

# Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família

Psychosocial Interventions to Promote Men's  
Health in Family Health Centers

Intervenciones Psicosociales para la Promoción de la  
Salud del Hombre en Centros de Salud de la Familia

**Luiz Gustavo Silva Souza**  
Universidade Federal Fluminense

**Analice Alcantara Meireles**  
Universidade Federal de Pernambuco

**Kaylla Maria Castro Tavares &  
Maria Cristina Smith Menandro**  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001562013>

Artigo

**Resumo:** Este relato de experiência profissional busca contribuir a responder a questão: Como promover a saúde do homem na Atenção Primária à Saúde? São descritas duas estratégias implantadas em uma Unidade de Saúde da Família de Vitória, ES, as “Ações de Sábado” e o “Grupo de Homens”. Cada “Ação de Sábado” é realizada trimestralmente, em um sábado pela manhã, com duração de quatro horas, contando com atividades recreativas e de educação em saúde (discussões sobre doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo). O “Grupo de Homens” é realizado semanalmente, com duração de 1h15min, com exposições dialogadas (sobre problemas com o álcool, por exemplo) e com oficinas terapêuticas. No período de setembro de 2011 a julho de 2013, as intervenções envolveram cerca de 230 homens de classe popular. Os conceitos de clínica ampliada e atitude psicoterapêutica são utilizados para promover a expressão dos usuários e a corresponsabilização com o processo saúde-doença. Dentre os resultados, destacam-se: o aumento da presença masculina na USF, a melhoria do cuidado dirigido a condições crônicas (especialmente hipertensão, diabetes e problemas com o álcool/alcoolismo) e o fortalecimento de comportamentos de redução de danos. Conclui-se que as intervenções são proveitosas para abordar desafios relativos à Saúde do Homem.

**Palavras-chave:** Saúde do homem. Atenção primária à saúde. Alcoolismo.

**Abstract:** This study on professional experience aims to contribute insights to answer the question, how can we promote men’s health in Primary Health Care (PHC)? We describe two health interventions implemented in a Family Health Center, FHC (Brazilian PHC main facility), in Vitória, Brazil: the “Saturday Health Actions” and the “Group of Men.” Each “Saturday Health Action” occurs every three months on a Saturday morning, lasts for four hours, and includes recreational activities and health education sessions (for example, discussions about sexually transmitted diseases). The “Group of Men” occurs weekly, lasts only for 1 h 15 min, and includes health education sessions (for example, discussions about alcohol problems) and psychotherapeutic workshops. Between September 2011 and July 2013, the interventions approached around 230 men from lower social classes. The concepts of comprehensive clinic and psychotherapeutic attitude are used to encourage the subjective expression of participants and their co-responsibility with the health-sickness process. Among the results, we highlight the increase in the participation of male patients in the FHC, the improvement of care delivered to chronic conditions (especially hypertension, diabetes, and alcohol problems/alcoholism), and the strengthening of harm reduction behaviors. We conclude that the interventions reported are useful in dealing with challenges related to Men’s Health.

**Keywords:** Men’s health. Primary health care. Alcoholism.

**Resumen:** Este relato de experiencia profesional busca responder a la pregunta ¿Como promover la Salud del Hombre en la Atención Primaria de Salud? Son descritas dos estrategias implantadas en un Centro de Salud de la Familia de Vitória, Brasil, las “Acciones de Sábado” y el “Grupo de Hombres”. Cada “Acción de Sábado” es realizada trimestralmente en un día sábado por la mañana, con duración de cuatro horas, incluyendo actividades recreativas y de educación en salud (discusiones sobre enfermedades sexuales transmisibles, por ejemplo). El “Grupo de Hombres” es realizado semanalmente, con duración de 1h15min, incluyendo exposiciones dialogadas (sobre problemas con el alcohol, por ejemplo) y talleres terapéuticos. De septiembre 2011 hasta julio 2013, las estrategias involucraron aproximadamente 230 hombres de clase popular. Los conceptos de clínica ampliada y actitud psicoterapéutica son utilizados para promover la expresión de los usuarios y la corresponsabilidad con el proceso salud-enfermedad. Entre los resultados, se destacan: el aumento de la presencia masculina en el Centro de Salud, el mejoramiento del cuidado dirigido a condiciones crónicas (especialmente hipertensión, diabetes y problemas con el alcohol/alcoholismo) y el fortalecimiento de comportamientos de reducción de daños. Se concluye que las intervenciones son útiles para abordar desafíos relativos a la Salud del Hombre.

**Palabras-clave:** Salud del Hombre. Atención primaria de salud. Alcoholismo.

O objetivo deste artigo é descrever um conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a Saúde do Homem em contexto de Unidade de Saúde da Família (USF). As intervenções são desenvolvidas em uma USF e envolvem a parceria entre profissionais da Unidade e um professor-consultor (psicólogo). O relato deverá demonstrar que as intervenções se baseiam em recursos normalmente disponíveis nas USF, o que as torna viáveis, integralmente ou em parte, para outras Unidades de Saúde no País.

No Brasil, a construção da “saúde masculina” como alvo de políticas e de pesquisas é recente. Sua promoção continua sendo um desafio para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) destaca que homens podem apresentar mais riscos e morrem mais precocemente que mulheres, mas recorrem significativamente menos aos serviços de saúde, particularmente de APS. Segundo a Política, a saúde masculina deve ser promovida em consonância com as diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, que conferem lugar central e ordenador à APS e à Estratégia Saúde da Família.

