



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
Centro de Educação e Saúde  
Unidade Acadêmica de Saúde  
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Rafaella Alves Sarmiento Costa

A PERCEPÇÃO DO HOMEM ACERCA DE SUA IMPORTÂNCIA NA  
PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

UFCG / BIBLIOTECA

CUITÉ – PB  
2013

Rafaella Alves Sarmiento Costa

A PERCEPÇÃO DO HOMEM ACERCA DE SUA IMPORTÂNCIA NA  
PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup> Luciana Dantas Farias de Andrade

UFCCG / BIBLIOTECA

613,00  
CUITÉ – PB  
2013



Biblioteca Setorial do CES.

Junho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837p Costa, Rafaella Alves Sarmento.

A percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher. / Rafaella Alves Sarmento Costa. – Cuité: CES, 2013.

63 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCEG, 2013.

Orientadora: Luciana Dantas Farias de Andrade.

1. Saúde da mulher. 2. Saúde da mulher – homem - percepção. 3. Saúde da mulher – homem - importância. I. Título.

CDU 396

Rafaella Alves Sarmiento Costa

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 25/01/2013.

Banca Examinadora:

Luciana Dantas Farias de Andrade

Prof<sup>ª</sup>. Dr.: Luciana Dantas Farias de Andrade  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
(Orientadora)

Jocelly de Araújo Ferreira

Prof<sup>ª</sup>. MsC.: Jocelly de Araújo Ferreira  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
(Membro Interno)

Marclineide N. de A. Ramalho

Prof<sup>ª</sup>. MsC.: Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
(Membro Externo)

Cuité, 25 de abril de 2013.

UFCC / BIBLIOTECA



Dedico esta vitória a Deus pelo dom excepcional da vida e por ter proporcionado a oportunidade de concluir um curso superior.

E à minha mãe, a pessoa mais importante na minha vida, muito obrigada por tudo que a senhora fez por mim ao longo desses 23 anos, ainda irei te dar muito orgulho.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado a oportunidade de está completando uma grande etapa na minha vida, guiando-me e abençoando-me nessa longa caminhada de muitas dificuldades, mas também de muita conquista e discernimento.

Aos meus pais, Valéria e Carlo que me deram a vida e me conduziram para essa grande vitória.

Aos meus avôs, Antônio e Francisca por toda confiança em mim depositada.

À minha tia Valkênia pelas palavras de incentivo e por todo carinho dedicado.

Ao meu namorado Erickson, pelo incentivo constante, apoio e contribuição.

Aos professores, por toda contribuição para o meu aprendizado durante esses cinco anos de curso, em especial Profa. Alynne, Profa. Jocelly, Profa. Gigliola e Profa. Erika, por terem sido mais que professoras, grandes amigas.

À minha orientadora Profa. Luciana pela amizade, dedicação, orientação e contribuição à minha pesquisa.

Aos docentes participantes da Banca Examinadora: Profa. Jocelly e Profa. Marclineide, por tão valiosa contribuição.

Aos colegas por todos esses anos ao meu lado, em especial aos irmãos que ganhei durante a graduação Jeferson e Camila, onde vivenciamos diversas alegrias e experiências.

Às minhas amigas, Lorena, Isadora, Ana Paula e Karoline pelos momentos partilhados e principalmente pelas palavras de apoio e carinho.

Aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção desta pesquisa e de alguma maneira não foram elucidados nestas simplórias páginas, o meu muito obrigada!

## RESUMO

COSTA, R. A. S. A percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher. Cuité, 2013. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013

Ao tratar de um assunto que engloba a percepção do homem sobre sua importância na saúde da mulher deve ser enfatizada a ideia de que homens e mulheres necessitam ser observados como pessoas singulares, tanto acerca de sua cultura como na relação de suas atividades individuais e coletivas. Apesar da independência financeira e política que vem sendo conquistada pelo sexo feminino, muitas fragilidades podem ser percebidas quando se fala em processo saúde-doença. Cotidianamente se vivencia a necessidade de gregária que o apoio familiar provê principalmente no que se refere ao companheiro, importante fonte de segurança para o enfrentamento de adversidades, de uma situação que possa comprometer a homeostasia e o bem-estar. Desta forma, o presente estudo, em linhas gerais, teve o objetivo de investigar a percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher. A fim de alcançar o objetivo proposto, esse estudo adotou metodologicamente a abordagem qualitativa de cunho exploratório e descritivo, composta por 10 homens cadastrados na Unidade de Saúde da Família Abílio Chacon Filho na cidade de Cuité- PB, a partir de um roteiro semiestruturado de entrevista elaborada pela pesquisadora. Após a coleta dos dados, as falas foram analisadas à luz do referencial teórico por meio da técnica de Análise do Conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados apontam que a maioria dos homens não acompanham suas mulheres nos serviços de saúde, utilizando a indisponibilidade de tempo como justificativa, porém acreditam na importância em acompanhar suas parceiras ao serviço, não havendo nenhuma resistência aparente. Com relação à utilização de métodos contraceptivos houveram relatos que defendiam a responsabilidade exclusivamente da companheira; outros confidenciaram que os dois não utilizam métodos contraceptivos e aqueles em que os dois cuidam-se mutuamente. Diante do exposto foi possível identificar que as relações entre homens e mulheres remetem aos padrões culturais construídos socialmente, perpetuando a ideia de que os homens não se envolvem diretamente na promoção e recuperação da saúde de sua companheira, alegando a falta de tempo como fator preponderante e por considerarem tais atribuições como predominantemente femininas, cabendo aos homens apenas a função de apoio à saúde de sua companheira.

Descritores: Gênero e saúde; Saúde da Mulher; Interação do duplo vínculo.



## ABSTRACT

COSTA, R. A. S. The perception of man about his importance in the promotion and restoration of health of the woman. Cuité, 2013. 63 f. Working End of Course (Undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2013.

When dealing with a subject that encompasses man's perception about its importance in women's health must be emphasized the idea that men and women need to be seen as individuals, both about their culture in relation to their individual and collective activities. Despite the financial and political independence which has been won by women, many weaknesses can be seen when it comes to health-disease process. Daily experiences is the need to gregarious family support provides mainly with regard to the partner, an important source of security for facing adversity, a situation that could compromise homeostasis and well-being. Thus, this study, in general, aimed to investigate the perception of man about his importance in the promotion and restoration of health of the woman. In order to achieve the proposed goal, this study adopted a methodological approach of qualitative exploratory and descriptive, consisting of 10 men enrolled in the Health Unit Family Abilio Chacon Son in the city of Cuité-PB, from a semi-structured interview prepared by the researcher. After collecting the data, the lines were analyzed in the light of the theoretical through the technique of content analysis proposed by Bardin. The results show that most men do not accompany their wives in health services, using lack of time as an excuse, but believe in the importance to follow their partners to the service, without any apparent resistance. With regard to the use of contraceptive methods there were reports that defended the sole responsibility of the partner; others confided that the two do not use contraceptives and those in which the two are mutually caring. Given the above, we found that relationships between men and women refer to socially constructed cultural standards, perpetuating the idea that men are not directly involved in the promotion and restoration of health of his companion, citing a lack of time as a major factor and because they consider such assignments as predominantly female fitting to men only support function to the health of his companion.

Descritores: Gender and health; Women's health; Double bind interaction.

## LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC- Análise de Conteúdo

AIS- Ações Integradas de Saúde

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNDM- Conselhos Nacionais de Direitos da Mulher

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HUAC- Hospital Universitário Alcides Carneiro

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS- Ministério da Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISM- Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

- TABELA I - Distribuição percentual e absoluta dos participantes da pesquisa, de acordo com a faixa etária.....36
- TABELA II - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sua renda mensal.....37
- TABELA III - Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a profissão.....38

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I - Distribuição percentual e absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a religião.....37

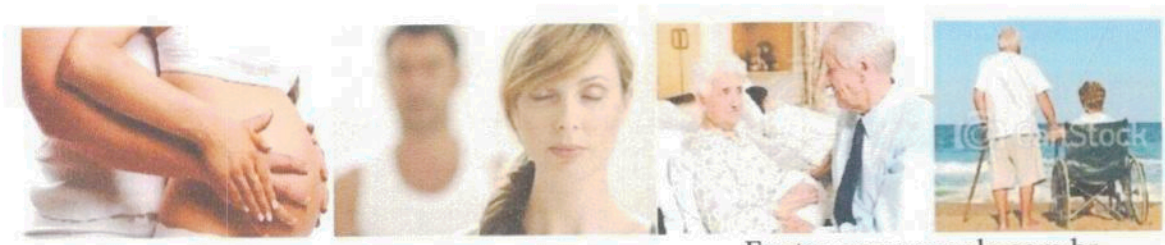
GRÁFICO II - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a escolaridade.....38

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	29
4.1 Tipo de pesquisa	30
4.2 Cenário da pesquisa	30
4.3 População e amostra	31
4.4 Instrumentos de coletas de dados	31
4.5 Procedimento de coleta de dados	32
4.6 Processamento e análise dos dados	32
4.7 Aspectos éticos	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7 REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	55
ANEXOS	61



## INTRODUÇÃO



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)



## 1. INTRODUÇÃO

Tratar de um assunto que englobe a percepção do homem sobre sua importância na saúde da mulher remete a ideia de que homens e mulheres necessitam ser observados como pessoas singulares, tanto acerca de sua cultura como na relação de suas atividades individuais e coletivas. Não se pode desconsiderar que a emancipação feminina começou a ser alcançada pelo movimento feminista, predominantemente nos anos setenta, devido à conquista das mulheres diante de seus ideais e de sua luta. Nesta perspectiva, adquiriu voz diante de uma sociedade ainda repleta de preconceitos, o que proporcionou mudanças diretas no papel masculino, levando a uma transformação na sexualidade e na masculinidade dos homens (GOMES, 2003).

Tais mudanças podem ter contribuído significativamente para uma disputa de papéis e direitos perante esta sociedade, levando o homem a visualizar a mulher dialeticamente, ou seja, a interpreta ora como rival, ora como um ser frágil que precisa de apoio e proteção, inclusive no ambiente familiar.

Apesar da independência que vem sendo conquistada pelo sexo feminino, muitas fragilidades podem ser percebidas quando se fala em uma atenção voltada para reprodução feminina. Cotidianamente se vivencia a necessidade de gregária que o apoio familiar provê principalmente no que se refere ao companheiro, importante fonte de segurança para o enfrentamento de adversidades, de uma situação que possa comprometer a homeostasia e o bem-estar.

A exemplo disso, Stern et al, (2003) refere que há pouca participação masculina nas ações relacionadas à saúde reprodutiva da mulher, mais especificamente na discussão sobre a contracepção. Carvalho, Pirotta e Schor (2001), completam que a pouca participação masculina revela que, rotineiramente, se atribui à mulher a responsabilidade pela adoção de métodos contraceptivos.

