registrada e discutida a caracterização dos sujeitos, na intenção de identificar o perfil socioeconômico desses atores. Em seguida, foi feita a análise do material discursivo proveniente das entrevistas realizadas, com o intuito de responder ao objetivo do estudo, de identificar o conhecimento dos ACS acerca da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos e as possíveis estratégias de promoção da saúde reprodutiva masculina.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para caracterizar os sujeitos do estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, atividade laboral, tempo de atuação e renda familiar, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quanto ao perfil dos participantes, a faixa etária variou entre 26 a mais de 46 anos, com predominância da faixa entre os 36 a 45 anos (13 ACS). Esse dado caracteriza sujeitos em plena faixa produtiva para o mercado de trabalho, os quais contribuem significativamente para o desenvolvimento socioeconômico da nação.

Segundo Cardoso e Nascimento (2010), estudos apontam o fato de que os ACS com mais idade tendem a deter um conhecimento maior acerca dos problemas da comunidade, com mais vínculo e laços de amizade, além de conflitos e inimizades. No entanto, reconhecem que a possibilidade de inserção de jovens nesse contexto poderá garantir uma abertura maior para as mudanças e novidades tão necessárias para a consolidação da ESF, como uma forma de propiciar a reorganização do sistema.

Conforme a variável sexo, expressa no Quadro 1, em sua maioria os participantes eram mulheres (18 ACS), revelando que cada vez mais, a mulher encontra-se engajada na dinâmica familiar como provedora do lar. Segundo Pereira, Santos e Borges (2005) há algumas décadas a porcentagem de mulheres economicamente ativas tem aumentado consideravelmente. Isso se deve também, entre outros fatores, aos movimentos políticos e sociais ocorridos no mundo entre as décadas de 1960 e 1970. Essa mudança de padrões culturais impulsionou as mulheres a estudarem mais e a participarem do mercado de trabalho de forma consistente.

É fato que esta inserção feminina no mercado de trabalho revela a persistência de desigualdades em relação à condição masculina no que diz respeito às oportunidades, aos rendimentos e à qualidade de emprego, corroborando o estudo de Costa (2003).

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos Agentes Comunitários de Saúde.

<b>ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		<i>F</i>
Faixa Etária (anos)	26 a 35	9
	36 a 45	13
	46 ou mais	3
Sexo	Feminino	18
	Masculino	7
Escolaridade	Ensino Médio	14
	Superior completo	8
	Superior incompleto	3
Estado Civil	Solteiro	10
	Casado	15
Atividade Laboral	ACS	25*
	Professor	6
	Outros	3
Tempo de Atuação como ACS	8 meses a 2 anos	8
	3 a 5 anos	12
	6 a 8 anos	5
Renda Familiar	1 a 2 salários mínimos <sup>3</sup>	12
	3 a 5	8
	6 a 7	5

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

\* Todos participantes exerciam a função de ACS e alguns, outras profissões concomitante.

Tais aspectos merecem destaque quanto à assistência à saúde do homem, haja vista que essa feminilização nos serviços de saúde tem representado um fator que contribui para a ausência e/ou invisibilidade dos homens nas UBS, como afirma Figueiredo (2005, p. 106):

<sup>3</sup> O salário mínimo vigente no momento de coleta das informações era de R\$ 622,00, segundo o decreto nº 7655 publicado no D.O.U. de 23 dez. 2011 (BRASIL, 2011).

[...] vale salientar que as dificuldades do acesso dos homens não são apenas pelas percepções no que seria próprio de seu comportamento, mas também de situações que provocam nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço como dificuldade de serem atendidos, por considerarem as UBS como espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, por mulheres.

Entretanto, vale considerar neste estudo, a frequência de ACS do sexo masculino (7). Tal dado revela uma mudança paradigmática nos conceitos ora abordados, uma vez que o homem passa a fazer parte do universo das UBS, principalmente dos cuidados com a saúde, caracterizando mais uma ferramenta de adesão do homem aos serviços de saúde.

De acordo com estudo de Silva (2010), o homem revelou-se capaz de desenvolver o cuidado de si e com os outros. Isto significa dizer que o cuidado na perspectiva desses sujeitos, vai além de conceitos pré-estabelecidos, rompendo, através dessas atitudes e manifestações, valores e conceitos secularmente instituídos, papel que está sendo desvelado.

No tocante à escolaridade, a maioria dos participantes detinha o ensino médio completo (14 ACS), conforme expresso no Quadro 1. Salienta-se um número considerável de ACS que já concluíram (8 ACS) ou estão em fase de conclusão (3 ACS) do ensino superior. Segundo Fonseca (2002), o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso a informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos. Essa crescente escolarização do ACS pode ser observada em outros estudos, e é atribuída à busca de uma projeção social e profissional, uma vez que grande parte dos ACS é proveniente de camadas populares, e como tais, almejam melhores condições de vida e de trabalho (CARVALHO; NASCIMENTO, 2010).

Em relação à variável estado civil, os dados obtidos no Quadro 1 revelam uma predominância de sujeitos com união estável, por meio do casamento civil (15 ACS). Em 2007, embora tenham sido realizados 916.006 casamentos no Brasil, 2,9% a mais do que o ano anterior, é significativo o número de dissoluções (soma dos divórcios diretos sem recurso e separações), de 231.329 casos, ou seja, para cada quatro casamentos foram registrada uma dissolução (IBGE, 2010).

Em relação à atividade laboral dos participantes, todos eram ACS (25) e alguns dos entrevistados desempenhavam atividades formais concomitantes, como a de professor (6 ACS), expresso no Quadro 1. De acordo com GOMES et al. (2009), o ACS se vê como organizador do acesso (cadastrador e orientador do uso dos serviços, bem como da captação de necessidades), na identificação de prioridades e detecção de casos de risco para a

intervenção. Diante disso, a capacitação do ACS deve contemplar conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, ultrapassando a perspectiva puramente biomédica e incorporando outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias.

Os ACS desempenhavam atividades relevantes que possibilitam uma comunicação efetiva entre comunidade e serviço de saúde, uma vez que eles se constituem em um elo integrador das necessidades demandadas pela população e os programas de saúde ofertados pela Atenção Básica.

No que concerne ao tempo de atuação como ACS, a frequência variou entre 8 meses a mais ou menos 8 anos, observando-se predominância entre 3 e 5 anos de atuação (12 ACS), conforme demonstrado no Quadro 1. Pode-se inferir que os ACS entrevistados, em sua maioria, tinham vivência significativa no campo da saúde pública, o que poderá contribuir de modo efetivo para uma melhor atenção à saúde masculina, pois, espera-se que a relação entre profissional e comunidade já se encontre consolidada, pelo tempo de convivência e entrosamento entre os cuidadores e os usuários, tendo em vista o tempo de atuação.

Embora, é preciso enfatizar a pouca participação dos ACS em cursos, palestras ou seminários na área da saúde os quais contemplem a temática: Saúde do Homem. Tal indicador mostra que apesar da experiência e do tempo de atuação, estes profissionais apresentavam dificuldades em obter informações técnicas e direcionadas a facilitar e tornar efetivas as ações voltadas à população masculina.

Desse modo, para que o ACS participe efetivamente no processo de saúde/doença na Saúde do Homem é preciso adquirir conhecimento sobre as causas ou fatores predisponentes que influenciam direta ou indiretamente na aquisição ou desenvolvimento de problemas de saúde (GOMES et al., 2010).

Conforme o Quadro 1, a renda familiar variou entre 1 salário e meio até 7 salários mínimos, sobressaindo-se 1 a 2 salários (12 ACS). De acordo com dados do IBGE (2010), as desigualdades de renda, apesar de ainda muito presente no Brasil, principalmente na região Nordeste, tem mostrado uma tendência de redução, a qual vem se consolidando no mercado de trabalho.

Frente às características socioeconômicas dos ACS percebe-se um perfil satisfatório para o desempenho das atividades, sobretudo, levando-se em consideração a escolaridade e o tempo de atuação como ACS; é oportuno também considerar a presença masculina como ACS, caracterizando o envolvimento de novos homens no cenário da assistência à saúde, seja como profissional ou usuário.

## 5.2 PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO EXERCÍCIO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

A análise das falas dos sujeitos participantes, os ACS, contribuiu para a construção de categorias e subcategorias, dispostas no Quadro 2, as quais serão discutidas adiante embasada na literatura pertinente a temática proposta: identificação do conhecimento de ACS acerca da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos e de estratégias para o empoderamento do homem no campo da saúde reprodutiva.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias oriundas da análise temática vinculadas ao conhecimento e estratégias dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos direitos reprodutivos masculinos.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
Amplitude do conhecimento acerca dos Direitos Reprodutivos	Conhecimento Amplo Conhecimento Limitado
Participação masculina no exercício dos Direitos Reprodutivos	Co-responsabilização do Direito Reprodutivo Não responsabilização com o Direito Reprodutivo
Aspectos da não participação masculina nas ações da saúde reprodutiva	Déficit de conhecimento sobre direitos reprodutivos Não responsabilização masculina com os Direitos Reprodutivos Aspectos socioculturais Atividade laboral
Estratégias para promover a participação masculina nos Direitos Reprodutivos	Visitas Domiciliares Ações Educativas Capacitação dos ACS
Estratégias para inserção do homem na Atenção Básica	Divulgação da PNAISH Ações educativas à clientela Dia específico de atendimento Atendimento noturno Busca ativa Inserção a partir de demandas prioritárias Instrumentalização da equipe multiprofissional

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

Ao pesquisar sobre a temática paternidade e gênero evidenciou-se uma preocupação nos estudos em conhecer sentimentos e experiências vivenciadas pelos homens no exercício da paternidade (BRITO, 2001; CAVALCANTE, 2007). Tais pesquisas foram motivadas na maioria das vezes, por constatações na prática profissional das enfermeiras no campo da saúde da mulher. Os estudos revelaram uma pluralidade de formas de sentir e exercer a paternidade, apontando que o papel social do homem ainda está muito vinculado à provisão material da família. Ao mesmo tempo assinala para o processo de transição entre o pai tradicional e aquele que está mais envolvido afetivamente nos cuidados com a mulher e os filhos. Identificou-se ainda que, em casos de infertilidade, o casal vivencia uma crise existencial expressada por uma série de dificuldades emocionais como ansiedade, estresse, depressão, sentimento de culpa, problemas sexuais entre outros, no entanto, o suporte social é mais oferecido para as mulheres, revelando a diferença de tratamento entre os gêneros no que se refere à visão estereotipada do papel materno/paterno (CAVALCANTE, 2007).