Entre os homens, é frequente a demanda por serviços especializados, em detrimento da procura pela Atenção Primária. As dificuldades de adesão à APS são especialmente danosas em casos de doenças crônicas. Uma das principais diretrizes da Política de Saúde do Homem é fortalecer o acesso dos usuários aos serviços de APS e o respectivo vínculo. Afirma-se que os homens devem ser protagonistas da promoção de saúde e da prevenção (substituindo a lógica curativista) e que o cuidado deve focar não só aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais e psicológicos da saúde. Para cumprir esses propósitos, os serviços de saúde devem ser ressignificados como “espaços (também) masculinos”: é preciso que os homens possam se identificar com esses espaços e que os profissionais, por sua vez, reconheçam a população masculina como alvo de cuidados (Brasil, 2008).

O horário de funcionamento dos serviços de APS pode ser percebido pelos usuários como

incompatível com o trabalho, importante elemento definidor da identidade masculina. Homens procuram assistência de maneira frequentemente tardia ou emergencial, priorizam a lógica da cura ou do alívio imediato dos sintomas. A procura de informações em farmácias e a automedicação também são práticas comuns (Santos, Almeida, Maravilha & Oliveira, 2011). Essas práticas, que podem ser descritas como centradas no curativismo, opõem-se a princípios essenciais da APS, promoção de saúde e prevenção.

Schraiber et al. (2010) realizaram pesquisa com a participação de oito serviços de APS em quatro estados brasileiros, enfocando as crenças de usuários e de profissionais sobre saúde masculina. Verificaram, junto aos usuários, a tendência de procura tardia dos serviços. Crenças ligadas ao modelo hegemônico de masculinidade (“independência”, “força”) promoviam essa tendência. Usuários mencionaram a ideia de que, diferentemente das mulheres, os homens não teriam tempo para se cuidar “porque trabalham”. Verificou-se que as práticas dos serviços de APS estudados eram centradas no paradigma biomédico tradicional. Os procedimentos mais importantes eram as consultas, a prescrição de exames, medicamentos e encaminhamentos. As consultas colocavam em segundo plano a abordagem de determinantes sociais e psicológicos dos processos saúde-doença. Profissionais manifestaram a crença de que os usuários homens não se adaptavam bem aos serviços. Notou-se escassez de esforços para construir vínculos com a população masculina (Schraiber et al., 2010).

As características da demanda por assistência, imediatista e curativista, notadas nesses estudos, não parecem advir principalmente de suposta “falta de informação”. Uma investigação multicêntrica sobre representações sociais de saúde construídas por homens brasileiros indicou forte associação entre saúde, vida e bem-estar, com menções frequentes a comportamentos preventivos, como boa alimentação e exercícios, bem como ao equilíbrio físico, mental e social. O estudo indicou que os homens adotaram discurso “politicamente correto” sobre

saúde, possivelmente com pouco ou nenhum impacto nas práticas (Almeida, Santos, Vasconcellos & Coenga-Oliveira, 2011).

## Intervenções Propostas: Aspectos Éticos, Teóricos e Técnicos

Como abordar o desafio de promover a Saúde do Homem? Como ir além da mera divulgação de “informações corretas sobre saúde”? Este relato de experiência profissional busca contribuir para responder a essas questões. São descritas duas estratégias: as “Ações de Sábado” e o “Grupo de Homens”. Elas são operadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Vitória, ES. O território atendido pela USF é composto por bairros de classe popular (“favelas”). O público das intervenções é constituído por homens das camadas urbanas empobrecidas que, tipicamente, podem contar apenas com o Sistema Único de Saúde (SUS) para suprir suas demandas de assistência. Segundo dados da USF, apenas 3% dos habitantes do território possuem plano privado de saúde.

As intervenções são coordenadas por profissionais da USF, educadora física, psicóloga, enfermeiro, duas agentes de saúde e estagiária de farmácia e por um professor universitário. A participação do professor (vinculado a uma universidade federal) é caracterizada como consultoria voluntária, autorizada pela Direção da Unidade. Essa consultoria consiste em acompanhar os encontros e eventos das estratégias descritas e em realizar reuniões semanais com os profissionais envolvidos, para discutir seus objetivos, estratégias e resultados. O objetivo da consultoria é proporcionar oportunidades de discussão teórico-prática, de mútua confrontação entre os fenômenos vistos no serviço de saúde e conceitos propostos na academia (universidade). Beneficia-se o professor, que mantém contato estreito com o campo de aplicação dos conceitos, e beneficiam-se os profissionais, que podem contar com oportunidades sistematizadas de refletir sobre aspectos de seu cotidiano de trabalho a partir de um olhar acadêmico.

No que diz respeito aos aspectos éticos, o Código de Ética Profissional dos Psicólogos (Conselho Federal de Psicologia, 2005) foi utilizado como referência para pautar as intervenções, assim como os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1990) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008).

Os referenciais teóricos que embasam as intervenções vêm das Ciências da Saúde (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001; Campos, 2003; Starfield, 2002) e da Psicologia Social (Abric, 1994; Moscovici, 2007), especialmente os conceitos de representações e práticas sociais relativas a gênero (Burr, 2002; Mosse, 1996).

Utiliza-se o conceito de clínica ampliada, compreendida como prática de cuidado que considera a dialética entre o sujeito, na complexidade de suas dimensões biopsicossociais, e a doença (entidade nosológica reconhecível). Padrões estáveis ou universais da doença não são negligenciados, mas não se perde de vista a singularidade de cada caso. O sujeito não é reduzido a um quadro nosológico abstrato (Campos, 2003; Campos & Domitti, 2007).

