



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Isabel de Oliveira Espindola Figueiredo

O MITO DA INCOLUMIDADE:
discursos sobre a saúde sexual na voz de jovens do sexo masculino

Rio de Janeiro

2016

Isabel de Oliveira Espindola Figueiredo

**O MITO DA INCOLUMIDADE:
discursos sobre a saúde sexual na voz de jovens do sexo masculino**

Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador: Cynthia Macedo Dias

Co-orientador: Carlos Eduardo Colpo Batistela

Rio de Janeiro

2016

*Dedico esse trabalho a Gregorio Rodrigues Pessoa,
Maria do Carmo de Oliveira Espindola, Saul Alberto de Figueiredo e Ana Regina de O. E. de
Figueiredo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao CNPq e à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ pelo apoio institucional.

Agradeço aos meus amados orientadores que pacientemente compartilharam comigo seus saberes e construíram um caminho sólido para a conclusão deste trabalho. Serei eternamente grata a vocês, Cynthia Macedo Dias e Calos Eduardo Colpo Batistella.

Agradeço a toda minha família. A realização deste trabalho tem muito apoio de vocês antes mesmo de ser pensada. Pelo apoio emocional, pelas incontáveis horas em claro acompanhando os momentos da minha formação e pelo apoio com recursos materiais para trabalhar, em especial, agradeço à Ana Regina de Oliveira Espindola de Figueiredo, Saul Alberto de Figueiredo, Maria do Carmo de Oliveira Espindola, Gregorio Rodrigues Pessoa, Débora de Oliveira Espindola de Figueiredo, Juliana de Oliveira Espíndola de Figueiredo, Eliane de Oliveira Espindola, Fernanda de Oliveira de Castro, Rayza de Oliveira de Castro, Rosa Maria de Figueiredo Moraes e Cremilda Maria de Figueiredo.

Agradeço aos meus queridos amigos pela compreensão dos momentos de aflição em que me apoiaram e motivaram a continuar minha formação durante todos os anos na EPSJV e aos colegas da escola que se voluntariaram a participar deste trabalho. Em especial agradeço ao meu amigo e companheiro, que ao longo do trabalho esteve ao meu lado, Gilberto de Souza Poubel.

*“(...) Muda! Que
quando a gente muda
o mundo muda com a
gente. A gente muda o
mundo na mudança
da mente.
E quando a mente
muda a gente anda
pra frente. (...)Na
mudança do presente
a gente molda o
futuro!” (Gabriel o
Pensador)*

RESUMO

A saúde do homem ainda é um desafio para a sociedade brasileira por estar ligada a padrões culturais sobre sexualidade que ainda provocam resistências às ações de prevenção e cuidado, fato evidenciado na baixa frequência destes às unidades de saúde. Mesmo as políticas de saúde tratam tardiamente deste tema. Somente em 2009 se institucionaliza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH. Muitas campanhas buscam enfrentar o desafio de estimular a maior participação e responsabilização dos homens em relação à saúde sexual e reprodutiva, em especial os jovens, por ser comumente este o período de iniciação à vida sexual. A aposta no potencial de construção de sentidos que a linguagem do audiovisual apresenta, tem indicado a produção de vídeos educativos como uma das principais estratégias de comunicação para este público. Considerando que os contextos influenciam as formas de recepção das campanhas educativas, torna-se fundamental dar voz aos jovens homens, tornando-os partícipes da construção de literatura no campo da saúde sexual masculina. Este projeto tem como objetivo compreender as percepções de jovens, do sexo masculino, quanto ao papel do homem em relação à saúde sexual.

Palavras-chave: saúde sexual; sexualidade; gênero; masculino; vídeo educativo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 Personagem com a maquiagem citada pelo participante.....	29
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE DO HOMEM	10
3. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE COMO OBSTÁCULO AO CUIDADO EM SAÚDE E OS SENTIDOS CIRCULANTES SOBRE SAÚDE SEXUAL MASCULINA... ..	13
4. Metodologia	16
4.1. Fase Exploratória.....	16
4.2. Fase de campo	18
4.2.1. O grupo de participantes	19
4.2.2. Considerações éticas da pesquisa.....	20
4.3. Análise e tratamento do material empírico e documental	20
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948, p.1). Com base nesta definição pode-se entender saúde sexual incluindo, além do surgimento de agravos à saúde por doenças sexualmente transmissíveis (DST) e as mortes relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo, a própria sexualidade e a reprodução.

O problema estudado foi a sustentação discursiva que configura a baixa adesão da população masculina aos serviços de saúde. Supõe-se que esta questão esteja relacionada aos padrões culturais de gênero e de sexualidade, que afirmam o mito de invulnerabilidade masculina, enquanto o cuidado se associa a fragilidade que é caracterizado como um padrão de feminilidade.

A relevância social deste estudo deve-se ao desafio de estimular a maior participação e responsabilização dos homens na saúde sexual – em especial os jovens, por ser comumente este o período de iniciação à vida sexual.

Para a realização do trabalho pretende-se responder à questão “Como jovens do sexo masculino percebem o papel do homem na saúde sexual?”. Essa questão foi respondida a partir de um grupo focal que utilizou como dispositivo a exibição de um vídeo educativo selecionado no acervo do VídeoSaúde/ICICT/Fiocruz. Sendo assim, o objetivo geral é compreender quais os discursos que circulam a respeito do papel do homem em relação à saúde sexual. Para tanto, faz-se necessário atender aos seguintes objetivos específicos: compreender os principais desafios em relação à saúde sexual e reprodutiva do homem, identificar as construções sociais relativas ao padrão de “ser homem” que influenciam esses desafios e compreender a importância do audiovisual nas campanhas de saúde para que o estudo possa contribuir com o debate sobre o uso de vídeos em ações educativas sobre temáticas relativas à saúde sexual com jovens.

Deve-se considerar que o grupo de jovens que participarão do estudo está inserido em contexto de profissionalização em saúde e portanto sujeito a ter tido contato prévio com a discussão podendo influenciar nos resultados da pesquisa.

O trabalho está organizado em quatro capítulos relativos as três etapas da pesquisa. Os dois primeiros capítulos são referentes a apresentação do debate bibliográfico do problema. O terceiro capítulo corresponde a elucidação da metodologia adotada. A análise dos resultados se

apresenta no quarto capítulo com os elementos da fase de campo. Encerrando a pesquisa as considerações finais dizem respeito a relação dos resultados com o debate apresentado na revisão da literatura

2. SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE DO HOMEM

O desenvolvimento deste capítulo inicia-se com uma breve evolução histórica do conceito de saúde e sua influência na constituição do Sistema Único de Saúde, rede pública de assistência integral à saúde do Brasil, para compreender a dinâmica das políticas públicas de saúde e suas relações com a saúde do homem. No artigo “História do Conceito de Saúde”, Moacyr Scliar apresenta esse histórico, destacando que o conceito de saúde:

reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007, p. 30)

Durante longos períodos da história da humanidade a concepção dominante de saúde, e que ainda se apresenta em dadas comunidades, é a mágico-religiosa, onde a doença simboliza a consequência da corrupção da comunhão do homem com as divindades. Hipócrates de Cós, considerado o pai da Medicina, no entanto, critica esta concepção e afirma em seu texto intitulado “A doença sagrada” que “as doenças tinham uma causa natural e que ao supor uma origem divina refletia-se a ignorância humana”.

