



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

**LÍVIA GONÇALVES RABELO ARAÚJO**

GÊNERO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
uma revisão crítica da literatura na Saúde Coletiva

Rio de Janeiro

2019

LÍVIA GONÇALVES RABELO ARAÚJO

GÊNERO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
uma revisão crítica da literatura na Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro

2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

LÍVIA GONÇALVES RABELO ARAÚJO

GÊNERO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
uma revisão crítica da literatura na Saúde Coletiva.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 06 de fevereiro de 2019.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Reis Brandão (Orientadora)  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC-UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC-UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline T. Ferreira  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC-UFRJ)

---

Prof. Dr. Lucas Tramontano de Macedo  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC-UFRJ)

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o esforço e apoio para que eu chegasse até esse momento. Agradeço às pessoas que estiveram ao meu lado durante essa caminhada e que não me deixaram desistir: Vinícius, Dayse, Anna, Jéssica, Nathalia, Patrícia e Carol. Deixo um agradecimento especial também à professora e minha orientadora Elaine, por todo apoio desde o início do curso e por ter enxergado e acreditado no meu potencial.

*Ninguém nasce mulher: torna-se mulher.*

*Simone De Beauvoir*

## RESUMO

ARAÚJO, Livia. **Gênero e Atenção Primária à Saúde**: uma revisão crítica da literatura na Saúde Coletiva. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Trata-se de uma revisão crítica da literatura acerca das abordagens de gênero no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Para tanto, realizou-se busca de artigos na base de dados SciELO com o cruzamento de palavras-chave remetentes à Gênero e Atenção Primária à Saúde, produzidos no campo da saúde coletiva/saúde pública durante o período de 2002 a agosto de 2018, tendo sido selecionados 59 trabalhos. Na análise dos textos foi identificada a perpetuação de estereótipos de gênero no cuidado à saúde, principalmente no que diz respeito à abordagem ao usuário do serviço de saúde. Conforme o material analisado, a assistência à saúde no âmbito primário mostra-se deficiente, à medida que seus profissionais não possuem capacitação para lidar com os atravessamentos de gênero na saúde. Embora nas pesquisas levantadas o gênero seja problematizado como categoria analítica, seus resultados apresentam discursos de profissionais e usuários dos serviços de saúde marcados por entendimentos rígidos sobre atributos baseados no binarismo do sexo biológico e, conseqüentemente, sem a consideração da construção social dos corpos. A articulação entre Gênero e Saúde é, particularmente, de grande importância para a Saúde Coletiva pelo fato deste campo se valer da imersão nas ciências sociais, com vistas a desenvolver um olhar muito mais aprofundado sobre as diferenças e desigualdades presentes na sociedade, que geram demandas em saúde que nem sempre são percebidas por outros profissionais com uma formação prioritariamente biomédica.

Palavras-chave: Gênero e saúde. Atenção primária à saúde. Saúde coletiva. Saúde pública. Violência de gênero.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico de proporção de artigos por categoria de assunto.....	23
Figura 2 - Gráfico de série temporal, de 2002 a 2018, das produções selecionadas .....	24

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de artigos levantados por chaves de busca .....	22
Tabela 2 - Frequência de artigos selecionados por categoria de assunto .....	23
Tabela 3 - Distribuição de artigos por periódico de publicação .....	25



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AISC	Atividades Integradas em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISH	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem
RN	Rio Grande do Norte
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Breve retrospectiva das políticas de atenção à saúde com interface ao gênero.....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>21</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>6.1 Análise estratificada por categoria de assunto.....</b>	<b>27</b>
6.1.1 <i>Saúde da Mulher.....</i>	27
6.1.2 <i>Saúde do Homem.....</i>	29
6.1.3 <i>Sexualidade e Reprodução.....</i>	32
6.1.4 <i>Violência.....</i>	36
6.1.5 <i>Outros.....</i>	39
<b>6.2 Amplo olhar sobre as produções acadêmicas de gênero e saúde na atenção primária.....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>8.1 Fontes Primárias.....</b>	<b>48</b>
<b>9 ANEXO.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são características do curso de graduação em Saúde Coletiva que o tornam irreverente. Ao longo da jornada de quatro anos são muitas as áreas do conhecimento as quais se tem contato, o que estimula a construção de uma sensibilidade para atuação na área da saúde com um olhar que abarca questões biológicas, epidemiológicas, sociais, culturais, ambientais, éticas, entre outras.

A compreensão da importância das dimensões sociais para a saúde se deu, inicialmente, com o estudo dos Determinantes Sociais da Saúde<sup>1</sup>, os quais incluem os coeficientes ou categorias construídas socialmente que impactam de forma direta ou indireta na saúde dos indivíduos. São exemplos as dimensões de raça/etnia, classe social, gênero, religião, entre outros. Acredita-se que esses fatores são geradores de desigualdades na sociedade, configurando perfis de saúde diferentes para cada indivíduo ou conjunto de indivíduos, dadas suas particularidades culturais.

Em uma perspectiva mais aprofundada, na disciplina optativa de Gênero e Saúde, a qual cursei no primeiro semestre de 2018, foram discutidos temas que têm como base uma apreciação do gênero como categoria relacional decorrente de um processo de construção social, no qual as relações entre homem e mulher, feminino e masculino, são entendidas como produzidas e produtoras por/de aspectos e contextos específicos ao longo dos tempos. Tudo isso, com vistas a gerar subsídios para a compreensão do cenário atual e as consequências dos paradigmas e padrões sociais na saúde das populações.

Foi-se percebendo, ao longo do curso, como essas desigualdades produzidas historicamente e reafirmadas na atualidade impactam as práticas de saúde, principalmente nos ambientes de saúde configurados como portas de entrada para a rede de assistência. Estas portas de entrada são classificadas, formalmente, como Atenção Primária à Saúde<sup>2</sup> (APS) e aplicam os princípios e diretrizes estabelecidos por meio da criação do Sistema Único de

---

<sup>1</sup> Entende-se que o conceito de Determinantes Sociais da Saúde se aproxima do que Barata (2009) denomina como Desigualdades Sociais em Saúde, termo o qual, segundo a autora, se refere a uma distinção entre a saúde dos grupos, marcada por características sociais específicas.

<sup>2</sup> Trata-se de um conjunto de ações em saúde que são desenvolvidas de forma descentralizada e capilar, ficando o mais próximo possível da vida das pessoas. Configura-se como porta de entrada e principal ponto de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Saúde (SUS), assim como uma abordagem voltada para a Estratégia de Saúde da Família<sup>3</sup> (ESF).

A presença dos graduandos de saúde coletiva nesses espaços foi incentivada por meio das disciplinas designadas Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC), as quais se distribuem ao longo de todo o curso e proporcionam a observação e vivência do/a aluno/a em territórios e/ou serviços públicos de saúde acerca dos desafios teóricos colocados às práticas de saúde, adstritas a uma percepção do papel desempenhado pelo sanitarista nesses ambientes. No percurso dessa disciplina, considerando-se as perspectivas teóricas de gênero<sup>4</sup>, tornam-se perceptíveis em nossa observação cotidiana dos serviços algumas condutas dentre os profissionais de saúde ou a falta delas, as quais o sanitarista, com sua formação interdisciplinar, é capaz de atribuir a certos modelos construídos socialmente.

Essas questões são de grande importância, principalmente para a área da Saúde Coletiva<sup>5</sup>, haja vista sua relação com a qualidade de vida das coletividades. Esta área do conhecimento elenca como prioridade o estudo das populações, mas também do indivíduo. O seu diferencial das outras práticas em saúde é o seu potencial de enxergar este indivíduo em sua coletividade, observando todo o seu contexto social, psicológico, biológico, cultural, etc., ou seja, aborda o indivíduo em sua totalidade.

Diante disso, observa-se que na grande maioria das ciências da saúde o indivíduo é reduzido a uma visão biologicista, diferentemente do campo da saúde coletiva, delimitado por Paim e Almeida-Filho (1998, p. 309), como um campo que permite:

Estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.

Para o planejamento de políticas e ações em saúde, faz-se necessária uma percepção da importância de se discutir as disparidades presentes na sociedade com vistas a garantir abordagens diferenciadas para indivíduos e corpos distintos, entendendo suas particularidades

---

<sup>3</sup> Tal estratégia se propõe a reorganizar a Atenção Primária à Saúde de modo a expandi-la e qualificá-la, garantindo impacto positivo na saúde dos indivíduos e dos grupos se valendo de uma abordagem custo-efetiva (BRASIL, 2011).

<sup>4</sup> Levou-se em consideração estudos como o de Joan Scott (1995), Hirata *et al.*, (2009), Heilborn (2003), entre outros materiais disponibilizados durante o curso da disciplina de Gênero e Saúde, no IESC/UFRJ.

<sup>5</sup> Segundo Joel Birman (2005), a Saúde Coletiva se diferencia da Saúde Pública propriamente dita pelo seu caráter crítico ao naturalismo médico, assim como a consideração das características simbólicas do corpo e, principalmente, a inserção das Ciências Sociais e Humanas no campo da saúde.

como produtoras de diferentes demandas e necessidades em saúde. Tais necessidades são definidas, segundo Castellanos, Loyola e Iriart (2014, p. 574), de acordo com as posições e relações de poder imbricadas na sociedade, assim como as atribuições de sentido ao processo que envolve os estados de saúde e adoecimento.

Entendendo isso, percebe-se a importância de se discutir as questões de gênero como produtoras de desigualdades sociais e em saúde, de modo que exigem um estudo sobre as experiências vividas, principalmente, na APS. Isto porque a mesma se caracteriza como porta de entrada dos indivíduos no serviço de saúde, sendo responsável por perceber tais disparidades e atuar de forma abrangente e inclusiva.

Acredita-se que seja importante compreender o estado da arte da produção científica sobre gênero na atenção primária à saúde, a partir do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, para identificar questões que possam estar interferindo diretamente na qualidade da assistência à saúde prestada.

Desta maneira, este estudo se propõe a analisar e discutir, por meio da literatura científica disponível, como os espaços de cuidados primários à saúde estão levando em consideração (ou não) a categoria analítica de gênero, em sua dimensão relacional e arbitrária segundo o contexto sociocultural, como produtora de desigualdades, tanto no acesso à saúde quanto no processo saúde-doença.

## 2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A produção de conhecimento científico, durante um longo tempo da história, foi vista como um processo neutro, livre de qualquer interferência sociológica ou histórica. A partir dos trabalhos de Thomas Kuhn e a sua noção de paradigma e ciência revolucionária, coloca-se em ênfase a influência de visões de mundo e de contexto, principalmente o social, na estruturação do conhecimento científico (FOUREZ, 1995). Também contribuíram para esta compreensão histórica da ciência os estudos de Ludwik Fleck (2010), o qual percebia a ciência como produto de coletivos de pensamento aos quais os pesquisadores faziam parte. Tais coletivos seriam produtores de fatos científicos próprios baseados no processo de socialização de seus pesquisadores (LÖWY, 1994).

Acreditou-se, por longo tempo, na teoria da existência de um corpo único para homens e mulheres. Segundo Laqueur (2001), Galeno explica essa teoria por meio da quantidade de calor que os corpos recebiam como forma de distinção, sendo o corpo do sexo masculino aquele que recebia mais calor e, portanto, aquele que externava seu órgão sexual. Já o sexo feminino seria uma versão mais fria e, por isso, seu órgão sexual não se projetava externamente.

Assim, a partir do século XVIII, onde já se perpetuava o entendimento de dois corpos diferentes, passa-se a justificar as desigualdades, tanto físicas, quanto morais e sociais por meio da biologia (LAQUEUR, 2001). Denominado como Determinismo Biológico, esse processo serviu de base para a construção de argumentos ancorados na diferença entre os corpos de homens e mulheres que justificassem a superioridade e dominação do sexo masculino sobre o feminino.

Entende-se que tal hegemonia masculina, no plano social e biológico, passa a influenciar na produção científica, sendo a mesma, por longo período de tempo, empreendida por e para sujeitos do sexo masculino, reafirmando a inferioridade inata do sexo feminino (LÖWY, 2009). Tal influência é destacada por Martin (1996) em seu estudo sobre os relatos populares e científicos acerca da fecundação, onde a mesma mostra a relação das figuras do óvulo e do espermatozoide com estereótipos culturais de macho e fêmea.

A partir dos anos de 1970, nota-se uma ascensão do movimento feminista e, conseqüentemente, sua forte interferência nos estudos, principalmente americanos, como forma de se contrapor às determinações biologicistas empregadas ao sexo, além de abarcar as relações das normas referentes ao que se considera feminino e masculino. Tais estudos trazem

consigo os usos do termo gênero como uma categoria analítica de modo a traduzir as relações de poder no contexto social e, tomando como base as diferenças ou desigualdades inferidas entre os sexos (SCOTT, 1995).

Apropriando-se do conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Constituição de 1948, como sendo o “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, entende-se Gênero como um dos determinantes envolvidos nesse processo.

Isto porque categorias sociais como o gênero, classe social, educação, entre outros, são capazes de gerar desigualdades sociais em saúde, ou seja, diferenças nas condições e no acesso à saúde (BARATA, 2009). Quando essas diferenças passam a ser entendidas como decorrentes de algum tipo de injustiça social, implica considerá-las como iniquidades e, a partir disso, propicia-se condições para que políticas de diminuição das desigualdades sejam formuladas e colocadas em prática (BARRETO, 2017).

Segundo Barata (2009), existe uma desigualdade em saúde entre homens e mulheres que deve ser explorada levando em consideração as particularidades do sexo e as relações de gênero. A autora destaca que gênero não deve ser visto como um sinônimo de sexo, já que este último se refere a características biológicas relacionadas à anatomia e fisiologia do órgão reprodutor. Já o gênero, como dito anteriormente, é resultado de aspectos sociais e culturais que irão ditar papéis<sup>6</sup> femininos e masculinos, assim como sua relação.

Dessa forma, construíram-se socialmente alguns traços que serão atribuídos aos homens e a mulheres, de modo a garantir a diferenciação entre os mesmos. Tal distinção reafirma a superioridade e dominação masculina ao atribuir ao homem características viris supostamente naturais, como força e coragem, atributos valorados positivamente na sociedade (MOLINIER; WELZER-LANG, 2009).

Entretanto, em muitas culturas e sociedades as atribuições exercidas por homens e mulheres são entendidas como resultantes do seu sexo anatômico (HEILBORN, 2003). Dessa forma, a dimensão natural dá origem às condutas de homens e mulheres, as quais se traduzem em personalidades e comportamentos dados como padrão para os sexos na lógica binária (CARRARA *et al.*, 2010).

Com isso, cabe à mulher a realização de papéis restritos ao cenário privado da vida em sociedade, como o cuidado da casa e dos filhos. Já aos homens são atribuídos papéis no cenário público como o trabalho e o sustento da família. Em geral, as dimensões e espaços

---

<sup>6</sup> Molinier e Welzer-Lang (2009) caracterizam esses papéis atribuídos socialmente e culturalmente aos indivíduos do sexo masculino e feminino como masculinidades e feminilidades, respectivamente.

associados à masculinidade gozam de um status superior na sociedade, sendo considerados de maior prestígio.