Ainda nessa temática, percebe-se a inquietação com a necessidade dos serviços de saúde de incluir os homens nas ações de promoção ao planejamento familiar e nos serviços de saúde reprodutiva. Contudo, os estudos mostram que os profissionais encontram-se influenciados pela construção social do que é ser feminino e masculino, por conseguinte, ratificando a mulher como cuidadora e excluindo os homens do processo de gestação e cuidado com os filhos (CARNEIRO, 2012). Isso se deve, possivelmente, ao fato de que, historicamente, esse cuidado tem sido associado à mulher. A elas, competem todos os cuidados que giram em torno de tudo que cresce e se desenvolve, especialmente crianças, doentes, moribundos (GOMES, 2010).

Na temática, Sexualidade, DST/AIDS e Gênero, os estudos revelaram que os estereótipos de gênero construídos historicamente como concepção de homem como forte, viril, destemido, dominador, potencializam práticas sexuais de risco, tornando-os, dessa forma, mais vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS (CARVALHO, 2004).

Por outro lado, há um reconhecimento entre os adolescentes homens de que essas ideias são construídas socialmente e dificultam o alcance de resultados favoráveis na prevenção e promoção de saúde (TELLES, 2007). Em um dos estudos, os sujeitos consideram que é necessário ter consciência dos atos e não expor-se sexualmente apenas para comprovação da masculinidade (PASCHOALICK, 2007).

Nesta perspectiva, pode-se observar que os homens não se reconhecem como sujeitos de direitos reprodutivos, sendo necessário o desenvolvimento de estudos que busquem conhecer a realidade da participação da população masculina no exercício desses direitos.

Averiguar o conhecimento dos ACS acerca dos Direitos Reprodutivos permitiu a identificação, a partir das falas dos entrevistados, da categoria **Amplitude do conhecimento acerca dos direitos reprodutivos** e suas subcategorias: *Conhecimento Amplo e Conhecimento Limitado*, conforme descrito no Quadro 3.

### **CATEGORIA: AMPLITUDE DO CONHECIMENTO ACERCA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS**

Quadro 3 - Subcategorias de análise e recortes das falas relacionadas ao conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos direitos reprodutivos.

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>
Conhecimento Amplo	<p><i>[...] desde a concepção, do acompanhamento, no hospital, no parto, no cuidado da criança, da pesagem, da vacina. Esses são direitos de homens e mulheres enquanto seres reprodutivos. (ACS10)</i></p> <p><i>É o direito do casal, da escolha de ter filhos e do momento correto, de participação do pré-natal, dos exames, da saúde, conversar com os profissionais de saúde, informações básicas sobre como ter filhos. (ACS15)</i></p>
Conhecimento Limitado	<p><i>[...] eu não tinha esse conhecimento exato do que seja ... (ACS1)</i></p> <p><i>[...] o direito de escolher quando quer ter um filho, a data, o tempo certo de ter. (ACS2)</i></p> <p><i>[...] é o direito a vida, a reprodução da vida. (ACS3)</i></p> <p><i>[...] eu nunca tinha escutado. (ACS6)</i></p> <p><i>[...] bem, na verdade é muita coisa [...] para mim é quase novo, direito reprodutivo. (ACS17)</i></p> <p><i>[...] a escolha de ter filho ou não (ACS22)</i></p>

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

Conforme os relatos descritos no Quadro 3, que contemplam a subcategoria “Conhecimento Amplo”, o conhecimento dos ACS acerca dos direitos reprodutivos está

vinculada ao direito à saúde reprodutiva, ou seja, a orientação e acompanhamento das ações de planejamento familiar, consulta de pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Esta compreensão foi apresentada por sete dos sujeitos entrevistados, podendo ser identificada nas unidades temáticas expressas nos discursos de ACS10 e ACS15.

É perceptível a necessária co-responsabilização do homem nas ações de saúde reprodutiva, desmistificando o imaginário social de que a obrigação do cuidado com a reprodução seja papel exclusivo da mulher, quando na realidade deve ser uma responsabilidade do casal.

Segundo Gomes e Nascimento (2006), apesar de existirem estudos que advogam acerca da participação dos homens na saúde reprodutiva, constata-se a necessidade de ganhar maior densidade. Nesse sentido, considera-se, a partir de pesquisas e ações de saúde que não só proporcionem a inserção do homem neste cenário, como, também, consigam, numa perspectiva relacional de gênero, tratar suas especificidades ligadas à vida reprodutiva.

Os direitos sexuais e reprodutivos e a saúde reprodutiva são temas que começaram a ser discutidos na década de 1960, período em que foram promovidas internacionalmente as políticas de planejamento familiar, frutos de reflexões teóricas sobre os direitos individuais e coletivos. É dentro da concepção dos Direitos Humanos que eles se constituem nos espaços públicos e privados (BRASIL, 2006).

O conceito de saúde e direitos reprodutivos emergiu para se sobrepor às políticas populacionais baseadas em objetivos demográficos. Este campo de prática e de conhecimento trouxe concepções, que ganharam endosso e visibilidade internacional em meados da década de 1990, mais precisamente em 1994 (Cairo) e 1995 (Pequim), a partir de Conferências das Nações Unidas (CIPD, 1994).

A partir dessas conferências, a inclusão masculina foi veemente estimulada no exercício dos direitos reprodutivos, como direitos assegurados aos homens, bem como na perspectiva de emancipação feminina, passando a reivindicar a participação dos homens nos cuidados cotidianos com os filhos, no planejamento familiar, na gravidez, no parto e puerpério.

Corroborando Souza e Tyrrell (2007, p.48) a discussão acerca da saúde sexual e reprodutiva deve ser compreendida,

[...] não só como a possibilidade de homens e mulheres manterem uma vida sexual satisfatória e segura, em condições de se reproduzirem, mas também, com a liberdade de decidir entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada. Englobando ainda, o acesso a serviços apropriados de atenção à



saúde, capazes de permitir gravidezes e partos sem riscos, com as melhores possibilidades de filhos/as saudáveis/as.

Assim, os direitos reprodutivos são universais, isto é, partem de temas importantes e que se inter-relacionam dinamicamente: saúde, direitos, empoderamento e cidadania, no âmbito da reprodução, da sexualidade e da vida.

Todavia, é preciso ressaltar que, apesar de termos percorrido um longo e difícil caminho, a situação dos direitos reprodutivos no Brasil, está melhor que em outros países, e melhor quando comparada há 10 ou 20 anos atrás. Entretanto, ao revisar a plataforma de ações dos governos, incluindo o Brasil, aprovadas no Cairo, as quais se comprometeram em executá-las para melhorar as políticas de saúde voltadas para homens e mulheres, e criar condições favoráveis para o seu empoderamento e exercício dos seus direitos, observou-se poucos avanços práticos, permanecendo uma distância entre os compromissos assumidos, em teoria, e sua consolidação prática.

Esse fato pode ser evidenciado em dezoito relatos dos ACS, que revelaram déficits no conhecimento acerca dos direitos reprodutivos, mesmo essa temática contemplar as ações da Atenção Básica, a exemplo das falas de ACS1 e ACS6, no Quadro 3, dos quais se abstraiu a subcategoria: **Conhecimento Limitado**.

Nessa subcategoria verificou-se também, conforme nove discursos, um conhecimento limitado quanto às ações de saúde reprodutiva, sendo reconhecido apenas o planejamento familiar. Essa situação pode ser ratificada nos relatos de ACS2 e ACS22.

Observa-se, portanto, que os ACS conheciam pouco a Política de Direitos Reprodutivos, ou mesmo, não reconheciam as ações do ciclo gravídico-puerperal, realizadas na própria UBS em que trabalhavam, como direitos reprodutivos. Tal fato pode dificultar o diálogo destes profissionais com os homens, na busca de maior participação no exercício desses direitos. É oportuno apontar as frequências de aparição dos relatos no estudo, uma vez que, a maior ocorrência (dezoito relatos), relacionados à subcategoria “Conhecimento Limitado”, evidenciou um desconhecimento dos ACS quanto à assistência ao homem na saúde reprodutiva, assim, pode-se constatar que o amplo torna-se limitado.

Desse modo, é imprescindível a disponibilização de informações e capacitação profissional para o ACS e demais profissionais, os quais compõem a equipe de saúde, a fim de que estes profissionais atentem para a necessidade do envolvimento dos homens nas temáticas e ações relacionadas ao acompanhamento no processo reprodutivo.

Neste ângulo, indagou-se aos ACS participantes do estudo sobre a ocorrência da participação do homem nas ações que englobam os direitos reprodutivos. Em seus relatos, identificou-se a categoria **Participação masculina no exercício dos Direitos Reprodutivos** e duas subcategorias: *Co-responsabilização do Direito Reprodutivo* e *Não Responsabilização com o Direito Reprodutivo*, conforme descrito no Quadro 4.

**CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO EXERCÍCIO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS**

Quadro 4 - Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados à participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Co-responsabilização do Direito Reprodutivo	<p><i>Mas hoje a gente vê pela modernidade que tudo está muito diferente. [...] tem dado certa responsabilidade não só às mulheres e sim ao casal. (ACS4)</i></p> <p><i>[...] alguns homens participam, mas eu acho que é a minoria. (ACS8)</i></p> <p><i>É um caso ou outro que eles [homens] vêm e acompanham. (ACS9)</i></p> <p><i>[...] em relação a participação na minha área a relação deles é positiva. (ACS13)</i></p> <p><i>Pelo menos, o que eu tenho visto é que eles [homens] acompanham, desde de levar pro médico, na hora do parto, de vacinas [...]. (ACS17)</i></p>
Não responsabilização com o Direito Reprodutivo	<p><i>Eles [homens] não veem nas consultas, acompanhando as esposas, tanto na consulta pré-natal como depois que a criança nasce. (ACS1)</i></p> <p><i>[...] eu acho que não. (ACS2)</i></p> <p><i>É raro ver um homem acompanhar a mulher no pré-natal. (ACS15)</i></p> <p><i>[...] participa não. (ACS17)</i></p> <p><i>Ele não participa, é muito difícil. (ACS24)</i></p> <p><i>[...] não conseguem [os homens] enxergar nossa funcionalidade enquanto unidade de saúde para ele. (ACS25)</i></p>

Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

A partir dos relatos, expresso Quadro 4, é possível perceber, nos discursos de nove ACS, que o homem participa das ações de acompanhamento da saúde reprodutiva, exemplificadas nos recortes das falas de ACS4, ACS8, ACS9, ACS13 e ACS17.