Em um estudo realizado pelos autores supracitados foi verificado que, numa amostra de 254 mulheres da Cidade de São Paulo, apenas 19% referiram que havia o uso rotineiro de métodos contraceptivos masculinos nas relações íntimas com os parceiros, visando a contracepção. Dentre os métodos anticoncepcionais mais utilizados, segundo a

pesquisa, foram: a pílula anticoncepcional representando 67,3% dos casos, seguido pelo uso do preservativo masculino com 10,2% e do coito interrompido, com 6,7%.

Os dados citados demonstram a falta de preocupação masculina com a saúde da mulher, bem como com a sua própria saúde. Além do aspecto reprodutivo em questão, a falta de interesse masculina pela saúde de suas parceiras pode influenciar diretamente no autoconceito destas, uma vez que a cumplicidade assumida no relacionamento do casal estará comprometida pela falta de apoio ou interesse do homem.

Justifica-se este estudo face à constatação de que tanto os homens quanto as mulheres, estão inseridos nos padrões de superioridade com o qual envolve diretamente as questões de masculinidade e feminilidade, afirmando serem produtores de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2004).

Figuroa-Perea (1998), considera ser necessário incorporar os homens numa perspectiva real, simbólica e científica nos processos relacionais de saúde, sexualidade e reprodução. Para o autor, através dessa incorporação, pode-se apreender e reconhecer as necessidades e interpretar a história de desigualdades de gênero com vistas a gerar um cuidado coletivo e uma aproximação maior com a realidade da saúde da mulher.

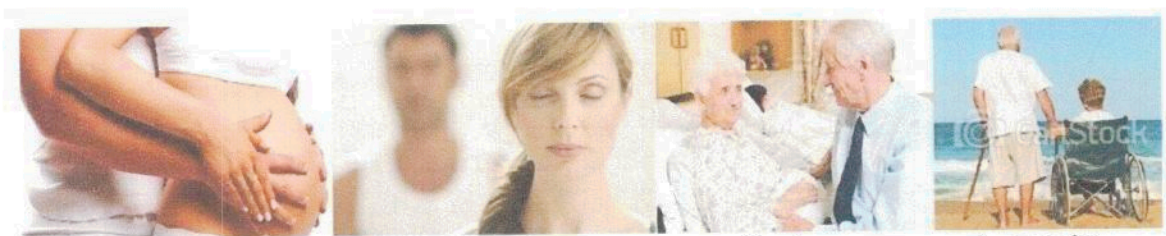
Para Galastro e Fonseca (2007), os serviços de saúde reprodutivos no Brasil, tradicionalmente se orientaram pela política centrada exclusivamente na mulher reprodutora. A partir dos anos oitenta essa política tomou uma nova direção com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que atualmente passou a ser conhecido como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

As bases conceituais deste programa são referência e inspiração para a luta pela equidade de gênero na saúde e representa um avanço em relação à saúde da mulher ao propor um modelo baseado na assistência integral. Com isso, para garantir a saúde também de maneira integral à mulher, é necessário incorporar o homem como parte dessa proposta.

Reconhecendo a influência do companheiro na saúde da mulher, percebe-se a necessidade de investigar a percepção do homem sobre sua importância na saúde da sua mulher/companheira, aceitando que o termo percepção seria definido como a apreensão de

uma situação objetiva que não é isolada, mas baseada em sensações que seriam vivenciadas pelo objeto do estudo (BRITO, 2001).

## OBJETIVOS



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)



## 2. OBJETIVOS

### **Objetivo geral:**

Investigar a percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher.

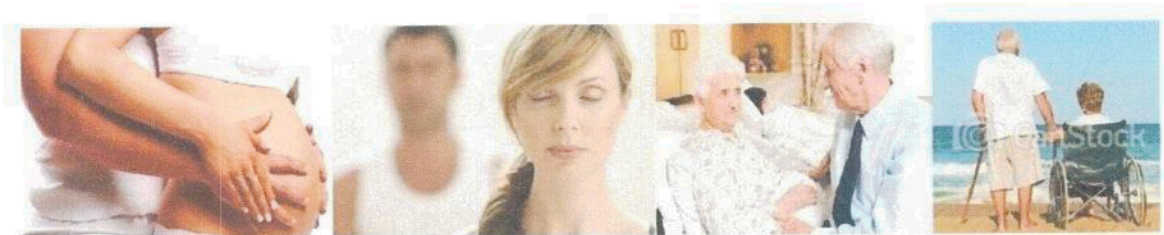
### **Objetivos específicos**

Identificar a frequência com que os homens acompanham suas parceiras em consultas, exames e/ou tratamentos;

Conhecer as principais formas de envolvimento dos homens na saúde da mulher;

Averiguar a participação masculina na saúde da mulher.

## REFERENCIAL TEÓRICO



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o intuito de melhor compreender o assunto e auxiliar as discussões a respeito da temática, apresenta-se neste capítulo uma breve revisão de literatura acerca da evolução das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher; considerações sobre gênero e a relação entre o homem, a mulher, a família e o adoecimento.

#### 3.1. Evolução das políticas públicas para a mulher

A história da mulher está marcada pela inferioridade e subordinação em relação ao homem, tal pensamento era visto desde a pré-história no período paleolítico, já que o homem seria o provedor do sustento da família, em que seu vigor físico favorecia na caça e a contribuição da companheira era para criação dos filhos e coleta de alimentos. Na idade média a maioria dos conceitos foi elaborada pelos eclesiásticos, possuindo uma visão dicotômica, ou seja, ao mesmo tempo em que a mulher era tida como culpada pelo pecado original, tinha a virgem Maria como a mulher que deu ao mundo o salvador e redentor dos pecados (KUNZLER, 2008).

O mesmo autor afirma que nesta época as mulheres não tinham direito de optar por um parceiro, e nem podiam andar desacompanhas, só eram donas de casa e ainda eram mandadas para conventos se não conseguissem marido. Devido a tal situação, eram pessoas ignorantes, tímidas e submissas aos homens, acentuando a hegemonia destes contra a mulher.

De acordo com Connell (1993); Crawford e Unger (2000) com o desenvolvimento industrial houve grande inclusão das mulheres na produção de empresas, com jornadas extensas e baixos salários o que encorajou as mulheres a organizarem movimentos grevistas pela melhoria de suas condições de vida. Em 1920 houve a fundação do Partido Comunista Brasileiro e uma Liga pela Emancipação Internacional da Mulher, grupo de pesquisa, com o objetivo de lutar pela igualdade das mulheres tendo uma forte influência de ideias feministas que percorria a Europa. Todos estes eventos ajudaram a enfatizar a luta dessas mulheres por melhores condições de vida, igualdade e decisão diante de seus ideais.

A participação da mulher na política foi uma grande conquista, o direito ao voto, aliado à Constituição Brasileira de 1934, e a participação efetiva das mulheres na II Guerra



Mundial, como enfermeiras, também contribuíram para enfatizar sua importância no cenário mundial. Com o golpe de 1964, as organizações de mulheres praticamente submergiram, voltando na década de setenta, muito especificamente no ano de 1975 em que foi instituído o Ano Internacional da Mulher e a criação do programa materno-infantil (KUNZLER, 2008). “Somente com o aparecimento em cena do movimento feminista, as coisas começaram a mudar e a luta das mulheres, a ganhar uma nova conotação.” (ALAMBERT, 2004. p. 2004).

O feminismo, enquanto movimento social, teve sua origem essencialmente moderna, surgiu no contexto das ideias iluministas e dos conceitos da Revolução Francesa e da Americana, tendo um nítido crescimento em torno da luta por direitos sociais e políticos, mobilizando mulheres de muitos países da Europa, dos Estados Unidos e, posteriormente, de alguns países da América Latina. O feminismo brasileiro, bem como o mundial, de fato foi transformado não somente em relação aquele movimento contido do século dezenove, mudou também em relação aos anos 1960, 1970, até mesmo aos 1980 e 1990, vem sendo alterado diariamente, a cada batalha e a cada conquista (COSTA, 2005).

O principal objetivo do movimento feminista era o de chamar atenção de todo o mundo, para que de uma vez por todas pudesse ser resolvida a situação das diferenças dos sexos. A atuação feminina teve um grande impacto nos movimentos sociais, o que contradiz as afirmações de que as mulheres não se engajavam na política. Nestas manifestações, a mulher se fez presente através de suas lutas, principalmente nos grupos sociais menos favorecidos, influenciando politicamente e intervindo nas ações governamentais, com soluções expressivas (SANTANA, 2010).

A partir de meados dos anos 1980, a área da saúde da mulher receberia grande atenção com discussões mais abrangentes e democráticas, com o envolvimento de políticas sociais e programas governamentais direcionados para o público feminino. Surgem, então, Conselhos Nacionais dos Direitos da Mulher (CNDM), Secretarias, Coordenadorias e Conferências de Políticas Públicas, com propostas organizadas pelas próprias mulheres, culminando com a preparação e apresentação de um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com a finalidade de conseguir igualdade de direitos (COSTA, 2005).

Em 21 de junho 1983, o Ministério da Saúde (MS) lança o PAISM, no qual prevalece a análise da complexidade das questões de saúde das mulheres orientando a

integralidade da política e ressaltando a autonomia destas sobre questões reprodutivas. Em 04/01/1986, por meio da Portaria 3.360/86, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tem o PAISM como referência para a atenção ao público feminino e norteia estratégias de sua implantação, realizando um trabalho ligado com o Ministério da Saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (COSTA, 1999).

Ao mesmo tempo em que cresce e fortalece os movimentos sociais na luta pela saúde e igualdade de gênero das mulheres, o movimento feminista passa a se consolidar necessariamente em organizações não governamentais, profissionalizando sua atuação militante. Assim, entidades do movimento feminista começam a agir, profissionalmente, como aliadas do MS na confecção de materiais educativos e técnicos para a prevenção e a recuperação da saúde das mulheres (COSTA, 2009).

As ações de saúde destinadas à atenção integral à saúde da mulher incorporou todos os seus ciclos vitais, passou a ser reforçada diante da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas pressões realizadas diante da adoção de políticas de planejamento familiar (COSTA, 2009).

De acordo com Correa e Piola (2002), o poder federal de comando apresentou, na década de noventa, obstáculos e interrupções no decorrer da implementação do PAISM. Em contrapartida, o MS criou prioridades à saúde da mulher a partir de 1998, adotando como tática o reforço apenas de ações voltadas ao pré-natal, assistência ao parto e à anticoncepção, restringindo, assim, a atenção integral da saúde da mulher na esfera reprodutiva.