Apesar de se dar até os dias atuais, tal conformação social vem sofrendo algumas alterações, principalmente com os movimentos feministas, os quais culminaram com a entrada das mulheres brancas nos campos considerados, historicamente, masculinos, como a produção científica e o mercado de trabalho (SCHIEBINGER, 2001).

Assim, ao longo dos anos, no Brasil, a perspectiva de gênero passou a ser incorporada, visando ações de assistência à saúde da mulher e, mais recentemente, dos homens, como veremos na análise da literatura adiante.

## 2.1 BREVE RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM INTERFACE AO GÊNERO

Buscando resumir muito brevemente a trajetória das políticas de assistência à saúde materno-infantil e posteriormente à saúde sexual e reprodutiva que aparecem articuladas na atenção básica, teço algumas considerações sobre iniciativas institucionais públicas ao longo do final do século XX e início do século XXI. Algumas das principais iniciativas ocorreram, com a proposição de ações educativas voltadas ao público feminino, sendo estas mais baseadas em condutas de higiene e puericultura, além do cuidado com pré-natal, objetivando uma diminuição da mortalidade infantil. A ênfase, portanto, era dada à mulher como corpo reprodutor ou “receptáculo da futura criança” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 19).

O movimento pela contracepção, que se fortalece a partir dos anos 50, cria uma incompatibilidade com o paradigma existente, de tal forma que se incentivava o ‘tornar-se mãe’, desde que não resultasse em uma grande quantidade de filhos. Já na década de 70 foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil que, a despeito do nome, era voltado exclusivamente para os recém-nascidos, ficando as mulheres (mães) em segundo plano (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Com a entrada da lógica mercantilista no campo da saúde em meados da década de 70, tem-se um enfraquecimento da relação entre os profissionais de saúde e os usuários, o que acabou por interferir na qualidade da assistência à saúde. As condições precárias de saúde levaram, no início dos anos 80, a uma insatisfação e a organização de um movimento por melhores condições de saúde no Brasil (COSTA; AQUINO, 2000).

Esse movimento por uma reforma sanitária se formou a partir da articulação de diversos grupos sociais, entre eles o movimento social de mulheres, o que proporcionou a



entrada de ideais feministas no processo de debate das políticas de saúde (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

Em 1983 foi elaborado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para o qual se pensava em ações e serviços descentralizados, regionalizados e seguindo uma certa hierarquia, isso tudo em um momento onde se pensava as bases para a construção do SUS (BRASIL, 2004). O PAISM propunha ações básicas de saúde que englobassem educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, com vistas à melhoria da qualidade de saúde prestada à população feminina (BRASIL, 1985).

Segundo Villela e Monteiro (2005), a partir dos anos 90 há a introdução do conceito de Saúde Reprodutiva<sup>7</sup>, o qual inclui, principalmente, o direito da mulher em optar pela reprodução ou não, além da desvinculação dos termos sexualidade e reprodução. Arelado a isso, as autoras também citam o aparecimento da discussão sobre os direitos reprodutivos da mulher, os quais se baseiam na ideia de luta pelo aborto e contracepção legal, além de debater a medicalização<sup>8</sup> imposta sobre o corpo feminino.

Entretanto, com a implementação do SUS em 1988<sup>9</sup> e a proposta de cobertura universal e, conseqüentemente, o aumento da demanda por serviços de saúde, observa-se, nos anos 90, uma dificuldade nesse provimento em virtude da escassez de recursos e equipamentos. Arelado a isso, tem-se, ainda, a descentralização desses serviços de saúde, atribuindo aos municípios a responsabilidade de implementação local das ações do PAISM, o que ficou prejudicado pela falta de capacitação e experiência dos gerentes, além da ausência de mulheres para atuação no controle social (VILLELA; MONTEIRO, 2005 apud LAGO, 2004a).

Dá-se ênfase, ainda nos anos 90, às deliberações resultantes das Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial as Conferências sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing

---

<sup>7</sup> Segundo a Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo: “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio.” (UNFPA, 1994, p.62).

<sup>8</sup> Zorzanelli e Cruz (2018), baseados no conceito de medicalização apontado por Michel Foucault, afirmam que tal termo se refere a uma abordagem autoritária da ciência médica sobre todos os níveis da vida humana, inclusive os que, anteriormente, não faziam parte de sua alçada.

<sup>9</sup> A constituição de 1988 traz em seu Capítulo II, Seção II, os artigos 196-200 que tratam sobre a saúde e seu provimento, assim como as ações e serviços e financiamento referentes ao que se definiu como Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

(1995), as quais consolidaram o estabelecimento de diretrizes internacionais para os direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 1994). Estes, por sua vez, viriam a contribuir para definir a “igualdade de gênero” como uma das metas dos Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pela ONU.

Com isso, em 2004, a Área Técnica de Saúde da Mulher lança a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (VILLELA; MONTEIRO, 2005), a qual pretende ser norteadada pela perspectiva analítica de gênero, raça e etnia e possui como objetivos gerais, segundo documento de princípios e diretrizes da Política (BRASIL, 2004, p. 67):

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Já no que se refere à saúde do homem, a iniciativa de criação de uma política de saúde específica para estes ocorreu mais tarde na história recente. Segundo Carrara, Russo e Faro (2009), a partir de 2004, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) teve importante papel no exercício de pressão para a criação de uma Política de Assistência ao Homem, levando em consideração o seu interesse em questões relacionadas à profissão de Urologista, assim como sua vinculação ao SUS.

Atrelado a isso, a criação da Política é também impulsionada pela percepção, por meio de estudos, de que os homens se mostram, ao longo do tempo, mais suscetíveis a doenças e a mortes por causas evitáveis, tendo em vista sua resistência aos cuidados primários em saúde (BRASIL, 2008). Tal resistência integra os atributos do que conhecemos como masculinidade hegemônica, que impõe ao sujeito homem performances que demonstrem sempre força e uma dita “saúde de ferro”, o que dificulta o reconhecimento de suas necessidades de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, publicada em 2009, baseia-se no ideal de acolhimento e integração do homem aos serviços de saúde. Tem ainda como objetivo a diminuição dos coeficientes de mortalidade e morbidade destes por meio da melhoria da qualidade dos serviços prestados e incidência sobre os fatores de risco envolvidos no processo saúde-doença dos homens (BRASIL, 2009).

Percebe-se em maior ou menor proporção que, tanto a PAISM quanto a PNAISH, têm em suas bases a percepção das implicações de gênero na saúde dos indivíduos. Em

consonância com isso, muitos estudos abordam essa relação gênero-saúde, principalmente por estarem abarcadas neste contexto questões como sexualidade, reprodução, violência, assim como as questões normativas acerca das feminilidades e masculinidades.

Como exemplo, tem-se um estudo realizado sobre uma experiência de estágio em uma Unidade Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família localizada em Vila Prudente, Assis, no estado de São Paulo, onde foram observados sofrimentos mentais produzidos, principalmente, pelos atravessamentos envolvidos nas relações de gênero (PERES, 2010). Tais sofrimentos mentais podem estar associados às masculinidades e feminilidades impostas aos homens e às mulheres e que ditam padrões de comportamento por toda a vida destes.

Alguns estudos também mostram o despreparo dos profissionais de saúde e do próprio serviço para a abordagem das ações propostas pela PAISM, onde as mulheres que procuram o serviço de saúde são consideradas como frágeis e vulneráveis, além de terem seus direitos sexuais e reprodutivos negados, como o não acesso a um planejamento familiar de qualidade (BENITES; BARBARINI, 2008).

O despreparo profissional é apontado em outras produções de saúde como produtor de invisibilidades, as quais se referem a uma não percepção de agravos e situações que transitam pelo serviço de saúde. Essa indiferença ou não reconhecimento é percebido tanto quando se refere a mulheres que sofrem violência, principalmente a doméstica (ANDRADE; FONSECA, 2007; SCHRAIBER, 2005), quanto na recusa de que o corpo masculino seja passível de fragilidades e demandas de saúde (MIRANDA *et al.*, 2018).

Tais questões são levantadas principalmente em estudos realizados na APS, a qual é percebida como espaço de grande quantidade de atravessamentos sociais pela sua proximidade com o indivíduo e seu contexto, assim como a sua responsabilidade, como primeiro nível de cuidado em saúde, em garantir a qualidade e, principalmente, a integralidade no cuidado.

Os trabalhos produzidos por Aquino (2006) e por Araújo, Schraiber e Cohen (2011) configuram estudos importantes que também se propuseram a realizar uma análise acerca das produções que relacionam gênero e saúde. Embora os mesmos não tenham seu foco voltado à Atenção Primária à Saúde, mas sim ao campo da Saúde Coletiva, trazem questões relevantes acerca dos sentidos atribuídos ao gênero e a carência de aprofundamento teórico e metodológico sobre esta categoria, à medida que se tem a percepção de que este tema não é trabalhado de uma forma precisa nos estudos em Saúde Coletiva.

### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão crítica da literatura científica produzida na área da saúde coletiva/saúde pública sobre as abordagens e estudos de gênero na Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, no período de 2002 a 2018.

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de revisão crítica da literatura científica acerca das abordagens de gênero na Atenção Primária à Saúde, de forma a perceber padrões e diferenciais em relação à produção do cuidado. A busca dos artigos foi executada na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se as chaves de busca: “Gênero AND Atenção Primária”, “Gênero AND Saúde da Família”, “Gênero AND Atenção Básica” e “Gênero AND Saúde Coletiva”. Ressalta-se o fato de que as duas últimas chaves de busca foram usadas para rastreamento destes termos apenas nos resumos das produções, diferentemente das duas chaves iniciais que propiciaram a busca dos termos em todo o corpo das pesquisas científicas. Esta estratégia teve como objetivo observar as produções em comum, assim como permitir a abordagem de artigos complementares.

Tais buscas geraram um acervo de 609 artigos produzidos até o mês de agosto de 2018, dos quais foram selecionados aqueles que faziam parte das Coleções Brasil e que foram escritos no idioma português, totalizando 335 produções.

Percebendo-se que a maioria dos artigos encontrados foi produzida entre 2002 e 2018, excluíram-se todos aqueles que estavam fora deste período, restando 324 produções. Além disso, por se tratar de um estudo produzido durante a formação em Saúde Coletiva, selecionaram-se apenas os artigos produzidos por periódicos desta área, assim como a área de saúde pública<sup>10</sup>, sendo um total de 10 (dez) periódicos. Após o filtro da área de conhecimento, restaram 211 artigos.

Ademais, por meio de leitura dos resumos destes, excluíram-se aqueles que se distanciavam na temática a qual este estudo se propôs. Entre os preteridos destacam-se, principalmente, aqueles que faziam uso da palavra “gênero” como sinônimo de “sexo”, caracterizando-se como estudos apenas descritivos, sem que fosse feito o uso da categoria de gênero em seu caráter analítico. Também foram excluídos do estudo aqueles que se encontravam duplicados, tanto dentro, quanto entre as buscas.

Por fim, remanesceu um total de 59 (cinquenta e nove) artigos, os quais foram agregados por chave de busca e por categoria de assunto. Dentre as categorias identificadas estavam: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Sexualidade e Reprodução, Violência e Outros. Com isso, foi possível uma descrição das produções levantadas de acordo com seu assunto

---

<sup>10</sup> Birman (2005) aponta para uma naturalização da utilização dos termos Saúde Coletiva e Saúde Pública como sinônimos. Desta forma, de modo a não se perder produções importantes, resolveu-se abordar periódicos das duas áreas.

principal, periódico publicado, ano, resultados e principais discussões (Anexo A).

Todas as 59 produções selecionadas foram lidas em sua completude e descritas no presente trabalho de acordo com suas características. Para tanto, fez-se uso de tabelas e gráficos, os quais foram construídos por meio da ferramenta Microsoft Office Excel, versão 2013.

## 5 RESULTADOS

Com a intenção de detalhar todos os artigos levantados, elaborou-se uma planilha (Anexo 1), a qual contém a listagem das produções, agrupadas por blocos de assunto e ordem alfabética dos autores, assim como seus objetivos, metodologias e resultados, além do ano e do periódico de publicação.

A Tabela 1 apresenta a frequência de artigos levantados por chave de busca na base de dados SciELO. Por meio desta percebe-se que a maior parte dos artigos selecionados derivaram das chaves de busca “Gênero AND Saúde da Família” e “Gênero AND Atenção Primária”. Já as buscas “Gênero AND Atenção Básica” e “Gênero AND Saúde Coletiva”, as quais focaram no uso destes termos apenas nos resumos das produções, geraram um número menor de artigos correspondentes à proposta deste trabalho.

**Tabela 1 - Frequência de artigos levantados por chaves de busca**

<b>Chaves de Busca</b>	<b>Número de artigos</b>
Gênero + Atenção Primária	26
Gênero + Atenção Básica	2
Gênero + Saúde Coletiva	3
Gênero + Saúde da Família	28
<b>Total</b>	<b>59</b>

Atenta-se para o fato de que estas produções expostas fazem parte daquelas que se enquadraram nos critérios deste trabalho e, portanto, não representam toda a produção referente a esse tema ao longo dos anos na base de dados.

Durante a leitura dos artigos, notou-se que os mesmos poderiam ser classificados quanto ao seu assunto principal de discussão em cinco categorias: Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Violência, Sexualidade e Reprodução e Outros. Dessa forma, a Tabela 2 apresenta a frequência de artigos por assunto e, para uma melhor visualização de sua importância, construiu-se o Gráfico 1 com as proporções de acordo com os setores de assuntos elencados.