Esta inserção masculina na saúde reprodutiva, sobretudo nas ações do planejamento familiar, acompanhamento do pré-natal e parto, justifica-se pelo crescente número de mulheres que, pressionadas pela dupla jornada de trabalho, passam a reivindicar a participação dos homens na vida reprodutiva.

Assim, a inclusão do homem nas discussões de temáticas associadas à saúde reprodutiva é uma importante estratégia para que eles vivenciem relações igualitárias, vivam sua sexualidade de forma plena. Isto só será possível quando forem assegurados aos homens e as mulheres seus direitos sexuais e reprodutivos.

Com base em estudos sobre as diferentes nuances da paternidade, é perceptível que os pais estão assumindo um papel mais ativo no cuidado e criação de seus filhos. Segundo Oliveira e Brito (2009, p. 596) “a participação do homem no processo gestacional, no parto e puerpério, em sentido mais amplo, é expressa por atitudes, comportamentos e sentimentos que se entrelaçam durante o ato de cuidar” do filho e da esposa, concebida pelos companheiros como envolvimento afetivo, contribuindo efetivamente na consolidação da estrutura familiar.

Essa abordagem do homem no campo reprodutivo a partir da relação de gênero, busca promover uma ressignificação do masculino, tornando-o cada vez mais partícipe. Diante dessa nova roupagem masculina, os homens também se incluem como responsáveis pelas questões do planejamento familiar, gravidez e puerpério. De acordo com Gomes, Nascimento e Araújo (2007), assim como se tem a perspectiva de empoderamento das mulheres nas esferas decisórias, investimentos deverão ser promovidos para que os homens também se sintam sujeitos no campo reprodutivo.

Desse modo, a presença masculina nos cenários de assistência à saúde da mulher apresentou um crescente aumento, mas ainda não constitui uma realidade sedimentada. As atividades deste âmbito permanecem com o enfoque voltado ao atendimento das necessidades das mulheres, presumindo-se que esta realidade decorra do fato dos homens ainda não estarem inseridos de forma sistemática nas ações dos serviços de saúde.

Para nove ACS, quando os homens estão presentes nas UBS, a atenção que é destinada a eles é insuficiente e poucos participam dessas ações, caracterizando uma ação pontual. Esse fato é identificado nos relatos de ACS8, ACS9 e ACS15, ilustrado no Quadro 4.

O envolvimento do homem na vida reprodutiva possibilita um melhor suporte emocional nos diversos momentos que englobam a participação nos direitos reprodutivos,

permitindo o exercício do empoderamento pelo homem como estratégia de promoção da saúde (SILVA, 2012).

Os homens, na realidade, requerem na opinião de Reberte e Hoga (2010, p. 106),

maior atenção, pois vivenciam a ansiedade, preocupação, nervosismo e insegurança quando suas esposas estão grávidas ou no período pós-parto. Sentimentos que se manifestam de forma amena no início da gestação e se intensificam com a proximidade do parto e as pessoas que os vivenciam requerem suporte profissional. Este pode ser oferecido mediante o desenvolvimento de programas educativos, voltados à promoção de uma vivência mais significativa e construtiva dos papéis de marido e pai.

Frente a essa dinâmica, inicia-se a construção de um novo modelo, e como todo novo modelo tem que lutar com o antigo ainda profundamente introjetado nos comportamentos de homens e mulheres. Por isso, a construção do modelo de pai, que não é apenas representação da autoridade e o provedor material, mas sim um pai afetivo, participante dos cuidados cotidianos com os filhos, ainda é difícil.

Como expresso no Quadro 4, verifica-se nos relatos de ACS1, ACS2 e ACS17, que, para a maioria dos ACS, cerca de dezesseis entrevistados, o homem não participa das ações de saúde reprodutiva.

A adoção de práticas, as quais estimulem a participação masculina na vida reprodutiva deve ter início na atenção primária à saúde, nas próprias UBS, e desenvolvidas por meio de estratégias que resultem em decisões firmadas na criticidade, da qual o processo exige. Entretanto, a ausência dos homens nesses serviços tem dificultado a criação de modos de inserção dos mesmos, de definição de ações de acolhimento e discussão de temáticas voltadas ao campo da saúde do homem.

Conforme Figueiredo (2005, p. 107), para alcançar uma maior compreensão das necessidades de saúde da população masculina, no reconhecimento dos direitos reprodutivos, é preciso analisar a luz da perspectiva de gênero, pois, “afinal é oportuno trabalhar a ideia de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, o qual está fundamentado nas diferenças percebidas entre os sexos” e que influencia a concepção de participação nas ações reprodutivas.

Diversos são os aspectos atribuídos pelos sujeitos investigados a não participação masculina nestas questões, sendo identificada a categoria **Aspectos da não participação masculina nas ações da Saúde Reprodutiva**, a qual subsidiou a construção de três subcategorias: *Déficit de Conhecimento sobre Direitos Reprodutivos*, *Não Responsabilização Masculina*, *Aspectos Socioculturais e Atividade Laboral*, conforme Quadro 5.

**CATEGORIA: ASPECTOS DA NÃO PARTICIPAÇÃO MASCULINA NAS AÇÕES DA SAÚDE REPRODUTIVA**

Quadro 5 - Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados aos aspectos da não participação masculina nas ações da saúde reprodutiva.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Déficit de conhecimento sobre Direitos Reprodutivos	<p>[...] <i>por falta de informação. (ACS3)</i></p> <p>[...] <i>ele [homem] está desinformado de seus direitos. (ACS10)</i></p>
Não Responsabilização Masculina	<p>[...] <i>falta de interesse mesmo por parte do homem. (ACS5)</i></p> <p>[...] <i>falta o homem perceber que não é uma obrigação só da mulher. (ACS11)</i></p> <p>[...] <i>porque ele [homem] acha que a responsabilidade do bebê é da mãe. (ACS12)</i></p> <p>[...] <i>ele [homem] é a peça fundamental, e tem deixado esse papel só como responsabilidade das mulheres. (ACS23)</i></p>
Aspectos Socioculturais	<p>[...] <i>cultura nossa machista. (ACS12)</i></p> <p>[...] <i>tabu em relação ao cuidado da sexualidade dele [homens] mesmo. (ACS13)</i></p>
Atividade Laboral	<p>[...] <i>tem a questão do trabalho e não encontra-se em casa no horário da visita. (ACS2)</i></p> <p><i>Depende da disponibilidade do homem, de se ausentar do trabalho naquele dia da consulta. (ACS20)</i></p> <p><i>Acho também pelo tempo, do trabalho, que não combina com o horário que a esposa faz o pré-natal. (ACS25)</i></p>

**Fonte:** Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

De acordo com as falas dos participantes, um dos aspectos possíveis para não participação masculina na saúde reprodutiva, revelado por treze ACS, esteja centrado no déficit de conhecimento do próprio homem acerca dos direitos reprodutivos. Por isso, não se

reconhece como sujeito de direitos nas ações reprodutivas. Esta afirmativa está evidenciada no relato de ACS10 no Quadro 5.

Tal fato evidencia que muitos homens não conhecem sequer a que se atribuem os direitos reprodutivos, revelando déficits do serviço de atenção primária, neste aspecto. Assim, pode-se afirmar a ocorrência de omissão dos serviços de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal da Atenção Básica, em oferecer informações e oportunizar aos homens uma participação mais efetiva na vida reprodutiva.

Frente a esta percepção, deve-se atentar para

[...] o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (PEREIRA, 2007, p. 322).

Vale ressaltar ainda, a percepção do homem acerca do contexto da Atenção Básica, como um ambiente feminilizado, o que dificulta sua inserção nos serviços ofertados. Segundo Schraiber et al. (2010), mesmo com o direito de acesso garantido a atenção primária, o homem não adere ou possui resistência aos poucos programas existentes. Sutter e Bucher-Maluschke (2008) associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina. Schraiber (2005) argumenta que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina; não reconhecendo os programas já disponibilizados como ações direcionadas a sua assistência.

No Quadro 5 observa-se outra concepção dos entrevistados, a qual revela como justificativa para a não participação masculina a “não responsabilização” destes pelas ações de cuidado com a saúde reprodutiva, relacionado a falta de interesse, configurando-se como obstáculos à participação dos mesmos nas atividades assistenciais e educativas, conforme evidenciado nas falas de ACS5, ACS11, ACS 12 e ACS23. Desse modo, é evidente a necessidade de facilitar, tanto quanto possível, o acesso a este tipo de assistência, por meio da orientação quanto ao planejamento familiar e o período gravídico-puerperal. Vale ressaltar que doze dos ACS participantes apontaram a não responsabilização do homem, como principal aspecto da não participação dos mesmos na saúde reprodutiva.

As dificuldades para a efetiva implementação das ações da saúde reprodutiva, desde o planejamento familiar ao nascimento da criança, no que se refere à informação e fornecimento

de métodos de assistência, são verificadas em alguns municípios brasileiros (BRASIL, 2009a). Portanto, delinear o panorama dessa assistência pode contribuir efetivamente para o planejamento e programação das atividades, de modo a revisar as prioridades, subsidiando a tomada de decisões e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto positivo sobre a saúde sexual e reprodutiva da população, neste estudo em especial a masculina.

Desse modo, entende-se que é imprescindível à implementação de espaços para a discussão e orientação das ações reprodutivas para os homens, de forma compartilhada com as mulheres, visando ao exercício dos direitos reprodutivos para o empoderamento do homem.