A prática da clínica ampliada pressupõe postura de acolhimento do profissional em relação às falas dos usuários; a elaboração de questões não só sobre a doença, mas sobre o estilo de vida; a atenção aos afetos e vínculos construídos entre profissionais e entre eles e usuários e a elaboração compartilhada das decisões clínicas. A clínica ampliada, especialmente importante para a atenção a condições crônicas, busca promover a corresponsabilização, ou seja, a participação ativa do usuário na construção de práticas de saúde. Promovem-se alternativas à solução-padrão medicamentosa, alternativas que impliquem na construção de novos estilos de vida, o que inclui estabelecer e/ou transformar vínculos interpessoais e inserções socioculturais (Brasil, 2009; Campos, 2003).

No quadro das transformações interpessoais e socioculturais associadas à clínica ampliada, são consideradas aqui especialmente

as transformações das experiências de gênero. Burr (2002) considera que gênero é o complexo de significados atribuídos aos sexos, com implicações históricas, sociais, econômicas e políticas. A masculinidade contemporânea, destaca Mosse (1996), inclui imperativos tais como força e agressividade. Segundo esses imperativos, o homem deve ser bem-sucedido, poderoso e conquistador (heterossexual). Deve ser capaz de grande autossuficiência e controle de suas expressões emocionais, evitando expressar publicamente afetos como ansiedade, tristeza ou ternura, que denotariam “fraqueza”.

As intervenções se inserem no paradigma de redução de danos, que pode ser descrito como conjunto de princípios e abordagens que organiza a atenção a problemas com álcool e outras drogas, orientando a atuação do SUS (Brasil, 2004). Já que a simples prescrição da abstinência é muitas vezes ineficaz ou impertinente, propõem-se estratégias para reduzir os danos do consumo de substâncias psicoativas. Ambos (danos e estratégias) se expressam nos campos biológico, psicológico e social (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001).

A abordagem da redução de danos propõe aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas a questão sobre como cuidar da saúde e de si mesmo, ainda que não seja possível extirpar o consumo da(s) substância(s). Nesse quadro, a abstinência é compreendida como uma das formas de reduzir danos. A atenção não é restrita ao aspecto “fisiológico” (está ou não está consumindo drogas?), mas estende-se aos aspectos psicológicos e sociais (vê-se aqui a interface com o conceito de clínica ampliada, exposto anteriormente). O paradigma de redução de danos implica valorizar a participação democrática dos usuários na produção de cuidados de si, reforçando processos de promoção de autonomia e de cidadania (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001).

Quanto ao aspecto técnico da condução dos encontros com os usuários, utiliza-se o conceito de “atitude psicoterapêutica”. A “atitude psicoterapêutica” inclui: escutar o

discurso verbal e não-verbal dos usuários; suspender julgamentos normativos, acolhendo os sujeitos e suas formas de expressão; repetir falas dos participantes e formular perguntas para promover suas falas; evitar a tendência ao aconselhamento e à sobreposição de respostas prontas aos problemas apresentados; propor “pensar junto” sobre os problemas; promover vínculos com os usuários e entre eles e “outros significativos”; promover corresponsabilização e valorizar conquistas objetivas e subjetivas dos usuários ao longo do acompanhamento (Oliveira, Vieira, & Andrade, 2006).

#### *As “Ações de Sábado”*

As Ações de Sábado são encontros com usuários (apenas homens) do território atendido pela USF, promovidos aos sábados pela manhã, iniciados em setembro de 2011, com periodicidade trimestral, nos quais se mesclam atividades recreativas, preventivas e de educação em saúde. As Ações foram propostas com dois objetivos. Primeiro, envolver a população masculina do território no cotidiano da Unidade e, com isso, gerar impactos significativos nos níveis de saúde masculina em médio e longo prazo. Segundo, abordar especialmente homens identificados como “usuários problemáticos” de álcool (dependência, uso nocivo, conforme Bertolote, 1997) de forma a construir, junto com eles, um grupo de acompanhamento, o “Grupo de Homens”, descrito mais adiante.

A primeira Ação de Sábado foi realizada em setembro de 2011, com a sensibilização de uma equipe de Saúde da Família. Os temas da saúde masculina e dos problemas com o álcool foram discutidos em reunião de equipe. Durante uma semana, as respectivas agentes de saúde efetuaram trabalho de campo e visitas domiciliares em que convidaram homens de suas microáreas (utilizando-se de convites impressos) a ir à USF no sábado daquela semana pela manhã. Tiveram especial atenção com os homens que, segundo sua percepção, pautada em sua inserção comunitária, apresentavam problemas com o álcool. Mas o convite não se restringiu a eles.

Nesse primeiro sábado, 43 usuários homens estiveram presentes. Além dos profissionais já citados, também participaram do encontro auxiliares de enfermagem, de farmácia, de laboratório e de consultório dentário, agentes de saúde, dentista, vigia patrimonial e auxiliares de serviço geral. É importante esclarecer que, para viabilizar seu trabalho no sábado, todos os profissionais envolvidos receberam dias de folga, garantidos pela Direção da USF, a serem usufruídos posteriormente.