Hipócrates (460-377 a.C) pressupôs a presença de quatro fluidos (humores) principais no corpo humano para explicar seu conceito de saúde que consistia no equilíbrio dos elementos. Sua tese ainda se complementava pelo ensaio de uma nova proposição do processo saúde-doença que iniciou o debate sobre as interferências do meio ambiente no corpo humano. Sua teoria foi revista por Galeno (129-199) que, em seu tempo, compreendeu os males que assolavam o equilíbrio dos humores como endógenos, seja pela constituição física ou por hábitos que desequilibrassem os humores. Paracelsus (1493-1541) afirma a proposição hipocrática da interferência externa ao organismo, que atua por processos químicos e, portanto se reestabeleceria melhor de enfermidades com substâncias/fórmulas químicas. O contexto em que vivera foi de desenvolvimento da química, que despontava influências na medicina.

A chamada revolução pasteuriana consistiu na descoberta dos fatores etiológicos através do microscópio, objeto pouco valorizado desde sua descoberta até então, que revelava a existência dos microorganismos possibilitando a introdução de soros e vacinas. Essa revelação impulsionou a necessidade de estudar, prevenir e curar doenças. Paralelo a esse contexto nascia a

epidemiologia e a estatística que tinham por característica a expansão da expressão numérica da saúde do corpo individual, os sinais vitais, para o corpo social, na forma de indicadores.

As diversas conceituações se perpetuaram ao longo do tempo, porém nenhuma havia sido absorvida em caráter mundial. Somente em 1948 o conceito de saúde é proposto universalmente pela Organização Mundial da Saúde. A saúde é definida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948, p.1). Esta definição do ser saudável permite críticas visto que se observa a inatingibilidade desse estado por parte dos serviços de saúde que não podem objetivá-lo e a possibilidade de abuso do Estado, via intervenções na vida dos cidadãos, sob a justificativa de promoção à saúde. Perante essa discussão, na Conferência de Alma-Ata, se destaca a responsabilização governamental na provisão da saúde e a relevância da participação popular “no planejamento e implementação dos cuidados à saúde” (SCLiar, 2007, p.38). A educação em saúde é compreendida como um dos cuidados primários de saúde.

Na redação final do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde preconiza-se uma reformulação aprofundada da saúde, convencionalmente nomeada Reforma Sanitária. Observa-se também uma ampliação significativa do conceito de saúde:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p.382)

De acordo com Scliar, em meio às variadas acepções de saúde e do processo de adoecimento, a Constituição Federal brasileira de 1988, no artigo 196, evita aderir a uma única formulação limitando-se a dizer que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (SCLiar, 2007, p. 39), e nesta conjuntura o SUS se consolida. No entanto é preciso relativizar o emprego do termo “limita-se”, pois a Constituição está inserida no campo jurídico e, portanto reconhecer a saúde como um direito universal além de aderir a uma definição legal da saúde é um grande passo de compreensão sobre as ações relativas a essa problemática.

É importante ressaltar que compreender o modelo vigente de concepção da medicina e/ou da assistência em saúde colabora para a compreensão das práticas de saúde tanto por parte das

instituições e serviços de saúde quanto da população. O modelo biomédico, prevalente no Ocidente desde o século XIX, compreende de modo generalizante, mecanicista e analítico o processo saúde-doença. Neste modelo a aparição de sintomas alerta para a necessidade do diagnóstico de modo especializado e a busca da cura através da medicalização. (CAMARGO JR., 2005). A biomedicina superestima as especializações inerentes ao organismo humano e as científicas. Em contrapartida subestima que os sistemas interdependentes do corpo humano se interajam e que o organismo em sua totalidade seja influenciável pelos determinantes sociais de saúde (DSS), que caracterizam a conceituação do modelo ampliado de saúde (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Gomes (2007), a saúde do homem ainda é um desafio para a sociedade brasileira por estar ligada a padrões culturais sobre gênero que ainda provocam resistências à prevenção e cuidado em saúde na população masculina. O ideal sobre o que é ser masculino preconiza a incolumidade dos homens sendo assim um estímulo para o abandono do auto cuidado em prol de provar sua virilidade visto que é verificada a presença de discursos que relacionam o cuidado a práticas femininas, portanto, a partir destes, um homem que se cuida se aproxima do universo feminino.

Alguns desafios com a saúde masculina podem ser observados na resistência a ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e na baixa frequência às unidades de saúde. Esses desafios estão relacionados às concepções supracitadas sobre os dois gêneros. Em primeiro lugar, menciona-se a vergonha dos homens de expor seu corpo para o profissional em saúde, principalmente as genitálias, enquanto que a exposição dos corpos das mulheres é frequente no acompanhamento médico desde a puberdade, principalmente ginecológico. Ao mesmo tempo, os homens não se sentem partícipes de campanhas em saúde por estas serem em geral voltadas para o público feminino e não se identificam com o espaço das unidades de saúde pela predominância de profissionais mulheres.

3. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MASCULINIDADE COMO OBSTÁCULO AO CUIDADO EM SAÚDE E OS SENTIDOS CIRCULANTES SOBRE SAÚDE SEXUAL MASCULINA

Em relação às características associadas ao gênero masculino, a função de provedor também é um problema, pois os homens priorizam a responsabilidade laboral em relação à manutenção de sua saúde.

A saúde sexual é um desafio ainda maior, por estar diretamente ligada ao estereótipo da percepção de masculinidade na sociedade, que preconiza, em suma, a invulnerabilidade do homem (GOMES et al., 2007). Nesse âmbito, destaca-se o desafio de sensibilizar os jovens homens quanto ao uso de preservativos, pois ainda há o pensamento de que não é necessário o uso quando se confia na fidelidade da parceira, desconsiderando eventuais possibilidades anteriores de contágio por doenças sexualmente transmissíveis (TONELI & VAVASSORI, 2004). Este desafio aponta para outro, no campo da comunicação, que é o vínculo entre a informação e a prática, ou seja, o acesso à informação não garante ações do indivíduo.

Quanto às práticas sexuais há, ainda, a presença do estímulo à iniciação sexual masculina enquanto se coíbe a feminina. Coexistem, em curso, transformações no exercício da sexualidade entre os jovens. Os principais fatores em mudança são: a primeira parceria sexual - historicamente elegia-se profissionais do sexo, mas tem se reconfigurado para namorada(o) ou amiga(o) - e a crescente frequência do sexo pré-marital (TONELI & VAVASSORI, 2004).

Historicamente, as pesquisas envolvendo homens no campo da saúde sexual e reprodutiva se realizaram em momentos que o objeto, homem, era percebido por perspectivas distintas. Na década de 1980, a perspectiva corrente reduzia o papel dos homens a interferir nas decisões reprodutivas das mulheres e/ou a apoiar a saúde das mesmas. Neste momento, o objetivo em estudar os homens não era refletir sobre o cuidado para/com eles. Em outra perspectiva, na década de 1990, a motivação para o debate sobre o papel do homem na saúde reprodutiva deslocou-se para a promoção da saúde das mulheres e dos filhos (TONELI & VAVASSORI, 2004). Nessas duas perspectivas os homens não eram o motivo pelos quais se estudava os homens, a preocupação com eles se dava de modo indireto, sendo considerados como meios e não fins.

Na revisão da literatura nota-se que este objeto ainda é pouco explorado para buscar estratégias que aperfeiçoem as tardias políticas públicas voltadas para a saúde do homem no

Brasil e fomentem novas ações de incentivo ao auto cuidado masculino a partir da ressignificação cultural do ser homem. Somente no ano de 2009, quando o Sistema Único de Saúde completava vinte e um anos de criação, se institucionaliza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH- fruto da percepção de que esta parte da população, os homens, tem suas especificidades no campo da saúde e estas resultam em forte impacto na Saúde Pública e na qualidade de vida da sociedade brasileira e que até então não estavam sendo priorizados, como os quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

A PNAISH foi “formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos” (BRASIL, 2009), tendo foco nos homens entre 20 e 59 anos.