Outro fator marcante nas falas dos ACS quanto a não responsabilização masculina na saúde reprodutiva foi o caráter de responsabilização feminina, evidenciado por nove ACS, como causa da não participação masculina, e observado nos recortes de ACS11, ACS12 e ACS23, conforme Quadro 5.

Esta percepção dos entrevistados é explicada em virtude da mulher ainda ser o maior alvo nas ações da saúde reprodutiva, pertinentes à contracepção, pré-natal e puerpério, perpetuando uma divisão sexual do trabalho, da procriação e reprodução, numa perspectiva relacional de gênero, presente ao longo da história.

De acordo com Araújo (2005, p. 42) o termo gênero, na sua acepção gramatical, designa indivíduos de sexos diferentes (masculino/feminino), mas, na forma como vem sendo usado, nas últimas décadas, pela literatura feminista, adquiriu outras características: “ênfatisa a noção de cultura, situa-se na esfera social, diferentemente do conceito de sexo, que se situa no plano biológico, e assume um caráter intrinsecamente relacional do feminino e do masculino”.

A ideia de que os homens, via de regra, não se interessam por certas questões relativas à sexualidade e à reprodução está embasada numa visão machista e sexista, em face das limitações impostas por padrões culturais inscritos em práticas preconceituosas, que impedem às mulheres e aos homens o pleno exercício dos direitos reprodutivos (MEDRADO et al., 2008).

Conforme o Quadro 5, essa lacuna na participação masculina vincula-se diretamente a “aspectos socioculturais” embutidos em nossa sociedade e que determinam as normas e condutas sociais, a exemplo da cultura machista, construída há séculos na cultura do patriarcalismo, evidenciado nas falas dos ACS12, ACS13 e ACS19. Vale ressaltar que dos

vinte e cinco entrevistados, dezesseis revelaram o aspecto cultural como fator responsável pela invisibilidade do homem na saúde reprodutiva.

Pode-se perceber nos relatos dos participantes que os aspectos culturais, embora na modernidade tenham algumas mudanças visíveis, ainda encontram-se embutidos no imaginário social, impossibilitando uma participação mais efetiva da população masculina no exercício dos direitos reprodutivos.

Ávila (2003) refere que a relação dos homens frente à sexualidade e à reprodução está inscrita em um padrão de relações sociais baseado na desigualdade de gênero. A alteração desse padrão é uma ruptura com essa ordem do poder patriarcal, instituída pelos próprios homens. Esse modelo hegemônico distancia os homens dos cuidados paternais e os libera da responsabilidade com os aspectos referentes à vida reprodutiva.

Alterar esse modelo significa buscar uma sociabilidade na qual o sentido da paternidade e da maternidade seja completamente transformado, levando a uma divisão sexual igualitária do trabalho no âmbito da saúde reprodutiva.

Não se trata, portanto, de garantir a inclusão dos homens nos direitos reprodutivos, mas a garantia desses direitos significa uma transformação na forma de inserção dos homens na esfera reprodutiva. A transformação cultural é uma dimensão estratégica para produção de uma nova forma de relação entre homens e mulheres, com base nos direitos reprodutivos. Conforme Arilha (1999, p.456),

[...] a transformação nos indicadores de saúde das mulheres só poderia ser concretizada na medida em que a população masculina – jovem e adulta – também modificasse seus padrões de comportamento, por exemplo, em relação à transmissão das doenças sexualmente transmissíveis – em especial a AIDS – e ao uso de contraceptivo.

Entretanto, a ênfase dos programas de planejamento familiar ou saúde reprodutiva recai diretamente sobre a mulher, reafirmando a concepção de responsabilização feminina. Praticamente inexistem serviços de planejamento familiar dirigidos à clientela masculina, com horários adequados e que, além de informação sobre os métodos contraceptivos e entrega de camisinhas, também trate de questões que abordem a sexualidade e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e acompanhamento do período gravídico-puerperal.

Neste sentido, torna-se primordial que os gestores da assistência à saúde e os profissionais responsáveis por oferecer este tipo de atividade considerem, além das questões culturais, as condições de vida e de trabalho das pessoas, na atualidade, visto que, a *Atividade Laboral* é apontada por quinze sujeitos da pesquisa como uma subcategoria da não participação na vida reprodutiva, a exemplo das falas de ACS2 e ACS20, no Quadro 5.



Ressalta-se ainda, nas falas dos entrevistados, o horário de funcionamento das UBS como mais um aspecto da não participação do homem nas ações de assistência reprodutivas, também vinculado a disponibilidade de se ausentar do trabalho, conforme o relato de ACS25.

Esta causa é caracterizada como a grande dificuldade para se ausentar do trabalho, sobretudo em se tratando de liberação para participar de atividades relacionadas à educação em saúde. Este problema demanda a necessidade de diversificar e tornar mais flexíveis os horários de oferecimento das ações em saúde do homem, assim como os dias da semana, com o intuito de facilitar o acesso e a frequência a elas.

Ao considerar historicamente a divisão sexual do trabalho o qual vincula as atribuições sociais das mulheres à função biológica e a do homem à econômica, o trabalho remunerado é considerado função do marido, chefe de família, que deve prover o sustento dos membros, cabendo as mulheres o trabalho doméstico e o cuidado das crianças. Em contrapartida, a paternidade não é formulada pela participação do homem no processo reprodutivo, sendo a função definida socialmente para o pai, a de garantir e possibilitar a maternidade (PEREIRA; SANTOS; BORGES, 2005).

Carvalho (2005) ressalta que o pai sempre foi considerado o provedor-protetor ou líder instrumental da família, enquanto a mãe era quem cuidava efetivamente dos filhos. Entretanto, hoje a situação é diferente. Em diversas áreas da atividade humana os pais são reconhecidos não só como afetivamente importantes para os filhos, como também aptos a providenciar os cuidados ao seu bem-estar, inclusive aqueles antigamente restritos às mães.

A própria PNAISH considera que a questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam a coincidência do horário do funcionamento dos serviços com a carga horária do trabalho. Não se pode negar a preocupação masculina com a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, reforçando o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir em muitos casos uma barreira importante, há de se destacar a grande parte das mulheres de todas as categorias socioeconômicas faz hoje parte da força produtiva inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis, muitas vezes, causando a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (SCHRAIBER, 2005).

Assim, os serviços de saúde devem atentar para a inclusão do homem nos programas de saúde reprodutiva ou de ações ali dispensadas, buscando instrumentalizá-los quanto às diferentes ações da saúde reprodutiva, informando-os acerca das vantagens de participar desse momento representativo da vida do casal.

Tais informações devem alcançar tanto os homens que de algum modo, participem dos serviços ofertados na UBS, quanto aqueles que estão em cenários caracteristicamente masculinos, a exemplo dos campos de futebol, da construção civil, igrejas, oficinas e escolas. Ressalta-se, dada à sua importância, as informações devem ser divulgadas através de meios de comunicação, nas quais se adequem a população masculina, tornando-se eficaz.

Na busca de identificar as estratégias de inserção e participação dos homens na saúde reprodutiva, os relatos dos entrevistados possibilitaram a construção da categoria intitulada: **Estratégias para promover a participação masculina nos Direitos Reprodutivos**, e as subcategorias: *Visita domiciliar, Ações educativas e Capacitação dos ACS*, conforme pode-se observar no Quadro 6.

Conforme expresso no Quadro 6, a visita domiciliária (VD) constitui o principal instrumento de trabalho dos ACS no Programa Saúde da Família, utilizada como estratégia para promoção de saúde da população. Neste estudo a VD é apontada como estratégia para o empoderamento dos homens nas ações de saúde reprodutiva, pela totalidade dos participantes, a exemplo dos recortes de ACS 13 e ACS16.

Essa estratégia possibilita estreito vínculo entre a equipe de saúde, representado pelo ACS e a comunidade, uma vez que, o ACS é o profissional responsável por limitado número de famílias em determinada área de abrangência, propiciando o conhecimento dos indivíduos, suas famílias e suas histórias de vida (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Para a visita ser bem-sucedida e atingir seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, no qual o ACS aproveite melhor seu tempo e o das pessoas que vai visitar. Além disso, é importante que tanto este profissional quanto o indivíduo ou a família visitada compreendam a finalidade dessa atividade. Diante dos problemas levantados durante a VD, é papel do ACS orientar a ida do indivíduo à unidade de saúde para uma avaliação médica ou de enfermagem (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Comumente, ao retornar da VD para a unidade de saúde, o ACS elabora uma notificação acerca da VD, a qual deve ser anexada ao prontuário da família. Esse relatório é muito importante para que as informações coletadas cheguem aos outros membros da equipe; devendo ser claro, objetivo e sintético, apresentando uma sequência lógica das informações colhidas, observações e intervenções realizadas na visita (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Nesta perspectiva, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que, suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhes atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além disso, sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as distintas esferas de organização da vida social, ajudando a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitando o acesso aos direitos humano, neste contexto, os direitos reprodutivos (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

### **CATEGORIA: ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A PARTICIPAÇÃO MASCULINA NOS DIREITOS REPRODUTIVOS**

Quadro 6 - Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados às estratégias de promoção da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos.

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES TEMÁTICAS</b>
Visita Domiciliar	<p><i>Durante a visita domiciliar a gente faz o aconselhamento dos tipos de serviços que existe e aconselha ele a procurar. (ACS13)</i></p> <p><i>[...] na própria visita domiciliar. (ACS16)</i></p>
Ações Educativas	<p><i>[...] conversar com eles [...]. (ACS1)</i></p> <p><i>Eu informo, eu oriento sobre seus direitos. (ACS10)</i></p> <p><i>Uma boa conversa, um bom diálogo [...]. (ACS15)</i></p> <p><i>[...] através da troca de saberes, de uma conversa [...] é através da conscientização. (ACS16)</i></p> <p><i>[...] conscientização. (ACS18)</i></p> <p><i>[...] sala de espera. [...] conversar com o homem, pra dizer da importância dos direitos reprodutivos [...] para ele ser mais presente. (ACS25)</i></p> <p><i>[...] colocando cartazes na unidade. (ACS25)</i></p> <p><i>[...] seria interessante ter panfleto pra gente entregar. (ACS16)</i></p>
Capacitação dos ACS	<p><i>É porque faz poucos meses que eu estou na função. (ACS8)</i></p> <p><i>Falta capacitação, [...] específica para os homens. (ACS20)</i></p>

**Fonte:** Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

É na VD onde a comunicação entre ACS e comunidade acontece. Os recortes das falas de vinte e dois participantes evidenciam a subcategoria, *Ações educativas*, como ferramenta para instrumentalizar os homens e permitir a partir de sua conscientização uma maior participação nas questões relacionadas à saúde reprodutiva. Fato este observado nos relatos de ACS10, ACS15, ACS16 e ACS25, expostos no Quadro 6.