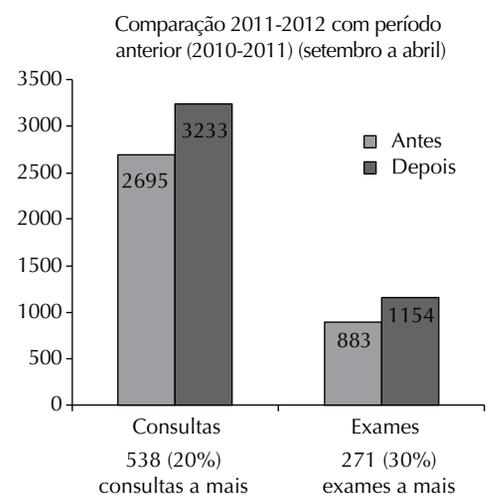
O encontro se iniciou às 8h00min. Os participantes foram divididos em subgrupos, que se alternavam em uma série de atividades: confecção do cartão do SUS, aferição de pressão arterial, escovação e avaliação odontológica com entrega de kits e coleta de material para exames laboratoriais (Sífilis, HIV, Transaminase Glutâmica Oxalacética, Transaminase Glutâmica Pirúvica, Gama GT, Hepatites B e C e Antígeno Prostático Específico).

Uma escola de cabeleireiros que atuava no território atendido ofereceu gratuitamente, dentro da USF, corte de cabelo e barba. Havia ainda um café da manhã (pães com manteiga, frutas, bolo, café, leite) e um “grupo de dominó”. Ao longo do evento, os participantes receberam orientações individualizadas (com suporte de material impresso) sobre doenças sexualmente transmissíveis e câncer de próstata. Ao final, com os participantes reunidos no auditório, foi proposto um bingo. Os profissionais apostaram em atividades recreativas para aumentar o vínculo dos usuários com a USF. Falaram sobre a importância de os homens “virem à Unidade” e “cuidarem da saúde”. Agendaram consulta de retorno para cada usuário presente, consultas médicas e odontológicas, o que foi lembrado pelas agentes de saúde em trabalhos de campo posteriores.

Foram realizadas cinco Ações de Sábado, envolvendo diferentes equipes de Saúde da Família da mesma USF. As Ações tiveram características semelhantes ao que foi descrito para o primeiro evento, tendo abordado cerca de 200 participantes no total. Dentre seus efeitos, foi possível perceber maior sensibilização do conjunto de profissionais

da USF para os temas da saúde masculina e dos problemas com o álcool. Houve relatos de promoção de vínculo com alcoolistas dos bairros atendidos, que passaram a procurar a USF em busca de assistência (e passaram a receber acolhimento um pouco melhor dos profissionais). Vários usuários homens declararam que nunca tinham ido à Unidade e disseram ter apreciado a oportunidade. Valorizaram a possibilidade de experimentar a USF de outra forma (“descontraída”, em contato “próximo” com os profissionais), como se, naquelas manhãs, a Unidade “estivesse só para eles” (ideias veiculadas nas falas de alguns participantes). Resultados de um levantamento sobre a presença de homens adultos na USF podem ser vistos na Figura 1.

O levantamento a que se refere a Figura 1 foi feito por meio de duas bases de dados: fichas de produção ambulatorial de médicos e dentistas e registro de exames do laboratório central da Secretaria Municipal de Saúde. Foram considerados os números de consultas e de exames realizados junto a homens adultos



**Figura 1.** Frequência de homens adultos na USF para consultas e exames: comparação de dois períodos de oito meses antes e depois do início das Ações de Sábado e do Grupo de Homens.

do território em um período de oito meses, de setembro de 2011 (quando foram iniciadas as Ações de Sábado) a abril de 2012 (quando três Ações já tinham sido realizadas). Para efeito de comparação, foram levantados os índices do mesmo período do ano anterior (setembro de 2010 a abril de 2011). Verificou-se aumento de cerca de 20% no número de consultas [ $X^2(1, N = 5928) = 48,82, p <,001$ ] e de cerca de 30% no número de exames [ $X^2(1, N = 2037) = 36,05, p <,001$ ]. Mesmo que esse levantamento não possa ser considerado demonstração definitiva de efeitos da intervenção (pela eventual incidência de outras variáveis), trata-se de forte indício de que as estratégias adotadas aumentaram a presença masculina na USF.

## O Grupo de Homens

Como foi dito, um dos objetivos das Ações de Sábado foi identificar usuários com problemas com o álcool e mobilizá-los para a realização de um grupo de acompanhamento. O foco nos problemas com o álcool teve uma série de justificativas. A Política de Saúde do Homem destaca esses problemas como uma das especificidades da assistência à saúde masculina (Brasil, 2008). O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira mostrou que 38% dos homens adultos declararam adotar tipicamente consumo de risco (mais de cinco doses) ao beber, enquanto o índice foi de 17% para mulheres. Dentre os homens adultos, 14% podem ser considerados dependentes de álcool (4% das mulheres). Somados uso nocivo e dependência, a proporção é de cerca de quatro homens para uma mulher (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007). Em suma, os problemas com o álcool atingem principalmente os homens e atingem muitos homens. Além disso, não havia, na USF em questão, qualquer estratégia voltada especificamente para problemas com o álcool/ alcoolismo.

O Grupo de Homens é dirigido especialmente a alcoolistas, mas também inclui homens com problemas menos severos com o álcool e, em menor número, homens sem consumo de risco. O que parece ser uma contradição da proposta é, na verdade, decorrência de uma de suas características essenciais: a intenção de promover a saúde de seus participantes nos mais variados aspectos, e não só em relação a um objeto de toxicomania. A estratégia não foi nomeada “Grupo de Alcoolistas”, mas sim “Grupo de Homens”, com a vantagem de contornar a estigmatização.