Estrategicamente a organização dos serviços para atenção masculina engloba outras Políticas Nacionais - como a da Mulher, pois envolve dinâmicas de casal – a partir da perspectiva de duas dimensões humanas: a individual e a relacional a fim de que se garanta a integralidade.

Visando a atenção integral a Política de Saúde do Homem enfatiza as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, sendo assim, ações para fortalecer e qualificar a atenção primária “saindo do restrito campo da ‘adesão a programas assistenciais de saúde’” (BRASIL, 2009). Para alicerçar essas ações a educação em saúde torna-se uma necessidade metodológica para a Política.

As ações educacionais tem fundamental importância para mudanças de comportamentos e, a partir destas mudanças, se firmar/manter saudável. Neste sentido, a comunicação em saúde pode ser elaborada a partir de algumas formas de entender o leitor/ouvinte/telespectador. Neste trabalho a interlocução é considerada pela presença de contextos que tornam o leitor/ouvinte/telespectador partícipe da construção dos sentidos expostos pelo produto comunicativo e não receptor passivo (ARAÚJO, 2006; CARDOSO, 2002).

Muitas campanhas buscam enfrentar esse desafio por meio da produção de vídeos educativos. Mais do que a transmissão de informação, esses produtos podem contribuir para o esclarecimento deste público, valendo-se do potencial de construção de sentidos da linguagem do audiovisual, principalmente entre os jovens. Sua utilização, entre outros dispositivos, poderá fazer com que as gerações futuras estejam ainda mais envolvidas em promoção da saúde sexual.

Entretanto, compreendendo que cada público está inserido em contextos que influenciam as formas de recepção das campanhas educativas, torna-se imprescindível dar voz aos jovens homens, tornando-os partícipes da construção de literatura no campo da saúde sexual masculina entre os jovens, o que pode auxiliar reflexões sobre as estratégias de intervenção comunicativa relativas a esse público.

4. METODOLOGIA

Pretendendo responder à questão “Como jovens do sexo masculino percebem o papel do homem na saúde sexual?”, esta pesquisa partiu da realização de um grupo focal que utilizou como dispositivo a exibição de um vídeo educativo.

Por “saúde sexual” este estudo compreendeu não apenas as questões relativas ao autocuidado na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, mas também aquelas relacionadas às questões reprodutivas, o que envolve a co-responsabilização sobre as consequências do ato sexual.

Este trabalho foi pensado como pesquisa científica qualitativa de caráter exploratório referenciada teoricamente segundo Minayo (2004), que compreende o processo de construção da pesquisa qualitativa a partir de três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental.

Na fase exploratória encontram-se a revisão bibliográfica; seleção e análise do vídeo; definição dos métodos e construção dos instrumentos de pesquisa.

4.1. FASE EXPLORATÓRIA

A **revisão da literatura** teve o propósito de embasar teoricamente a pesquisa, e consolidou-se por meio da busca em bases de dados como Lilacs e Scielo, utilizando palavras-chave como: saúde sexual; sexualidade; gênero; masculino; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); comunicação em saúde e vídeo educativo.

A **seleção do vídeo** foi realizada a partir da consulta ao acervo do VídeoSaúde/ICICT/Fiocruz, com a utilização de palavras-chave como saúde sexual; sexualidade; gênero; masculino; PNAISH. Dos resultados obtidos, identificamos cinco vídeos que retratam diferentes visões a respeito da temática. O vídeo “Depois de Ontem” (Grupo Pela Vidda/RJ) foi selecionado por ter apresentado características de conteúdo como: personagens jovens e situações cotidianas, que potencializariam a identificação dos sujeitos da pesquisa; e temas como doenças sexualmente transmissíveis, uso de preservativos, gravidez, preconceitos e estereótipos, que serviriam como elementos disparadores para o debate e identificação das percepções na etapa de campo.

O vídeo foi analisado tendo duplo papel, servindo de referência: para a construção dos instrumentos de pesquisa e para a análise das percepções levantadas na fase de campo. Como auxílio à construção dos instrumentos de pesquisa a análise do vídeo buscou fundamentalmente elementos do conteúdo temático, e sua relação com a linguagem audiovisual.

A **definição dos métodos** de levantamento dos sentidos que circulam nos discursos dos jovens participantes esteve baseado em princípios de coleta e análise de dados em pesquisas sociais e humanas de abordagem qualitativa, utilizando elementos de Etnografia de Audiência e Grupo Focal.

A etnografia de audiência caracteriza-se pela valorização da multiplicidade das significações individuais construídas pelas experiências anteriores de cada sujeito diante de um processo comunicativo. Deste modo não compreendendo o receptor como passivo, mas entendendo-o como ativo no processo de comunicação. Elementos marcantes deste método, como a observação do evento de fala, do recontar, aliados aos comportamentos e expressões corporais, possibilitam a verificação do estabelecimento de afinidades, ou a ausência delas, com os elementos trazidos pelo material. A autora Leal (1995), exemplifica, a partir de sua pesquisa com telenovela, a atenção do pesquisador para as modalidades sociais de recepção que são importantes para compreender formas distintas de comportamentos a partir do contexto em que se observa o sujeito.

Aplicando essa ponderação ao caso desta pesquisa, podemos perceber que os ambientes usuais de recepção do vídeo educativo estão ligados aos ambientes de ensino como, por exemplo, sala de aula, sala de espera ou recepção de unidades de saúde (apesar da disponibilidade de vários na internet). Esta observação importa na compreensão de atitudes de afastamento/desinteresse dos jovens em relação ao vídeo.

No método do grupo focal defendido por Gatti (2005), destaca-se o potencial dos sentidos produzidos a partir da interação em grupo, não somente de uma observação individual e, portanto complementa o método de etnografia de audiência também presente neste estudo. Suas características envolvem: a acomodação do grupo de participantes como a formação em roda a fim de promover a simetria espacial entre os sujeitos.

4.2. FASE DE CAMPO

A fase de campo, que segundo Minayo (2004) consolida-se pela interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados trazendo para o laboratório o confronto entre a realidade concreta e as hipóteses e pressupostos teóricos que ampliam a construção do conhecimento, se iniciou com a exibição do vídeo educativo selecionado visto como dispositivo provocador, visando apresentar alguns discursos que circulam socialmente a respeito da saúde sexual.

Concomitantemente à exibição, inicialmente observamos as falas, gestos e comportamentos, elementos destacados pela etnografia da audiência. Em seguida, foram colocadas questões para debate.

A sessão foi desenvolvida no tempo total de cerca de 1 (uma) hora, contemplando 05 (cinco) minutos iniciais para explicação da atividade pela pesquisadora; 18 (dezoito) minutos de exibição do vídeo escolhido e 40 (quarenta) minutos destinados ao debate (reservando a possibilidade de extensão desse período caso a pesquisadora julgue que ainda há elementos relevantes a explorar). A sessão foi gravada e transcrita para permitir a recuperação fidedigna das percepções compartilhadas.

Inicialmente o roteiro previu questões abertas, visando provocar manifestações mais espontâneas do grupo a respeito dos sentidos que mais se destacassem em um primeiro contato com a obra audiovisual.

Roteiro inicial:

1. O que vocês acharam do vídeo?
2. Que cenas chamaram mais atenção?
3. Por que essa cena chamou mais atenção?

A partir da interação, conforme o debate, foram realizadas novas intervenções para provocar a emergência das percepções, buscando aprofundar as razões e explorar os argumentos utilizados (recontar e explorar divergências e conflitos).