Embora o balanço das políticas de saúde das mulheres nos anos noventa não contabilize bons avanços na atenção integral a sua saúde, um acontecimento expressivo veio alterar o cenário das ações direcionadas às mulheres, em especial representadas por atividades voltadas à diminuição dos índices de cesárea e à humanização do parto (COSTA, 2009).

Atualmente a mulher tem-se apresentado de maneira diferenciada quando comparada a do passado, ela passou a lidar com suas obrigações e seus deveres, com mais liberdade e melhores condições de vida, sendo uma figura de maior respaldo na sociedade, com maior liberdade, sem deixar de lado sua feminilidade, espontaneidade e criatividade (ALTTIMAN e COSTA, 2009).



A mulher do século vinte e um vem almejando cada vez mais espaço tanto no trabalho, como na política e na sociedade com a obrigação de manter o equilíbrio sem perder a sua vaidade, perante uma nova forma de viver, pensar e agir. A mulher contemporânea se incomoda com os conflitos de sua decisão e estabelece um diálogo amplo e aberto entre os colegas de trabalho, de modo a encontrar soluções para resolver os problemas e executar ações, mantendo o aprendizado contínuo e a capacidade de adaptação ao meio. A atuação da mulher na liderança vem desencadeando influência na transformação cultural das organizações, e transformando as possibilidades existentes em conquistas diárias (ALTTIMAN e COSTA, 2009).

### 3.2 Considerações sobre gênero

As atribuições dadas ao que é ser masculino e feminino variam de acordo com o tempo, o local e as diversas formas de como a sociedade vê e interpreta as questões de sexo e gênero (CEMIN e OTT, 2008). A esse respeito Cabral e Diaz, (1999) afirmam que sexo se refere aos órgãos de reprodução, sendo determinado com o nascimento e trazendo consigo as características biológicas e hormonais do ser macho e fêmea. Agora, em relação ao gênero refere-se às situações sociais de desigualdade de poder entre o masculino e o feminino, sendo impostas pela sociedade diante as diferenças sexuais.

Ainda de acordo com Cabral e Diaz, (1999) o papel de ambos os sexos é estabelecido desde que a criança está na barriga da mãe, de tal maneira as meninas ao nascer brincam de boneca, casinha e os meninos jogam bola e brincam de carrinho. Desde a infância os homens participam de situações que envolvam força e poder, contraditoriamente ninguém determina que os mesmos lavem louça, varram a casa, arrumem sua cama, pois são estimulados a serem “fortões”, independentes e valentões.

A construção cultural e social do que é masculino e feminino, é mantida e firmada por intervenção da família, da escola, da igreja, da mídia, dentre outros, estabelecendo normas e comportamentos, pelos quais impõe desempenhos, desejos, atividades, imaginação e costumes do que é ser mulher e homem (FIGUEIREDO e TYRRELL, 2005).

Assim, ao chegar na fase da juventude, o ser que definiu as imagens do masculino e feminino começa a idealizar e a desejar o corpo perfeito que a sociedade naquele contexto constrói. Os meninos querem ter corpos musculosos, atléticos e, as meninas procuram

modelar seu corpo de acordo com o ideal masculino, ou seja, seios fartos, cinturas finas e quadris largos (MACEDO e SOUZA, 1996).

As relações de gênero são iniciadas e evidenciadas ao nascer e se prolongam por toda a vida, reforçando a heterogeneidade presente entre o masculino e o feminino, principalmente com relação à sexualidade, a reprodução e a divisão sexual do trabalho (CABRAL e DIAZ, 1999).

Os mesmos autores afirmam que a sexualidade na mulher está diretamente ligada à reprodução e não ao prazer, considerando a genitália feminina como algo sujo, vergonhoso e proibido. Os homens contrariam a visão das mulheres, recebem mensagens e são preparados para viver intensamente o prazer da sexualidade através do seu corpo, visto que, diante da sociedade, o exercício da sexualidade no homem é sinal de masculinidade. De um modo geral pode-se enfatizar que as mulheres, desde o nascimento, são educadas para serem mães, cuidar dos outros e para dar prazer ao outro, por isso a sua sexualidade é negada, contida e temida.

As questões de gênero são avaliadas como elementos construídos e impostos social e historicamente, sendo de fundamental importância para as relações sociais entre homens e mulheres. O gênero demarca áreas de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação, por isso é mantido e construído com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de feminilidade e masculinidade, bem como exemplos de comportamento oportunos ou não para homens e mulheres (SCCOT, 1989).

Para Brasil (2001), em uma sociedade constituída com base na hierarquia dos sexos, na qual a mulher está em posição contrária em relação aos homens, são formadas algumas normas e valores que surgem obstáculos à liberdade e ao desenvolvimento das potencialidades de ambos os sexos. As desigualdades culturais entre homens e mulheres, bem como o comportamento sexual que predomina no cidadão masculino permanece sendo uma afirmação da posse sexual diante da mulher, além de está impondo uma responsabilidade sobre a prevenção da gravidez e deixando de lado a grande importância da sua função de companheiro, pai e homem da relação.

O homem é visto pela sociedade como um bom provedor, capaz de sustentar sua família, além de conquistar e manter as mulheres ao seu lado, não podem demonstrar



sentimentos, precisam ter autocontrole diante de suas emoções, não pode ter medo, portanto, precisa saber competir e vencer sempre que possível, não podem ser contestados pelas mulheres perante outros homens, por ser algo que afeta diretamente sua moral. A cultura patriarcal retirou os direitos das mulheres e passou a cobrar muito dos homens, até mesmo mais do que eles possam oferecer (BRASIL, 2001).

Ainda de acordo com o autor supracitado os homens foram afastados da cultura do autocuidado, seja pela ideia de que essa função é primordial a mulher, seja pelas fantasias de poder e onipotência. Por isso, conhecimentos preventivos e curativos são herdados e praticados no dia-a-dia no cuidado doméstico e exclusivo das mulheres. Acabar com essa visão exige romper mitos, e, sobretudo, uma divisão mais igualitária das funções produtivas e reprodutivas em nossa sociedade.

Homens e mulheres precisam ser observados tanto de forma singular culturalmente e relacionalmente, para que se possa chegar à equidade e combater as diferenças entre os sexos (GOMES, 2003).

Ao se considerar a construção dos papéis de gênero e suas implicações nas identidades masculinas e femininas, determinam uma efetiva relação de poder, favorecendo ao homem e causando sérias consequências dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como, da própria sexualidade das mulheres. As diferenças sexuais é uma das formas que tem sido utilizada para condicionar as desigualdades entre homens e mulheres, por isso, a partir da educação e reeducação é um dos espaços importantes para trabalhar essa questão, ligada ao contexto da sexualidade, tendo assim uma possibilidade de acabar com as desigualdades existentes (CABRAL e DIAZ, 1999).

### 3.3 A mulher, o homem, a família e o adoecimento

Para Favaro (2007), a mulher ocupa no âmbito familiar um papel fundamental, o de ser mãe, sendo vista como um elemento pelo qual a família não sobrevive sem. O homem, no entanto, sempre encontrou empecilhos para separar o seu lado individual com suas atribuições de pai, ficando mais distante do vínculo familiar.

Desta forma, quando o sustento da família fica sob a responsabilidade da mulher, nem sempre ela se torna chefe da casa, tal situação acontece devido à construção cultural

imposta pela sociedade, sendo estas atribuições papel do provedor da casa, no caso, o homem, enquanto à mulher, compete apenas ser mãe-esposa-dona de casa (SANTANA, 2010).

De acordo com o autor supradescrito é possível observar que a sociedade engloba alguns modelos de família em que homens e mulheres desempenham diferentes atribuições. Por isso, a percepção de que a mulher deve ao homem obediência e respeito, tendo a mulher como uma pessoa frágil e incapaz, sendo o homem quem decide sua maneira de pensar, ser e de agir, fazendo-a acreditar que é inferior a ele.

As mulheres, como mães, são agentes determinantes no meio familiar, pois são as que mais compartilham a educação, conduzindo os filhos a encararem a realidade da sociedade vigente (CHODOROW, 1990). Ao homem, o modelo patriarcal proporcionou o poder de estabelecer na vida doméstica a troca de informações com a família, trazendo para as mulheres a responsabilidade de conservar a harmonia das relações parentais no seu lar. No ambiente do trabalho é possível observar o aumento e a capacitação das mulheres em atividades antes conhecidas como exclusivamente masculinas, bem como no domicílio, onde os homens passaram a compartilhar com suas esposas os cuidados com a casa e com os filhos (GOMES e RESENDE, 2004).

Conforme apontam Freitas, Coelho e Silva (2007), o olhar diante a paternidade, que não permitia ao homem a participação da vida doméstica, nem de cuidar dos seus filhos, passa a ser visto dentro de uma situação social que criou diversas modalidades do ser pai. Tais alterações são influenciadas pela participação das mulheres na esfera pública, cuja liberdade de pensamento, ação e aquisição de poder financeiro, vêm possibilitando o direito de decidir sobre sua vida e escolher seus parceiros.

No meio familiar, o número de lares comandados por mulheres tem crescido, revelando uma posição social cada vez mais comum nos ambientes domésticos (PERUCHI e BEIRÃO, 2007). Assim, “antes de assimilar o esboço de nova configuração familiar, modelado no processo que introduziu a mulher no mercado de trabalho, o homem é surpreendido pela ruptura da hierarquia doméstica e pelo constante questionamento de sua autoridade” (GOMES e RESENDE, 2004. p.119).

Existem probabilidades com relação às mudanças na participação do homem no meio familiar e no cenário doméstico, porém ainda está distante a igualdade para as



responsabilidades nesse meio. Assim, para que os homens vivenciem a paternidade de modo efetivo e não apenas participativo, é necessário que o casal repense suas atribuições com relação a essa vivência, percebendo e aceitando que ser pai constitui uma chance dos homens desenvolverem suas dimensões internas e renovarem sua relação com a vida (TORRÃO, 2005).

As mulheres atualmente estão assumindo um maior espaço no mercado de trabalho quando comparado a pouco tempo atrás que era tido como quase que exclusivamente masculino. Aos poucos, as mulheres foram se inserindo e conquistando posições de maior poder e prestígio nos mais diversos setores profissionais, inclusive nas grandes corporações nacionais e multinacionais, e hoje se encontram quase que em igualdade com os homens no mercado profissional (TEYKAL e COUTINHO, 2007).

Para Welzer-Lang (2001), mesmo que de forma lenta e gradativa, já se pode observar alterações nas relações entre homens e mulheres. Por isso o novo homem e o novo pai têm sido retratados como aqueles que têm uma boa formação educacional, uma renda elevada, sendo suas companheiras profissionais que não estão dispostas a deixar para segundo plano sua carreira a fim de se tornarem mães em horário integral (BADINTER, 1993).