A maioria dos artigos (19) são voltados para o tema da Sexualidade e Reprodução, o que representa 32% das produções elencadas para a elaboração do trabalho. Em segundo lugar, encontra-se o tema da Saúde do Homem, com 17 produções, representando 29% do conjunto de artigos. Já a menor porcentagem é atribuída ao assunto ‘Outros’ (3%), que engloba temas

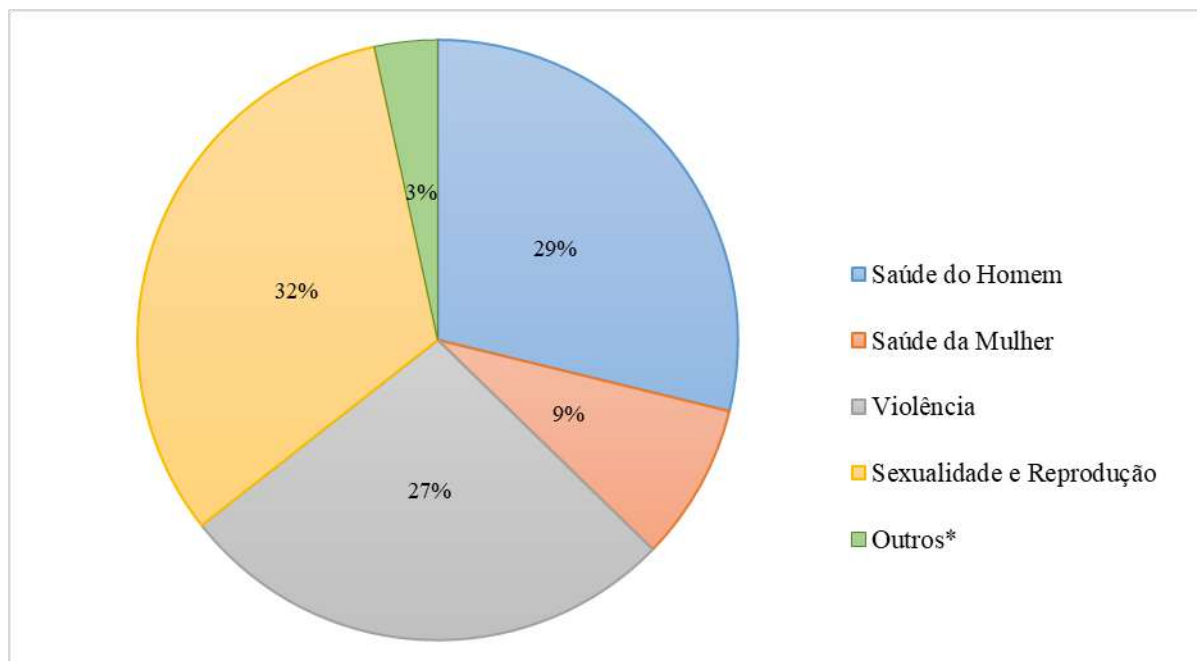
que não puderam ser classificados de acordo com as categorias pré-existentes, como: Qualificação Profissional e Atenção Hospitalar.

**Tabela 2 - Frequência de artigos selecionados por categoria de assunto**

<b>Categoria</b>	<b>N</b>
Saúde do Homem	17
Saúde da Mulher	5
Violência	16
Sexualidade e Reprodução	19
Outros*	2
<b>Total</b>	<b>59</b>

Os artigos referentes à Saúde da Mulher se mostraram em menor proporção quando comparados aos que abordam a saúde do homem. Entretanto, embora os artigos sobre Violência e Sexualidade e Reprodução tenham esses temas como assunto principal, os mesmos acabam por focar na saúde da mulher, do homem ou dos dois ao mesmo tempo.

**Figura 1 - Gráfico de proporção de artigos por categoria de assunto**



Entre os artigos que abordam o tema da Violência, 10 dos artigos têm seu foco voltado para a saúde da mulher e apenas 1 com foco no homem, restando 5 artigos que possuem uma

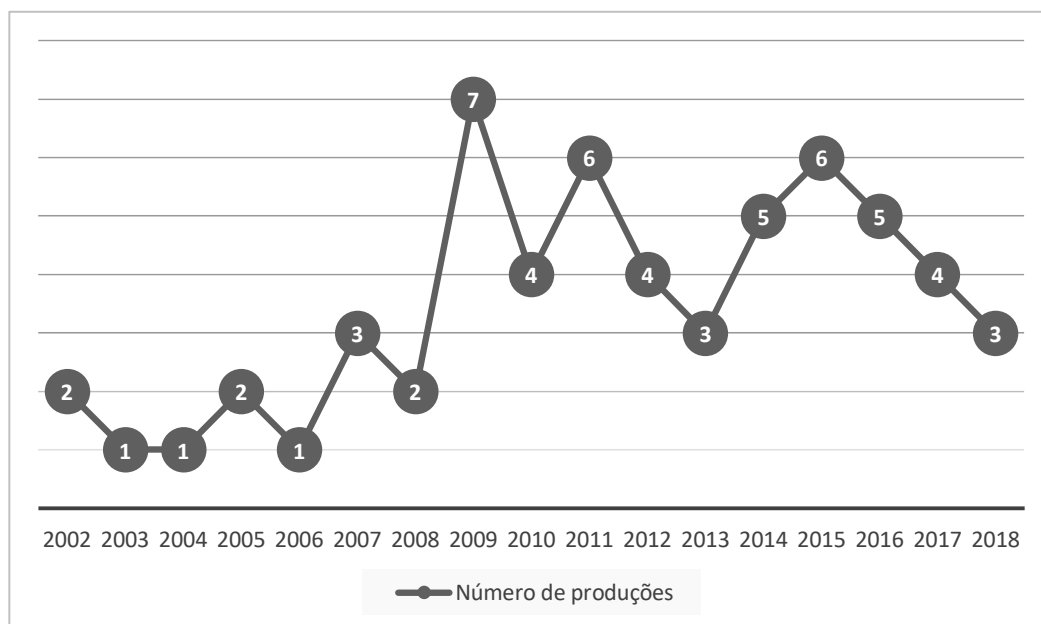


abordagem mais geral. Já os artigos classificados com a temática de Sexualidade e Reprodução, 7 são mais gerais, 6 se focam na saúde da mulher e os outros 6 na saúde do homem.

Tendo em vista que este trabalho se propôs a realizar uma revisão de literatura das produções a partir do ano de 2002, elaborou-se um gráfico (Gráfico 2) para que seja possível uma visualização da distribuição destes ao longo dos anos, até mês de agosto do ano de 2018. Nota-se, nessa distribuição, um grande número de artigos selecionados que foram produzidos, principalmente, no ano de 2009 (7 artigos), o qual se configura como o ano com maior número de artigos levantados, seguido pelo ano de 2011 com 6 produções.

Dos 7 artigos publicados em 2009, 4 foram referentes ao tema da Violência e 3 ao tema da Sexualidade e Reprodução. Já no ano de 2011, dos 6 artigos publicados, 4 se referiam à Saúde do Homem e 2 a questões sobre sexualidade e reprodução. Percebe-se também que os trabalhos referentes à Saúde do Homem só começaram a ser publicados em maior quantidade a partir de 2011.

**Figura 2 - Gráfico de série temporal, de 2002 a 2018, das produções selecionadas**



No que se refere aos periódicos de publicação, os quais foram selecionados dentro do campo da saúde coletiva ou saúde pública, construiu-se a Tabela 3 para visualização da frequência de produções.

**Tabela 3 - Distribuição de artigos por periódico de publicação**

<b>Periódico</b>	<b>Frequência de Publicações</b>
<b>Caderno de Saúde Pública</b>	6
<b>Ciência &amp; Saúde Coletiva</b>	19
<b>Interface: comunicação, saúde, educação</b>	9
<b><i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i></b>	4
<b>Revista Brasileira de Epidemiologia</b>	1
<b>Revista de Saúde Pública</b>	8
<b>Saúde em Debate</b>	2
<b>Saúde e Sociedade</b>	6
<b><i>Sexualidad, Salud y Sociedad</i></b>	2
<b>Trabalho, Educação e Saúde</b>	2

A grande maioria dos artigos produzidos entre 2002 e 2018, de acordo com os propósitos deste trabalho, foram publicados pelo periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, totalizando 19 produções. O periódico que apresentou o menor número de produções foi a *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Isto pode ser justificado pelo fato deste periódico produzir artigos mais quantitativos e descritivos, os quais podem não satisfazer os critérios de análise propostos neste trabalho, dentre os quais a abordagem da categoria de gênero em sua dimensão analítica e seu caráter socialmente constitutivo. Além disso, a categoria analítica de gênero é um objeto privilegiado das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, favorecendo, portanto, os periódicos que abrangem esta área da Saúde Coletiva.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise e discussão da literatura elencada propõem-se duas abordagens de modo a abarcar de forma concisa o conteúdo das produções acadêmicas examinadas: inicialmente irão ser abordadas as informações agregadas por tema ou assunto principal e, logo após, será trazido um olhar mais geral acerca das abordagens e experiências envolvendo gênero na Atenção Primária à Saúde.

Esta aproximação se dá em função do entendimento de que os temas possuem suas particularidades, mas também se relacionam uns com os outros de uma forma mais abrangente. Dessa maneira, a análise, tanto temática quanto da relação entre os diversos temas é de fundamental importância para a construção do cenário de produções a respeito do cuidado à saúde, levando em consideração o entendimento (ou não) da categoria de gênero como produtora de Desigualdades Sociais em Saúde.

### 6.1 ANÁLISE ESTRATIFICADA POR CATEGORIA DE ASSUNTO

Em função deste trabalho, os artigos foram classificados pela autora em 5 temas ou assuntos principais, sendo estes: Saúde da Mulher; Saúde do Homem; Violência; Sexualidade e Reprodução e Outros.

#### 6.1.1 Saúde da Mulher

Os artigos com foco na Saúde da Mulher trazem assuntos diversos, desde uso de álcool e outras drogas por mulheres, até o cuidado em saúde de mulheres com deficiência, além de câncer cervical e realização do Papanicolau. A maioria destas produções ressaltam os estereótipos de gênero<sup>11</sup> que são reforçados, tanto por profissionais de saúde quanto pelas usuárias do serviço.

As participantes que fazem o uso considerado abusivo de álcool afirmam que existe um julgamento maior sobre mulheres que possuem essa conduta do que sobre homens. Isso porque o uso de álcool e outras drogas conforma-se como um descumprimento do seu “papel de

---

<sup>11</sup> “Os estereótipos são uma maneira de ‘biologizar’ as características de um grupo, isto é, considerá-las como fruto exclusivo da biologia, da anatomia” (BRASIL, 2009).

mulher”<sup>12</sup>. Dessa forma, muitas mulheres fazem questão de reafirmar que não deixam de cumprir suas “tarefas” e apenas faziam o uso da substância após cuidarem da casa, dos filhos e do marido, como pode ser confirmado pelo seguinte relato de uma entrevistada do estudo: “Não era aquela pessoa que acordava e queria beber; acordava e ia cuidar dos meus afazeres [...] Nunca pensei nisso, assim, quando eu acabava, eu queria beber, aí minha casa tava limpa, meu almoço tava feito, tava tudo pronto” (CAMPOS; REIS, 2010, p. 543).

Além disso, há uma visão naturalizada de atributos considerados femininos por parte dos profissionais de saúde, onde os mesmos atribuem a tendência ao vício a álcool e, principalmente outras drogas, pelas mulheres usuárias dos serviços de saúde, a uma certa fragilidade, segundo relato de uma profissional de saúde entrevistada: “O homem é mais forte nesse universo de droga, onde é praticamente cada um por si. Então, a mulher acaba, por conta da sua fragilidade física, sendo subjugada” (SILVA; PEREIRA; PENNA, 2018, p. 4).

As condições biológicas também são utilizadas como justificativa de uma certa inferioridade feminina em relação ao masculino, segundo outro relato de profissional de saúde: “Não dá pra esquecer a especificidade das questões relacionadas à emoção e aos hormônios. Elas têm uma emoção, uma coisa de sentimento que é inato” (Ibid., p. 4).

Dessa forma, nesse bloco de artigos sobre a Saúde da Mulher há uma grande ênfase, por parte dos autores, acerca de certo despreparo ou falta de capacitação dos profissionais de saúde no que se refere a uma compreensão histórico-sociológica da categoria de gênero. Isso se torna ainda mais evidente quando se discute sobre mulheres com deficiência que, juntamente com sua condição de mulher se encontram em uma situação de dupla vulnerabilidade. Além do profissional, o serviço de saúde também não se encontra preparado para receber mulheres com deficiência, como confirma relato da mãe de uma mulher usuária de cadeira de rodas:

Eu acho que [o serviço não se empenha] porque [...] chega lá, ela é deficiente, ela não anda, tem problema mental, ela não tem tolerância a chegar num Posto de Saúde e ficar esperando todo mundo passar pra depois chegar a vez dela. [...] eles não passam (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013, p. 870).

Tive certo contato com a temática da deficiência na Atenção Primária por meio das disciplinas de AISC, onde percebe-se uma indiferença com relação a esta população. Em uma das Unidades de Saúde que serviu como campo de estágio para a autora, por meio de reunião de equipe, chegou-se à conclusão de que não se sabia definir o que se configurava como

---

<sup>12</sup> Questão também levantada por Alzuguir (2007) em seu estudo sobre as relações de gênero presentes nos discursos de mulheres em tratamento para o alcoolismo em um serviço de saúde do Rio de Janeiro.

deficiência e que esses usuários passavam despercebidos no ambiente do serviço de saúde, o que corrobora o que foi mostrado pelo estudo apresentado acima.

Ainda, nesse bloco de assuntos, as experiências na Atenção Primária à Saúde não foram apresentadas de forma mais aprofundada, levando em consideração a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, tendo em vista que as ações propostas por esta política não foram confrontadas com as práticas executadas na rotina dos serviços da APS. Dessa forma, o que os estudos evidenciaram foi a questão da realização do exame que previne o câncer cervical (Papanicolau) e a necessidade de realização do mesmo atrelada às determinações de gênero impostas pela sociedade, o que são evidenciados pelo entendimento de que as mulheres devem se cuidar mais em função de serem mulheres (CAMPOS; CASTRO; CAVALIERI, 2017). Isso corrobora com a tese de que as desigualdades sociais da saúde afetam a “oportunidade de ser e se manter sadio” (BARATA, 2009, p. 12)

### **6.1.2 Saúde do Homem**

Os artigos referentes a este tema tratam, principalmente, de uma precariedade dos serviços da APS em perceber as necessidades específicas dos homens em sua integralidade. Nesse aspecto, as produções apontam para uma invisibilidade masculina nesses espaços, seja em presença física, seja em relação às suas demandas. O atendimento que deveria ser norteado pela PNAISH acaba não se dando na prática.

Logo, o que se percebe na prática da assistência em saúde é que essa política acaba por se resumir em ações episódicas, como no dia dos pais ou dia da saúde do homem, ou seja, algo que não faz parte de uma rotina de cuidado em saúde e que não se configura como a efetivação da Política nas unidades de saúde (GOMES *et al.*, 2012).

Isso é indicado nos artigos como uma consequência do não conhecimento da PNAISH e da falta de capacitação para atuar de forma a contemplar a mesma. Como ressaltado por Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012), durante o processo de implementação da Política nos serviços de saúde não foram distribuídos materiais sobre a mesma por parte das secretarias para os profissionais. Ainda segundo os autores, uma capacitação foi ofertada apenas para os profissionais de nível superior das unidades de saúde, o que acaba excluindo os Agentes Comunitários de Saúde, principais componentes na efetivação da política.

Além disso, outros fatores contribuem para a não construção de um vínculo entre os usuários e os profissionais dos serviços de saúde, como o que foi aludido por vários dos artigos sobre certa “Feminilização” do espaço da APS. Couto *et al.*, (2010), em seu estudo sobre o

homem na APS a partir de uma perspectiva de gênero, percebem por meio de observação da rotina de trabalho das unidades, uma demarcação do espaço como sendo feminino, como a presença quase que majoritária de cartazes referentes à saúde da mulher e da criança, por meio de mensagens do Ministério da Saúde sobre aleitamento materno, pré-natal, entre outros.