Partindo desse princípio, o Grupo se constituiu tanto como alternativa de fluxo (antes inexistente) para usuários alcoolistas, quanto como maneira de envolver usuários não-alcoolistas que possam se beneficiar de acompanhamento psicossocial constante (casos de usuários qualificados como “difíceis” ou portadores de “sintomas vagos e difusos”, por exemplo). Os participantes integram o Grupo após serem convidados por profissionais da Unidade (inclusive em consultas médicas ou de enfermagem) ou por convite dos próprios usuários integrantes. O Grupo se iniciou em janeiro de 2012, com encontros semanais, contando com nove meses de duração no momento de redação deste artigo.

O Grupo tem os objetivos de fomentar o protagonismo e a corresponsabilização com as condições de saúde; aumentar o vínculo com a USF, a adesão a tratamentos e promover saúde mental. Considerando os participantes identificados como usuários problemáticos de álcool, os objetivos são construir e fortalecer estratégias de redução de danos (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001; Brasil, 2004) e, quando o usuário decide pela abstinência, de prevenção de recaídas; favorecer o encaminhamento ao CAPS-ad do município e o vínculo de usuários com esse serviço.

Esses objetivos são operacionalizados principalmente por encontros semanais do Grupo, que ocorrem todas as quintas-feiras pela manhã, com início às 8h00min e cerca de 1h15min de duração. Os encontros contam tipicamente com número de dez a quinze

participantes. Eles são, em geral, assíduos, mas há também usuários que frequentam o Grupo apenas eventualmente. Cerca de 30 homens já passaram pelo Grupo (consideram-se, portanto, cerca de 230 homens abordados pelas duas intervenções descritas, Grupo de Homens e Ações de Sábado). Os usuários que participam do Grupo de Homens têm, em sua maioria, entre 40 e 50 anos; têm filhos; moram na região atendida pela USF; estão afastados do trabalho ou trabalham no mercado informal e apresentam alguma condição crônica (diabetes, hipertensão e/ou alcoolismo). Em alguns de seus depoimentos, transcritos abaixo, serão referidos por nomes fictícios.

Um café da manhã é oferecido aos participantes, em geral pães com manteiga, café e leite (eventualmente bolo e suco). O café da manhã foi pensado principalmente como estratégia de educação alimentar, para propor reflexões sobre a importância de realizar a primeira refeição do dia e reflexões sobre a escolha dos alimentos. Cumpre secundariamente o papel de "atrativo" para participação no grupo. É interessante acrescentar que, assim como nas Ações de Sábado, ele é custeado por cotizações ou venda de rifas feitas pelos próprios profissionais.

Realiza-se também, em todos os encontros, aferição de pressão arterial (com esfigmomanômetro e estetoscópio) e medição de glicemia (com glicosímetro), para monitorar constantemente esses indicadores, especialmente relevantes para hipertensão arterial e diabetes. As medições são feitas por estagiária de farmácia nos quinze minutos iniciais dos encontros e são registradas em caderno específico.

Mas, o componente mais importante dos encontros é a atividade em grupo propriamente dita. Para isso, os participantes se sentam sempre em círculo, como pode ser visto na Figura 2. Utiliza-se a estratégia de alternar atividades de educação em saúde e atividades de oficina terapêutica (sobre oficina terapêutica, conforme Guerra, 2004).

A modalidade de educação em saúde é concretizada com exposições dialogadas sobre



**Figura 2.** Foto de um dos encontros do Grupo de Homens, no auditório da USF (tratada digitalmente, para manter o anonimato dos participantes).

temas diversos (higiene bucal, alimentação, exercícios físicos, uso de medicamentos, doenças do fígado, etc.). Esses temas são abordados pelos coordenadores do Grupo ou por convidados, outros profissionais da USF ou mesmo profissionais de outros serviços. Como exemplos, uma das médicas da Unidade fez uma apresentação de *slides* sobre cirrose e outros problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool; um psicólogo da Secretaria de Trabalho e Geração de Renda fez uma apresentação de cursos de capacitação profissional. Mesmo que o encontro se baseie em exposições, valoriza-se a participação dos usuários, suas afirmações e perguntas. Segue-se um dos princípios da clínica ampliada: dar espaço às falas dos participantes, estabelecendo arenas de negociação simbólica sobre representações e práticas relevantes para a saúde.

A modalidade de oficina terapêutica evidencia ainda mais esse princípio. Seu maior objetivo operacional é fomentar a expressão dos participantes. Para isso, parte-se de um tema preferencialmente indicado pelo próprio grupo de forma direta ou indireta. O tema é abordado com algum material de apoio (textos literários, jornais, músicas, vídeos, desenhos produzidos pelos participantes, etc.) ou com alguma técnica de grupo (consignas variadas, jogos, dramatizações).

Por exemplo, em um dos encontros, o tema escolhido junto com o Grupo foi o carnaval,

aproveitando a proximidade do respectivo feriado. Os coordenadores leram reportagens sobre o tema, que continham descrições sobre seus “personagens” e sobre eventos que aconteceriam na cidade. A leitura foi dialogada, permeada pelos comentários dos participantes. Em seguida, os coordenadores pediram que os usuários opinassem sobre as reportagens, destacando o que mais havia chamado a atenção. Foram discutidas questões como “o que acontece com a cidade e com as pessoas na época de carnaval?”; “o que isso tem a ver com saúde?”; “quais os riscos que o carnaval pode envolver?”. Os próprios participantes disseram, por exemplo, que os homens correm maior risco de saúde nessa época; que geralmente há perigos relacionados às bebidas alcoólicas e que esses perigos variam de pessoa para pessoa, já que alguns são “dependentes do álcool” e outros não. Ao final, cada participante falou sobre como pretendia passar o carnaval.