Segundo Hennigen e Guareschi (2002), a participação paterna é uma forma de tornar as relações entre os casais mais igualitárias, apontam para o fato de ser comum ainda hoje a dicotomia entre o pai tradicional – aquele que não participa do cuidado com os filhos e que, ao tentar se envolver, aparece como um trapalhão – e o “novo” pai, que reflete a imagem desse “novo” homem, mais participativo nos afazeres domésticos e nos cuidados e educação dos filhos.

Gomes e Resende (2004), apontam que a cultura patriarcal teve como uma de suas consequências o distanciamento do homem no cenário familiar, composta basicamente pela mãe e seus filhos. Contudo, com a entrada da mulher no mercado de trabalho rompe-se essa hierarquia doméstica. Por isso, o trabalho feminino passou a constituir em um momento de independência econômica da mulher, onde novos arranjos se tornaram possíveis no âmbito familiar.

De acordo com Korin (2001), o homem por se visto como aquele que tem poder e força procura o distanciamento das características relacionadas ao feminino, tais como: sensibilidade, cuidado e fragilidade, o que resulta em maneiras e atitudes que os coloca vulneráveis a doenças e até mesmo à morte.

No ambiente de trabalho, tanto os homens como as mulheres se confrontam com algumas ocasiões e fatores que podem comprometer sua saúde, bem como sua presença nos serviços de saúde. Um dos principais motivos que os homens alegam para sua ausência é a de não poder faltar ao trabalho, além da não procura ou falta de acesso aos serviços, outros fatores como a falta de informação, podem submeter o homem a uma maior suscetibilidade às enfermidades ou acidentes relacionados ao trabalho (KORIN, 2001).

Quando analisadas as taxas de morbidade, a auto percepção de saúde e o uso de serviços percebe-se que as mulheres apresentam indicadores mais altos que os homens, uma vez que elas são apontadas como portadoras de mais problemas de saúde e/ou mais atentas na busca por atenção à saúde (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2005).

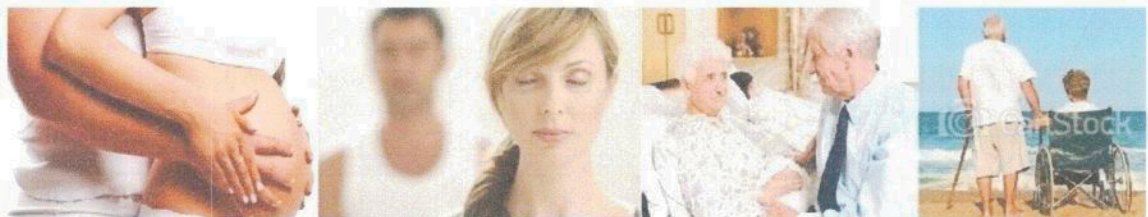
Para enfatizar tal questão sobre a procura dos homens ao serviço de saúde Pinheiro et al, (2002) traçam um cenário sobre morbidade referida ao acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil. Utilizando os recortes etários e de sexo, mostram que, em termos da autoavaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente.

De acordo com o autor supracitado no tocante ao motivo da procura aos serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal, as mulheres buscam mais os serviços em detrimento ao público masculino, principalmente para a realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram os serviços de saúde quando a patologia apresenta-se de forma sintomática (36,3% homens e 33,4% mulheres)

O sofrimento, a falta de tratamento e a cronificação começam a ser observadas quando a doença está instalada, não só comprometendo a recuperação da saúde, mas agravando o sofrimento psíquico de homens e mulheres, tanto em âmbito familiar como no ambiente de trabalho, assim, o processo saúde-doença, nesse sentido, deve ser compreendido a partir do princípio da integralidade, no qual o adoecimento não é algo provocado por fatores biológicos e individuais, mas por um conjunto de fatores sociais e culturais (CARLOTO, 2003).



## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa sobre a percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher.

Cervo, Bervian e Silva, (2007) afirmam que a pesquisa exploratória é normalmente o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e pelo auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. Este tipo de estudo realiza descrições precisas da situação e requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação.

Para Minayo, (2006) a abordagem qualitativa torna-se importante para compreender valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, bem como, para compreender as relações que ocorrem entre sujeitos sociais tanto no contexto das instituições quanto dos movimentos sociais.

Esta mesma autora fundamenta, ainda, que a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, enfatizando contextos de significados, concepções, motivações, valores e atividades que correspondem a espaços mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos, dificilmente analisados por operacionalizações de variáveis quantificáveis.

### 4.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Cuité no estado da Paraíba, localizada na microrregião do Curimataú, tendo sua fundação em 1768, com uma área territorial de 758 km<sup>2</sup>. O nome Cuité significa vasilha real e originou-se da utilização dos índios Paiacus para fazer cuia através do coitezeiro, o município tem como principal atividade econômica a agropecuária.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, sua população era estimada em 19.851 habitantes, dos quais 12.986 são da zona urbana e 7.865 da zona rural.



A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Abílio Chacon Filho foi escolhida como local da pesquisa pelo fato da pesquisadora ter realizado o estágio supervisionado nesta instituição, viabilizando um maior vínculo com os homens cadastrados nesse serviço.

### **4.3 População e amostra**

Para fins da realização deste trabalho foram utilizados os depoimentos dos homens com idade igual ou superior a 18 anos, casados e cadastrados na UBSF Abílio Chacon Filho. A amostra foi delimitada por saturação, com base nos critérios de inclusão e exclusão chegando a um total de 10 homens entrevistados, dentro de uma população de 285 homens cadastrados nesse serviço.

Atualmente a rede de atenção primária de saúde do município de Cuité- PB possui 8 UBSF, sendo 5 na zona urbana e 3 na zona rural. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana são: ESF Abílio Chacon Filho, localizada na Rua Francisco Patrício- Bairro: Centro; ESF Ezequias Venâncio, localizada na Rua Sebastião Marcelino- Bairro: Novo Retiro; ESF Luiza Dantas de Medeiros localizada na Rua Francisca Maria de Jesus- Bairro: Antônio Mariz; ESF Diomedes Lucas de Carvalho localizada na Rua Projetada e a ESF Raimunda Domingos de Moura localizada na Rua Projetada. As da zona rural são: ESF Catolé, localizada no Sítio Catolé; ESF Melo, localizada no Sítio Melo e ESF Serra, localizada no Sítio Serra do Bom Bocadinho.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Nesta pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ser casado; está cadastrado na UBSF Abílio Chacon Filho. Foram adotados como critérios excludentes aqueles homens que não se encontravam em uniões estáveis ou casados, que não se dispuseram a participar da pesquisa e os que tinham idade inferior a 18 anos.

### **4.4 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados, realizou-se mediante um roteiro semiestruturado de entrevista contendo questões abertas (APÊNDICE I) e fechadas (APÊNDICE II), por permitir maior flexibilização das respostas e, dessa forma, melhor apropriação do fenômeno estudado utilizando gravador de voz para melhor coletar as informações.



O roteiro da entrevista foi estruturado em duas partes, cuja primeira, trouxe as questões socioeconômicas com a finalidade de caracterizar os sujeitos da pesquisa, e a segunda, as questões específicas, relacionadas aos objetivos do estudo.

#### **4.5 Procedimento de coleta de dados**

Para concretizar a coleta de dados foram realizadas algumas etapas: solicitou-se o requerimento através dos Termos de Autorizações Institucionais (ANEXO I e ANEXO II) para realização da pesquisa. Em seguida, o trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) para apreciação. Após aprovação do CEP, deu-se início à pesquisa em abril de 2013.

Antes da realização da entrevista algumas informações foram repassadas aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, finalidade, objetivos e importância do estudo; explicou-se o motivo da coleta de dados, o modo como foi efetuada a entrevista, a garantia do seu anonimato e a possibilidade da desistência da pesquisa sem danos pessoais em qualquer momento. Após todos os esclarecimentos, os participantes foram convidados para a realização da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III), iniciando entrevista.

#### **4.6 Processamento e análise dos dados**

Após cada entrevista, foram realizados os procedimentos de transcrição e anotações detalhadas das impressões do pesquisador no diário de campo.

A partir da leitura e releitura das transcrições foi possível iniciar a interpretação dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011, p.37) como sendo “um conjunto de técnicas de análise das enunciações”, onde não se trata apenas de um instrumento, mas de um leque de opções marcado por uma grande variedade de formas variáveis a um campo de aplicação mais vasto às comunicações.

Ainda de acordo com a autora supracitada, a AC divide-se em quatro fases as quais são necessárias para analisar os dados:

Na 1ª fase foi realizada a pré-análise caracterizada como uma etapa de organização, utilizando procedimentos, tais como: leitura exaustiva, determinação das palavras-chaves e recortes dos depoimentos;

A 2ª fase desenvolvida foi a exploração do material onde implicou na transcrição dos dados e agrupamentos em unidades de registros, o que proporcionou uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo;

Em seguida a 3ª fase foi realizada com a categorização dos dados onde possibilitou a construção de categorias temáticas respondendo ao objetivo do estudo;

E por fim a 4ª fase onde ocorreu o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos que se constituiu através da análise dos depoimentos dos participantes com os quais foram interpretados de acordo com a percepção da pesquisadora e da literatura pertinente.

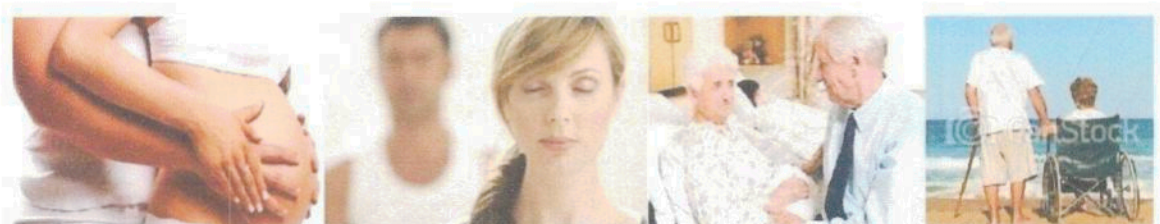
#### **4.7 Aspectos Éticos**

Com o propósito de atender às prerrogativas da Resolução 196/96, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos, submeteu-se o estudo ao CEP do HUAC.

Ainda em respeito às prerrogativas da Resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, foi assegurado à participação voluntária mediante a apresentação do TCLE que, depois de lido, esclarecido e assinado, em duas vias, uma foi dada ao participante do estudo e a outra via, de posse dos pesquisadores (APÊNDICE IV).

Com a finalidade de garantir o sigilo e anonimato dos participantes, estes foram intitulados com a letra H de “homem”, seguido da sequência com que fora entrevistado.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a análise da pesquisa, realizada através da aplicação do instrumento de coleta de dados confrontado com a literatura pertinente e de acordo conforme o arcabouço metodológico de Bardin, este capítulo foi dividido didaticamente em duas partes: caracterização dos sujeitos da pesquisa e análise dos depoimentos dos dez homens entrevistados.