Perguntas dirigidas a determinadas cenas ou questões mais amplas, como:

4. Você já viveu ou lhe foi relatada alguma situação semelhante? Fale sobre ela;
5. Porque esse comportamento se dá?
6. Fale sobre o comportamento dos jovens no vídeo;

4.2.1. O grupo de participantes

Os participantes do estudo foram selecionados entre os alunos, de sexo masculino, que se voluntariaram, dentre os matriculados no ensino médio profissionalizante integrado da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz. Entendendo que toda pesquisa possui contexto deve-se ressaltar a especificidade da formação de nível médio profissional em saúde a qual os participantes estavam inseridos, pois pode ter influenciado nos resultados da pesquisa ao se verificar os discursos circulantes, considerando que a EPSJV é:

“(...) uma unidade técnico-científica da Fiocruz que se dedica a atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde. Atua, portanto, com o segmento dos trabalhadores de nível fundamental e médio, que correspondem à maioria dos profissionais de Saúde no Brasil. A EPSJV tem como principais objetivos: coordenar e implementar programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e para Ciência e Tecnologia em Saúde; elaborar propostas para subsidiar a definição de políticas para a educação profissional em saúde e para a iniciação científica em saúde; formular propostas de currículos, cursos, metodologias e materiais educacionais; e produzir e divulgar conhecimento nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde.”¹

A fim de evitar o direcionamento da seleção dos alunos por afinidade com a pesquisadora, foi proposta a identificação de voluntários entre o conjunto dos estudantes, mediante o convite realizado nas salas e através de cartazes dispostos nos murais da escola. Foi dado um prazo de uma semana para a inscrição dos alunos.

A seleção seguiu o cronograma abaixo:

01/12 a 07/12 – Divulgação e inscrições;

08/12 – Retorno aos alunos;

09/12 (14:30h) – Exibição e debate.

Buscou-se garantir igual representatividade entre séries (1º, 2º, 3º e 4º anos) e habilitações profissionais (Gerência em Saúde e Análises Clínicas). Porém, devido à pouca adesão, o grupo foi composto apenas por 07 estudantes sendo 05 pertencentes ao 2º ano, 04 de Análises Clínicas e 01 de Gerência em Saúde, e 02 pertencentes ao 4º ano, ambos do curso de Análises Clínicas.

Diante dessa conjuntura considera-se importante ressaltar que o estudo não tem nenhum interesse de generalizar os discursos apresentados ao longo do trabalho, tendo um enfoque exploratório e qualitativo.

¹ Apresentação da EPSJV presente no site institucional <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Apresentacao>

4.2.2. Considerações éticas da pesquisa

Ressalta-se que foram observadas as considerações éticas para a garantia do sigilo e anonimato com relação aos participantes da pesquisa, como prevê o Código de Ética em Pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado por cada sujeito autorizando a inserção de seus discursos nesta pesquisa, assim como a garantia da fidedignidade das percepções, a gravação em áudio da sessão em grupo, sua transcrição e a publicação dos resultados.

Para tanto, este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EPSJV-Fiocruz.

4.3. ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO E DOCUMENTAL

Os dados levantados por meio das técnicas apresentadas foram sistematizados e analisados para buscar os sentidos emergentes do diálogo em grupo sobre a compreensão dos jovens alunos a respeito de seu papel em sua saúde sexual. Por fim, os resultados foram consolidados para a construção do texto final da monografia relacionando à literatura e à análise fílmica para redação do relatório final. Os nomes dos participantes foram modificados para preservar o anonimato.

Os resultados do grupo focal serão analisados no capítulo a seguir a partir das categorias de análise: a) Padrões culturais de comportamento feminino e masculino; b) Autocuidado e saúde do homem; c) Responsabilidade e cuidado com o outro na saúde sexual e reprodutiva; d) Relações construídas pelos participantes com o vídeo educativo; e) Contextos de formação das percepções sobre as questões abordadas.

São necessárias algumas observações gerais para contextualizar o trabalho de campo, dentre elas está a breve descrição do vídeo educativo exibido aos alunos e também a informação de que no debate em alguns momentos as percepções são apresentadas de forma indireta, pelo reuso das falas de outros ou pelas tentativas de desconstrução dos discursos expostos anteriormente.

O vídeo educativo produzido pelo Grupo Pela Vidda, organização não governamental de apoio e convivência a portadores do vírus da AIDS, narra desde o envolvimento sexual casual de dois jovens heterossexuais, Nanda e Marcelo, até o momento de descoberta das informações de

convivência com o HIV. Neste intervalo situações pontuais apresentam elementos que remetem às categorias de análise definidas na pesquisa.

A primeira questão relevante para este trabalho é relativa ao uso do preservativo. Os dois personagens não possuíam preservativos no momento. O rapaz estava desprevenido, porque “só foi fazer o trabalho escolar” e a moça porque a mãe é religiosa e portanto ela não poderia ter camisinha em casa. O casal decide não interromper o envolvimento sem proteção, mesmo após o alerta dela para os riscos desta ação, sob a justificativa dele de ser “só uma brincadeirinha” e que por isso não teria consequências.

A segunda questão diz respeito à preocupação com o contágio de Carla, amiga da personagem feminina principal, após um momento de exposição maior. Juntas elas fazem a testagem e posteriormente, descobrem que Nanda é soropositiva. A conversa entre as amigas, que sucede esse momento, atravessa a preocupação da personagem com a reação da mãe ao saber que ela é soropositiva, já que a mãe nem sabe que ela tinha vida sexual ativa. A associação da promiscuidade ao contágio e da aparência de saudável ao ser saudável também se apresenta nesse diálogo.

Depois de decidir encontrar e conversar com o rapaz, ela o aconselha a fazer o teste. A reação de Marcelo à possibilidade de ser soropositivo revela um padrão do pensamento biomédico sobre o ser saudável, “Eu não tô doente. Eu jogo bola, eu tô trabalhando, tenho uma vida normal”. Após ser convencido por Nanda e Carla, realiza a testagem que revela sua condição de soropositivo.

Ao final do vídeo as personagens procuram informações sobre AIDS e ao contatarem o Grupo Pela Vidda, encontram respostas sobre dúvidas iniciais e são orientados a buscar um grupo de apoio.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A atividade iniciou-se com uma breve apresentação da pesquisa por parte da pesquisadora aos alunos, explicando os termos de participação e os direitos, principalmente de anonimato, dos participantes. Seguiu-se a exibição do vídeo educativo que durou aproximadamente 20 minutos. Os participantes se mostraram atentos à transmissão.

O debate coletivo se iniciou timidamente sendo protagonizado por um dos participantes. Ao longo do debate os outros alunos começaram a interagir com o mesmo havendo momentos de convergências e divergências, porém ressalta-se que um dos participantes não se manifestou em nenhum momento do grupo focal.

Questionados sobre a abertura familiar de diálogo a respeito da iniciação sexual foi possível confirmar as diferenças do padrão de construção social do exercício da sexualidade entre as mulheres e os homens. Há um desconforto na abordagem do tema com as jovens enquanto em relação aos meninos há não apenas o diálogo como também um incentivo à prática e a quantificação como ampliação da experiência.

Edgar – (...) Questão de tipo ah, o pai vai vim querendo saber: po, já começou.. ta tenso e tal? Acho que pra mim não é muito pressionado e tal.. de boa..