Em outra ocasião, o dia da mulher foi tema de encontro. Uma música sobre o tema foi usada. Todos ouviram a música e comentaram a letra. Durante o debate, os participantes contaram o caso de um morador do bairro que agrediu violentamente sua esposa. Disseram que é preciso prevenir a violência contra a mulher e que, para isso, também é preciso vigiar a si mesmos. Opinaram que a mulher cumpre “tripla jornada” e que, por isso, muitas vezes “trabalha mais que o homem”. Discutindo as diferenças entre homens e mulheres, afirmaram que o homem também pode realizar tarefas domésticas. Outro exemplo: em um encontro, a discussão de uma crônica sobre “amizade” permitiu falas sobre a importância dos amigos para obter ajuda com “dificuldades emocionais” que, como disseram os participantes, pode atingir não só as mulheres, mas também os homens. Permitiu também comentários sobre como o próprio grupo cumpria essa função de apoio.

É interessante destacar que, mesmo que o tema do consumo de álcool e do alcoolismo não seja sugerido sistematicamente pelos coordenadores, ele se faz presente no Grupo com frequência. As falas dos participantes

sobre esse tema geram possibilidades de intervenção. Os coordenadores fazem questões como: em que situações a bebida está presente? O que tem levado ao consumo de álcool? Quem é alcoolista e quem não é? Quais os riscos e prejuízos podem estar associados? Que problemas concretos já surgiram por causa do consumo abusivo? Que comportamentos podem ser adotados para diminuir os prejuízos causados? Se a pessoa decide parar de beber, que estratégias ela usa ou pode usar para evitar o consumo? Questões desse tipo estão relacionadas a objetivos do paradigma de redução de danos, descrito anteriormente: levar os sujeitos a refletirem sobre sua relação com a “droga” e, com isso, refletirem sobre si mesmos e sobre seus projetos de vida.

Como já dito, em cada encontro do Grupo de Homens, há o café da manhã, o monitoramento da pressão arterial e da glicemia e alguma atividade de grupo. É importante descrever também outra estratégia utilizada constantemente pelos profissionais: as conversas individuais “de oportunidade”, breves interações antes ou depois da atividade de grupo. Os profissionais falam com usuários individualmente sobre consultas, receitas, exames, encaminhamentos, fazendo perguntas e transmitindo orientações. Essas conversas de oportunidade incluem diversos aspectos da vida dos usuários (família, trabalho, alimentação, exercícios, etc.) aos quais os profissionais têm acesso por meio do acompanhamento longitudinal. Pergunta-se aos usuários, por exemplo, se eles podem se comprometer com tal ou tal meta relativa a cuidados em saúde (tomar corretamente a medicação, melhorar a alimentação, vir a uma consulta, entre outras).

Com esse conjunto de atividades, os profissionais se afirmam como pontos de referência para os usuários (“alguém em quem confio e que se preocupa comigo”). A construção dessa crença constitui importante instrumento para o Grupo. Em conformidade com a proposta de clínica ampliada, é possível dizer que a formação de vínculos e a promoção de responsabilização com a própria saúde são “princípios ativos” da intervenção.

No que diz respeito aos resultados alcançados, é possível fazer referência, por um lado, a dados numéricos (“objetivos”) e, por outro, a dados verbais e observacionais (“subjetivos”). Pode-se inferir que o Grupo de Homens tenha contribuído, junto com as Ações de Sábado, para o aumento do número de consultas e exames descritos na Figura 1. Por meio do registro sistemático, foi possível verificar, nos casos de alguns usuários, melhoria e normalização de índices de pressão arterial e de glicemia.

Profissionais da USF relataram que usuários alcoolistas, antes arredios, passaram a frequentar a Unidade regularmente (indo a outros espaços da USF além do Grupo de Homens). Houve três encaminhamentos de participantes do Grupo ao CAPS-ad do município para desintoxicação (internação breve), com procedimentos mais cuidadosos de referência e contrarreferência. Em alguns usuários, constatou-se melhora na aparência pessoal (higiene, vestimentas), cessação de tremores, falas mais audíveis e articuladas.

Houve transformações no âmbito da experiência grupal. Ao longo dos três meses iniciais do funcionamento do Grupo, percebia-se que os usuários adotavam postura hegemonicamente reativa às propostas, como quem ia à USF apenas para “receber” e não para “dar” alguma contribuição. Essa postura mudou. Foi possível verificar que os usuários “se apropriaram” progressivamente do Grupo, resultado coerente com a intenção já referida de fomentar a expressão e o protagonismo. Como exemplos dessa “apropriação”, é possível citar suas iniciativas de convidar novos integrantes para o Grupo, de organizar (em conjunto com os profissionais) um passeio a um sítio e um almoço na USF, de sugerir atividades como a encenação de uma peça de teatro, a realização de uma roda de viola em um dos encontros e de partidas de futebol em uma ONG local (os próprios usuários conseguiram as camisas para os times, os ingredientes para o almoço, etc.).

Algumas falas dos participantes (anotadas durante os encontros) indicaram vínculo com o Grupo e com os coordenadores: “[os profissionais] gastam um tempo se preocupando

com a gente” (Carlos, 51 anos); “[a gente] conversa aqui e a gente fica pensando depois” (Humberto, 43 anos); “é como uma psicologia” (Adailton, 38 anos); “já estava ansioso para chegar a quinta-feira” (Tobias, 50 anos); “nem toda Unidade tem um grupo como esse daqui não” (Osmar, 54 anos).