A pesquisa permitiu caracterizar os sujeitos identificando a frequência com que os homens acompanham suas parceiras em consultas, exames e/ou tratamentos, conhecendo as principais formas de envolvimento deles na saúde da mulher e Averiguar a participação masculina na saúde da mulher.

### Caracterização dos Sujeitos do Estudo

Para a caracterização dos homens entrevistados, foi utilizado um roteiro estruturado com perguntas relacionadas à faixa etária, a religião, a profissão, a escolaridade e a renda mensal. Esses dados tiveram o intuito de identificar os participantes desta pesquisa.

TABELA I- Distribuição percentual e absoluta dos participantes da pesquisa, de acordo com a faixa etária.

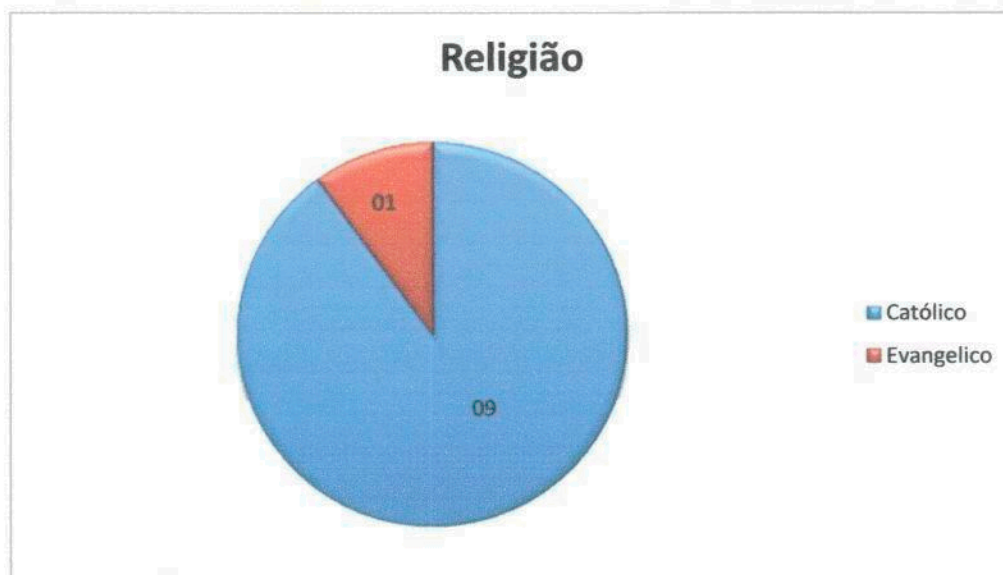
FAIXA ETÁRIA									
18-30		31-40		41-60		>60		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
00	00	05	50%	03	30%	02	20%	10	100%

Fonte: Característica da pesquisa

De acordo com a tabela I, a faixa etária dos participantes variou entre 31 anos a mais de 60 anos. Nesse sentido, a maioria dos entrevistados ainda está inserida no mercado de trabalho, o que atrapalha a participação do homem na saúde de sua companheira, devido a presença de alguns fatores como o seu trabalho na ocasião em que suas mulheres comparecem aos serviços, o que vem a dificultar a sua presença com mais assiduidade na vida de sua parceira. Para Gomes *et al*, (2011) afirmam que os serviços prestados na atenção básica estão dispostos em horários quase sempre inconvenientes para o homem, associando as

necessidades em cumprir a jornada de trabalho e seus compromissos laborais como principal justificativa para não poder acompanhar suas parceiras ao serviço.

GRÁFICO I - Distribuição percentual e absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a religião.



Fonte: Característica da pesquisa

Quanto à religião dos participantes da pesquisa, o gráfico I demonstra que 90% dos entrevistados são católicos e 10% são evangélicos. Embora aparentemente o tipo de religião não tenha influenciado as respostas dos homens durante a entrevista, evidencia um respeito às tradições religiosas e, teoricamente, tendem a seguir os paradigmas em relação ao casamento e educação dos filhos.

TABELA II- Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sua renda mensal.

RENDA MENSAL			
<1 SALARIO	1-2	> 2 SALARIOS	TOTAL
Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
00 00	09 90%	01 10%	10 100%

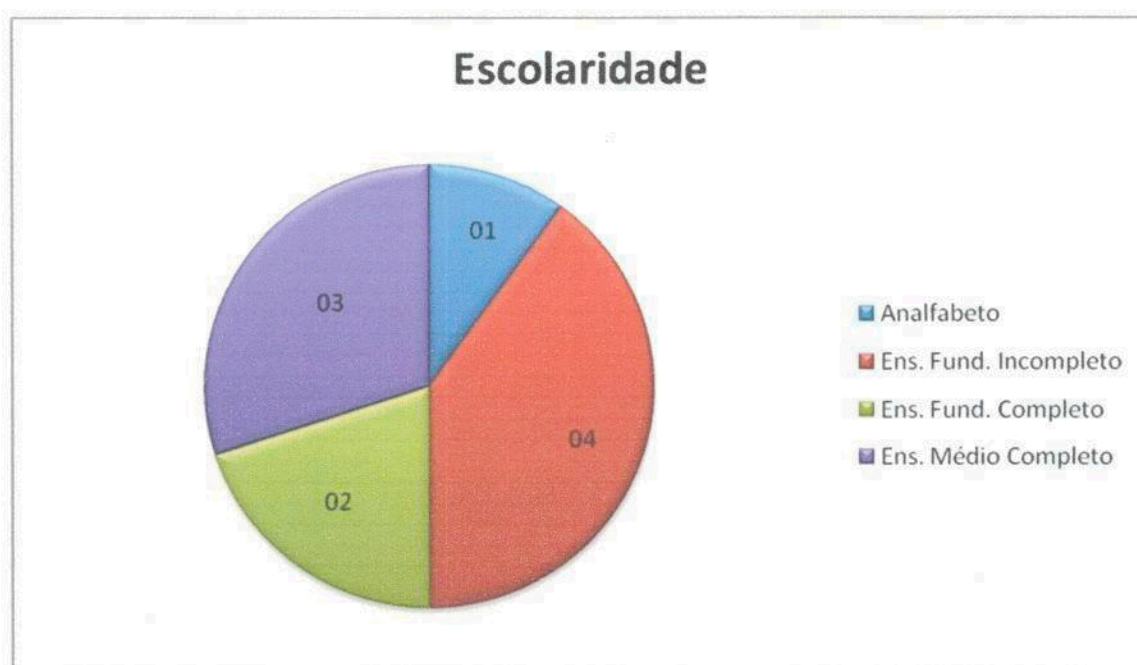
Fonte: Característica da pesquisa



No que diz respeito à renda mensal dos entrevistados, a tabela II demonstra que 90% dos homens possuem renda mensal de um e dois salários mínimos e que 10% tem uma renda mensal de mais de dois salários mínimos.

A partir do exposto ficou perceptível que os entrevistados não possuem condições socioeconômicas favoráveis para oferecer a sua mulher um serviço privado de saúde, restando a suas parceiras a opção de procurar um serviço público que muitas vezes não atende a sua necessidade.

GRÁFICO II- Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo sua escolaridade.



Fonte: Característica da pesquisa

Quanto ao nível educacional dos participantes da pesquisa, o gráfico II revela que 10% é analfabeto, 40% dos entrevistados cursaram o ensino fundamental incompleto, 20% possuem ensino fundamental completo e 30% afirmaram ter ensino médio completo. Foi possível observar que a falta de escolaridade fez com que alguns homens não soubessem interpretar os questionamentos da pesquisa, sendo necessário esclarecer e repetir a temática abordada. Foi perceptível a observação proporcionalidade entre o grau de escolaridade para com o conhecimento, no que concerne a saúde de sua esposa e da sua importância em acompanhá-la aos serviços de saúde quando preciso.

TABELA III- Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo a profissão.

PROFISSÃO				
Agricultor	Comerciante	Professor	Pedreiro	TOTAL
Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
30 30%	30 30%	10 10%	30 30%	10 100%

Fonte: Característica da pesquisa

Conforme a tabela III, há uma proporção equitativa (30%), entre a profissão de agricultor, comerciante e pedreiro, restando apenas 10% como professor. Segundo os dados coletados, os homens inseridos nesse contexto têm como principal perfil trabalhar como autônomos, sendo assim, um dos motivos para não acompanharem suas mulheres aos serviços de saúde devem-se ao fato de não disporem de tempo ou até mesmo não está interessado em participar da saúde de sua companheira.

### Identificação do objeto de estudo

A partir da análise do material coletado, surgiram quatro categorias temáticas: Parceiros ou acompanhantes? A ida aos serviços de saúde; Homem também cuida? Incentivando a procura por serviços de saúde; Uso de métodos contraceptivos entre os casais e Iniciando a paternidade: A participação do homem em consultas de pré-natal.

### CATEGORIA I- Parceiros ou acompanhantes? A ida aos serviços de saúde.

Quanto à participação dos entrevistados sobre acompanhar suas parceiras aos serviços de saúde, seis entrevistados afirmaram nunca terem acompanhado sua mulher ao serviço, conforme trechos expostos abaixo:

Fui não, nunca. Uma porque nunca precisou e outra é por conta do meu trabalho, dá tempo não (H3).

Não. Nunca, porque não tenho tempo, eu trabalho muito, mas eu acho importante quem pode acompanhar sua mulher, porque aí vai saber, junto com ela, se ela tá bem, se tem alguma coisa (H2).

Não. Nunca fui porque acho que essas coisas de mulher é muito complicado, sabe? Ela mesmo que entende eu não conheço nada, e também não tenho tempo não, trabalho direto (H10).



Um dos motivos que os entrevistados utilizaram para não acompanharem suas mulheres foi o de não poder faltar ao trabalho e não ter tempo para acompanhar a sua esposa, além do desinteresse em participar ativamente da saúde de sua companheira.

O que se tem presenciado nos serviços de saúde, é a quase ou mesma total ausência dos homens nas atividades de planejamento familiar, consultas pré-natais, no parto, puerpério, entre outras questões. Os homens não têm o costume de participar ativamente da saúde de sua mulher e, por muitas vezes, utiliza empecilhos para fugir de tal responsabilidade e dever de companheiro e esposo (RODRIGUES, 2009).

Os outros quatro entrevistados afirmaram que de alguma forma acompanhou sua parceira ao serviço de saúde seja pela preocupação em transportar a mulher até o local ou no dia do nascimento do primeiro filho.

Já! No hospital, só vou quando vejo que tem a necessidade de acompanhar né? nem que seja no transporte, como uma vez ela precisou ir até Campina e eu fui com ela. Acho interessante o esposo acompanhar a esposa quando ela precisa (H9).