Diogo – Eu também não sou muito pressionado, mas assim **as pessoas falam bastante..** já tipo.. as vezes as pessoas da minha família.. acho que **querem saber mais quantas pessoas você já fez, se você já fez..** do que com.. com, por exemplo, minha irmã, sei lá.. eles vão achar mais.. na minha opinião.. **vão se achar mais é.. desconfortáveis se eles forem perguntar pra minha irmã do que pra mim..**

(...) Edgar – É.. pra homem tem essa coisa de liberdade de pegar..

Antônio – O homem né.. Tendo muito da visão que a gente tem.. ele é o.. ele é o cara que chega né? Na mulher.. Ele tem esse.. né? Ele é.. assume esse papel.. é como se ele tivesse esse papel de chegar na mulher e ser o cara que conquista então ele, teoricamente, **deveria ter mais experiências do que a mulher..**

Diogo – é aquela famosa frase: **Ele é garanhão e ela é piranha.**

Em contraponto, há o relato de um participante sobre a indiferenciação do tratamento entre os dois filhos (menino e menina) na abordagem do tema dentro da família, destacando a importância de práticas não apenas sexuais, mas emocionais, saudáveis. O argumento religioso foi associado por Antônio à negação da busca pelo relacionamento casual descompromissado em prol de relações mais estáveis.

Antônio – (...) Na real meus pais eles sempre quiseram, tanto eu quanto minha irmã, que a gente namorasse, que a gente tivesse é.. não só a vida sexual mas uma vida amorosa ajustada. Pelo tanto de pessoas que vê que tem muitos problemas nessas áreas, então assim, sempre foi bem tranquilo conversar sobre isso, sabe? Nunca tive que esconder.. da.. da minha mãe.. dos meus pais nada.. assim tudo que eu fiz e que eu faço eu falo pra

eles (...) sempre foi muito aberto.. pelo menos comigo.. sempre por perto, mas sempre assim é.. deixando claro que **tanto pra mim quanto pra minha irmã.. é interessante ter uma vida amorosa e sexual saudável né?** Então.. não é.. **nunca foi colocado até [pela] a questão moral e religiosa..** como **“ah, você tem que sair pegando todo mundo”** né? “Quem te der mole você tem que pegar”, mas foi sempre colocado de ter uma vida amorosa e sexual saudável. Sempre foi colocado assim, “é bom você ter isso, filho”.

No filme a atitude do cuidar está vinculada às personagens femininas. Em relação ao autocuidado, Fernando atenta para a possibilidade da personagem masculina não descobrir a doença caso não houvesse a intervenção da moça. Nesse contexto, Diogo justifica a possível falta de iniciativa do jovem pela preferência da acomodação em função do receio da descoberta do vírus:

Fernand

o – **“O moleque também não ia descobrir nunca, né? (...) a garota tem que falar pra ele fazer porque se dependesse dele tomar iniciativa ele nunca ia..**

Antônio – Iam descobrir quando ele estivesse no caixão.

Mediadora 2 – E porque vocês acham isso?

Diogo - **É porque acho que a verdade é mais incômoda do que ele seguir mentindo pra ele mesmo.”**

Corroborando esta configuração, a fala de Antônio a respeito de quando seu tio descobre ser soropositivo cria um paralelo com a realidade do cuidado na família do participante (trechos em negrito), pois reafirma a dualidade do padrão cultural de cuidado entre homens e mulheres, em que homens não se responsabilizam com o próprio cuidado, enquanto as mulheres assumem o cuidado deles e de si próprias.

Antônio - O meu tio mesmo é um caso. Quando ele pegou.. Quando ele (...) soube do HIV. **Foi a minha tia que contou pra ele.** Uma tia que trabalhava junto com o hospital. Que ele tava doente, ele já tava apresentando os sintomas e aí chegou e perguntou pra ela.. “(...) o que que tá acontecendo comigo?” **Ela não queria, tipo assim, tava com receio de falar.** Aí ela perguntou: Ah, você quer saber? Ah, tá bom. Você tá com.. você tá com AIDS. Você é soropositivo. (...) **quando minha mãe foi visitar ele** a primeira coisa que ele pegou e falou foi: “Pô, eu nunca pensei que isso iria acontecer comigo. Eu nunca pensei que isso, tipo, seria comigo que uma coisa dessa ia acontecer”. E aí minha mãe, que fala as verdades na cara, ela: “é sério que você nunca pensou que isso ia acontecer com você? (...) **“Justamente com você. A gente já falou. A gente falava tanto disso.”**

Ainda sobre as justificativas sobre a falta de iniciativa da personagem masculina no filme, Carlos aponta o que pensa ser a mais possível: “Mas cara ele não tinha nenhum sintoma (...) Ele

não tinha nenhum sintoma!”. Esta argumentação reiterada indica a circulação do discurso de ausência de sintomas como um atestado de saúde, que se enquadra no modelo biomédico conforme revisão da literatura. Podemos perceber que Antônio também relata a aparição dos sintomas como um desequilíbrio do saudável na experiência familiar (trecho sublinhado acima). Esse reconhecimento reforça o potencial de identificação que o vídeo educativo apresenta com o telespectador ao mesmo tempo em que expressa sentidos e práticas que circulam na sociedade.

Outro aspecto envolvido nesse momento do debate em relação à falta de cuidado preventivo em saúde foi apontado por Fernando. Ao trivializar o convite entre amigos para a realização do teste, revela a pouca articulação social entre os homens para debater a saúde: “Eu num ia chegar no Antônio e falar: Pô, Antônio bora lá fazer um exame de AIDS?.. Assim.. não tô com nada pra fazer, bora lá?” .

O relato de Bruno demonstra uma maior preocupação com a prevenção de doenças dentro do grupo de homossexuais, seja porque eles mesmos aderiram ao discurso de que a comunidade LGBT é um grupo de risco do HIV ou porque atentam para a menor aderência aos recursos preventivos de DST. Ele reforça que a maior circulação de sentidos referentes ao uso da camisinha, mesmo dentro da comunidade, está associado à prevenção da gravidez, que não é um fator relevante entre homossexuais.

Bruno - **Por fazer parte é.. da comunidade** (...) acaba que assim, eu por ter mais noção é.. dessas coisas eu acabo me cuidando mais, mas **eu vejo muitas pessoas que acabam por não optar sabe** (...) por **vivência pessoal** mesmo eu já me deparei com pessoas é.. que ao me contar coisas, né?.. da vida eu já imaginei: essa pessoa poderia ter X, Y, Z coisas e não ter identificado, né? E eu **preferi me precaver** a isso tipo, evitar determinadas coisas. É.. mas assim eu diria que é bem complicado principalmente **na nossa comunidade** onde é.. assim, como eu já tinha falado é.. anteriormente **num tem esse risco de gravidez** né? Vc acaba se deparando com **muitas pessoas que é.. que.. que não se previnem** e isso me deixa um pouco até tipo, mais na minha entende? (...) eu acabo sendo muito observador e quando eu observo algo que foge a essa segurança eu já.. tipo, tô fora.. (...)”

A discussão sobre a baixa frequência às unidades de saúde fez confirmar a hipótese do trabalho e a revisão bibliográfica de que a construção da masculinidade como superioridade, força, invencibilidade e incolumidade se apresenta como um obstáculo ao autocuidado masculino, pois a busca de assistência aproximaria o homem daquilo que é associado ao universo feminino, o cuidado. Isso se apresenta claramente na fala de Diogo, complementada por Antônio:

Diogo - Tem muito essa questão de tipo o homem ele é o machão, **ele é o forte, ele não vai pegar nenhuma doença, ele é mais forte que a mulher, ele é o invencível**. Então ele fica mais na dele e tem esse.. não sei se é **medo** ou se ele **se acha tão superior**.. pode ter esses dois lados. De.. de ir no médico.