As falas dos entrevistados revelam que, por meio de ações dialógicas educativas, é possível ao homem assumir a consciência de seus direitos reprodutivos e se reconhecer como co-responsáveis nas ações reprodutivas, possibilitando dessa forma sua conscientização enquanto sujeito.

Nesse ponto de vista, Paulo Freire oferece contribuições inestimáveis à reflexão sobre o trabalho do ACS. Afinal, ao considerar o trabalho do ACS uma ação de educação em saúde, esta se inscreve nos campos da saúde e da educação. O processo pedagógico, seja em saúde, seja em português, seja em matemática, ocorre neste diálogo de subjetividades, e o aprendizado só se efetiva se o conhecimento compartilhado é significativo para todos os atores envolvidos.

Em Educação como prática da liberdade, Paulo Freire responde ao seguinte questionamento: E que é o diálogo?, e o define diálogo como:

É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação (FREIRE, 1994, p.115).

Nesta perspectiva, a relação estabelecida em um diálogo possibilita se conscientizar dos fatos, a qual implica, pois, que seja ultrapassado a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegar a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade.

Quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual se encontra o sujeito para analisá-la. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em estar frente à realidade assumindo uma posição falsamente intelectual. O ato de se conscientizar não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem a ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 1979).

Frente a esta discussão, nas realizações de ações de promoção à saúde, o ambiente da UBS pode ser considerado como instrumento de comunicação para a educação em saúde,

garantindo a conscientização dos usuários do serviço. Em especial os espaços coletivos, destacando na fala dos ACS, a sala de espera. Este é um lugar ainda subutilizado, considerando-se que circulam indivíduos carentes de informações e ali permanecem ociosos por horas, aguardando um atendimento. Essa subvalorização do espaço da sala de espera se dá, entre outros fatores, pela falta de tempo dos profissionais de saúde, devido às demandas excessivas e aos diversos programas em desenvolvimento, sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade das ações junto à população, para trabalhar sua conscientização e autonomia em saúde.

Outra estratégia apontada por sete ACS, na subcategoria *Ações Educativas*, é a disponibilização de recursos visuais, como cartazes, panfletos e folders que possam auxiliá-los no processo de dialogicidade entre os profissionais de saúde e a comunidade, neste estudo, a população masculina. Essa estratégia é apontada nos relatos ACS25 e ACS16, no Quadro 6.

O uso de Materiais Educativos Impressos (MEI) tem sido recomendado para suplementar ou reforçar a informação apresentada verbalmente, maximizando o conhecimento do paciente e sua adesão às recomendações de auto-cuidado. Os MEI apresentam a vantagem de estimular a memória das pessoas quando há a necessidade de tal efeito, visto que os indivíduos, frequentemente, se esquecem de grande parte das informações transmitidas verbalmente durante as consultas ou visitas domiciliares, que são usualmente curtas (ECHER, 2005).

Apesar do grande número de panfletos, folders, cartilhas disponíveis em UBS, consultórios particulares, clínicas e hospitais, problemas como o estilo de linguagem utilizado, a legibilidade do material, o conteúdo e forma de apresentação, entre outros, podem interferir no processo de comunicação. Caso os indivíduos não consigam compreender as informações contidas nos materiais impressos disponibilizados para eles, seu uso será limitado ou inexistente. Desta forma, a elaboração desses materiais deve ser criteriosa, a fim de maximizar sua efetividade.

Com base nos discursos dos sujeitos da pesquisa, também foi possível identificar através dos relatos dos vinte e cinco ACS, a necessidade como estratégia a capacitação dos ACS acerca da saúde do homem, devido a recente implementação da PNAISH e inexperiência do ACS, observado nos relatos de ACS8 e ACS20, expressos no Quadro 6.

Ainda que haja avanços importantes, como expressa a inclusão dos ACS na equipe de saúde, a prática da comunicação tradicional se repete, com as vozes dominantes procurando manter seu lugar de fala, a valorização de discursos verticalizados e uma escuta ainda

reduzida de outros segmentos sociais, sendo esta uma das grandes dificuldades para avançarmos no processo de compreensão e de mudança efetiva nas dinâmicas locais.

Como propor aos ACS a função de facilitadores de vínculos, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e a participação da população, principalmente a masculina, quando estes são estimulados a ditar mudanças de comportamentos através de informações técnicas? Como esperar dos ACS uma relação dialógica e participativa com a comunidade, quando não conseguem vivenciar suficientemente este modelo no interior das equipes em que trabalham e nas capacitações profissionais que recebem?

Ao representar para a comunidade predominantemente o lugar instituído dos serviços de saúde, os ACS tendem a ter como resposta dos moradores estratégias de enfrentamento e resistência. Desse modo, captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais: abertura para as necessidades masculinas, escuta comprometida, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das indigências evidenciadas.

Ao indagar aos ACS acerca das estratégias a serem implementadas pelos serviços da Atenção Básica, os relatos possibilitaram a construção da categoria **Estratégias para inserção do homem na Atenção Básica** e as seguintes subcategorias: *Divulgação da PNAISH, Ações educativas à clientela, Dia específico para atendimento, Atendimento noturno, Busca ativa, Inserção a partir de demandas prioritárias e Instrumentalização da equipe multiprofissional*, conforme pode-se observar no Quadro 7.

### **CATEGORIA: ESTRATÉGIAS PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

Quadro 7 - Subcategorias de análise e recortes das falas dos Agentes comunitários de Saúde relacionados às estratégias para a inserção do homem na Atenção Básica.

SUCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Divulgação da PNAISH	<p><i>Dentro dos postos de saúde eu acredito que ainda não chegou a essa questão de saúde do homem e está engatinhando, então tem que abrir mais espaços também. (ACS11)</i></p> <p><i>O município desde o ano passado que começou a fazer alguns eventos com relação a isso. (ACS22)</i></p>
	<p><i>[...] poderia ser feito campanhas. (ACS1)</i></p> <p><i>Sempre a gente tem realizado campanhas [...].</i></p>

Ações educativas à clientela	<p>(ACS4)</p> <p><i>Uma ação, um dia (D). (ACS7)</i></p> <p><i>[...] ações educativas. (E10)</i></p> <p><i>Campanhas [...] procurar mostrar ao homem que se cuidar é tão importante como à mulher se cuida. (ACS21)</i></p> <p><i>Uma campanha de incentivo mesmo. (ACS24)</i></p>
Dia específico de atendimento	<p><i>[...] um dia sabe, de manhã, mensal ou o dia todo, tirava o sábado por mês, para aqueles pais que queiram participar. (ACS2)</i></p> <p><i>[...] nos finais de semana [...]. (ACS4)</i></p> <p><i>Temos que estruturar uma rede de cuidados com relação ao homem. (ACS12)</i></p> <p><i>[...] oferecer algum serviço para o homem, que prendesse ele a unidade. (ACS17)</i></p> <p><i>Um dia para a saúde do homem. (ACS20)</i></p>
Atendimento noturno	<p><i>Poderia ser a realização de um atendimento noturno [...]. (ACS2)</i></p> <p><i>[...] trabalhar até num horário extenso, à noite [...]. (ACS4)</i></p>
Busca ativa	<p><i>[...] convites pessoais, sempre a gente tem procurado trazer esse público para a unidade. (ACS4)</i></p>
Inserção a partir das demandas prioritárias	<p><i>Quando o homem vir, às vezes só com uma gripe, mais procurá-lo como um todo e aproveitar esse momento que ele está ali e falar sobre tudo que puder naquela hora. (ACS5)</i></p> <p><i>O interessante seria que comesassem com palestras informando para eles sobre o anticoncepcional. (ACS8)</i></p>
Instrumentalização da equipe multiprofissional	<p><i>O que se pode fazer é um trabalho primeiramente de conscientização do ACS, da equipe, de todos, que eles têm que se envolver nesse assunto. (ACS3)</i></p> <p><i>A rede deve disponibilizar mais vagas para que os profissionais participem desses eventos, porque são muito restritos. (ACS18)</i></p>

**Fonte:** Pesquisa direta. João Pessoa, 2012.

Por meio da fala dos entrevistados, foi possível identificar como estratégia a ser adotadas nos serviços de atenção primária para a inserção masculina, a necessidade de maior *Divulgação da PNAISH* nos próprios serviços, conforme evidenciado em dezenove discursos e representados nos recortes de ACS11 e ACS22, no Quadro 7.

De acordo com os relatos é perceptível que a PNAISH ainda encontra-se em fase de implementação de suas ações nos serviços no município, havendo a necessidade de maior enfoque nas ações a serem ofertadas, por meio de campanhas, dias estratégicos com palestras de educação em saúde, propiciando a instrumentalização dos homens acerca dos direitos reprodutivos na perspectiva do empoderamento masculino.

Nesse sentido, a PNAISH traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é

promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009a, p. 22).

Conforme se verifica nos relatos de vinte participantes, os ACS reconhecem também a necessidade de maior divulgação da PNAISH na perspectiva dos direitos reprodutivos por meio de *Ações educativas à clientela*, como pode ser evidenciado no Quadro 7, a exemplo dos recortes de ACS1, ACS4, ACS7, ACS10, ACS10, ACS21 e ACS24.

Desse modo, para garantir a participação masculina, na percepção dos ACS, é imprescindível que se divulgue a PNAISH por meio de campanhas de incentivo com objetivo de orientar o homem acerca de seus direitos e dos serviços ofertados. Eles ainda enfatizam a criação de ações estratégicas como o dia D da saúde do homem, para que possibilite o reconhecimento por parte dos homens como sujeitos de direitos reprodutivos.