Já acompanhei sim em hospital e no pré- natal durante a gravidez dela. É essencial está do lado da minha mulher né? principalmente quando ela não está bem (H8).

Mesmo louvando os depoimentos que atentam a participação dos homens em momentos decisivos da saúde de suas companheiras, a atividade é exercida de maneira bastante clara, quando considera-se que a atuação masculina é destinada aos momentos críticos, revelando as ações de autocuidado em que os homens estão cotidianamente acostumados, ou seja, quando buscam assistência à saúde perante a existência de sinais e sintomas.

Observou-se que os dez homens entrevistados acharam importante acompanhar sua parceira ao serviço de saúde, afirmando que a mulher se sentiria mais segura e satisfeita com sua presença, conforme trechos das entrevistas expostos abaixo:

Eu acho importante porque o correto é o parceiro ou a parceira procurar se ajudar, tanto um como o outro, tanto em momento difícil ou alegre, os dois precisam estar compartilhando de tudo um pouco (H7).

Acho importante. Porque, na minha opinião, eu acho importante a pessoa acompanhar a mulher sempre, né? já que vive junto para sempre tem que acompanhar, né? nos momentos bons e ruins (H4).

Embora essas formulações possam ter sido influenciadas pelo desejo do homem perante a temática, ou seja, diante da indagação os dez entrevistados verbalizam a necessidade

e a importância em acompanhar suas parceiras ao serviço. Contudo, o que predomina nos discursos, e na realidade vivenciada durante a trajetória acadêmica e no diário de campo, são que as mulheres dirigem-se aos serviços de saúde desacompanhadas ou com algum parente próximo, principalmente mãe, irmã ou prima.

Eu acho importante porque ela se sente mais segura e é uma força a mais para ela, se precisar eu vou na hora, mas minha filha sempre vai com ela (H6).

Segundo estudo na literatura, os homens dificilmente estão dispostos a acompanhar sua mulher ao serviço de saúde, sendo considerado como serviço de saúde a UBSF ou Hospital. Para Galastro e Fonseca (2007), os homens nem sempre estão presentes ou por omissão, ou por achar que ir com sua parceira ao serviço é coisa de mulher. Assim, como há autores que correlacionam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (COURTENAY, 2000; LYRA DA FONSECA, LEÃO e TARGINO 2003; TELLERÍA 2003).

Na perspectiva dos profissionais de saúde o homem não é capaz de prestar cuidados à sua companheira, ou seja, o cuidado tem característica e essência feminina, o que reproduz e reforça a ideia de que o homem não nasceu para cuidar e, sim, para manter o sustento da família (MACHIN *et al*, 2011).

Nesse sentido, tendem não apenas a inviabilizar a presença dos homens nos serviços, mas também, a não reconhecerem nesses sujeitos um potencial de cuidado (COUTO *et al*, 2010). E, mais uma vez, se recorre à diferença sexual de gênero para caracterizar os sujeitos, suas demandas e a própria assistência a ser prestada (PINHEIRO, COUTO e NOGUEIRA 2012).

## **CATEGORIA II- Homem também cuida? Incentivando a procura por serviços de saúde**

Os dez homens entrevistados afirmaram não apresentar nenhuma resistência em sua mulher procurar o serviço de saúde, tal afirmativa é exemplificada a partir dos trechos das falas que segue:

(...) nada contra, eu ajudo até em casa varrendo a casa, ai passa o povo e fica dizendo coisa e falando besteira. Não tenho preconceito contra nada, ela tem que ir mesmo, se cuidar (H6).

Não, né? Graças a Deus, não! Eu acho muito importante a mulher procurar o serviço pra cuidar da sua saúde e saber como ela tá. Qualquer tratamento que seja estou do lado da minha mulher e, se for preciso, me trato também (H1).



De acordo com o estudo de Pinheiro *et al.*, (2002) realizado a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), os serviços da atenção primária à saúde são os mais procurados por homens e mulheres, residentes da zona rural do Brasil. Enquanto que na zona urbana, a busca pelos serviços da atenção básica fica atrás apenas do sistema privado de saúde, sendo assim, a primeira opção da maioria das pessoas é o sistema público de saúde.

Os serviços de atenção primária, por sua tradição e cultura de uma assistência voltada quase que exclusivamente para o público materno-infantil, estendida posteriormente aos adolescentes e idosos, perpassam por marcas de gênero em sua estrutura e modos de funcionamento. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) são lugares nitidamente femininos que oferecem mais espaços e vias de inserção no cotidiano dos serviços às mulheres do que aos homens reforçando, salvo exceções, a ideia de que o homem só vai ao posto quando está doente (SANTOS FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2010; COUTO *et al.*, 2010).

### **CATEGORIA III- Uso de métodos contraceptivos entre os casais.**

Quando se indagou aos entrevistados sobre a responsabilidade pelo uso de algum método contraceptivo, foram observadas três variações de respostas: a responsabilidade ser exclusivamente da sua companheira, de nenhum dos dois utilizar nenhuma contracepção e, por fim, os dois se preocuparem em cuidar-se mutuamente.

A gente trabalhava ai tinha que evitar né? Não podia ter menino não, ela que se preocupava porque é coisa de mulher isso, ela fazia tabela e usávamos camisinha (H5).

Minha mulher, eu não tenho tempo para isso não, ela que se cuida por nós dois sabe (H2).

A partir dos relatos, ficou notório que a responsabilidade da contracepção faz parte do cotidiano da mulher, onde somente ela tem obrigação de realizar a prevenção, carregando consigo uma maior cobrança e dever de cuidar-se sozinha para não obter uma gravidez não planejada ou, até mesmo, uma infecção sexualmente transmissível (IST).

Para Pelloso, Carvalho e Higarash (2008), historicamente a construção social do gênero tem remetido à mulher o papel de ser responsável pela contracepção, onde a maior parte das consequências do ato sexual, no que diz respeito aos encargos físicos, emocionais,

sociais e financeiros em termos de uma gravidez não planejada recai, inevitavelmente, ao gênero feminino.

De acordo com os autores supracitados o homem ainda configura-se como membro pouco participativo nos problemas internos, ficando alheios às relações que se estabelecem dentro de sua família. A ideia de que a função de criar, educar os filhos, cuidar da casa e da vida sexual são exclusivos da mulher, tendo o homem como papel primordial o de relacionar-se com os meios de produção e de ganho financeiro, de modo a propiciar apenas um suporte material à sua família, ao mesmo tempo em que se distancia dos problemas que surgem do seu interior, como está participando e decidindo, junto com sua companheira, das situações íntimas do casal.

Nas falas a seguir, os entrevistados elucidam a confiança, o relacionamento estável e o fato de suas companheiras não poderem ter mais filhos como justificativa para não utilizarem nenhum método contraceptivo, negligenciando a preocupação com as infecções sexualmente transmissíveis e trazendo a atenção única e exclusivamente para a gravidez não planejada.

Na verdade não usamos nada, porque ela é ligada e porque confiamos um no outro, não tem pra que tá usando essas coisas não (H10).

Nenhum dos dois, temos muita confiança um no outro, não precisa usar nada não e ela não pode mais ter filhos mesmo (H3).

Hoje em dia não precisamos mais disso, aliás nunca nos preocupamos quanto a isso, foi por isso que tivemos muitos filhos. A preocupação seria se algum dos dois tivesse alguma coisa fora do casamento, mas não tem uso de nada porque somos bem unidos, não queremos nada fora do casamento, não (H4).

Nunca usamos, nunca tivemos essa preocupação, porque a gente sempre se deu bem, não vivia de safadeza por aí, né? como a maioria vive hoje em dia, se dana no mundo atrás de troço que não presta, aí não dá. Ah! Ela também não pode ter mais filho, não (H6).

Para Oltramari e Carmargo (2004); Achkar (2004), a sociedade moderna ainda adota como característica importante à cultura sexual marcada pelo machismo, o que implica em estabelecer relações de poder entre homens e mulheres, trazendo o domínio da masculinidade em detrimento à submissão da feminilidade. Vivendo diante o predomínio de uma cultura machista, estas mulheres muitas vezes se sujeitam aos desejos de seus parceiros, assumindo uma posição de inferioridade no relacionamento a dois e esperando a proteção de seu parceiro, ainda que este venha a possuir relacionamentos extraconjugais.



A preocupação com o pouco ou até mesmo total envolvimento do homem nas atividades de contracepção está ligada a outras questões relevantes na área da saúde reprodutiva, entre elas o aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) ou outras infecções sexualmente transmitidas; problema das gestações não planejadas e repercussões na qualidade de vida das mulheres (CARVALHO, PIROTT e SCHO 2001).

Por outro lado, a autoridade do homem nas relações sexuais tem sido identificada como aspecto que, frequentemente, dificulta o exercício da contracepção por parte das mulheres, em consequência dos modos de reprodução e das relações de gênero predominantes na sociedade (OLIVA, NASCIMENTO e SANTO, 2010).

A realidade é que a participação masculina tem sido pouco explorada devido à atenção está voltada ao corpo feminino na reprodução, fazendo com que toda abordagem reprodutiva seja direcionada para a mulher (CARVALHO, PIROTTA e SCHOR, 2000). Isto reflete a representação social de que as mulheres são quem reproduzem e as que têm os filhos, de modo que a fecundidade e a contracepção têm sido estudadas considerando a mulher como eixo de análise e o homem como coadjuvante (FIGUEROA e LIENDRO, 1995).

De todos os dez entrevistados, apenas um trouxe o depoimento oposto, colocando a camisinha como opção de prevenção tanto contra as IST's, como também, um eficiente método anticoncepcional. A afirmativa é observada pelo depoimento abaixo:

Os dois. Nós usamos camisinha em todas as relações e só (H7).

A orientação quanto à utilização do preservativo masculino é algo que precisa ser amplamente discutido nos serviços de saúde. Ao tratar deste assunto com os usuários, é preciso valorizar os sentimentos, as dúvidas e as percepções sobre este uso, deixando claro a sua importância e possíveis complicações da não utilização desse método, discutindo possibilidades de sua realização sem deixar de lado a sexualidade do casal (FILGUEIRAS, e DESLANDES, 1999).

Esse foi o momento mais crítico e constrangedor para os entrevistados, onde a sua masculinidade foi aflorada, ficando apreensivos e com pouca verbalização, sendo diretos e precisos em suas afirmações.

#### **CATEGORIA IV- Iniciando a paternidade: A participação do homem em consultas de pré-natal.**

A participação dos homens nas consultas pré-natais determina a sua inserção na atuação de companheiro, constituindo uma importante função para os futuros pais, sendo reflexo na qualidade de vida dos casais, pois estariam mais atrelados emocionalmente à gestação e dispostos ao apoio e à compreensão de suas parceiras (PICCININI *et al*, 2004).