(...)

Antônio - (...) **a gente culturalmente a gente não vai ao médico mesmo.. pra nada.** (...) as mulheres tem um.. elas pensam em se cuidar muito mais do que os homens. Isso é uma realidade

Ainda nessa conjuntura a baixa procura por serviços surge associada ao medo em duas vertentes: descobrir doenças e/ou se afeminar. Chama atenção a referência buscada pelo participante ao exemplificar a assistência médica específica da saúde masculina: o exame preventivo do câncer de próstata, a “dedada” que é uma associação comum à perda da masculinidade padrão. Ao lado dessa percepção também circulou entre os participantes uma outra perspectiva, que deixava explícita a predisposição de realizar regularmente o exame de prevenção do câncer de próstata.

Carlos – É.. só tem uma coisa.. **meu pai** mesmo ele fala que .. tipo se ele for no médico.. ele não vai assim muito.. **Ele diz que se ele for ele vai acabar descobrindo alguma doença e prefere não ir.**

Antônio – Não! E outra coisa cara, outra coisa que.. que é uma realidade cara, por exemplo.. Ah... é.. teste pra câncer de próstata. Você tem que fazer o exame ne.. colocando o dedo na próstata..

Fernando – É, é ruim..

Antônio - cara é desconfortável? Acho que pra uma boa parte dos homens é uma questão desconfortável, mas na minha opinião isso não justifica a pessoa não ir. E muita das vezes porque é.. tem essa ideia de “ah, é o **machão**, não sei o que..” o homem não vai.. é uma coisa que..

Antônio - É.. Po.. eu tenho tanta **vivência na área da saúde**, eu sei de tantas coisas que acontecem.. que pra mim é assim: ta fazendo o exame? tamo fazendo aí..

Carlos – Até porque a gente ta cuidando (...) Da nossa saúde..

Antônio - Por mais que.. que uma dedada com certeza não seria uma coisa.. boa né? Acho que pra garantir a nossa saúde, vale (...) Periodicamente. Mas assim a maioria dos homens. Você vê, não liga.

Carlos – É.. Isso é só pra gente que **ta aqui numa escola de saúde** aprendendo isso, mas a maioria dos homens não vai querer aprender...

Em relação a prevenção nas práticas sexuais, que muito tem a ver com responsabilidade, autocuidado e cuidado com o outro, Edgar sugere duas possibilidades para explicar a não procura pelos testes de DST. Uma possibilidade é a falta de informação do indivíduo sobre as DST's. A outra diz respeito ao medo do resultado do exame dentro de uma argumentação que naturaliza o sexo sem camisinha e não identifica o potencial transmissor do indivíduo, reconhecendo apenas sua exposição ao afetamento da doença:

Edgar – Acho também, tipo, é dividido muito em duas questões, no **cara que faz sem camisinha**. Ou ele **não tem informação** sobre DST e tal, sobre o que ele pode é..

receber de doença assim na relação sem camisinha. Ou **o cara ta meio que fechado** falando assim pô **“eu fiz [sexo desprotegido] mas não vou fazer [o teste]** não porque eu não quero. Não vou fazer porque eu tenho **medo de que dê positivo** e então eu não vou fazer vou esperar dar merda e se der merda deu merda mas não vou fazer ” porque tipo, tem medo da questão de ter. Nesse vídeo mostra **o cara tem informação mas não usa..**

Ao tentar desconstruir a ideia da promiscuidade como um fator de risco para a contração do vírus, a fala de Antônio sugere uma aleatoriedade do contágio que acaba por relativizar o uso de preservativos como forma de prevenção de DST.

Antônio – “(...) Então por isso que tem esse estigma social todo. Porque passa pra pessoas que você é isso. As vezes a pessoa até pode ter essas características, mas não necessariamente. Tem vários casos igual aconteceu nesse vídeo, **tem até reportagem da pessoa que tem duas relações sexuais e pega AIDS.** Tem pessoas... e olha como é que a vida é engraçada.. **tem pessoas que tem relações sexuais com diversos parceiros a vida inteira, sem proteção nenhuma (...) e não pega nada (...)** Então assim, a vida, ela tem muito disso e muita das vezes **as pessoas não conseguem enxergar isso elas só pegam uma parada que já ta pronta. Ah, se a pessoa pegou AIDS ela é promíscua porque pra pegar você tem relação com todo mundo.”**

Antônio em momentos distintos expõe a virgindade como um elemento de segurança em relação às DST, apesar do reconhecimento de outros métodos de transmissão. A preocupação mais evidenciada no debate, por pelo menos quatro dos sete participantes, em relação ao uso do preservativo é relativa à prevenção da gravidez a fim de evitar a responsabilidade da reprodução indesejada. Essa concepção minimiza e/ou desconsidera o autocuidado e o cuidado do outro na possível transmissão sexual de doenças.

Conforme a revisão da literatura, no debate se verifica que a confiança no histórico sexual conhecido da parceria influencia na decisão do uso ou não do preservativo no ato sexual. (TONELI & VAVASSORI, 2004).

Antônio – “É muito diferente (...) **Você tem relação sexual com a pessoa que você sabe que não tem AIDS, vamos supor porque os dois são virgens, né?** As chances de ter AIDS é muito menor. Óbvio que tem chances por outras contaminações, né? Pode ser por agulha, por uso de drogas, ou coisas do tipo, **mas ter isso é muito mais do que muitas das vezes você conhecer a pessoa, saber que ela já teve uma vida sexual, mas você nunca questionar em algum momento.** Porque a gente não sabe, né? A cadeia é muito grande de acontecimentos, então, assim (...) a pessoa pensar que não vai acontecer nunca, acabou cara.. ela não vai ver nunca mais isso até ela ter ou se ela não tiver.. porque pode acontecer isso, muitas pessoas passam a vida inteira, né? Tendo diversos parceiros sexuais e não tem, nem liga. (...) **A pessoa que ela é virgem e tem um parceiro que ela sabe que é virgem, não porque conhece desde ontem, mas porque conhece há muito tempo, sabe? E já sabe disso.. Eles não vão se preocupar com DST..** Eu.. Eu vou falar.. a minha opinião.. **Eu me preocuparia com isso também** eu vou ser bem sincero. Por mais que “Ah, é.. com uso de drogas e outras coisas venham a acarretar se eu sei, **se eu conheço a pessoa de fato né? não “ah ela falou e eu**

acreditei” não, mas conhecer. Eu não iria me precaver por causa disso, eu iria me precaver por causa de gravidez.

Mediadora 2 – Então você não se precaveria pra uma DST e **confiaria completamente na sua parceira?**

Antônio – **DST não. Gravidez sim.”**

Outro aspecto significativo é a associação do relacionamento estável ao cuidado de si e do outro. Em comparação o sexo casual, que não pressupõe envolvimento sentimental, não implicaria compromisso com o cuidado com o outro, sendo a prevenção, quando há, mais autoprotetora do que corresponsável.

Antônio - (...) quando **você faz sexo você tem que assumir um relacionamento com o outro. Você tem que assumir compromisso, sabe? Então assim eu acho essencial pensar na mulher.** Por exemplo, caso tenha HPV (...) **que dá muito pior na mulher** do que no homem. Cara, tem que precaver, sabe? Eu acho assim, **pelo menos se você gosta daquela pessoa você tem que se precaver né por conta dela.** Tem que se pensar no outro. **Se você tem.. Não pode ser igual a umas pessoas que pegam AIDS e falam assim: ah, eu peguei AIDS, vou levar uns comigo.**

(M2) – Mas no caso do casual como seria essa... relação do cuidado? Ou não tenho nenhuma proximidade com a pessoa aí..