Outras falas indicaram a adoção de comportamentos de redução de danos: “Tem muita gente aqui que testemunharam que deixou de fazer muita coisa por causa de vir aqui [sobre alimentação, pressão alta e consumo de álcool]” (Elias, 49 anos); “Tudo que é extravagância faz mal” [fala sobre ter consumido 20 cervejas em uma festa e fala sobre a necessidade de diminuir o consumo] (Moreira, 42 anos); “Não pode beber a primeira. [...] O pessoal fica forçando. [...] [para evitar beber o primeiro copo] fala que tem que ir [embora], que tem alguém te esperando” (Humberto, 43 anos); “Eu bebia também pra caramba. Eu parei de beber, pra melhorar minha saúde. Antigamente, quando eu bebia, eu tava quase em depressão” (Osmar, 54 anos); “Se eu não tivesse isso aqui, já tinha desistido da diabetes” (Edilson, 55 anos).

## Discussão

Primeiramente, é interessante destacar que as intervenções descritas fornecem algumas respostas locais a uma série de desafios para a promoção da saúde masculina (mencionados, por exemplo, por Schraiber et al., 2010). Foi possível constatar as seguintes contribuições: fortalecimento do acesso de usuários homens à USF, com aumento da presença masculina em diversos espaços da Unidade e aumento da frequência a consultas e exames; fornecimento de alternativa (no caso das Ações de Sábado) de dia e horário compatíveis com a rotina de trabalho dos participantes; estabelecimento e aprofundamento de vínculos de usuários com a USF e com os profissionais; promoção de práticas de prevenção e de acompanhamento contínuo para condições crônicas (principalmente hipertensão, diabetes e problemas com o álcool).

As intervenções têm ainda como efeitos: a abordagem de aspectos sócio-psicológicos

do processo saúde-doença e a divulgação da ideia, junto aos profissionais da USF, de que os homens também constituem grupo-alvo das políticas e da assistência em saúde, com necessidades específicas. Portanto, pode-se afirmar que as estratégias descritas foram consoantes com diretrizes nacionais para o tema da saúde masculina e com sugestões formuladas por especialistas (Brasil, 2008; Schraiber et al., 2010; Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez, & Ceotto, 2011). As propostas também materializaram diretrizes nacionais para a atenção a usuários de álcool (Brasil, 2004). Dentre elas, destacam-se a criação de estratégias territorializadas em âmbito de APS, a adoção do paradigma de redução de danos e a cooperação com CAPS-ad.

Um segundo tópico importante para a discussão é a ideia de que as intervenções abordam representações sociais e práticas que dizem respeito à identidade masculina. Promover a Saúde do Homem implica desnaturalizar a associação do masculino com o sentimento de invulnerabilidade, com a autoafirmação pela violência e com a negligência quanto ao cuidado com os outros, família, filhos e consigo mesmo. Os serviços de saúde podem ser espaços de ressignificação das vivências masculinas em relação ao próprio corpo e ao espaço doméstico (Trindade et al., 2011).

Foi possível fomentar a ideia de que “o homem” também cuida da saúde e também se envolve em atividades preventivas. Participantes do Grupo de Homens falaram sobre a importância de expressar afetos e problemas como a ansiedade; falaram sobre violências sofridas por mulheres e sobre a possibilidade de compartilhar com elas as tarefas domésticas. Esses e outros exemplos atestam a criação de oportunidades para questionar o modelo hegemônico de masculinidade, os imperativos da masculinidade contemporânea (Mosse, 1996). Abrem-se espaços de negociação simbólica sobre o que é ser homem, o que pode levar a (re)construções identitárias. As intervenções fornecem uma ilustração de como serviços de APS podem abordar representações e práticas ligadas a gênero, em suas dimensões relacionais e de poder (Burr, 2002).

Por fim, como terceiro tópico de discussão, vale a pena refletir sobre implicações teórico-práticas da experiência profissional relatada. Os psicólogos participantes (psicóloga da USF e professor-consultor) enfatizaram junto ao resto da equipe a noção de “atitude psicoterapêutica” (Oliveira et al., 2006) e estiveram mais fortemente envolvidos com os encontros que funcionaram como oficinas terapêuticas (Guerra, 2004). Mas, as intervenções não foram construídas apenas por psicólogos (aliás, nem somente por profissionais, tendo em vista a participação fundamental dos usuários). Em vários momentos, elas mobilizaram muitos outros profissionais da Unidade, médicos, auxiliares, dentistas, etc., e envolveram organicamente profissionais de educação física, enfermagem, agentes de saúde e estagiária de farmácia.

Em consonância com essa característica, utilizou-se o conceito de clínica ampliada, definida como prática de cuidado que considera as patologias (no caso, principalmente as condições crônicas já referidas, problemas com o álcool, hipertensão e diabetes), mas que não se restringe a elas, ou seja, que busca encarar os sujeitos em sua complexidade existencial (vida familiar, laboral, comunitária, subjetiva) em vez de reduzi-los às suas doenças (Campos, 2003; Campos & Domitti, 2007). Outros conceitos importantes advieram da reflexão sobre a Atenção Primária à Saúde: proximidade e caráter longitudinal do cuidado, promoção do vínculo e da responsabilização do usuário com o processo saúde-doença (Starfield, 2002).