Quanto à participação dos entrevistados nas consultas de pré-natal, oito homens informaram nunca terem participado delas, conforme depoimentos a seguir:

Não. Nunca tive tempo de está com ela nesses momentos, eu trabalho, né? mas deve ser uma sensação muito boa ouvir o coração do seu filho (H2).

Infelizmente não fui, não tive como ir com ela nessas consultas porque eu trabalhava mesmo na hora, aí dava errado toda vez, eu só sabia que tava tudo bem porque ela me contava tudo (H3).

Entretanto, dois entrevistados asseguraram que acompanharam suas parceiras em algum momento das consultas, consoante as falas elencadas:

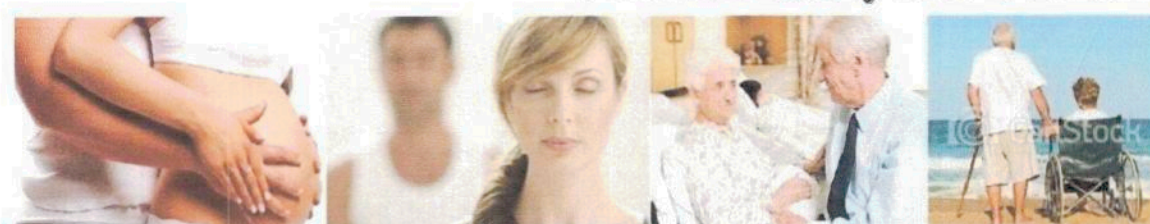
Já sim, tanto já fui para uma consulta de pré- natal como já escutei o coração dos meus dois filhos, é uma sensação totalmente diferente, é única (H8).

Já sim, não 100%, até porque em algumas vezes estava em trabalho e por isso não era possível, mas como é aqui pertinho de casa eu ia sempre que dava e, graças a Deus, ela sempre estava bem, era só para ter uma consulta e um acompanhamento. Da minha primeira filha tive a oportunidade de escutar o coração dela, foi uma das melhores sensações da minha vida, até porque é um fruto da gente, né, ainda mais como pai tive um prazer enorme em escutar. (H9).

Entre os motivos apresentados para não participarem das consultas de pré-natal, os entrevistados alegaram a falta de tempo, principalmente devido ao trabalho, além do desinteresse em participar deste atendimento. Gomes *et al*. (2011), afirmam que os serviços prestados na atenção básica estão dispostos em horários quase sempre inconvenientes para o homem. Os autores reforçam o que foi exposto pelos sujeitos do estudo quando associam as necessidades em cumprir a jornada de trabalho e seus compromissos laborais como principal justificativa para não poder acompanhar suas parceiras ao serviço.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de atender ao anseio de investigar a percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher, este estudo viabilizou momentos frutuosos com ascensão de ideias e superação de preconceitos, mas também muitas situações de estresse, constrangimentos perante os homens e dificuldades acadêmicas para sua realização.

Neste sentido, foi possível observar que a figura feminina vem conquistando cada vez mais espaço na vida pública, com aumento de sua participação no mercado de trabalho, além de assumir novas funções no lar, como o sustento da família. Além do papel fundamental, o de ser mãe, sendo vista como um elemento pelo qual a família não sobrevive.

O homem, no entanto, sempre encontrou empecilhos para separar o seu lado provedor e dominador com as atribuições paternas e emotivas, ficando mais distante do laço familiar e de sua participação direta na saúde de sua companheira.

Os papéis de homens e mulheres já não estão ligados diretamente à identidade sexual e sim às condições humanas e as ocasiões do mundo pós moderno, no qual tanto o homem como a mulher está participando ativamente, e em conjunto, contribuindo tanto para o sustento da casa como para a criação dos filhos.

A partir dessa pesquisa é possível inferir que a relação entre homens e mulheres remetem os padrões culturais constituídos socialmente, perpetuando a ideia de que os homens não se envolvem diretamente na promoção e recuperação da saúde de sua companheira, alegando a falta de tempo como fator preponderante e por considerarem tais atribuições como predominantemente femininas, cabendo aos homens apenas a função de apoio à saúde de sua companheira.

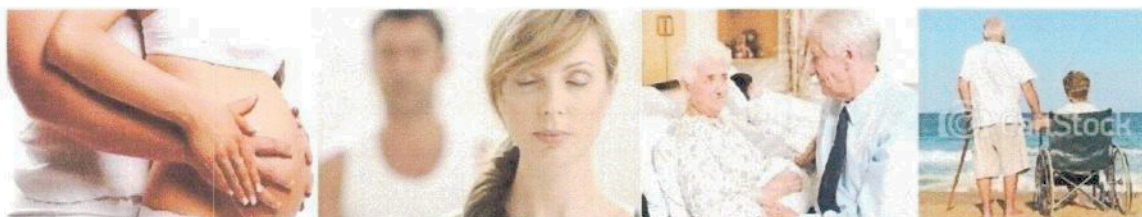
Ficou perceptível a necessidade de criar estratégias para desmistificar as visões constituídas pela sociedade, pois a partir desse estudo comprovou-se a ideia de que a masculinidade ainda é algo que impede os homens de tomarem decisões tidas por eles como atos femininos, ou seja, “coisas de mulher”.

Devido à escolha dessa temática algumas dificuldades foram encontradas, principalmente no que diz respeito ao escasso material teórico e referências atualizadas. Contudo, espera-se que esse estudo seja motivador para novas pesquisas na área, além de contribuir significativamente para a participação mais ativa do homem no tocante a ações de autocuidado, principalmente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Defende-se que, se o homem se cuida, ele terá subsídios para prestar uma assistência de qualidade à sua parceira, seus filhos e familiares. Para que haja a emancipação masculina a respeito de aspectos relacionados às ações preventivas de autocuidado, é preciso envolver a dimensão educacional com a atuação dos profissionais de saúde.

Mesmo diante de aspectos limitadores, há de se exaltar o fato de alguns homens manifestarem discursos emancipatórios contrários à ideologia dominante, conscientes do envolvimento equitativo no seio familiar, o que se permite elucidar acerca da possibilidade de mudanças transformadoras no cenário estudado.

## REFERÊNCIAS



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)



## 7. REFERÊNCIAS

ACHKAR, S. **Aconselhamento e prevenção: alcances e limites**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília (DF); 2004

ALAMBERT, Z. **A mulher na história. A história da mulher**. Fundação Astrogildo Pereira/FAP; Abaré. 2004.

ALTTIMAN, C. N; COSTA, S. de G. **Revolução Feminina: As Conquistas da Mulher no Século XX**. Faculdade Eça de Queirós Jandira- SP-2009. Disponível em: <http://www.faceq.edu.br/doc/Revolucao%20Feminina%20as%20conquistas%20da%20mulher%20no%20seculo%20XX.pdf>. Acesso em: 18/03/2012

BADINTER, E. (1993). XY: **Sobre a Identidade Masculina**. Trad. M. I. Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm). Acesso em: 16/04/2012.

BRITO, R. S. **A experiência do homem no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista** [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001.

CABRAL, F.; DÍAZ, M. Ref: Relações de gênero. **Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar**. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Belo Horizonte: Gráfica Editora Rona Ltda. p. 142-150, 1999. Acesso em: 26/03/2012. Disponível em: [http://adolescencia.org.br/portal\\_2005/secoes/saiba/textos/sexo\\_genero.pdf](http://adolescencia.org.br/portal_2005/secoes/saiba/textos/sexo_genero.pdf)

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. **Saúde e Sociedade**. 2000; 9:61-76.

CARLOTO, M. C. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria asseio e limpeza. **Serviço Social em revista**. Londrina, v. 6, n. 1, 10f. jul /dez. 2003

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):23-31. Acesso em: 05/02/2012 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n1/4132.pdf>

CEMIN, A. B.; OTT, A. M. T. **Antropologia do desenvolvimento e direitos humanos: Violência de gênero e etnocidadania [on-line]**. 2008 ago. Acesso em: 26/03/2012. Disponível em: [http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Cemin-Ott\\_62.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST62/Cemin-Ott_62.pdf).

CERVO, A. L; BERVIAN, A. B; SILVA, R. da. **Metodologia Científica**. -6 ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007

CONNELL, R. W. (1993), **Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics**, Cambridge, Polity Press.

COUTO, M; PINHEIRO, T; VALENÇA, O; MACHIN, R; NOGUEIRA DA SILVA, G; GOMES, R; SCHRAIBER, L; SANTOS FIGUEIREDO, W. dos. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, 14(33), 257-270.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: **aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [Mimeo]

COSTA, A. A. A. O Movimento Feminista no Brasil: Dinâmicas de uma Intervenção Política1. **Niterói**, v. 5, n. 2, p. 9-35, 1. sem. 2005. Disponível em: <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/01112009-115122costa.pdf>. Acesso: 18/03/2012

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1073-1083, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>. Acesso em: 18/03/2012

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil**. In: Giffin K, Costa SH organizadores. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

COUTO, M; PINHEIRO, T; VALENÇA, O; MACHIN, R; NOGUEIRA, da S. G; GOMES, R; SCHRAIBER, L; SANTOS, F. W. dos. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, 14(33), 257-270.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med** 2000; 50:1385-401.



CRAWFORD, M.; UNGER, R. (2000), *Women and Gender. A Feminist Psychology*, 3.<sup>a</sup> ed., Nova Iorque, McGraw-Hill.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1990.

FAVARO, C. (2007). Mulher e Família: Um binômio (quase) inseparável. In Strey, M.N.; Neto, J.A.S. e Horta, R.L. (org), **Família e Gênero**, Porto Alegre: EDIPUCRS.

FIGUEIREDO, N. M. A; TYRRELL, M. A. R. O gênero (in)visível da terceira idade no saber da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2005 maio-jun; 58(3):330-4

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad Saúde Pública**. 1999;15(2):121-31.

FIGUEROA, J.; LIENDRO, E. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: Hardy E, organizador. **Ciencias sociales y medicina: actualidades y perspectivas latinoamericanas**. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1995. p.196-226

FIGUEROA-PEREA, J. G. Alguns elementos para interpretar a presença dos homens nos processos de saúde reprodutiva. **Cad Saúde Pública** 1998; 14: 87-96.

FREITAS, W. M. F; COELHO, E. A. C; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad Saude Publica**. 2007;23(1):137-45. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000100015

GALASTRO, E. P; FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP** vol.41 no.3 São Paulo Sept. 2007 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000300016&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000300016&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 05/02/2013

GOMES, R *et al*. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (Supl. 1) p.983-992, 2011.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (3): 825-829, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>. Acesso em: 06/03/12.

GOMES, A. J. da S.; RESENDE, V. da R. O pai presente: o desvelar da paternidade em uma família contemporânea. **Psic.: Teor. e Pesq.** vol.20 no.2 Brasília May/Aug. 2004. Acesso em: 06/03/2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722004000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200004).