(A) – (...) **eu iria sempre proteger... agora na realidade a gente sabe que as pessoas... cagam...**

(...)

(E) – Nesse caso eu acho que **é mais a questão do indivíduo, porque não tem a questão do companheiro então o cara não vai se preocupar com o outro, vai se preocupar com si próprio.**

Como visto na revisão da literatura o acesso à informação não garante a prática pois há sempre a possibilidade de que o conteúdo apresentado seja ignorado. No caso do preservativo há duas fortes possibilidades como revelado no grupo focal: por não acreditar no contágio ou por considerar que seu uso elimina o prazer do ato.

Antônio – É assim é.. **é muito acesso a informação, mas tem pessoas que tem acesso a informação, sabe que pode ter [DST] e “Ah, não gosto de usar camisinha” e.. e essas crença de “ah, não vai acontecer comigo” mas eu acho que essa também de “ah, eu não gosto de é.. de fazer com camisinha” também é uma parada que acontece a pessoa sabe, mas quer curtir ali o momento.**

A preferência em relação ao que pode acontecer pelo não uso dos preservativos (gravidez X contágio) circulou durante o debate. Nesse momento, houve conflito. Essa discussão traz um elemento que é significativo, pois já desconsidera a prevenção e organiza um argumento para a convivência com a consequência, seja reprodutiva ou de tratamento de DST's.

Antônio – **“(...) menos eu que.. que sou contra, tenho uma visão moral do aborto né? Se eu tivesse um filho e fosse indesejado eu não abortaria né? Junto claro,**

concordando isso com a parceira. Eu acho que é um custo muito maior do que você se tratar. Claro que se tratar é ruim, mas pelo menos eu pondero na minha cabeça que é.. seria mais custoso, e mais trabalhoso, mais problemático pra mim é.. ter o filho do que ter uma doença pra tratar. Pelo menos eu vejo isso.

Diogo – Eu não penso a questão do tipo.. do tratamento, dessa questão de ser mais custoso. Eu penso que tipo assim, eu vou ter uma doença DST e vou ta lá tipo a qualquer hora eu posso morrer, ou qualquer hora eu posso pegar uma doença.. Eu acho que é bem mais... prático você ter.. ta lá com seu filho do lado do que você tá com.. vivendo o resto da sua vida, **mesmo que seja mais ou menos feliz**, do que você ta com uma doença que você pode morrer a qualquer momento.

Antônio – Cara, mas não é assim. Mas essa é a realidade. Num é mais assim. AIDS não é mais assim. A pessoa, se ela tomar os remédios regularmente a chance disso acontecer é muito baixa. Agora você ter um filho num momento indesejado..”

Ao discutir o contágio da AIDS surgem questões relativas a classificação da comunidade LGBT como um grupo de risco. Fernando questiona a relação dessa classificação com as origens da doença o que indica a presença de um discurso social que relaciona homossexuais ao início do contágio. Ao discordar, Antônio justifica a classificação da comunidade LGBT como um grupo de risco na transmissão do HIV através do quantitativo populacional entre os héteros e os homossexuais, sendo este último um grupo menor e que por isso os números parecem mais significativos. A partir desta argumentação o questionamento da motivação para o uso do preservativo se inicia:

Bruno – “É a questão da camisinha porque você utiliza mais a camisinha.. a primeira coisa que você utiliza.. “Ah, pra que que eu estou utilizando a camisinha?”. Pra evitar gravidez! Sabe? É.. como o homossexual ele não tem.. é.. esse..

Fernando– Ele não engravida.

Bruno – É! Né? Ele não engravida.. é.. acontece que muitos deixam de usar por causa disso. Deixam de ter esse cuidado, sabe? Então, essa.. tipo eles acham.. acontece de muitos pensarem: Ah, muito difícil. Não preciso usar dessa vez!”

As primeiras impressões quanto ao material apresentado foram muito positivas pois trouxeram a ideia de que o vídeo realizou um compartilhamento efetivo de informações. As observações também destacaram os potenciais abrangentes de identificação do material com o público alvo, ao elaborar perfis distintos para cada personagem.

Diogo – Eu acho que ele é tipo.. ele é muito informativo pra pessoa que tá com AIDS, mas pra pessoa que não tá com AIDS também.. pra se prevenir e no caso da pessoa que tá com AIDS ela ta passando pelos mesmos sentimentos que eles e começa a contar a história desde a relação sexual até o resultado e acaba se identificando. Então acho que a pessoa vê isso e tem AIDS ela vai se identificar igual, vai querer fazer o tratamento porque achou informativo.

Edgar – **Aborda tanto quem tem quanto quem não tem.**

Carlos – É... ele é meio genérico né.. porque ele vai.. **várias pessoas podem se identificar. Várias personalidades.**

No início do debate as falas dos participantes sugerem a identificação da dualidade de padrão homem e mulher que está inserido no roteiro do vídeo educativo. Isso se mostra presente na fala de Diogo que atenta para o comportamento das personagens principais após a descoberta do contágio: “(...) Ela pensando na família e ele pensa mais na questão social, amigo, trabalho.”. Mesmo sendo explicitado na fala das personagens, esse elemento requer uma atenção para que seja reverbado posteriormente. Considerou-se bastante significativo este recontar, pois o reconhecimento de certas concepções é o primeiro passo para o seu questionamento e possibilita a ressignificação dos padrões de gênero.

A significação que os participantes deram à linguagem do vídeo no momento em que a personagem feminina se desespera - a maquiagem - demonstra o quanto o dispositivo afetou o grupo, pois este associou o elemento visual ao conteúdo exposto e a vivência social.

Bruno – Eu achei bem interessante a cena que acaba de receber a notícia né... um pouco depois e **a maquiagem dela ta bem...**

Fernando – **Olheira** né, cara...

Bruno – E isso identifica é o momento da personagem que é marcante é tipo... sabe? **Ela ta destruída.** Sabe? E eu achei isso realmente bem interessante no sentido de que... é... como a pessoa receberia uma notícia dessas, sabe? Tudo bem... Ela ainda não passou pelos processos biológicos, ainda não... mas olha como é que **ela já tá.. só de saber...** entendeu?

Antônio – **Só o sofrimento...**”



Figura 1 – Personagem com a maquiagem citada pelo participante

Na fala de Fernando, fica claro que o vídeo (produzido por uma ONG de apoio a portadores do HIV) atingiu seu objetivo de apresentar que soropositivos podem conviver com a doença e ainda manter um relacionamento, desconstruindo percepções pessimistas e estereotipadas em relação ao convívio com a AIDS.

Fernando – Acho que o final do vídeo é bem legal porque eu fiquei imaginando assim.. po, eles ficaram assim.. po.. dá-se a entender que o garoto passou pra garota. Então **ela ficou muito assim de boa com o cara**, e acaba eles juntos no final. Eu pensei que não ia rolar isso eu pô, dá aquele.. aquela coisa de “**ah, você não vai ter uma vida tão ferrada**”.

Em um momento inicial de fala a formação das percepções individuais começa a surgir de modos distintos remetendo primeiramente ao universo familiar:

Antônio: “Meu tio ele é soropositivo. Já tem alguns anos que sabe disso e ele vive normalmente. Tem esposa, tem filho, toma os remédios, se trata pra isso e tem uma vida normal. Então muitas das vezes as pessoas não sabem nada! (...) **Eu tenho informação pra isso.**”

Antônio - É.. Po.. eu tenho tanta **vivência na área da saúde**, eu sei de tantas coisas que acontecem.. que pra mim é assim: ta fazendo o exame? tamo fazendo aí..