Tal fator foi identificado também pela aluna em sua experiência de estágio em Clínica da Família na Zona Norte do Rio de Janeiro, onde no local somente via-se cartazes e informativos voltados para mulheres e seu cuidado com as crianças, como por exemplo Cegonha Carioca<sup>13</sup> ou até mesmo sinalização de data e horário de realização de grupo de mulheres para discussão do que é ser mulher. Como a Unidade Básica de Saúde é vista como um espaço, principalmente, de cuidado, este por sua vez, tem sido identificado como uma marca feminina. Com isso, entende-se que a feminilização do espaço da atenção primária está de acordo com os pressupostos culturais de gênero na nossa sociedade.

Isso corrobora com o que foi relatado anteriormente sobre a falta de ações voltadas à saúde do homem no cotidiano das práticas em saúde, como relatado por um fisioterapeuta da APS do Rio de Janeiro: “[...] os programas de saúde são mais voltados para a mulher, criança e adolescente. E o sexo masculino, o homem, o jovem adulto, já não existe tanta preocupação” (MACHIN *et al.*, 2011, p. 4509).

Figueiredo (2005) atribui um sentimento de não pertencimento dos homens aos serviços da APS justamente a essa priorização do feminino e à escassez de programas voltados à saúde destes usuários. Essa valorização e preferência dos serviços de saúde pela participação, atendimento ou presença de mulheres também são abordadas por outros artigos, como estudo realizado por Schraiber *et al.*, (2010), onde em diário de campo em Pernambuco um dos pesquisadores faz a seguinte anotação sobre o atendimento dos usuários:

[...] as consultas das mulheres são mais detalhadas, se pergunta mais coisas sobre a sua vida [...] já com os homens parece sempre querer que a consulta termine logo [...] O médico não investiga muito sobre suas vidas, [...] parece realmente que está preocupado com a queixa (p. 965).

Essa preferência pelo feminino se dá, de acordo com a literatura, em função de várias características que tornam a mulher o principal objeto de intervenções. Uma delas é a facilidade de captação das mesmas para programas, tendo em vista sua presença predominante

---

<sup>13</sup> Segundo a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, o Cegonha Carioca trata-se de um programa, implantado em 2011, o qual objetiva garantir um cuidado humanizado para a mãe e o bebê do pré-natal até o parto. Este programa se encontra em conformidade com a Rede Cegonha, que visa assegurar os direitos da mulher e da criança a partir de uma rede de serviços (BRASIL, 2011).

nos espaços de saúde. Além disso, os profissionais consideram que as mulheres sejam mais receptivas às intervenções de saúde, como mostra relato de médico do Rio de Janeiro: “As mulheres são mais frequentes, porque elas se tratam. Você manda a mulher ir no ginecologista, manda a mulher ir no cardiologista, no neurologista, ela vai. O homem não vai” (GOMES *et al.*, 2011a, p. 990).

Ainda, a literatura atenta-se para o fato de que o maior e melhor acolhimento das mulheres nos serviços de saúde contribuem para o cumprimento de metas definidas pelos órgãos de maior nível na hierarquia. Essa questão também pôde ser visualizada pela aluna nas práticas de estágios por meio da percepção da grande importância dada à contabilização de números e cumprimento de metas estabelecidas pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS), as quais fazem a gestão das unidades de saúde da APS no Rio de Janeiro. Nas unidades são dadas prioridades de realização de exames de ultrassom em mulheres gestantes e não gestantes, como forma de não prejudicar os indicadores da unidade em questão. Dessa forma, o público masculino acaba não sendo muito priorizado.

Atrelado a isso, há também certo preconceito, baseado em estereótipos de gênero, onde se considera que homens são mais fortes e, portanto, não necessitam de tanta atenção, como afirma enfermeira do Rio de Janeiro: “Homem é aquela pessoa forte, que nunca sente nada [...]” (GOMES *et al.*, 2011a, p. 990). Isso também é confirmado pela fala de um médico, na qual o mesmo confirma que “Homem não tem que se queixar; é forte, não pode reclamar, não pode chorar [...]” (ibid., p. 990). Entretanto há também o entendimento da necessidade de aprimorar do atendimento, segundo enfermeiro do Rio de Janeiro: “Falta de conscientização de que há uma necessidade de atrair esses homens e que [esse] homem também adocece” (ibid., p. 986).

À vista disso, dá-se conta de uma demora por parte dos homens em acessar os serviços da Atenção Primária, a qual também pode ser atribuída a uma tentativa de manutenção da masculinidade e, conseqüentemente dos atributos designados socialmente como próprios e indissociáveis ao homem. Isso se torna mais claro por meio do relato de um usuário da APS:

Na mulher aparece muita coisa, a mulher eu acho que é mais frágil, sei lá [...]. Pega doença, aparece muito, e tem que ter um cuidado maior do que com homem. Homem é como se fosse, sei lá, uma planta, capim, sabe? Que mesmo que você não regue, cresce. E já a mulher, não, você tem que estar sempre ali, em cima, cuidando. (SCHRAIBER *et al.*, 2010, p. 964).

Alguns profissionais, como um médico do Rio Grande do Norte, destacam o trabalho como um outro obstáculo que acaba impedindo a presença destes usuários nos serviços de

saúde: “Essa nossa cultura é a cultura de empregado e empregador, cultura de não faltar ao trabalho, de não se cuidar. Os homens não se cuidam. Eu mesmo, sou homem, sou médico e negligencio minha saúde para não faltar ao trabalho” (COUTO *et al.*, 2010, p. 262).

Por conta disso, os artigos mostram que os homens preferem atendimentos mais rápidos e que resolvam o problema de imediato, como unidades de pronto atendimento e até mesmo diretamente em farmácias por meio da automedicação. Entretanto, alguns homens também relatam a insatisfação com o atendimento rápido e sem profundidade, como é possível perceber por meio de relato de um usuário do serviço: “Em geral, amigo, acho que é muito deficiente aqui [...] o atendimento, porque é muito corrido [...] [O médico] não dá atenção necessária que nós precisamos [...]” (GOMES *et al.*, 2011b, p. 121).

Ao longo da leitura do material levantado também é possível perceber nos discursos dos próprios homens, por meio de entrevistas, grupos focais ou outras ferramentas de coleta de dados, diversos sentidos atribuídos à saúde e à doença. No que se refere à saúde esses sentidos variam desde possibilidade de trabalhar e garantir o sustento da casa, até o sentimento de bem-estar mental. A doença, logo, seria o oposto disso, sendo considerada, inclusive, como fator determinante para a procura dos serviços de saúde.

### **6.1.3 Sexualidade e Reprodução**

Os artigos aqui elencados tratam de assuntos referentes às questões de sexualidade e reprodução, assim como maternidade e paternidade no âmbito do SUS. Embora esses assuntos possam e devam também ser discutidos separadamente, optou-se por abordar os mesmos neste tópico tendo em vista sua própria abordagem no material estudado.

Um dos assuntos mais discutidos no material diz respeito ao uso (ou não) de preservativos pelos casais e os fatores imbricados, principalmente, no processo de negociação do uso da camisinha. Há, portanto, uma objeção, quase que totalmente por parte dos homens, acerca do uso da mesma.

A maioria dos artigos faz estudos que mostram o uso da camisinha entre casais como um sinal de infidelidade. Ou seja, o uso do preservativo só seria necessário para um casal caso um desses esteja mantendo relações extraconjugais, como se mostra em depoimento de usuária do serviço de saúde sobre seu companheiro: “[...] ele diz que não precisa [usar camisinha], que não anda na rua com outra mulher” (SOUSA; ESPÍRITO-SANTO; MOTTA, 2008, p. 62). Ou por meio de relato de usuário durante uma oficina sobre sexo seguro: “[...] acho que para não



usar [a camisinha] é fácil: é só não andar com outra mulher” (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002, p. 55).

Além disso, também existe grande discussão sobre a negociação do seu uso. Isso se dá pelo fato de muitas mulheres quererem se prevenir e precisarem convencer o parceiro sobre a importância do preservativo, o que pode acabar gerando consequências. Muitas mulheres se reconhecem como o elo mais fraco da relação e consideram esse processo como um risco a si mesmas. Um dos riscos seria referente a sua integridade moral, relacionada com a fidelidade, como visto anteriormente. Nesse caso, as suspeitas recaem sobre a mulher, como discute Agente Comunitária de Saúde da APS: “Se a mulher insiste em usar [a camisinha] ele diz, bom ela está sendo infiel comigo [...]” (OLIVEIRA *et al.*, 2004, p. 1314). Ainda segundo este estudo, o processo de negociação pode chegar ao ponto da violência física por parte do parceiro íntimo em decorrência do julgamento moral sobre a parceira.

Nos serviços de saúde, o diálogo sobre o uso de preservativos e contraceptivos é feito durante o Planejamento Familiar<sup>14</sup> e, ainda segundo os artigos, quase que exclusivamente para mulheres, como corrobora análise do cotidiano em Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio Grande do Norte:

[...] o Planejamento Familiar é direcionado às mulheres, embora, como dizem as enfermeiras, seja “aberto aos homens”. Elas defendem que os homens deveriam ir às consultas, mas não noticiamos nenhuma atitude de convite ou incentivo à presença dos mesmos. Em contrapartida, as mulheres que procuram outros atendimentos são conduzidas a discutir a reprodução no planejamento. (PINHEIRO; COUTO, 2013, p. 81).

Percebe-se, portanto, que os serviços de saúde atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado e controle da reprodução, baseando-se em estereótipos de gênero que a definem como um ser voltado para o cuidado. Ainda, a sua sexualidade não é trabalhada nos serviços de saúde de forma dissociada da reprodução, como descrito no seguinte diário de campo de UBS na cidade de Natal/RN:

A abordagem à saúde sexual na UBS acontece, em parte, vinculada às atividades de planejamento familiar ou à saúde da mulher. O cuidado com a prevenção das IST [Infecções Sexualmente Transmissíveis] acaba por ser uma extensão das consultas em que as usuárias tratam de reprodução ou fazem exames ginecológicos. O tema chega aos homens, portanto, com menor frequência e dissociado do viés reprodutivo, em consultas variadas em que alguma demanda nesse campo surja (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011, p. 850)

---

<sup>14</sup> O Planejamento Familiar é um conjunto de ações, baseadas nos direitos iguais da Constituição, voltado tanto para o homem quanto para a mulher, que garante a assistência à concepção e o acesso à contracepção, atendimento pré-natal, tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre outras. Isso tudo devendo ser garantido em toda a rede de serviços do SUS (BRASIL, 1996).

Em concordância com o que foi levantado anteriormente, esse foco na mulher também se dá como uma forma de produzir bons indicadores, já que não existem muitos programas voltados à saúde do homem. Essa captação de mulheres, com a relevância dos registros numéricos, tem o propósito de garantir o cumprimento de metas estabelecidas e aumentar a “qualidade” das unidades de saúde aos olhos de suas respectivas coordenações. Tal priorização pode ser percebida nos serviços de APS da cidade do Rio de Janeiro, onde pude notar tal preocupação por meio de experiência de estágio em UBS.

Em consequência disso, tem-se uma sobrecarga aplicada a essas mulheres, principalmente mães, para a realização de diversos exames e consultas, quando o mesmo não é exigido de uma forma tão firme dos homens/pais. Isso pode ser exemplificado por meio do não incentivo aos pais para participação no pré-natal, onde parte-se do princípio de que o mesmo não dispõe de tempo para participar destas atividades.

Ao contrário das mulheres e de acordo com o que foi antes discutido, as demandas masculinas acabam não sendo percebidas ou até mesmo desconsideradas. Isso acaba por refletir um despreparo dos profissionais, principalmente no que se refere a questões de sexualidade e do processo de reprodução. Uma consequência disso é a não formação de vínculo com o serviço de saúde e a procura tardia do mesmo, apenas em casos já em estado grave, principalmente quando se leva em consideração o público masculino.

A questão do atendimento e da capacitação profissional também se repete quando se lida com adolescentes, onde há um julgamento moral e tende-se a não considerar os mesmos como sujeitos de direitos. Um diário de campo sobre rotina de unidade de saúde mostra a seguinte situação:

Ele [o adolescente] entrou na sala de vacina e viu um cartaz do ministério da saúde sobre AIDS, ele se dirigiu à técnica e perguntou “ei, o que é esse HIV?”, a técnica deu mais uma vez risada [...] e perguntou porque ele queria saber isso, disse que era muito pequeno pra saber dessas coisas [...]. (SAMPAIO *et al.*, 2011, p. 178).

Essa falta de capacitação e sensibilidade dos profissionais acaba gerando grande necessidade de ações referente à educação sexual no SUS. Em estudo realizado com adolescentes sobre direitos humanos, cidadania sexual e promoção da saúde, estes indivíduos falam sobre a inexistência de locais onde os mesmos possam se expressar e falar sobre assuntos relacionados a sua sexualidade (CAMPOS *et al.*, 2017).

Em concordância com o que se discutiu sobre saúde do homem, os artigos deste bloco também mostram um estranhamento dos mesmos para com práticas de prevenção e promoção à saúde. Ribeiro, Gomes e Moreira (2017), em estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva do

homem na APS, atentam-se para uma preocupação por parte dos mesmos com o câncer de próstata, a disfunção erétil e as IST. Sendo assim, essas se mostram como as principais razões de incentivo à procura dos serviços de saúde. Isto se dá pelo receio da perda de função do órgão sexual, o que vai de encontro justamente com os padrões de virilidade e, conseqüentemente, o status de homem.

Esses padrões naturalizados sobre a sexualidade feminina e masculina também se mostraram bastante presentes nos artigos levantados, tanto na sua reafirmação, quanto com críticas aos mesmos.

Em estudo sobre planejamento familiar realizado com mulheres em Recife, capta-se uma noção de que a sexualidade da mulher seria algo mais romantizada e relacionada ao amor, já a do homem seria algo animalesco e incontrolável (FERNANDES, 2003). Segue relato de homem casado entrevistado para estudo da fidelidade e prevenção da Aids: “[...] então, isso é um instinto animal que eu tenho, eu não consigo segurar essa onda, entendeu? Se eu tô na rua, e uma mulher abre um campo pra mim, pra eu me aproximar dela, eu não consigo segurar a onda” (MEIRELES-DA-SILVA, 2002, p. 43).

Essas características tidas como da natureza dos homens e das mulheres acabam contribuindo para certos problemas de saúde, principalmente na população masculina. Como por exemplo, o caráter incontrolável da sua sexualidade, atrelado à normalização da infidelidade masculina acabam se tornando fatores de risco para IST, tornando-se, assim, pauta dos estudos em saúde.