A estratégia do dia D da saúde do homem é um instrumento de trabalho para as equipes da atenção básica, tendo por objetivo conscientizar a população masculina sobre os aspectos que envolvem sua saúde, como por exemplo: os agravos mais acometidos, os modos de prevenção por meio da educação em saúde, o atendimento especializado e a distribuição de informativos e serviços. É um método de ampla utilização pelas equipes na busca do empoderamento do homem nas questões do auto-cuidado com a saúde.



No Quadro 7 também se evidencia que para uma maior atuação da Atenção Básica nas ações de saúde do homem, na percepção de onze entrevistados, é necessário a criação de um *Dia específico para o atendimento ao homem*, conforme expresso nos depoimentos de ACS2, ACS4, ACS12, ACS17 e ACS20.

Ficou evidente, durante as entrevistas, que não existia uma estratégia específica, ou seja, um serviço exclusivo ofertado e preconizado pelo MS como eficaz, para a assistência das necessidades de saúde da população masculina.

Destaca-se que a inclusão de diferentes grupos populacionais na atenção básica à saúde não tem ocorrido de forma equânime. Exemplo disto pode ser representado pelo déficit da saúde relacionado ao homem, haja vista, esta não recebeu atenção necessária, resultando em um quadro de morbidade e mortalidade preocupante. Pode-se afirmar que a situação da saúde do homem apresenta um perfil desafiador no tocante às políticas públicas, pois sua resolutividade implica, entre outros aspectos, em ampliar as discussões sobre as condições de saúde do homem e a implementação de ações específicas.

De acordo com Ferreira, Meneses e Aguiar (2012, p. 2025) é

pele silenciamento das ações de saúde direcionadas ao homem que se pode apreender a relação desses com a saúde, pois a integridade dos homens neste campo é constituída justamente pela necessidade de investimento neste campo da saúde. Do silenciamento ecoam, neste sentido, as dificuldades relatadas pelos usuários, tanto no acesso aos serviços de saúde, como na falta de identificação destes com as instituições, radicalizada pela ausência de serviços específicos para esta população.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 571) “os serviços de saúde são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso”. Além disso, o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado.

Na procura por uma solução dessa problemática de acesso a atenção básica, outra estratégia apresentada por nove dos entrevistados, foi a ampliação do atendimento por meio do estabelecimento de um terceiro turno, *Atendimento noturno*, a exemplo das falas de ACS2 e ACS4, no Quadro 7.

Tal proposta já foi implementada em algumas UBS do município de João Pessoa, que funcionam nas 24 horas do dia, com o objetivo de facilitar o acesso da população trabalhadora em horário compatível com sua disponibilidade, possibilitando o alcance da resolutividade dos seus problemas de saúde.

Ao abordar a resolubilidade, torna-se importante pensá-la enquanto um processo que se produz em atos pela intersecção do usuário com o profissional e os serviços, assim como na competência e qualidade do atendimento prestado. Na saúde, ela caracteriza-se por certas possibilidades, como acesso, acolhimento humanizado, equidade, competência, agilidade, qualidade e participação do usuário nos serviços para que possa ser produzida e alcançada (DEGANI, 2002).

A estratégia da *Busca ativa*, apresentada por doze entrevistados, é um dos instrumentos da Atenção Básica que enfoca a identificação dos agravos de saúde em sua territorialização. Além do aspecto epidemiológico atribuído, pode-se verificar um caráter de busca para a inserção do homem nos serviços da atenção primária. Nesse sentido, conforme ACS4, poderia ser feito [...] *convites pessoais, sempre a gente tem procurado trazer esse público para a unidade*.

A busca ativa é um procedimento de suma importância no conjunto de ações em vigilância epidemiológica, de investigação de campo, e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (BRASIL, 2005b). Para Mattos (2001), o termo “busca ativa” também passou a ser usado para denotar uma postura política de trabalho sob a bandeira da integralidade do cuidado, que pressupõe atender as necessidades de saúde para além da demanda espontânea.

O ACS tem um papel estratégico para a realização da busca ativa, uma vez que, é o profissional que mantém maior aproximação com a população em geral, assim, este profissional atua efetivamente na busca pelas necessidades apresentadas pela comunidade. Vale considerar, nesta estratégia, a possibilidade de identificar as necessidades da população masculina, pois, o acesso as UBS ocorre de modo pontual.

Conforme sete entrevistados, outra estratégia possível de ser implementada é a ferramenta da política inclusiva por meio da *Inserção a partir das demandas prioritárias de saúde*, evidenciados nas falas de ACS5 e ACS8, expressas no Quadro 7.

Embora a população masculina tenha algumas necessidades específicas, a PNAISH tem como característica o aspecto inclusivo, em que à medida que os homens acessam ou são estimulados a acessar os serviços já dispensados nas UBS, são incorporados a dinâmica dos serviços e, caso suas necessidades exijam serviços especializados, deverão ser encaminhado a serviços de referência.

Sabe-se que a implementação de uma política, especialmente da dimensão da PNAISH, embora inclusiva, ou seja, implementada a partir dos programas de saúde existente

nas UBS, exige-se a adequação das unidades quanto à estrutura física, recursos materiais e humanos; bem como compreender a percepção dos profissionais da saúde, particularmente, dos ACS, a respeito da referida política, para revelar as suas possibilidades e seus limites operacionais.

A esse respeito, as proposições apresentadas na PNAISH afirmam que a implementação da política deverá ocorrer de forma integrada as demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção a saúde, priorizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime (BRASIL, 2009a).

Desse modo, nos aspectos que envolvem a saúde reprodutiva, conforme as falas dos ACS, o planejamento familiar se constitui como ferramenta para a inserção dos homens no cuidado com a saúde, pois, o homem acessa as UBS na busca de preservativo masculino (camisinha), caracterizando uma demanda prioritária para ele e uma oportunidade de integrá-lo a outras ações do serviço.

Keijzer (2003) observa que o campo da saúde reprodutiva é um dos que mais vem advogando a participação do homem, seja no sentido exclusivamente de informação e como apoio a saúde das mulheres, seja no sentido de reconhecer o homem como sujeito que tem necessidades, assim como direitos reprodutivos.

Frente ao exposto, a inserção a partir das demandas prioritárias, identificou-se nas falas dos ACS, a necessidade de estruturar ações de cuidados específicos à população masculina, não reconhecendo os programas já ofertados na atenção básica como estratégias de inclusão do homem nos serviços, a exemplo de ACS12 e ACS17, no Quadro 7.

Por esta constatação, evidenciou-se que os ACS sentem dificuldade de identificar que no espaço de atendimento da Atenção Básica é possível desenvolver ações voltadas a saúde do homem. Segundo Albano, Basílio e Neves (2010) um dos desafios as políticas públicas é justamente a não percepção dos profissionais acerca das possibilidades para a implementação de ações de cuidados voltados à população masculina a partir dos programas já instituídos na atenção básica.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 571) afirmam que os serviços de saúde têm deficiência “em absorver a demanda apresentada pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso desta população e, pelo fato das próprias campanhas de saúde não se voltarem para este segmento”. Assim, são necessárias mudanças urgentes nas estratégias dos serviços e no enfoque relacionado ao gênero masculino, considerando as diferentes masculinidades.

Farias Filho e Zica (2010) afirmam que, para a rede de UBS ampliar seu foco de atenção também para a população masculina, o reconhecimento das necessidades – percebidas principalmente na procura de cuidados pelos usuários – é um aspecto importante para a organização das ações de saúde.

Desse modo, torna-se necessário incorporar os homens numa perspectiva real e científica nos processos relacionais de saúde, sexualidade e reprodução. Assim, através dessa incorporação, pode-se apreender e reconhecer as necessidades e decodificar a história de desigualdades de gênero, com vistas a gerar um cuidado coletivo, construir novos discursos e um reencontro de subjetividades (CARNEIRO, 2012).

Frente as possíveis estratégias a serem implementadas pelos serviços de atenção primária, os ACS afirmaram a necessidade de *Instrumentalização da equipe multiprofissional* na promoção da saúde do homem, como é evidente no Quadro 7, no discurso de ACS3.

Neste sentido, é indispensável uma capacitação dos profissionais, entendendo que esta estratégia também se encontra descrita nos princípios e diretrizes da PNAISH, disposta da seguinte maneira: “Princípio 5 – Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem”, como também nas ações de planejamento em saúde, através de ações educativas para além da conscientização, tendo por objetivo melhor atender as necessidades singulares dos homens, obtendo maior aproximação com o usuário. Deste modo, estimulando-o a participar das ações de cuidados. (BRASIL, 2009a)

Vale ressaltar que embora a capacitação dos profissionais esteja contida no plano de ação da referida política, os ACS referiram que as ações de capacitação são insuficientes para o número de profissionais existentes. Assim, nem todos receberam a capacitação necessária, conforme a fala de ACS8, apresentado no Quadro 7.

Nas UBS encontra-se uma equipe de profissionais, entre os quais está o ACS, atuando nos programas de saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e, atualmente, saúde do homem. Entretanto, com exceção da saúde do homem, os demais programas possuem estratégia de atendimento pré-definida, conforme suas respectivas políticas de saúde, o que proporciona aos profissionais da equipe mais segurança e melhor qualidade na assistência ao paciente.

Diante desse cenário de déficits na atenção a saúde do homem pode-se reafirmar a necessidade de instrumentalização multiprofissional, em destaque o ACS, por meio de estratégias de educação continuada, que incluam abordagens sobre gênero masculino, sexualidade, técnicas de comunicação, política inclusiva, dentre outros caminhos possíveis

para implementar a participação e inserção do homem nas ações de saúde reprodutivas e, sobretudo, no universo do cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, a implantação e concretização da PNAISH corroboram para que os direitos reprodutivos de homens e mulheres sejam atendidos na integralidade, tornando-se uma realidade na vida do casal, o que possibilitaria a vivência desses direitos em sua plenitude. Para o alcance desse objetivo é urgente empoderar os diversos atores envolvidos na assistência a saúde da população masculina, dentre eles os profissionais de saúde e o próprio homem.