Ao mesmo tempo, conceitos originados na Psicologia Social têm sido importantes para embasar as intervenções e para refletir sobre elas. Na intervenção psicossocial, o foco recai sobre os fenômenos psicossociais, ou seja, fenômenos que se produzem nas interfaces entre sujeitos, grupos e sociedade. O referencial psicossociológico proposto por Moscovici (2007) permite afirmar que os principais fenômenos psicossociais sobre os quais incidem as intervenções são as representações, as práticas e as identidades sociais. As intervenções descritas são espaços que permitem reconstruir representações

sociais da masculinidade, o que implica reconstruir a própria realidade e a própria experiência de ser homem. Elas investem prioritariamente em recursos interpsicológicos (relações construídas entre usuários e entre eles e os profissionais) para transformar as práticas dos atores envolvidos. Profissionais (especialistas, pertencentes à “classe média”) podem atuar sem recurso às tradicionais orientações higienistas-coercitivas; usuários (de “classe popular”) podem experimentar outros espaços de sociabilidade e podem apostar na prevenção e na promoção de saúde.

Como prevê Abric (1994), novas práticas atuam como agentes de transformação das representações. Em consonância com modelos propostos por Souza (2012), as intervenções enfocam “ações periféricas”, ou seja, componentes de práticas sociais adotadas pelos participantes (usuários e profissionais) que os lançam em direção à alteridade. Na intervenção psicossocial, o foco nas ações periféricas pode aumentar o grau de contradição existente nos sistemas representações-práticas, para reconstruí-los de forma progressiva e colaborativa.

Cabe finalizar com a consideração de que, do ponto de vista psicossocial, o “vínculo” (importante elemento da clínica ampliada) implica também o estabelecimento de relações intergrupais, com possíveis efeitos societais. As intervenções descritas, como

visto, implicam novas formas de aproximação entre grupos (usuários e profissionais). Do ponto de vista sócio-histórico, questionam a tradicional orientação higienista-coercitiva dos profissionais (Cf., p. ex., Matos, 2000) e abordam as relações entre classes médias e classes populares brasileiras. As intervenções possuem, portanto, caráter também político, ao contribuir para o questionamento de representações tradicionais e ao favorecer sua reelaboração. Entende-se que a promoção da saúde inclui a mobilização para compreensão e transformação da realidade social.

## Considerações finais

Este artigo descreveu as Ações de Sábado e o Grupo de Homens, estratégias de cuidado construídas em uma Unidade de Saúde da Família. Essas estratégias possibilitaram abordar questões de saúde masculina em suas dimensões biopsicossociais. É interessante ressaltar que a parceria entre serviço de saúde e universidade, materializada pelo trabalho conjunto dos profissionais e do professor-consultor, foi essencial para o planejamento, para a condução e para a avaliação contínua das atividades. A experiência ilustra o potencial da aproximação colaborativa (não hierárquica ou coercitiva) entre esses dois tipos de atores. Incita, por um lado, que profissionais procurem as referências acadêmicas para refletir sobre sua prática e, por outro, que os acadêmicos procurem as ressonâncias práticas de seus conceitos.

**Luiz Gustavo Silva Souza**

Docente da Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ. Brasil.  
E- mail: luizsouza@hotmail.com

**Analice Alcantara Meireles**

Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife – PE. Brasil.  
E-mail: nyttas@yahoo.com.br

**Kaylla Maria Castro Tavares**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES. Brasil.

**Maria Cristina Smith Menandro**

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES. Brasil.  
Docente da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória – ES. Brasil.

**Endereço para envio de correspondência:**

Rua José do Patrocínio, n. 71 Centro. CEP: 28030-130. Campos dos Goytacazes – RJ. Brasil.

Recebido: 07/07/2013, 1ª Reformulação: 11/08/2014, Aprovado: 15/04/2015.

## Referências

- Abric, J. C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. In J. C. Abric (Org.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217-238). Paris: PUF.
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., Vasconcellos, K. M., & Coenga-Oliveira, D. (2011). Concepções masculinas sobre o cuidado com a saúde. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.), *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 129-148). Vitória, ES: GM.
- Andrade, T. M., & Friedman, S. R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In D. X. Silveira, & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 395-400). São Paulo, SP: Atheneu.
- Bastos, F. I., & Mesquita, F. (2001). Estratégias de redução de danos. In S. D. Seibel, & A. Toscano Junior (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 181-190). São Paulo, SP: Atheneu.
- Bertolote, J. M. (1997). Conceitos em alcoolismo. In S. P. Ramos, & J. M. Bertolote (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (pp. 18-31). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set. 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada* (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Burr, V. (2002). *Gender and social psychology*. London: Taylor & Francis.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Resolução CPF nº 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF: o autor.
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, DF: UNIFESP.
- Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo, SP: Companhia Editora Nacional.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mosse, G. L. (1996). *The image of man: the creation of modern masculinity*. Nova York, NY: Oxford University Press.
- Oliveira, A. G. B., Vieira, M. A. M., & Andrade, S. M. R. (2006). *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo, SP: Olho d'água.
- Santos, M. F. S., Almeida, A. M. O., Maravilha, L. M. M., & Oliveira, E. C. (2011). Cuidar da saúde é coisa de homem? In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro, & C. R. R. Nascimento (Orgs.), *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 149-170). Vitória, ES: GM.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R. et al. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Caderno de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de Saúde da Família e representações sociais do alcoolismo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco.
- Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. (2011). A saúde do homem: contribuições para o cuidado. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.), *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 201-214). Vitória, ES: GM.