As críticas a esses modelos existentes na sociedade surgem em estudo com adolescentes, de acordo com a seguinte fala: “[...] homem quando é mulherengo, tal, ninguém fala. Mas quando é mulher? Que dá pra todo mundo aí fala: ‘ô essa vagabunda, não sei o que’ (ALMEIDA; HARDY, 2007, p. 569). Também através de discurso: “[...] mulher não pode gostar de sexo, só homem que pode (risos). Se a mulher gostar do trem, ela é puta; se o homem gostar, é garanhão (CAMPOS *et al.*, 2017, p. 664).

Além disso, usuários das unidades de saúde queixam-se sobre a necessidade de acesso a informações de uma forma mais efetiva, segundo relato: “Eu gostaria que ela [profissional de saúde] me explicasse alguma coisa, porque a gente está desinformada. Tinha que ter uma pessoa só pra explicar tudo pra gente, pra orientar [...]” (SOUSA; ESPÍRITO-SANTO; MOTTA, 2008, p. 65). A seguinte fala também expressa esse descontentamento com os serviços ofertados pelas unidades: “[...] acho que [o trabalho educativo da equipe de saúde da família] poderia ser melhor [...] são poucas as pessoas que têm informação [...]” (Ibid, p. 65).

Diante disso, apreende-se sobre a necessidade de atividades educativas em saúde sexual

e reprodutivas pelos serviços de saúde. Sabe-se que a educação em saúde é um dos pilares de garantia da promoção da saúde e, portanto, de extrema importância para a garantia da integralidade no cuidado.

Uma última observação se refere à ausência, no material coletado, de trabalhos que discutam o tema da homossexualidade, e apenas dois artigos que abordam a transexualidade e o processo Transexualizador no SUS. Esses estudos trazem a problematização da patologização da transexualidade à medida que se parte de uma inadequação às normas de gênero, o que vai de encontro com a subjetividade ou diversidade do processo de construção social do gênero na condição da transexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Sendo a transexualidade o fator determinante para o acesso aos serviços do SUS, aponta-se para o não benefício de travestis aos procedimentos referentes aos caracteres sexuais secundários, tendo em vista o não diagnóstico de sua condição como transexualidade (LIONÇO, 2009).

#### **6.1.4 Violência**

Quando da realização da busca de material na base de dados, foram identificadas várias produções que tratam da Violência de Gênero em suas várias vertentes. Segundo D'Oliveira e Schraiber (1999, apud GOMES, 2003), a violência de gênero também pode ser entendida como violência contra a mulher, onde a violência seria sofrida pela razão destas serem mulheres.

No Brasil, tem-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, a qual apresenta concepções, fundamentos, direcionamentos e ações para a prevenção e combate à violência praticada contra mulheres, garantindo também a efetivação de seus direitos de acordo com os direitos humanos estabelecidos em Constituição (BRASIL, 2011). Entretanto, os artigos trouxeram alguns aspectos da prática em saúde que se encontram em desacordo com o que é proposto por tal política.

O que mais foi discutido no material selecionado se referiu a um despreparo profissional relacionado a uma falta de sensibilização para lidar com o assunto no âmbito da APS. Em estudo realizado no estado do Paraná, uma Agente Comunitária dá o seguinte relato:

A mulher [vítima de violência] sempre está com algum problema. E a gente não consegue descobrir. Vai no médico, faz exame, vai no posto pedem exame, encaminha pra cá, encaminha pra lá e [...] não descobrem [...]. (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013, p. 1233).

Muitos profissionais ainda têm uma noção de que nada pode ser feito, pelo menos não nos serviços de saúde e, dessa forma, nota-se discursos evasivos ou omissos do tipo: “Eu não tenho tempo... eu não tenho formação pra isso... e não tenho o que fazer, pra onde encaminhar” (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009, p. 296). Muitas vezes também esses profissionais preferem não entrar no assunto e evitam ter que trabalhar esses casos também no âmbito da saúde, como visto na fala de uma profissional da equipe de saúde da família (ESF): “[...] eu disse pra ela [usuária] que não queria saber o porquê nem queria entrar na vida dos dois [casal]” (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014, p. 52).

Há, portanto, uma não consideração da Violência como um problema de saúde que pode ser abordado na Atenção Primária à Saúde pelos profissionais da ESF. Em estudo com profissionais sobre seu conhecimento acerca da violência contra a mulher, um dos médicos entrevistados dá a seguinte declaração: “Treinar profissionais para isso é ridículo. Capacitar a nós por isso, não. Você tem que capacitar a polícia, você tem que capacitar os órgãos de repressão, mas nós não” (HASSE; VIEIRA, 2014, p. 485).

Fala-se, dessa forma, sobre a não abordagem de gênero e Violência de gênero na formação dos profissionais da saúde. Muitos deles não possuem um entendimento sobre o que seja gênero e um desconhecimento sobre a existência de uma Rede de Atenção à Violência. Essas redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2010, p. 2301), são compostas por cinco componentes: “o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde”.

Essa rede irá variar de acordo com os equipamentos de saúde disponíveis no local em questão, devendo seu fluxo se conformar de acordo com a presença ou ausência de dados dos serviços. Dessa forma, não há um interesse por parte dos profissionais em conhecer os serviços com os quais possam trabalhar, como mostra depoimento de médico da APS em Ribeirão Preto/SP: “Então... porque eu atendo aqui... daí eu preencho esse protocolo e passo pra enfermeira. Daí a enfermeira que vai... então eu não sei te falar... pra onde ir. A enfermeira que vai tomar essas providências. Eu não sei pra onde eu mando a mulher [...]” (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009, p. 295).

Além do não conhecimento dos componentes, tem-se o agravo de que a própria rede não se articula da forma que deveria e acaba não garantindo um cuidado contínuo e efetivo das usuárias que sofreram violência. Profissionais da ESF trazem essa percepção por meio dos comentários: “O que falta é isso, eles [outros setores] articularem com nós [...] falta atendimento em rede” (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015, p. 252); “Simplesmente [...] não

tem uma continuação, não tem uma punição para eles [que praticam a violência], tem a Lei Maria da Penha, mas parece que não tem continuidade, só vai lá, dá a medida protetiva, e mesmo assim eles não respeitam” (Ibid, p. 255).

A abordagem dos casos de violência de gênero na APS se torna ainda mais crítica à medida que as mulheres que sofrem violência apresentam dificuldade, medo ou vergonha de trazer o assunto à tona em conversa com os profissionais de saúde. Dessa forma, há mais dificuldade em identificar esses casos, quando se aborda outras questões de saúde, como mostra o relato de médica entrevistada em estudo sobre enfrentamento da violência contra a mulher no Rio de Janeiro:

[...] geralmente [a usuária] não vem com essa queixa [de violência] assim [...] geralmente elas chegam com queixa ginecológica, é quando então aparecem as violências, é algo que não é de pequena intensidade não, é de muita intensidade [...] mulheres que vêm aqui, muitas delas são maltratadas por seus parceiros [...] mais ou menos 40% [...] essa estatística, é se o profissional de saúde ver e perguntar [...] porque às vezes elas se fecham mesmo [...] (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009, p. 169-170).

Alguns profissionais conseguem perceber os casos de violência que chegam nos serviços de atenção primária, porém existe julgamento sobre as mulheres que sofrem violência, na medida em que são construídos entendimentos com base em estereótipos de gênero de que a mulher deve ser submissa e não se colocar socialmente acima do homem. Isso é corroborado por meio de argumento de profissional da saúde de UBS na Paraíba:

[...] a mulher que está muito vulgar também, competindo com o homem [...] Mas a mulher contribui com muita coisa. Eu acho que ela está muito visada, muito solta, competindo com o homem e o homem não dá mole não [...] Eu vejo as mocinhas gritando, botando o dedo na cara do homem e diz tanta coisa. E a violência surge daí” (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014, p. 55)

Há, portanto, uma culpabilização da vítima, mediante comportamento que fuja às normas sociais de gênero. Já o agressor, tem suas ações justificadas baseando-se, principalmente, nas características que compõem a masculinidade hegemônica, como força, instinto animal, agressividade, virilidade, e defesa da honra e de seu status de dominação, as quais definiriam o que é ser homem. Dessa forma, vemos que as mesmas características presentes na descrição da sexualidade masculina, em certo momento positivadas, reaparecem novamente como traços negativos do homem agressor.

Percebe-se o quão difícil é se trabalhar com esse agravo no âmbito da saúde, com ênfase na atenção primária, principalmente quando não se tem um conhecimento prévio de gênero ou

uma sensibilidade para lidar com cada caso de forma individual. Uma consequência de grande impacto de todos esses fatores acima relatados é a permanência de casos de violência crônica no contexto da atenção básica e que não são identificados por seus profissionais. Tais casos são geradores de sofrimento e padecimento em suas usuárias, as quais permanecem sendo tratadas apenas por meio de suas sequelas sem um aprofundamento maior em seus casos.

### 6.1.5 Outros

Apenas dois artigos foram classificados como pertencentes a este tópico, por não possuírem assunto principal que os aproximasse dos assuntos anteriormente discutidos. Entretanto, os mesmos trazem discussões que corroboram os apontamentos precedentes.

Um dos artigos trata das concepções de profissionais sobre gênero, mas no âmbito ambulatorial e hospitalar. Embora este trabalho se proponha a um debate sobre as abordagens de gênero na atenção primária, considera-se importante a noção dessa discussão no contexto dos níveis secundários ou terciários de saúde.

Nesse cenário, assim como no da atenção primária há também a reafirmação de estereótipos de gênero, considerando-se que existem características natas de homens e mulheres que chegam a esses serviços, como é possível perceber por meio de argumento de médica: “A mulher quando adoecer deprime mais [...] Mulheres choram mais até por natureza também (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016, p. 103).

Também são usados argumentos baseados em rótulos para justificar a não preocupação dos homens para com o autocuidado ou sua saúde, assim como os atendimentos rápidos realizados para os mesmos: “O homem, pela própria característica dele [...] de ser o forte, o másculo, o protetor da casa, não tem tempo de se preocupar com coisas pequenas. E a saúde é tida como coisa pequena” (Ibid, p. 104).

Este estudo também mostra a forte presença do homem nos níveis secundários e terciários, o que está de acordo com as discussões anteriores de que estes demoram a procurar os serviços de saúde, chegando nestes apenas quando seu estado de saúde já pode ser classificado como grave e não mais da alçada da APS.

Argumenta-se também que a mulher está mais voltada ao cuidado do que o homem: “A mulher, eu acho que dá uma continuidade melhor ao tratamento. Então, a doença na mulher, ela controla melhor. O homem já não, quando fica bom, ele para de tomar o remédio, daí a doença piora e volta novamente [para] onde tava” (Ibid, p. 107). Entretanto, nota-se que a percepção desses profissionais sobre cuidados com a saúde se resumem a seguir prescrições e

receber as intervenções de forma passiva, o que configura uma prática muito mais curativa do que de promoção da saúde.

Ainda em se tratando de estereótipos de gênero, a consideração da mulher como uma cuidadora inata também é uma questão do segundo estudo classificado neste tópico. Isto porque o mesmo faz uma crítica ao recrutamento de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com o intuito de lhes garantir poder e emancipação dos trabalhos domésticos, porém, o que acaba por ocorrer é apenas a troca do cuidado com a casa e com a família para o cuidado com uma comunidade.

[...] O que se esperava era que essas habilidades, ao serem valorizadas, deixassem de ser entendidas como inatas à natureza feminina e, como tal, tivessem um reconhecimento pontual e se expressassem também na relação contratual, em melhores condições de trabalho, no salário e na formação. Ao que tudo indica, a dimensão do trabalho das ACS – o qual continha maior potencial de se tornar mais complexo – é limitada com a nova reestruturação do trabalho, pois este é reduzido a tarefas simplificadas que diminuem ainda mais a autonomia das agentes. (DURÃO; MENEZES, 2016, p. 371).

Percebe-se, portanto, neste bloco de assunto, uma discussão que contribui para a legitimação dos apontamentos anteriores por meio da reafirmação da forte influência dos estereótipos de gênero nas ações em saúde, ou seja, as características consideradas inatas ao homem e à mulher, na produção do cuidado pelos serviços de saúde, seja na APS, seja nos outros níveis de atenção à saúde.

## 6.2 AMPLO OLHAR SOBRE AS PRODUÇÕES ACADÊMICAS DE GÊNERO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A análise das produções por assunto/tema de classificação tornou possível a percepção de diferentes abordagens e experiências na Atenção Primária à Saúde. Muitas evidenciam resultados atravessados por concepções normativas e naturalizadas sobre gênero, por meio do material empírico coletado entre usuários ou profissionais de saúde.

As pesquisas, na sua forma geral, se basearam de forma coerente em teorias e estudos de gênero, os quais proporcionaram a sensibilidade para a percepção dos aspectos críticos levantados. Dessa forma, as desigualdades ou determinantes sociais foram percebidos e explorados de modo a extrair argumentos e reflexões que tornassem possível a discussão sobre a maneira como essas diferenças estão sendo trabalhadas no nível primário de atenção à saúde.

Esse tipo de discussão é possível também, mediante participação e interação dos profissionais de saúde e, principalmente dos usuários do serviço. Por meio de suas declarações



torna-se possível a legitimação de diversos aspectos, principalmente negativos, que impactam na saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, em suas vidas no aspecto mais amplo.

A reafirmação de certos valores e atribuições inatas aos indivíduos acaba por implicar em sofrimento àqueles que são classificados desta forma. As masculinidades e feminilidades hegemônicas exigem dos indivíduos comportamentos de acordo com padrões socialmente acordados como regras e tudo que venha se desviar destes passa a ser considerado um problema.

Esse sistema binário se baseia na concepção de que sexo e gênero possuem a mesma definição e, dessa forma, o sexo (biológico/anatômico) ditaria o destino dos indivíduos em uma categorização binária de homens e mulheres. Entretanto, o gênero não se configura como uma causa do sexo, mas trata-se de uma construção social, ou seja, o gênero é desenvolvido a partir da significação cultural a qual os corpos assumem, o que não necessariamente poderão ser encaixados em uma organização binária (BUTLER, 2018).

Sabe-se que muitas das questões levantadas nos artigos estão mudando ao longo do tempo, o que mostra esse caráter não estático do gênero, por se tratar de uma elaboração cultural. Entretanto, essas mudanças exigem, principalmente dos profissionais de saúde, uma constante capacitação acerca de estudos e teorias existentes, buscando sempre acompanhar a mudança de paradigmas e o desprendimento de imposições de condutas.

Os estudos mostram também poucas ações de mudança e propostas de solução para mitigação das desigualdades em saúde. Levando em conta que esses estudos já vêm sendo feitos ao longo de muitos anos na área da saúde, espera-se que novos caminhos sejam pensados com vistas a abordar de uma melhor forma o gênero no contexto de trabalho das unidades básicas de saúde.