HENNIGEN, I; GUARESCHI, N. M. F. A paternidade contemporânea: um estudo de mídia sob a perspectiva dos Estudos Culturais. **Psicologia & Sociedade**, 14, 1, 44-68. 2002.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc. Latinoam.** (Online). Mar. 2001, vol. 2, no. 2 p. 67-79.

KUNZLER, M. L. (UNIOESTE). **Participação das mulheres na política representativa.** Acesso em: 18/03/2012. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST29/Maria\\_Laci\\_Kunzler\\_29.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST29/Maria_Laci_Kunzler_29.pdf)

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.1, p.35-46, 2005. Acesso em: 18/03/2012. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63010110.pdf>

LYRA-DA-FONSECA, J. L. C; LEÃO, L. S; LIMA, D. C; TARGINO, P; CRISÓSTOMO, A; SANTOS, B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: **Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**; 2003. P. 79-91.

MACHIN, R; COUTO, M; NOGUEIRA, da S. G; SCHRAIBER, L; GOMES, R; SANTOS FIGUEIREDO, W. V. O; & PINHEIRO, T. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 16(11), 4503-4512.

MACEDO, R. M. S de.; SOUZA, R. M. **Adolescência e sexualidade: uma proposta de educação para a família.** Núcleo de Família e Comunidade- Pós em Psicologia Clínica- PUCSP. Acesso em: 02/04/2012. Disponível em: <http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n02a03.pdf>

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

OLTRAMARI, L. C., CAMARGO, B. V. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a Aids. **Estud Psicol.** (Natal). 2004;9(2):317-23

OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R. do.; SANTO, F. R. do E. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):435-40. Acesso em: 18/02/2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a17.pdf>

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. de B.; HIGARASH, I, H. Sexualidade e gênero: um estudo com adolescentes em um município de pequeno porte do Noroeste do Paraná. **Maringá**, v. 30, n. 2, p. 113-119, 2008. Acesso em: 14/03/2012. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/552/552>



PERUCHI, J.; BEIRÃO, A. M. **Novos arranjos familiares: Paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar das mulheres chefes de família.** *Psicol Clin.* 2007;19(2):57-69. DOI: 10.1590/S0103-56652007000200005

PICCININI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol Reflex Crit.* 17(3):303-14 2004. Acesso em: 18/02/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc. Saude Colet.*, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, R.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. (2002) Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; y NOGUEIRA, da S. G. (2012) Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 177-195. Acesso em: 05/02/2012 Disponível em: [a e://revista.psico.edu.uy/ a ex.php/revpsicologia/article/view/142/78](http://revista.psico.edu.uy/ex.php/revpsicologia/article/view/142/78)

RODRIGUES, Q. P. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto [dissertação de mestrado].** Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2009.

SANTANA, A. M. Mulher Mantenedora/Homem Chefe de Família: Uma Questão de Gênero e Poder. *Itabaiana: GEPIADDE*, Ano 4, Volume 8 | jul-dez de 2010. Disponível em: [http://200.17.141.110/periodicos/revista\\_forum\\_identidades/revistas/ARQ\\_FORUM\\_IND\\_8/FORUM\\_V8\\_05.pdf](http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_8/FORUM_V8_05.pdf). Acesso em: 02/04/2012

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

SCHRAIBER, L.; SANTOS FIGUEIREDO, W.; GOMES, R.; COUTO, M.; PINHEIRO, T.; MACHIN, R.; NOGUEIRA DA SILVA, G.; VALENÇA, O. (2010) Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.

SCCOT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** Tradução de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo; 1989.

STERN, C.; FUENTES-ZURITA, C.; LOZANO-TREVIÑO, L. R.; REYSOO, F. Masculinidade, saúde sexual e reprodutiva: um estudo de caso com adolescentes da Cidade do México. *Salud Pública Méx* 2003; 45 Suppl 1:S34-43.

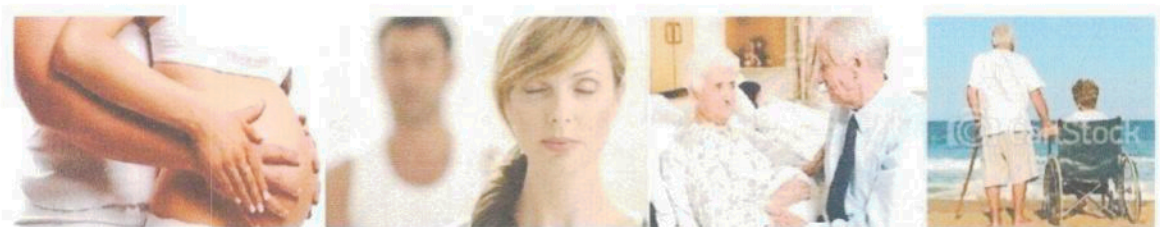
TELLERÍA, J. M. Reflexiones autocríticas acerca de em investigación sobre a búsqueda de atención y demandas em salud de hombres em Santa Cruz de La Sierra – Bolivia. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y

TEYKAL, C. M.; COUTINHO, M. L. R. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. **Psico Porto Alegre, PUCRS**, v. 38, n. 3, pp. 262-268, set./dez. 2007. Acesso em: 02/04/2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2888>

TORRÃO, F. A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cad Pagu**.2005;24:127-52.

WELZER-LANG, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista de Estudos Feministas**, 9, 2, 460-482.

## APÊNDICES



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

UFCA BIBLIOTECA



## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE I- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1. Você acompanha ou já acompanhou sua parceira ao Serviço de Saúde?
2. Na sua concepção é importante que o homem acompanhe sua parceira ao Serviço de Saúde? Por quê?
3. De que forma você acha que sua participação poderá influenciar na saúde da mulher?
4. Na necessidade de sua mulher procurar o Serviço de Saúde você apresenta alguma resistência?
5. De que forma você participa na saúde de sua companheira?
6. Qual dos dois se preocupa em usar algum método contraceptivo?
7. Quantos filhos você têm?
8. Você já foi a alguma consulta de pré-natal? Você já escutou os batimentos do coração do seu filho da barriga de sua esposa?

**APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

1. Idade: \_\_\_\_ (Anos completos)
2. Religião: \_\_\_\_\_
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Escolaridade:
  - Analfabeto
  - Ensino Fundamental Incompleto
  - Ensino Fundamental Completo
  - Ensino Médio Incompleto
  - Ensino Médio Completo
  - Superior Incompleto
  - Superior Completo
  - Pós- Graduação \_\_\_\_\_
5. Renda Mensal:
  - menos de 1 salário mínimo
  - 1 salário mínimo
  - 2 salários mínimos
  - Mais de 2 salários mínimos

### APÊNDICE III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ESTUDO: A PERCEPÇÃO DO HOMEM ACERCA DE SUA IMPORTÂNCIA NA PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

Eu \_\_\_\_\_,  
portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no  
CPF \_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado,  
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário do estudo “A  
PERCEPÇÃO DO HOMEM ACERCA DE SUA IMPORTÂNCIA NA PROMOÇÃO E  
RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER”. Declaro que obtive todas as informações  
necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim  
apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa conhecer a percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos, clínicos-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;



VI) Para registro da entrevista será utilizado um aparelho de MP3 player, o que garantirá maior fidelidade e veracidade das informações coletadas;

VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa;

VIII) Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

VII) Caso me sinta prejudicada por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos e ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

( ) Cliente / ( ) Responsável: \_\_\_\_\_  
 Testemunha 1 (nome/RG/Tel.): \_\_\_\_\_  
 Testemunha 2 (nome/RG/Tel.): \_\_\_\_\_  
 Responsável pelo Projeto: \_\_\_\_\_

Polegar direito

Pesquisador Responsável: Luciana Dantas Farias de Andrade

Telefone para Contato: (83) 99215477

Endereço Profissional: Universidade Federal de Campina Grande-Campus, Centro de Educação e Saúde. Olho D'Água da Bica S/N, CEP: 58175-000 – Cuité, PB – Brasil.  
 Telefone: (83) 3372-1954.

Endereço do CEP: CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

#### APÊNDICE IV- TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “A Percepção do Homem Acerca de sua Importância na Promoção e Recuperação da Saúde da Mulher” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos, sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisas) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ CONEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité (PB), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

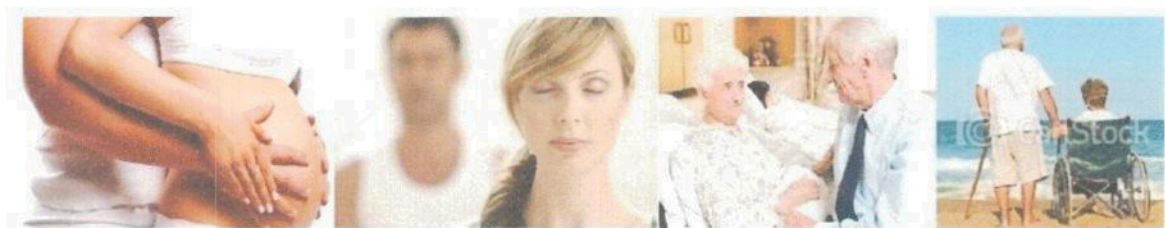
Luciana Dantas Farias de Andrade  
Autora da pesquisa

---

Rafaella Alves Sarmento Costa  
Orientanda

UFPA BIBLIOTECA

## ANEXOS



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)



## 8. ANEXOS

### ANEXO I- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ANEXO III- Termo de Autorização Institucional

PRFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO CONSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado: "A percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher", a ser desenvolvido com os homens cadastrados na Unidade de Saúde da Família Abilio Chacon Filho, pela aluna Rafaella Alves Sarmento Costa do curso de Enfermagem no Centro de Educação e Saúde da Unidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Luciana Dantas Farias de Andrade.

Cuité, 14 de Novembro de 2012.

  
Secretario Municipal de Saúde

UFCG / BIBLIOTECA

## ANEXO II- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda, Rafaela Alves Sarmiento Costa matrícula 508220128, RG 3209342, CPF 06903693440, está realizando uma pesquisa intitulada: "A percepção do homem acerca de sua importância na promoção e recuperação da saúde da mulher", sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, docente do referido curso, necessitando, portanto, coletar informações junto aos homens cadastrados na Unidade de Saúde da Família Abílio Chacon Filho no município de Cuité-PB.

Desta forma, faz-se necessário autorizar a realização da coleta de informações, bem como o usufruto do nome da instituição. Salienta-se que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados exclusivamente para realização desta pesquisa, visando a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), publicação em eventos e artigos científicos.

Cuité 23, Janeiro de 2013.

  
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG

  
Coordenadora da Unidade de Saúde da Família Abílio Chacon Filho

UFCCG/BIBLIOTECA