Vê-se então a necessidade do protagonismo dos indivíduos do gênero masculino e de que eles se tornem empoderados, isto é, que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas. Nesse sentido, o conceito de empoderamento tem merecido destaque no campo da saúde pública por ser considerado como estratégia de fomento à saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação entre os direitos reprodutivos e a sexualidade, vivenciada entre homens e mulheres ao longo dos tempos, tem-se revelado como temas merecidos de atenção especial por parte de estudiosos de diferentes áreas, a exemplo dos acadêmicos e profissionais da saúde.

Este estudo buscou identificar o conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca da participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos e, a partir desse saber elencar estratégias para o empoderamento do homem no campo da saúde reprodutiva, da superação da restrição das práticas reprodutivas às mulheres, visando à construção de co-responsabilidades entre homens e mulheres acerca de tais questões.

Nesses termos, o estudo apenas pontuou possíveis questões ligadas à saúde do homem que, para serem devidamente abordadas, devem ser examinadas à luz de referências da sexualidade feminina, que integram o imaginário social. No entanto, a discussão precisa ser mais amadurecida. É preciso ainda, desvelar esse imaginário, tentando compreender os conteúdos e a construção dos discursos que abrange a problemática da inserção do homem no acompanhamento das ações reprodutivas.

Diante os resultados obtidos acerca do conhecimento dos ACS quanto aos direitos reprodutivos, verificou-se que os mesmos reconhecem como necessária e urgente a co-participação efetiva dos homens nas ações que envolvem a saúde reprodutiva, entre elas no planejamento familiar e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, demonstrando um conhecimento amplo a essa questão. Embora, tenha sido evidenciado um déficit na percepção de alguns ACS frente ao reconhecimento dessas ações como direitos reprodutivos masculinos, ofertadas pela Atenção Básica nas dependências das Unidades Básicas de Saúde, loco de trabalho desse profissional, caracterizando um conhecimento limitado acerca da temática.

É oportuno destacar que o conhecimento amplo apresentado pelos ACS por vezes torna-se limitado, pois o contingente de profissionais que compreendem as ações de saúde reprodutiva como direito e responsabilização também da população masculina é insuficiente. Os profissionais da Atenção Básica sentem a dificuldade em reconhecer o homem como sujeito do auto-cuidado com a saúde, principalmente, quando se refere à saúde reprodutiva.

O conhecimento dos ACS revelou que a participação do homem nas questões reprodutivas ocorre de modo pontual, tendo a noção de não responsabilização masculina. Entretanto, revelam a existência de um movimento de ressignificação do masculino, tornando-

o cada vez mais envolvido com o universo da saúde reprodutiva, mais responsáveis pelas questões do planejamento familiar, gravidez e puerpério, tornando-se co-reponsáveis.

No que concerne aos aspectos da não adesão masculina as ações da saúde reprodutiva, vale considerar que para a maioria dos participantes da pesquisa, esta ausência centra-se no universo do déficit de conhecimento sobre os direitos reprodutivos, da noção de não responsabilização masculina, os aspectos culturais e a atividade laboral, que o impossibilita de frequentar os serviços ofertados.

Estes entraves se constituem em desafios as políticas públicas existentes, no sentido de se promover ações estratégicas para a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em especial dos direitos reprodutivos, por meio de uma política inclusiva no âmbito da Atenção Básica. Essa dificuldade permeia barreiras culturais e institucionais, como as enfatizadas pelos participantes, as quais devem ser vencidas para que se possa possibilitar a inserção da população masculina no contexto reprodutivo.

Na busca de identificar as possíveis estratégias de inserção e participação dos homens na saúde reprodutiva, a partir das ações dos ACS, os participantes revelaram a visita domiciliar, as ações educativas com a utilização de recursos visuais e a realização de ações dialógicas, para a conscientização do homem acerca de seus direitos reprodutivos, bem como a capacitação dos ACS frente ao reconhecimento das necessidades de saúde masculinas, como estratégias pertinentes à inclusão dos homens nos serviços de saúde.

Quanto às ações estratégias oferecidas pelos serviços de atenção primária, os sujeitos participantes deste estudo consideram que há necessidade de maior atuação dos próprios serviços, seja com a divulgação da PNAISH; com a criação de campanhas de incentivo; o dia D para a saúde do homem, com atrativos como palestras de conscientização dos direitos masculinos, a busca ativa pelo reconhecimento das necessidade de saúde dos homens; ou mesmo o adequamento do horário de funcionamento dos serviços às condições de trabalho da população masculina; bem como, conceber as ações para a saúde do homem frente a uma política inclusiva nos programas disponibilizados pela unidade, por meio das demandas prioritárias de saúde apresentadas pelos homens. Vale salientar, a instrumentalização multiprofissional, como ferramenta imprescindível, para o alcance do objetivo proposto, o de viabilizar estratégias de incentivo a maior participação masculina nas questões reprodutivas.

Destaca-se que a trajetória de não participação dos homens nas ações de direitos reprodutivos é marcada, não apenas por aspectos vinculados à construção sociocultural da masculinidade hegemônica, mas por peculiaridades associadas aos serviços de saúde e aos profissionais que ali dispensam suas funções associadas ao processo de cuidar.

Frente a essas constatações apreendidas até aqui, considera-se oportuno refletir acerca das contribuições deste estudo para os serviços de saúde, enfermagem e a formação profissional, examinando-se os fatores que os desmerecem ou empanam a ação dos agentes ligados à saúde. Com atitudes conjuntas, a partir desses referenciais, acredita-se que muitos atos e recursos humanos podem ser melhorados e, partindo-se de uma avaliação consciente, novas posturas podem ser adotadas, tendo como meta a melhor prestação desses serviços.

Constata-se, por meio da realização deste estudo, a necessidade de uma atuação mais efetiva das UBS, tanto em relação à organização dos programas ofertados, quanto da postura dos profissionais que prestam a assistência, em relação às ações de saúde reprodutiva com enfoque na inserção da população masculina nestes aspectos do cuidado.

Vale ressaltar também, como estratégia vislumbrada pelos ACS, a ênfase de maior divulgação da própria PNAISH, para que as ações em saúde do homem tornem-se mais efetivas na atenção primária. Neste sentido, torna-se indispensável na compreensão dos ACS, a capacitação dos profissionais da saúde, em especial do ACS, acerca da saúde do homem na busca de instrumentalizá-los para o contato com a população masculina, bem como, na perspectiva de torná-los mediadores de transformação nas questões que envolvem a saúde reprodutiva, além do incremento na oferta de ações educativas nesse contexto, de modo contínuo, incluindo homens e profissionais da equipe de saúde.

Espera-se que este estudo possa colaborar com a implementação da PNAISH para a garantia dos direitos reprodutivos aos homens, constituídos como direitos humanos, quanto à abordagem das ações de planejamento familiar e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, voltadas para as dificuldades enfrentadas pelos homens, como também, sirva de incentivo para a construção de novas pesquisas e estudos que reflitam sobre a temática proposta e suas implicações.

No âmbito da Enfermagem, suas contribuições emergem para os enfermeiros que atuam nas UBS, cujos reflexos possibilitam a construção do cuidado centrado nas reais necessidades do homem. Para tanto, frente aos resultados desta pesquisa, sugere-se aos profissionais enfermeiros a participação efetiva em espaços de discussões acerca do planejamento e implementação da PNAISH nos municípios onde atuam; que procurem, por meio de atividades educativas e assistências emancipatórias, estreitar vínculos com sujeitos do gênero masculino e seus familiares, buscando adequar suas ações aos valores, às crenças e às necessidades reais desses sujeitos. No tocante ao processo de capacitação da equipe, busquem promover ações reflexivas acerca das questões de gênero e suas implicações para a saúde dos homens.



Essas recomendações, para se solidificarem, perpassam pela formação na área da saúde. Nessa conjuntura, os cursos, efetivados nessa área, necessitam incluir, nos currículos, a temática saúde dos homens, numa abordagem sociocultural que propicie aos futuros profissionais, as competências e as habilidades necessárias para programar ações de intervenção nos diferentes níveis de atenção à saúde desses indivíduos, identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes. Desse modo, é preciso que a formação profissional ancore-se nas diferentes masculinidades, valorizando não apenas os aspectos biológicos, mas que seja amplo o suficiente para a construção crítica-reflexiva dos sujeitos e o alcance dos direitos reprodutivos.

Como limite desse estudo é possível elencar pelo menos dois. O primeiro está na impossibilidade de generalizar as inferências aqui apresentadas, pois foram baseadas nos depoimentos de um grupo de ACS. O outro limite está no fato dos ACS não utilizarem as ações ofertadas na atenção básica como ferramentas para a inserção masculina neste serviço, sobretudo, nos programas de saúde reprodutiva (planejamento familiar e acompanhamento pré-natal), já consolidado na atenção à saúde da mulher.

Desse modo, acredita-se que uma vez vencida a barreira em discutir o significado do ser masculino e feminino nas questões que englobam a saúde reprodutiva, encarando-o como ser-cidadão, o mesmo poderá se reconhecer como sujeitos de direitos reprodutivos, atuando como co-responsáveis nas ações da vida reprodutiva do casal. Acredita-se, da mesma forma, que, para se alcançar os objetivos propugnados pela PNAISH, deve-se partir de uma única certeza: que o momento é de transição, de se construir fórmulas de atuação mais eficazes e, com urgência, de recriar novas práxis que envolvam cuidado em saúde dispensada a eles para reacender-lhes a autonomia e fazê-los se identificar como pessoas conscientes de seus deveres e dos direitos que lhes são inerentes, assim torna-los empoderados.

Para finalizar, salienta-se que não se teve a pretensão, com esta pesquisa, de esgotar a temática, sendo necessário que a enfermagem e outras disciplinas dirijam seus olhares para os homens. Para isso, estudos com homens de diferentes estratos sociais e profissionais de saúde precisam ser desenvolvidos para que se possa fundamentar o debate num campo empírico e, a partir daí, caminhar na produção de conhecimentos que possam instrumentalizar as práticas de saúde.

Assim, a discussão apenas começou.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafio para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste (MG), v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.

ALBURQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1103-12, maio 2009.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p.465-69, 2003.