Além disso, não é feita uma análise mais aprofundada sobre os atravessamentos de gênero por outros determinantes sociais, como classe e, principalmente raça/cor. Embora tenham sido realizados estudos com pessoas em situação de vulnerabilidade social e indivíduos de comunidades Quilombola, não foi possível identificar uma reflexão mais crítica sobre o entrelaçamento desses fatores na vida e, principalmente na produção do cuidado desses usuários. Entende-se que o gênero quando analisado articulado à perspectiva de classe ou de raça, ou outro determinante, produzirá diferentes efeitos e até mesmo ditará diferentes condutas à uma determinada população.

Dá-se ênfase também para a escassez de estudos epidemiológicos, o que Aquino (2006), em seu trabalho sobre as tendências de produção científica de gênero na saúde coletiva, diz ser conseqüência da pouca penetração da perspectiva de gênero nesta área do conhecimento.

Segundo a autora, a maior parte das produções se baseia nas ciências sociais e humanas, o que pode ser corroborado por meio das metodologias qualitativas utilizadas para a captação de dados empíricos no campo da saúde. Além disso, gênero é uma categoria social que deve ser estudada de forma transversal nas práticas de saúde e, conseqüentemente, quando tratada apenas como um indicador ou variável acaba perdendo sua força analítica.

De uma forma geral, os estudos levantados para este trabalho se mostraram bem embasados e construídos e, principalmente, deram a devida importância aos usuários do serviço, assim como aos profissionais que garantem o acolhimento e o cuidado à saúde nestas unidades, ao darem voz a estes sujeitos. Todos os diálogos e declarações puderam trazer à tona a realidade de contextos de APS em todo o Brasil, mostrando suas similitudes e diferenças acerca da garantia do acesso à saúde sob a perspectiva de gênero.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo analisou, por meio de revisão da literatura científica, na base Scielo, diferentes pesquisas realizadas no Brasil, no campo da saúde coletiva, no período de 2002 a agosto de 2018, sobre as abordagens e experiências de gênero na Atenção Primária à Saúde. No material bibliográfico reunido, foi possível perceber uma atuação do profissional de saúde não qualificada/capacitada para que ele possa estar atento às questões que envolvem gênero no cuidado aos indivíduos usuários do serviço ou comunidade. Ou seja, no processo de trabalho destes profissionais, os marcadores de gênero, como produtores de desigualdades e até mesmo de sofrimentos, acabam passando despercebidos ou sendo naturalizados.

A análise dos estudos permite perceber noções estereotipadas sobre ser homem ou mulher, tanto por profissionais da saúde, quanto pelos próprios usuários. Há uma sobrecarga da mulher, cujo corpo é mais examinado e investigado, bem como pela exigência do cuidado com os outros familiares. Dessa forma, a mesma se torna responsável pela saúde dos filhos e do marido, assim como pela sua própria, mas acaba não sendo considerada como sujeito autônomo em suas próprias demandas.

A presença majoritária de mulheres nos serviços de saúde implica em uma invisibilização das demandas masculinas, o que acarreta em um atendimento deste público mais curativo ou pontual, sem muito aprofundamento e diálogo, principalmente no que se refere a questões que envolvam paternidade ou sua sexualidade.

Os padrões vigentes de masculinidades e feminilidades acabam influenciando a vida em sociedade e, conseqüentemente, ocasionando demandas em saúde, como no caso da violência de gênero. Em relação a isso, apreende-se um despreparo profissional para a abordagem desses casos, em especial, pela falta de capacitação e o desconhecimento da existência de uma rede de assistência para o enfrentamento desses casos. Além disso, encontra-se a dificuldade de articulação entre os vários equipamentos da rede de atenção para a garantia de um cuidado contínuo.

Atenta-se para o fato de que nos cursos superiores de saúde, disciplinas que abordem violência, gênero e determinantes sociais da saúde não são priorizadas na formação do profissional. Toma-se como exemplo o curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o qual oferta essas disciplinas, porém de forma optativa, o que não garante a capacitação de todos os alunos para trabalhar com esses tópicos no campo.

Estudos deste tipo são essenciais para se construir um panorama geral acerca do que se tem produzido sobre a temática e o que estes pesquisadores têm a contribuir para a melhoria da assistência à saúde.

A articulação de Gênero e Saúde é, particularmente, de grande importância para a Saúde Coletiva pelo fato deste campo se valer da imersão nas ciências sociais, com vista a desenvolver um olhar muito mais aprofundado sobre as diferenças e desigualdades presentes na sociedade e que geram demandas em saúde que nem sempre são percebidas por outros profissionais com uma formação prioritariamente biológica.

Com isso, a intersetorialidade promovida pela Saúde Coletiva, se alcançada de forma efetiva, é capaz de transformar o cenário atual da saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito à produção de um cuidado à saúde desprovido de preconceitos sociais e de julgamentos morais, com a devida consideração e valorização dos indivíduos em sua coletividade, mas também em sua individualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALZUGUIR, F. C. V. Tapando o sol com a peneira: bebida e relações de gênero na trajetória de mulheres alcoólatras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-76-77, p. 124-134, 2007.
- ANDRADE, C. J, M; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, 2008.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp, p. 121-32, 2006.
- ARAÚJO, M. F; SCHRAIBER, L. B; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p.805-818, 2011.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.
- BENITES, A. P. O; BARBARINI, N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. **Psicologia & Sociedade**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 16-24, 2009.
- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 11-16, 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 10 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. Brasília: SPM, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude legis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n° 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7° do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm). Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: SPM, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 02 jan. 2019.

BUTLER, J. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. *In*: \_\_\_\_\_. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. cap. 1, p. 17-70.

CARRARA, S. *et al.* **Curso de especialização em gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2010. v. 2, unidade I, p. 12-43.

CARRARA, S; RUSSO, J. A; FARO, L. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CASTELLANOS, M. E. P; LOYOLA, M. A; IRIART, J. A. B. Ciências sociais em saúde coletiva. *In*: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 567-584.

COSTA, A. M; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. *In*: COSTA, A. M. *et al.* (org.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Ed. UnB, 2000.

COSTA, A. M; BAHIA, L; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-76-77, p. 13-24, 2007.

- FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. [S. l.]: FABREFACTUM, 2010.
- FOUREZ, G. Perspectivas sócio-históricas sobre a ciência moderna. In: \_\_\_\_\_. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Ed. Unesp, 1995. p. 155-178.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: plataforma do Cairo. [S. l.]: UNFPA, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: fev. 2019.
- GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. cap. 7, p. 199-222.
- HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P. *et al.* (org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- HIRATA, H. *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. 324 p.
- LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Tradução: Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2001.
- LÖWY, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 7-17, 1994.
- LÖWY, I. Ciências e gênero. In: HIRATA, H. *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009.
- MARTIN, E. **O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho-fêmea**. Tradução: Fernando Manso. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MIRANDA, J. J. *et al.* Discursos de gênero e saúde: debatendo a PNAISH com seus usuários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Belo Horizonte, v. 34, n. e3444, p. 2-9, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Documento de Constituição. Nova Iorque, EUA, 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: jan. 2019.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PERES, W. S. Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, Estratégia Saúde da Família. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 205-220, 2010.

RIO DE JANEIRO (Município). Cegonha carioca. **Rio Prefeitura**, [2011?]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHIEBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, SP: EDUSC, 2001.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para uma análise histórica. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1990. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoe realidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 10 dez. 2018.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

ZORZANELLI, R. T; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-31, 2018.

#### Fontes consultadas

ALMEIDA, A. F. F; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 565-72, 2007.

ALMEIDA, L. R; SILVA, A. T. C; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 47-59, 2014.

ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

BORSOI, T. S; BRANDÃO, E. R; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

CAMPOS, E. A; CASTRO, L. M; CAVALIERI, F. E. S. “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 385-396, 2017.

CAMPOS, E. A; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 539-550, 2010.

CAMPOS, H. M. *et al.* Direitos humanos, cidadania sexual e promoção da saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 658-669, 2017.

COSTA-JÚNIOR, F. M; COUTO, M. T; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 23, p. 97-117, 2016.



- COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.
- DURÃO, A. V. R.; MENEZES, C. A. F. Na esteira de E. P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-376, 2016.
- FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. 253-261, 2003.
- FERRANTE, F. G; SANTOS, M. A; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 287-99, 2009.
- 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.
- GOMES, R. *et al.* O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011b.
- GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, supl. 1, p. 983-992, 2011a.
- GOMES, R. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.
- GUERRIERO, I; AYRES, J. R. C. M; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, supl. 4, p. 50-60, 2002.
- HASSE, M; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.
- LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.
- LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.
- MACHIN, R. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p.4503-4512, 2011.

- MEIRELES-DA-SILVA, C. G. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, supl. 4, p. 40-49, 2002.
- NICOLAU, S. M; SCHRAIBER, L. B; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, 2004.
- PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T. Sexualidade e Reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 73-92, 2013.
- PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 845-858, 2011.
- RIBEIRO, C. R; GOMES, R; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entra a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 41-60, 2017.
- SAMPAIO, J. *et al.* Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- SIGNORELLI, M. C; AUAD, D; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.
- SILVA, E. B; PADOIN, S. M. M; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015.
- SILVA, E. B. O; PEREIRA, A. L.F; PENNA, L. H. G. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 2-10, 2018.
- SOUSA, M. C. P; ESPÍRITO-SANTO, A. C. G; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 58-68, 2008.

**ANEXO**

## ANEXO A – PLANILHA DESCRITIVA DOS ARTIGOS LEVANTADOS

Autor/Título	Periódico/Ano	Objetivos	Método	Resultados
ALMEIDA, A. F. F. A; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes	Revista de Saúde Pública/2007	Analisar as relações de gênero vivenciadas por adolescentes do sexo masculino e como elas contribuem para torná-los vulneráveis à gravidez na adolescência.	Entrevistas semi-estruturadas com 13 adolescentes masculinos com menos de 20 anos.	Estereótipos de gênero (provedor, ativo e sexualmente ativo); Rejeição a ser cuidador; Paternidade como afirmação da masculinidade e do papel de provedor;
ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil;	Análise do processo, políticas e trabalhos sobre o assunto.	Problematização acerca da patologização da condição trans ser porta de entrada para os serviços do SUS; Percepção de uma inadequação às normas de gênero; Medicalização de condutas desviantes.
BERNARDO, F. R; ZUCCO, L. P. A centralidade do feminino no método canguru	Sexualidad, Salud y Sociedad/2015	Refletir acerca dos discursos sobre o Método Canguru em revistas científicas do campo materno-infantil.	Abordagem qualitativa de natureza bibliográfica com coleta de dados em três periódicos.	Ausência de discussões de gênero na literatura sobre o método; Sobrecarga da mãe e local coadjuvante do pai; Desconsideração das diversas conformações de família.
BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Discutir algumas dificuldades encontradas por homens e mulheres jovens no manejo da contracepção no decorrer de suas trajetórias afetivo-sexuais e identifica situações propensas à não-utilização de métodos contraceptivos.	Pesquisa socioantropológica, de natureza qualitativa; 73 entrevistas em profundidade com roteiro semiestruturado feitas com jovens de ambos os sexos, de idades entre 18 e 24 anos (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre).	Não incorporação do método contraceptivo ao cotidiano juvenil, por não haver rotina sexual ou conjugal instaurada; Medo ou vergonha da família; Despreparo dos profissionais de saúde no atendimento aos adolescentes e jovens e a interrupção na distribuição dos métodos no serviço público de saúde; Falha dos métodos; Concepção de paternidade como afirmadora da virilidade e masculinidade; Uso de preservativo apenas com parceiras desconhecidas; Uso de coito interrompido, sem associação com tabela ou sem o conhecimento do ciclo menstrual da parceira; Efeitos colaterais causados pelo uso do anticoncepcional;
CABRAL, S. C. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero	Saúde e Sociedade/2017	Discutir questões ainda candentes em torno da contracepção, sobretudo no contexto brasileiro.	Abordagem socioantropológica e crítica da literatura sobre contracepção no contexto brasileiro.	Falta de informação e dificuldade de acesso aos métodos; Relação sem métodos de contracepção considerada pura e natural; Sexualidade como influenciadora das escolhas e práticas contraceptivas e vice-versa; Políticas públicas com abordagem sobre risco e responsabilização do indivíduo;
CAMPOS, H. M; PAIVA, C. G. A; MOURTHÉ, I. C. A; FERREIRA, Y.	Saúde em Debate/2017	Problematizar direitos humanos, saúde e cidadania sexual,	Oficina, por meio da Justiça Cognitiva: participação dos sujeitos na apropriação,	Transformação dos Indivíduos; Os direitos humanos não se mostraram efetivados para aqueles

F; FONSECA, M. C. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes		contextualizada à realidade de adolescentes	concepção e produção de conhecimentos.	adolescentes;
CARVACHO, I. E; MELLO, M. B; MORAIS, S. S; SILVA, J. L. P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes	Revista de Saúde Pública/2008	Analisar os fatores determinantes do acesso de adolescentes gestantes a serviços de atenção primária à saúde, anterior à ocorrência da gestação.	Estudo transversal baseado em referencial teórico. Aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas para 200 adolescentes primigestas.	Maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas adolescentes ligada a fatores psicossociais (vergonha); Menos barreiras de acesso econômicas e geográficas; Um terço não passou por consulta ginecológica prévia à gestação.
FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2003	Entender como são planejadas as famílias das mulheres de camadas populares em Pernambuco.	Entrevista e questionário com 400 mulheres.	Métodos de contracepção mais utilizados são a esterilização e a pílula por serem os únicos métodos propostos pelos profissionais de saúde; Uso da camisinha associada à ISTs; Hegemonia do saber médico; Falta de informação das mulheres sobre mais alternativas; Reafirmação, pelos profissionais, de estereótipos de gênero.
GOMES, R; ALBERNAZ, L; RIBEIRO, C. R. S; MOREIRA, M. C. N; NASCIMENTO, M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade	Ciência & Saúde Coletiva/2016	Propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, reprodução, paternidade e apresentação de fluxo para envolvimento dos homens no pré-natal.	Trabalho opinativo que parte da experiência dos autores e, em seguida, é validado por especialistas no assunto.	Construção de matriz; Representações culturais do masculino limitam as ações de saúde voltadas aos homens; Importância da existência de locais de fala para homens nos serviços de saúde.
GUERRIERO, I; AYRES, J. R. C. M; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP	Revista de Saúde Pública/2002	Identificar aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV.	Estudo qualitativo com realização de entrevistas individuais semiestruturadas e oficinas de sexo seguro, reprodução e DST/Aids com homens motoristas de ônibus e integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.	Caráter incontrolável da sexualidade masculina; Normalização das relações extraconjugais; Uso de preservativo pouco frequente; Consideração do HIV como castigo pelos maus comportamentos; Decisão sobre o uso de preservativo é masculina; Os entrevistados não se consideram vulneráveis ao HIV.
LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizados do sus: avanços, impasses, desafios	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2009	Consideração crítica dos avanços, impasses e desafios na instituição dessa política pública de saúde recentemente formalizada no Brasil.	Análise de normatização do Processo Transexualizador do SUS.	Necessidade de despatologização dos modos de ser transexuais e travestis; O saber médico justifica as correções anatômicas buscando uma certa normalidade; As travestis não se beneficiam de procedimentos referentes aos caracteres sexuais secundários.
OLIVEIRA, D. L. L. C. O; MEYER, D. E; SANTOS, L. H. S; WIHELMS, D. M. A negociação do sexo seguro na TV: discurso de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do	Cadernos de Saúde Pública/2004	Analisar o entendimento das ACSs de Porto Alegre sobre a noção de "negociação de sexo seguro" veiculada nas campanhas de prevenção à Aids que são	Grupo focal com 24 ACSs com exibição de campanhas e discussão sobre as mesmas.	Representações naturalizadas de feminino e masculino nas falas; Negociação do preservativo como risco às mulheres; Uso da camisinha como sinal de infidelidade; Anúncios incompatíveis com a realidade da comunidade.

Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil		endereçadas às mulheres.		
PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2013	Explorar a (des)articulação entre sexualidade e reprodução na assistência prestada a homens e mulheres em serviços da APS.	Pesquisa multicêntrica de natureza qualitativa apoiada na triangulação de métodos, principalmente observação etnográfica com descrição de diários de campo.	Homem: controle da sexualidade; invisibilidade de suas demandas na APS; desconsideração de sua presença nos espaços de discussão de planejamento familiar pré-natal; não tem acesso a exames de rotina para detecção de ISTs.     Mulher: responsabilização pelo cuidado e controle da reprodução; medicalização do corpo; sexualidade mascarada pela contracepção -> reprodução.
PINHEIRO, T. F; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2011	Compreender como a sexualidade dos homens usuários dos serviços se apresenta no contexto da assistência, e como as demandas que se configuram nesse âmbito são abordadas.	Pesquisa multicêntrica realizada na cidade de Natal/RN, orientada pela perspectiva etnográfica, com análise de diários de campo, observações etnográficas e entrevistas em profundidade com 57 homens usuários do serviço de saúde.	Abordagem profissional superficial acerca das necessidades em saúde sexual dos homens. Redução das ações à exames de prevenção ao câncer de próstata e problemas relacionados à ereção.
RIBEIRO, C. R; GOMES, R; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2017	Analisar os sentidos atribuídos por homens às ações de atenção à saúde voltadas para eles, evocando a tríade sexualidade, reprodução e paternidade.	Observações participantes e entrevistas semiestruturadas em três regiões com homens usuários dos serviços de saúde. O roteiro de entrevista visou obter a opinião dos sujeitos sobre o que seria um bom atendimento para os homens adultos, que tivesse como foco a sexualidade, o pré-natal e a paternidade.	Repertório pobre sobre promoção da saúde e autocuidado; Não associam procura dos serviços com prevenção de DST/AIDS; Visão do serviço de saúde ainda como algo curativo e objetivo; Despreocupação com a saúde sexual e reprodutiva e com o cuidado com o engravidamento; Não há divulgação sobre os serviços voltados para homens nas unidades que os fornecem; Resistência dos profissionais médicos na adoção de uma nova postura diante do homem/pai no momento do pré-natal; As ações investigadas não estabelecem relação com outras ações ou programas;
SAMPAIO, J; SANTOS, R. C; CALLOU, J. L. L. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/Aids no semi-árido nordestino	Saúde e Sociedade/2011	Analisar a exposição de adolescentes às DST/aids no semiárido nordestino.	Pesquisa com abordagem qualitativa em saúde por meio de observação participante do cotidiano de UBS; Diário de campo; entrevistas semiestruturadas com equipes de saúde; 36 grupos focais com adolescentes da área adscrita.	Dificuldade de negociação do uso da camisinha com o parceiro; Culpabilização da mulher pela gravidez ou IST; Iniciativa do uso do preservativo atribuída ao homem; Inexistência de ações programáticas voltadas ao público adolescente; Inexistência de vínculo entre adolescentes e profissionais de saúde.
SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da Aids entre homens casados	Revista de Saúde Pública/2002	Descrever as representações sobre fidelidade e os usos do preservativo por homens casados e sugerir estratégias de redução de risco e prevenção da Aids.	Entrevista semiestruturada com um grupo de homens; Foram transcritas na integridade e analisadas a partir de núcleos centrais de interesse: fidelidade, uso de camisinha e percepção de risco para Aids dentro do casamento.	Fidelidade feminina como algo dado; Não usar camisinha nas relações extraconjugais é considerado como infidelidade; Entendimento do uso da camisinha como prevenção para a Aids nas relações extraconjugais; Entendem o evento "conhecer a pessoa" como um método de prevenção; Ser homem

				como sinônimo de sexualmente insaciável; A camisinha na relação conjugal é reforçada como elemento estranho inclusive na contracepção, pois geralmente não é escolhida nem indicada pelos médicos para essa finalidade.
SILVA, V. N.; D'OLIVEIRA, A. F.; MESQUITA. Vulnerabilidade ao HIV entre as mulheres usuárias de drogas injetáveis	Revista de Saúde Pública/2007	Analisar elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis.	13 entrevistas semiestruturadas com mulheres usuárias ou ex usuárias de drogas injetáveis moradoras da Zona Leste de São Paulo.	Vulnerabilidade associada a: pobreza, carência de políticas públicas, uso abusivo de drogas, situações de violência e criminalidade; Gênero como fator gerador de vulnerabilidades; dificuldade de negociação do uso de preservativos; Pouca abordagem das questões de gênero.
SOUSA, M. C. P.; SANTO, A. C. G. E; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2008	Identificar a vulnerabilidade do grupo à infecção pelo HIV, em função da utilização ou não do preservativo.	Pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa com uma amostra de 20 mulheres usuárias da Unidade Básica de Saúde; Observação do trabalho da Equipe. entrevistas individuais com as mulheres e grupos focais com as mulheres entrevistadas.	Principal motivo para uso do preservativo é a possibilidade de gravidez; Iniciativa de prevenção na maioria das vezes das mulheres; As mulheres se percebem como elo mais fraco na negociação; Infidelidade masculina normalizada; Necessidade de um cuidado educativo na unidade de saúde; Ausência de integralidade.
COELHO, J. C.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem	Saúde e Sociedade/2016	Investigar as concepções de saúde-doença, masculinidade e envelhecimento de homens idosos da comunidade e sua interação com os subsistemas de cuidado informal e profissional.	Entrevistas realizadas com idosos do sexo masculino no domicílio de cada entrevistado, a partir de um roteiro semiestruturado.	Masculinidade como autossuficiência; Trabalho como sinônimo de saúde e atividade; Falta de trabalho configurando como sofrimento e riscos à saúde mental; Trabalho também como obstáculo aos cuidados em saúde; Negação de problemas de saúde ou uma tendência a diminuí-los; Usam os serviços de saúde quando apresentam alguma queixa; Desconfiança das técnicas biomédicas; Cuidado à saúde atribuído ao setor informal; Cuidado à doença atribuído ao setor formal.
COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2010	Compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero	Pesquisa etnográfica com triangulação de métodos: etnografia dos serviços, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e usuários, grupos focais, estudos dos prontuários, análise dos registros das produções dos serviços.	Feminilização do espaço; homens invisíveis aos profissionais; preferência dos homens pelo aspecto curativo; não incorporação dos mesmos nas atividades do serviço.
FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2005	Discutir sobre como as UBS podem contribuir para uma prática cotidiana mais saudável por parte da população masculina.	Pesquisa bibliográfica e levantamento de indicadores epidemiológicos e demográficos	Sobremortalidade masculina em todos os grupos etários; Não há uma visibilidade das demandas masculinas; Homens assumindo comportamentos relacionados a um modelo de masculinidade idealizada (masculinidade hegemônica); Dificuldade de verbalizar as próprias necessidades de saúde;



				Feminilização associada aos cuidados de saúde; Necessita-se de uma maior sensibilidade para as interações e concepções de gênero pelos profissionais; Inexistência nos serviços de saúde de programas ou atividades voltadas para as necessidades do homem.
FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Discutir as representações que usuários e trabalhadores de serviços de atenção primária à saúde revelam acerca do que vem a ser homem	Observação direta dos diferentes contextos, das situações e atividades assistenciais que compõem a prática cotidiana de um serviço de APS e entrevistas semi-estruturadas com 27 profissionais e 26 usuários.	Trabalho como obrigação moral masculina: papel de provedor da família; Força física como algo que qualifica o homem (preparo físico); Relações sexuais com várias parceiras (vontade sexual impulsiva); Rejeição à homossexualidade (homossexual não é visto como homem); Capacidade de manter relações sexuais; Visão estereotipada da mulher (frágil);
GOMES, R; LEAL, A. F; KNAUTH, D; SILVA, G. S. N. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Analisar os sentidos atribuídos à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem por parte dos sujeitos sociais diretamente envolvidos na implementação desta política;	Triangulação de métodos por meio de questionários com 27 gestores, narrativas, entrevistas semi-estruturadas e observação baseada em princípios etnográficos, além de análise documental.	Pouca ou nenhuma familiaridade com a Política; PNAISH como algo positivo (sentido amplo de saúde); PNAISH como algo episódico (ações episódicas visando implementação da política); Política reduzida a problemas urológicos; PNAISH como algo vago que traz mais tarefas para os profissionais de saúde (saúde do homem como uma atividade a mais); Certa incompreensão do que a PNAISH se propõe;
GOMES, R; MOREIRA, M. C. N; NASCIMENTO, E. F, REBELLO, L. E. F. S; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Discutir a ausência e/ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária, a partir da interpretação dos profissionais de saúde de dois serviços específicos da cidade do Rio de Janeiro.	Vinte entrevistas semi-estruturadas, envolvendo gerentes e coordenadores de programas nas unidades e profissionais da assistência, e dois grupos focais com auxiliares de enfermagem, envolvendo doze profissionais ao todo.	Preocupação com o controle da clientela e não da qualidade do atendimento; Destacam: pouca atenção dada ao homem (foco na mulher e criança), falta de qualificação para lidar com o público masculino, inexistência de programas voltados ao homem, consultas com o assunto principal de sexualidade, falta de integralidade com outros equipamentos sociais; O homem chega ao serviço em estado já grave; ausência de programas locais específicos.
GOMES, R; SCHRAIBER, L. B; COUTO, M. T; VALENÇA, O. A. A; SILVA, G. S. N; FIGUEIREDO, W. S; BARBOSA, R. M; PINHEIRO, T. F. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2011	Analisar os sentidos atribuídos por usuários homens sobre o atendimento que lhes é prestado no âmbito da atenção básica à saúde.	Observação etnográfica, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e estudos de prontuários e os registros da produção dos serviços.	Valorização da relação profissional e usuário; Sugestão de atendimentos e espaços específicos para homens e mulheres; Entendimento de que o atendimento melhora na medida em que mais pessoas participam dos serviços, reivindicando seus direitos de serem atendidas; Vergonha em ser atendido por profissionais mulheres; São reforçadas diferenças entre o ser usuário mulher e ser usuário homem.



LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. S; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até a sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Compreender como a PNAISH chega aos serviços de saúde, a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde e suas práticas cotidianas.	Análise de documentos e técnicas narrativas, entrevista em profundidade e observação etnográfica.	Críticas à política pela sua não incorporação das discussões de gênero, vitimização do homem, medicalização do corpo masculino e foco na próstata; Ausência de capacitação;
LIMA, F. A. C; MEDEIROS, J. T; FRANCO, T. B; JORGE, M. S. B. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2018	Discutir os processos de subjetivação masculina e suas implicações para o cuidado em saúde a partir da experiência viva de um usuário-guia com câncer nas redes de atenção à saúde do município de Fortaleza, Ceará.	Estudo de caráter qualitativo, de natureza cartográfica; Inserção no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, além da narrativa da história de vida do usuário-guia; Desenho de fluxograma analisador;	Não houve vivência na Atenção Básica para acompanhamento do câncer; Negligência com relação ao cuidado de si por parte do usuário-guia; A rede formal não deu conta do fluxo de maneira efetiva; Negação da doença em função da masculinidade.
MACHIN, R; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; FIGUEIREDO, W, S; VALENÇA, O. A; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária	Ciência & Saúde Coletiva/2011	Analisar as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em quatro estados do país.	Pesquisa multicêntrica realizada em PE, RJ, RN e SP. Foram escolhidas 6 cidades, com um total de 8 unidade de saúde. Entrevista em profundidade com 69 profissionais.	Expressões que opõem o masculino e feminino; Pouca procura pelos serviços da APS pelos homens; O trabalho do homem levantado como um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde (o trabalho da mulher não é visto da mesma forma); Demandas masculinas como legitimadas por serem mais objetivas; Ausência de profissionais, programas ou campanhas voltados à saúde do homem; Associação da noção de cuidado à mulher; Homens chegam às unidades trazidos por mulheres; Os profissionais não entendem as diferenças entre homens e mulheres como socialmente contruídas; Diferenças entre estes relacionadas à patologias e adoecimento (biologia do corpo).
MINAYO, M. C. S; MENEGHEL, S. N; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2012	Problematizar o padrão de masculinidade socialmente dominante como fator de vulnerabilidade para o suicídio de homens idosos.	Estudo qualitativo na forma de autópsias psicossociais com familiares de idosos que morreram por suicídio;	Perda do trabalho e do status de provedor como fator associado ao suicídio; Sofrimento causado pelo desemprego; Restrição ao ambiente doméstico; A PNAISH não contempla idosos.
MOURA, E. C; SANTOS, W; NEVES, A. C. M; GOMES, R; SCHWARZ. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva/2014	Descrever as especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da ESF.	Entrevista a 43 gestores de equipes de ESF de diferentes regiões e entrevista com 86 homens adultos.	Doença como principal motivo de procura dos serviços; Dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população masculina.
OLIVEIRA, M. M; DAHER, D. V; SILVA, J. L. L; ANDRADE, S. S. C.	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Descrever o perfil sociodemográfico, de morbidade	Estudo transversal com dados secundários de homens na faixa etária de	A maioria (56%) procurou algum tipo de atendimento no serviço de saúde; O motivo do

A. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde		e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do PMF do município de Niterói (RJ).	25 a 59 anos. Os dados foram coletados a partir da ficha de cadastro com seus respectivos prontuários médicos por meio de um instrumento padronizado por um único pesquisador.	primeiro atendimento em 72% dos casos foi de rotina clínica, seguido de pronto atendimento (28%); Receber benefícios sociais se mostrou associado à procura por atendimento.
RIBEIRO, C. R; GOMES, R; MOREIRA, M. C. N. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Problematizar a paternidade como uma questão de saúde frente aos papéis de gênero contemporâneos.	Trata-se de um ensaio teórico com base na literatura específica para ancorar a reflexão acerca de um tema que ainda demanda um maior aprofundamento teórico-conceitual.	Paternidade concebida como fundamental para reafirmação da masculinidade de homens casados e heterossexuais; Filho como reafirmação de virilidade; Trabalho como atributo moral (sustento e educação dos filhos); Carência de estratégias de cuidado em saúde masculina; Forte influência dos homens sobre a contracepção (uso dos métodos contraceptivos); Invisibilidade masculina nos serviços de saúde.
SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S; GOMES, R; COUTO, M. T; PINHEIRO, T. F; MACHIN, R; SILVA, G. S. N; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens	Cadernos de Saúde Pública/2010	Analisar as relações entre masculinidades e cuidados de saúde	Estudo em quatro estados (PE, RJ, RN e SP) em dez serviços de saúde (8 de atenção primária), por meio de observações etnográficas, entrevistas semi-estruturadas com 182 usuários e 72 profissionais, além de cadernos de campo.	Dificuldade e demora do homem em procurar os serviços de saúde: Trabalho, maior resistência física; Prioridade a hospital e pronto-socorro por conta da rapidez e pontualidade, além da medicalização; Cuidado centrado no médico; Valorização das práticas de cura; Procura dos serviços em busca de laudos e atestados; Pouca exploração dos contextos de vida dos homens no atendimento; Práticas educativas de forma instrucional e autoritária; Mulheres bombardeadas com ações de prevenção e promoção.
SILVA, S. A; SILVA, I. R. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde-UBS	Ciência & Saúde Coletiva/2014	Compreender os sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários da UBS em Manaus.	Pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas com usuários de UBS e com profissionais, além de diários de campo.	Sentidos de saúde comuns e também diferentes; As habilidades de cuidado dos homens não são consideradas, pois não se enquadram aos princípios de cuidados gerais difundidos pelas intervenções em saúde.
TRILICO, M. L. C; OLIVEIRA G. R; KIJIMURA M. Y; PIROLO S. M. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem	Trabalho, Educação e Saúde/2015	Compreender melhor os conceitos de saúde, doença, prevenção dos homens moradores na área de abrangência de uma USF, por meio da análise de seus discursos.	Entrevista semi-estruturada, com perguntas referentes à identificação, concepção sobre saúde e práticas para sua manutenção.	A maioria dos homens descreve a manutenção da saúde em termos biológicos (alimentação, exercícios, higiene); Entre os fatores prejudiciais os homens abordam questões relacionadas ao trabalho, assim como a falta deste; Necessidade de se discutir mais sobre a promoção da saúde, tanto com profissionais quanto com usuários.
ALMEIDA, L. R; SILVA, A. T. M. C; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2014	Analisar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência.	Abordagem qualitativa por meio de entrevista semi-estruturada com profissionais da ESF.	Violência contra a mulher pouco percebida e pouco valorizada pelos profissionais de saúde; Necessidade de capacitação em gênero; Atuação dos profissionais restrita ao encaminhamento; Psicologização da

atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica				violência; Necessidade de aprofundamento a respeito da investigação e ação diante da violência.
AZAMBUJA, M. P. R; NOGUEIRA, C. Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Apresentar uma contextualização breve dos estudos discursivos sob a perspectiva do construcionismo social.	Uso de fragmentos de entrevista realizada no âmbito do doutoramento em psicologia social da primeira autora.	Violência de gênero relacionada à cultura, aspectos históricos e sociais; Soluções apontadas para o nível individual; Causas socioculturais e medidas individuais (contradição); Violência como problema de fundo psicológico; Sentimento de despreparo por parte do profissional.
BERGER, S. M D; BARBOSA, R. H. S; SOARES, C. T; BEZERRA, C. M. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2014	Apresentar resultados parciais de pesquisa-ação que investigou a violência de gênero na ESF com especial atenção sobre as ACSs.	Entrevistas semiestruturadas, oficinas de reflexão visitas, entre outros.	Conhecimento limitado das ACSs sobre a Rede de Atenção a mulheres em situação de violência; Impotência e insegurança das ACSs em intervir em conflitos conjugais; Maior autonomia das ACSs por meio das oficinas e descobertas de novas formas de pensar/trabalhar.
BORSOI, T. S; BRANDÃO, E. R; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2009	Conhecer e discutir ações voltadas para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	Estudo qualitativo de caráter exploratório, baseado em diário de campo, entrevistas em profundidade com oito profissionais de saúde de duas unidades de atenção primária do Rio de Janeiro, sendo uma delas de referência para atendimento de vítimas de violência.	Atendimentos individuais, grupos educativos com gestantes e usuárias do planejamento familiar; A violência doméstica é trabalhada apenas no grupo de planejamento familiar; Sacralização do período gestacional; Demanda da mulher de forma implícita; Unidade não-referência: acolhimento - encaminhamento a uma delegacia ou abrigo (fora da unidade) ou abandono do caso; Unidade Referência: envolvimento da equipe no caso, informação, multiprofissional; Rede de apoio precária e não garante a plena proteção das usuárias;
COUTO, M. T; SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; KISS, L. B. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/2007	Problematizar os limites das abordagens tradicionais sobre violência contra a mulher	Desenho quantitativo e qualitativo com entrevistas com informantes-chave de serviços e em profundidade com mulheres em situação de violência, além de grupos focais.	Estereótipos reforçados nas representações de homens e mulheres ideais; Dinheiro como pivô de conflitos; Associação direta entre virilidade, honra, controle de si e masculinidade.
D'OLIVEIRA, A.F. P. L; SCHRAIBER, L. B; HANADA, H; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde	Ciência & Saúde Coletiva/2009	Tratar das possibilidades de atuação do campo da saúde na abordagem da violência contra a mulher desde suas práticas assistenciais nos serviços e baseados na perspectiva de gênero.	Análise de estudos teóricos e empíricos.	Para a violência doméstica não há o equivalente à norma técnica para a violência sexual; Importância das ACSs na divulgação de informações e serviços; Importância ao fortalecimento e emancipação da mulher; Modelo CONFAD.
FERRANTE, F. G; SANTOS, M. A;	Interface -	Investigar a percepção dos	Pesquisa qualitativa com entrevista	Os profissionais conseguem perceber as situações de

VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Comunicação, Saúde, Educação/2009	médicos que atuam nas unidades básicas de saúde de SP sobre a violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos.	semiestruturada com 14 profissionais.	agressão; As mulheres chegam ao serviço com outras demandas que não a violência; Falta de capacitação dos médicos e equipamentos sociais; Barreiras: falta de tempo, falta de estrutura, falta de capacitação e impotência diante da situação.
HASSE, M; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Saúde em Debate/2014	Analisar o conhecimento de profissionais sobre violência contra a mulher, e condutas e encaminhamentos realizados por eles.	Questionário, entrevistas com roteiro semiestruturado. Análise triangulada.	Despreparo dos profissionais; desconhecimento de uma rede de assistência intersetorial; rede desarticulada; falta de inserção do assunto nos currículos acadêmicos; entendimento da violência apenas como problema de segurança pública; reconhecimento da violência apenas pela categoria visual, ou seja, quando é visível.
KRONBAUER, J. F. D; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro	Revista de Saúde Pública/2005	Verificar a prevalência e o perfil da violência de gênero perpetrada contra a mulher pelo parceiro atual ou passado.	Estudo transversal em UBS por meio de questionário com 251 mulheres.	A maioria das mulheres sofreu mais de um tipo de violência; Mulheres negras sofreram mais violência física e psicológica do que as brancas; Invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres.
MANDELBAUM, B; SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero	Saúde e Sociedade/2016	Examinar as possibilidades de diálogos interdisciplinar entre a psicanálise e a teoria de gênero para abordar ocorrências de agressão e abuso na vida familiar e seus possíveis impactos no saúde.	Revisão de obras de autores clássicos para ambos os aportes disciplinares.	Psicanálise tratando da violência contra a mulher ou criança apenas nas dimensões psíquicas; Aceitação da violência como forma de tratar as diferenças de gênero.
RISCADO, L. S; OLIVEIRA, M. A. B; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/Aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas	Saúde e Sociedade/2010	Analisar as formas de violência racial de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/aids em Comunidades Quilombola em Alagoas.	Abordagem qualitativa com 10 grupos focais com mulheres usuárias de UBS.	Demarcação de papéis femininos; Mulheres educadas para o cuidado da casa, família e maternidade; Sofrimento e padecimento em função da violência; Desconhecimento da importância do uso da caminha nas relações sexuais; Dificuldade de acesso aos postos de saúde.
SCHRAIBER, L. B; BARROS, C. R. S; COUTO, M. T; FIGUEIREDO, W. S; ALBUQUERQUE, F. P. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde	Revista Brasileira de Epidemiologia/2012	Descrever as prevalências da violência psicológica física e/ou sexual sofrida por homens	Estudo transversal com 789 homens de 18 a 60 anos por ordem de chegada ao serviço	A maioria sofreu algum tipo de agressão; A maioria também perpetrou algum tipo de violência à parceira íntima; O perfil da violência perpetrada difere do perfil da violência sofrida;
SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; COUTO, M. T. Violência	Revista de Saúde Pública/2006	Apresentar panorama e reflexão crítica acerca da produção	Revisão de literatura não exaustiva.	Ausência de trabalhos que analisem em maior profundidade a prevenção da violência e o papel da

e saúde: estudos científicos recentes		científica na temática violência e saúde.		saúde; Pouco se trabalha a perspectiva diretamente relacional da violência.
SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA. Violência doméstica contra mulheres e a atenção profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2013	Analisar como profissionais da atenção primária à saúde atendem às mulheres em situação de violência doméstica, problematizando a noção de acolhimento em saúde.	Metodologia qualitativa por meio de pesquisa etnográfica com acompanhamento da rotina diária da UBS, registro em diário de campo e entrevista com usuários e profissionais de saúde.	Os profissionais não foram sensibilizados para lidar com a Violência Doméstica; Violência percebida com relação a aspectos socioemocionais; Omissão dos profissionais com tratamento apenas de sinais e sintomas; Abordagem medicalizante; Importância do ACS na construção do diálogo e do vínculo; Falta de estratégias efetivas.
SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência	Ciência & Saúde Coletiva/2015	Analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção	Perquisa participante com seis equipes de saúde em oito encontros.	A rede de atenção não trabalha com protocolos e fluxos; Profissionais não qualificados para lidar com casos de violência; Ausência de sistema de referência e contrarreferência; Olhar discriminatório às mulheres vítimas de violência; Mulheres desacreditadas da Lei Maria da Penha.
SILVA, E. P.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B.; LUDERMIR, A. B. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto	Revista de Saúde Pública/2015	Avaliar a incidência e identificar fatores de risco para violência por parceiro íntimo no pós-parto.	Estudo de coorte prospectiva com mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, em região pobre da cidade de Recife, PE, entre 2005 e 2006. Foram aplicados questionários e a análise foi guiada por um modelo teórico-conceitual usando o Software Stata.	Violência sexual apresentou menor frequência; O risco de VPIPP foi maior para mulheres com baixa escolaridade, sem renda própria, que agrediam fisicamente o parceiro sem estarem sendo agredidas, tinham um parceiro muito controlador e tinham brigas frequentes com o parceiro; Incidência elevada de VPIPP associada à desigualdade de gênero na relação;
CAMPOS, E. A.; CASTRO, L. M.; CAVALIERI, F. E. S. "Uma doença da mulher": experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizam papanicolau	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2017	Compreender a experiência e os significados do câncer cervical por mulheres que realizaram o papanicolau.	Pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica com mulheres que realizaram papanicolau por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais.	O câncer passa a ser integrado à história de vida; Entendido como uma doença de mulher, ligada a valores de gênero; Necessidade de maior cuidado com o corpo atribuída a uma lógica de gênero (por ser mulher deve se cuidar mais).
CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/2010	Compreender as representações e os significados elaborados sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento no CRATOD em São Paulo.	Entrevistas semiestruturadas com mulheres que fazem uso considerado abusivo de álcool.	Estereótipo sobre a mulher que faz uso de álcool como desonesta e descumprindo seu papel de mãe ou mulher; Bar como espaço masculino;
MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2018	Analisar narrativas sobre experiências de estigmatização entre travestis e mulheres transexuais em Salvador/BA.	Estudo epidemiológico na forma de inquérito por meio da aplicação de questionários e entrevistas em profundidade com as participantes.	Relatos de abandono dos estudos, expulsão de casa, repressão familiar, violência gerada pelo estigma; Resistência no cotidiano por meio dos movimentos sociais.
NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla	Ciência & Saúde Coletiva/2013	Identificar dimensões individuais, sociais e programáticas da dupla vulnerabilidade de mulheres com	Entrevistas semiestruturadas com 15 usuárias com deficiência atendidas por UBS.	Experiência da maternidade como recapturação da identidade feminina perdida em consequência da deficiência; Despreparação dos profissionais às

vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde		deficiência usuárias de UBS em SP.		questões ligadas à sexualidade de mulheres com deficiência; Falta de prioridade no atendimento e falta de interesse dos profissionais às demandas específicas dessas mulheres.
SILVA, E. B. O; PEREIRA, A. L. F; PENNA, L. H. G. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack	Cadernos de Saúde Pública/2018	Analisar as concepções dos profissionais de saúde sobre as mulheres usuárias de cocaína e crack em processo de cuidado psicossocial com base na perspectiva de gênero	Estudo qualitativo com entrevistas individuais e semiestruturadas com profissionais do serviço e observação sistemática do cuidado coletivo, além de levantamento de prontuários.	Fragilidade como atributo constitutivo da condição feminina; Dependência afetiva feminina relacionada com o uso de cocaína e crack; Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial.
COSTA-JÚNIOR, F. M; COUTO, M. T; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar	Sexualidad, Salud y Sociedad/2016	Analisar como as concepções de gênero e os discursos hegemônicos se (re)produzem nos relatos de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar.	Entrevista semidirigida com 11 profissionais, onde sete eram mulheres e quatro eram homens.	Não houve compreensão da categoria gênero de forma abrangente; Favorecimento de mulheres quanto ao cuidado, considerando-se as mesmas vulneráveis e estimulando a medicalização excessiva; interação profissional-paciente reitera as desigualdades de gênero.
DURÃO, A. V. R; MENEZES C. A. F. Na esteira de E. P. Thompson: Relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no Município do Rio de Janeiro	Trabalho, Educação e Saúde/2016	Avaliar como uma perspectiva de gênero presente na política de qualificação dessas trabalhadoras vem afetando a constituição da sua profissão.	Dados obtidos por meio da literatura, aplicação de questionário fechado com ACSs do PSF do município do Rio de Janeiro, entrevistas qualitativas.	Histórico do recrutamento das ACS: mulheres para fazerem uso de sua predisposição como cuidadora; Crítica às OSS: foco em atingir metas e formular indicadores; Desqualificação do trabalho em função do modelo das OSS; Barreiras de gênero; Mulher como mão de obra barata; Troca do espaço doméstico a um espaço também delimitado (troca da própria família por várias outras);

### Legenda



Sexualidade e Reprodução



Saúde do Homem



Violência



Saúde da Mulher



Outros