Carlos – Até porque a gente ta cuidando (...) Da nossa saúde..

Antônio - Por mais que.. que uma dedada com certeza não seria uma coisa.. boa né? Acho que pra garantir a nossa saúde, vale (...) Periodicamente. Mas assim a maioria dos homens. Você vê, não liga.

Carlos – É.. Isso é só pra gente que **ta aqui numa escola de saúde** aprendendo isso, mas a maioria dos homens não vai querer aprender..

Este contexto de formação de percepção no núcleo familiar é reforçado ao longo de todo debate pelas observações de vivências familiares, pela educação proposta pelos responsáveis e até pela presença de profissionais de saúde na família.

No momento em que Antônio diz: “É... Isso eu já.. já estudei um pouco disso porque eu fiquei pensando: cara, porque que coloca-se homossexuais como um grupo de risco?” se mostra em meio a discussão um importante dado em relação a busca autônoma pela informação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de haver coincidência entre os achados na revisão bibliográfica e os resultados encontrados no campo por meio da explicitação dos discursos circulantes entre os participantes a respeito dos desafios da saúde do homem, em especial a saúde sexual, foi possível notar o movimento sutil de desconstrução dos padrões sociais ou, pelo menos, o reconhecimento de sua existência. Considerou-se bastante significativo o recontar das dualidades percebidas no vídeo, pois a identificação das concepções é o primeiro passo para o seu questionamento e possibilita a ressignificação dos padrões culturais de gênero.

Essa ressignificação, necessária para o enfrentamento deste problema - o desleixo masculino quanto ao autocuidado e o cuidado do outro - ainda tem um obstáculo muito complexo, que está vinculado à formação familiar e caracteriza-se usualmente pela reafirmação dos padrões de comportamentos ditos femininos e masculinos. Entretanto o único participante que ressaltou na sua fala uma formação moral e religiosa não apresentou essa corroboração aos padrões culturais de gênero.

A pouca frequência dos homens às unidades de saúde discutida nas referências bibliográficas foi confirmada intensamente através de argumentos distintos, como a ausência de manifestações sintomáticas, o receio da descoberta de agravos não percebidos e mesmo pelo medo de associação do cuidado a dita vulnerabilidade feminina. Deste modo apresenta-se reforçado o mito da incolumidade masculina.

O peso da responsabilidade da reprodução aparece amadurecida no grupo, o que não quer dizer que a ideia de paternidade seja considerada uma realidade favorável. Deve-se considerar que a idade dos participantes se encontra fortemente ligada à pressão social frequente para o afastamento da possibilidade do exercício da paternidade nesta fase da vida.

O não uso do preservativo apareceu de modo naturalizado em duas situações significativas: quando se apresenta o argumento de despreocupação, pela melhoria da convivência com o vírus da AIDS, possibilitada pela progressão do acesso e qualidade do tratamento, e quando os indivíduos mencionam a improbabilidade de que a situação indesejável (gravidez ou DST) vá ocorrer com eles.

Quando o uso da camisinha como prevenção apareceu no debate, foi fortemente associado à ideia de evitar uma gravidez indesejada, ao passo que ocorreu uma despreocupação com as

doenças sexualmente transmissíveis, considerando que o conhecimento do histórico sexual da parceira(o) seria suficiente para evitá-las. Estes raciocínios relacionados ao uso do preservativo chamam atenção quando se observa um aumento do contágio de AIDS no público jovem, principalmente entre os homossexuais², sendo este apontamento um dos resultados que poderiam ser aprofundados pela pesquisa social em saúde.

A responsabilização no cuidado com o outro é pouco evidenciada na fala do grupo, tendo caracterizado as percepções como mais individualistas. Este fato é ilustrado quando da diferenciação feita pelos participantes entre o relacionamento estável e o sexo casual, este último visto como uma abertura para a não-responsabilização.

De um modo surpreendente, por todo estigma que o gênero carrega, o vídeo educativo gerou interesse em grande parte do grupo de voluntários. Esta recepção positiva possibilitou a utilização do dispositivo como disparador do debate e de apoio para a discussão como se desejava.

O processo de desconstrução dos padrões sociais que interferem no cuidado em saúde, não só do homem, deve ser um trabalho da sociedade como um todo e não apenas dos serviços de saúde, pois a abrangência das construções culturais ultrapassam os limites do Sistema Único de Saúde.

Possíveis desdobramentos da pesquisa seriam o aumento do grupo a ser investigado, a diversificação da amostragem incluindo escolas de diferentes vínculos e estratos sociais e a elaboração e aplicação de um questionário onde fosse possível cruzar informações com os discursos apresentados pelos participantes para um maior entendimento da formação social dos indivíduos, como por exemplo:

- a) Idade
- b) Bairro de residência
- c) Cursou o Ensino Fundamental em escola pública ou privada?
- d) Mora com a família? S/N
- e) Seus pais/responsáveis trabalham fora?
- f) Tem irmãos? Quantos do sexo feminino e quantos do masculino?
- g) Sua família possui alguma orientação religiosa?

² Matéria jornalística da Revista Online Carta Capital disponível em <http://www.cartacapital.com.br/saude/aids-avanca-entre-os-jovens-brasileiros-5590.html>

- h) Já teve momentos de discussão sobre saúde sexual na escola?
- i) Já teve momentos de discussão sobre saúde sexual na família?
- j) Frequenta serviços de saúde? Público ou privado? Quais especialidades médicas?
- k) Sua família é atendida pelo Programa de Saúde da Família?

A metodologia adotada fez surgir resultados inesperados e limitações, desafios e dificuldades, devidos ao tempo disponível para a execução da pesquisa.

O vídeo educativo exibido, apesar de conter a temática da AIDS em evidência, foi selecionado por apresentar diferentes posturas em relação à prática e a saúde sexual de homens e mulheres e elementos que se consolidaram como categorias de análise da pesquisa. Pela preocupação com não direcionar nem influenciar o grupo de participantes foi dada também liberdade de fala no debate o que encaminhou os participantes para assuntos mais relativos à AIDS do que à saúde do homem, sendo necessárias pequenas intervenções mais direcionadas à pesquisa no momento.

Tal constatação pode ser considerada uma limitação metodológica, porém ressaltando a indisponibilidade de tempo para a execução de testagem do método, foi assumida como caracterizante da pesquisa exploratória, de aproximação científica com o tema, pois o uso do vídeo ainda que com temática diferente possibilitou a exploração das falas emergentes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Inesita. **Materiais Educativos e Produção de sentidos na intervenção social**. In: Monteiro Simoni (org.). Educação, comunicação e tecnologia educacional: Interfaces com o campo da Saúde. Organizado por Simone Monteiro e Eliana Vargas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 p. 49 – 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.

CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. **Revista Saúde em Foco**. No 23, junho 2002.

Carta Capital Revista Online. **Aids avança entre os jovens brasileiros**. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/saude/aids-avanca-entre-os-jovens-brasileiros-5590.html>. acessos em 22 jan. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro 2005.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 out. 2014.

LEAL, Ondina Fachel. Etnografia de audiência: uma discussão metodológica. In: DE SOUZA, Mauro Wilton (org.). **Sujeito: o lado oculto do receptor**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; VAVASSORI, Mariana Barreto. Sexualidade na adolescência: um estudo sobre jovens homens. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 18, dez. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 out. 2014.

VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz (Sudeste): no. 443301. Depois de ontem, Rio de Janeiro: Grupo Pela Vidda.

WHO, Off. **Rec. Wld Hlth Org.**, 2, 100, abr. 1948. Disponível em <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. acessos em 30 out. 2014.