ARAÚJO, M. F. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psic. Clínica**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.41-52, 2005.

ARILHA, M. Políticas públicas de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: um olhar para o futuro. In: ARILHA, M.; CITELI, M. T. (Orgs.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva**. Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo, 34 ed., 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.655-667, 2007.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) / IRD (Instituto para Desenvolvimento de Recursos). **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar**. Rio de Janeiro, Brasil, maio. 1986.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p.809-15, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**.

Brasília, 1998. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 maio. 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Disponível em:

<[http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografi as/ms/sp/referencial\\_Curricular\\_ACS.pdf](http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografi%20as/ms/sp/referencial_Curricular_ACS.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507\\_10\\_07\\_02.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministro de Estado da Saúde. **Portaria n.º 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc](http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc)>. Acesso em: 30 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: manual técnico. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/928/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem-resolucao-cofen-311-2007>>. Acesso em: 10 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Documentos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações-Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações-Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção integral a saúde do homem. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/928/código-de-etica-profissional-de-enfermagem-resolucao-cofen-311-2007>. Acesso em: 20 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portal da Saúde**: vasectomias. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33794&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33794&janela=1)>. Acesso em: 28 nov. 2011.

- BRITO, R. S. **A experiência do homem no processo da gravidez da esposa/companheira: uma abordagem interacionista.** 2001. 149 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeira Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1316-27, set./out. 2005.
- CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1), p. 1509-1520, 2010.
- CARNEIRO, L. V. **Decidindo pela vasectomia: a fala dos homens.** 2012. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do no homem do Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-78, 2009.
- CARVALHO, M. L. M. **A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais.** 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidades públicas: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup.2, p. 389-98, 2003.
- CARVALHO, J. B. L. **Nascimento de um filho: o significado para o pai.** 2005. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
- CARVALHO, J. B. L.; BRITO, R. S. Atitudes do pai diante do nascimento. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 82-90, out./dez. 2006.
- CAVALCANTE, M. A. A. M. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal.** 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
- CIPD – **Conferência Internacional de População e Desenvolvimento.** Cairo, 1994. Brasília: CNPD; FNUAP, 1994.
- COSTA, R. G. Saúde e masculinidades: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Rev. Bras. de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 79-92, jan./jun. 2003.
- DAVIM, R. M. B. et al. Produção científica de artigos sobre o acompanhante: revisão sistemática de literatura. **Rev enferm. UFPE on line**, v.4, n.3 (esp.), p. 41-7, mai./jun., 2010. Disponível

em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/881>>.  
Acesso em: 20 abr. 2012

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. 2002. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DINIZ, C. S. G. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto?. In: **Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: novas questões para o campo da saúde**. 2. ed. São Paulo: Fundação Ford, CREMESP, 2003.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-41.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enferm**, v. 5, n. 13, p.754-7, set./out. 2005.

FARIA FILHO, L. M.; ZICA, M. C. Masculinidades e experiências masculinas em Bernardo Guimarães. **Cadernos pagu**, n. 34, p.179-208, jan./jun. 2010.

FALCETO, O. G. **A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno**. 2002. 170f. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERREIRA, J. A.; MENESES, R. M. V.; AGUIAR, V. S. Comunicação com os homens no Programa Saúde da Família: estratégias de elucidação pelos enfermeiros. **Rev. Enferm UFPE on line** [periódico da internet], v.6, n. 9, p. 2020-9, set. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3097>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FONSECA, M. G. P. **Dinâmica temporal da epidemia de AIDS no Brasil segundo condição socioeconômica, no período 1986-1998**. 2002. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

FONTES, W. D. **Promoção da Saúde e Empowerment da Mulher: modelo metodológico de pesquisar-cuidar**. 2001. 165 f. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade do Ceará, 2001.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire** [tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. – São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Atlas, São Paulo, 2006.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine Publishing Company; 1967.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, mar. 2007.

GOMES, K. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-64, 2010.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: contagem populacional - **PNAD**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

INDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - **IDH** dos municípios brasileiros: relatório de 2007/2008. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 20 dez. 2012.  
JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento e Modernização da Gestão. **Relatório de Gestão 2009 do SUS**. João Pessoa/PB, 2009.

KEIJZER, B. et al. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C; CUETO, M.; RAMOS M.; VALLENS, S. (Coord.). **La salud como derecho ciudadano**: perspectivas y propuestas desde América Latina. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima, 2003, p. 137-1523.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

LYRA, V. G.; CATRIB, F. M. A.; NATIONS, K. M. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e métodos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.16, n. 1-2, p. 59-66, 2003.

MACHADO, F. R. S. Algumas interfaces do direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011, p. 85-100.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulher e homens no planejamento familiar. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.3, p.77-82, mai. 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídicos dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Rev. int. direitos human.** [online], São Paulo, v. 5, n.8, jun. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, ABRASCO, 2001, p. 39-63.

MEDRADO, B. et al. No contexto da gravidez na adolescência, há peternidade: revendo olhares e práticas. **Fazendo Gênero 8** – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, ago. 2008.

MOTTA, C. C. L; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia**, Santa Catarina, v. 15, n. 30, p. 105-18, 2005.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis***: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

OLIVEIRA, E. M. F. **Vivência do homem no puerpério**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

OLIVEIRA, M. F. O; BRITO, R. S. Ações de Cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p. 595-601, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, S. C. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enferm**, v.14, n.1, p.73-8, jan./mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal um guia prático. Genebra, 1996a.

\_\_\_\_\_. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, Décima Revisão, 1996b.

PASCHOALICK C. ROSELE. **Saúde sexual e reprodutiva**: representações e práticas do adolescente sob a ótica da enfermagem. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

PEDROSA, J. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-26, 2004.

PEREIRA, R. S.; SANTOS, D. A.; BORGES, W. A mulher no mercado de trabalho. In: **JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**. Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania, 2, 2005, São Luís. **Anais ...** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2005. CD.

- PEREIRA, Q. L. C. Processo de (re)construção de um Grupo de Planejamento Familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.320-5, abr./jun. 2007.
- PICCININI, C. A. et al. Gestação e a Constituição da Maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.
- PINTO, C. M. S. et al. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. **REME**, Belo Horizonte, v.7, n.1, p.41-47, jan./jul. 2003.
- PIRES, P. Á. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. **Ciencia y Enfermeria**, XVI, p. 105-14, 2010.
- SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In. ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Orgs.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, p. 33-46, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro. ABRASCO/ Brasília: Fundo de População de Nações Unidas, 2005.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-70, maio. 2010.
- SILVA, D. G. V; TRENTIN, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 3, p.423-32, maio-jun.; 2002.
- SILVA, K. M. D. **Percepção de homens acerca do trabalho de parto e parto na perspectiva do empowerment masculino**. 2012. 61 f. Monografia (Especialização em Enfermagem em Obstetrícia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade Santa Emília de Rodat, João Pessoa, 2012.
- SILVA, S. O. **Cuidado na perspectiva dos homens: um olhar da enfermagem**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.
- SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.69-77, jan. 2006.
- SIQUEIRA, M. J. T.; MENDES, D.; FINKLER, I. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: Onde está o pai? **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2002.
- SOUZA, K. V.; TYRRELL, M. A. T. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres



de classes populares. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 47-54, jan./mar. 2007.

STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério**: as mulheres construindo-se como mães. 2005. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Rebeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v.39, n.1, p.74-82, jan./mar. 2008.

VIEIRA, A. D. et al. Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. S. (Org.). **Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008, p.17-46.

VICTÓRIA, G. C.; KNAUTH, R. D.; HASSSEN, N. M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Tomo editorial. Porto Alegre. 136p. 2000.

TAQUETE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis e Gênero: um estudo transversal com adolescentes do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.282-290, jan./fev. 2004.

TELLES, S. K. **Representações de adolescentes acerca de sexualidade, gênero e as implicações na promoção da saúde**. 2007. 188f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2007.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>4</sup>

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre **DIREITOS REPRODUTIVOS: compreensão e estratégias de promoção da saúde para o empoderamento do homem** e está sendo desenvolvida por **Karla Maria Duarte Silva**, aluna do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Profa. Dra. Wilma Dias De Fontes**.

Os objetivos do estudo são investigar a compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos direitos reprodutivos e a participação do homem no exercício desses direitos; e identificar, a partir dos Agentes Comunitários de Saúde, estratégias para instrumentalizar os homens na perspectiva do empoderamento para o exercício dos direitos reprodutivos.

A finalidade deste trabalho é compreender a importância do exercício dos direitos reprodutivos masculinos, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério a partir do conhecimento dos Agente Comunitário de Saúde, bem como pela possibilidade de vislumbrá-lo como forma de inserção da população masculina aos serviços de saúde. Além disso, através desse estudo espera-se contribuir para superar a incipiência de estudos acerca dessa temática.

Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, utilizando o sistema de gravação dos dados, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

---

<sup>4</sup>OBS.: Em virtude que este TCLE encontra-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o a pesquisador a Karla Maria Duarte Silva.

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação da UFPB

Telefone: 3216-7109

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## APÊNDICE B – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

### 1 Dados socioeconômicos e culturais do entrevistado

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Atividade Laboral: \_\_\_\_\_

Tempo de Atuação: \_\_\_\_\_

Renda familiar em salário mínimo: \_\_\_\_\_

### 2 Questões norteadoras:

2.1 O que você entende por Direitos Reprodutivos?

2.2 Qual a sua opinião sobre a participação masculina no exercício dos direitos reprodutivos?

2.3 Para você, que estratégias poderiam ser utilizadas para empoderar a população masculina acerca da saúde reprodutiva?

2.4 O que você sugere como estratégias possíveis de serem adotadas nos serviços de saúde para garantir a inserção e participação dos homens nesse serviço?

## ANEXO A – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 03/07/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “DIREITOS REPRODUTIVOS: COMPREENSÃO E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O EMPODERAMENTO DO HOMEM” da Pesquisadora Karla Maria Duarte Silva. Prot. nº 0309/12, CAEE: 02190312.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Dr<sup>a</sup> Eliana Marques D. Sousa  
Coordenadora CEP/CCS/UFPB  
Mat. SIAPE: 0332618