

WAGNER ROBSON MANSO DE VASCONCELOS

**QUEM DISSE QUE HOMEM NÃO CHORA? COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO HOMEM EM ESTUDO COMPARADO BRASIL – QUEBEC (CANADÁ).**

Brasília – DF
2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

WAGNER ROBSON MANSO DE VASCONCELOS

**QUEM DISSE QUE HOMEM NÃO CHORA? COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO HOMEM EM ESTUDO COMPARADO BRASIL – QUEBEC (CANADÁ).**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Brasília – DF
2017

WAGNER ROBSON MANSO DE VASCONCELOS

**QUEM DISSE QUE HOMEM NÃO CHORA? COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO HOMEM EM ESTUDO COMPARADO BRASIL – QUEBEC (CANADÁ).**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Brasília – DF

2017

WAGNER ROBSON MANSO DE VASCONCELOS

**QUEM DISSE QUE HOMEM NÃO CHORA? COMUNICAÇÃO E PROMOÇÃO DA
SAÚDE DO HOMEM EM ESTUDO COMPARADO BRASIL – QUEBEC (CANADÁ).**

Tese apresentada como requisito para obtenção
do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em Brasília, 19 de abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

.....
Prof^a. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)

.....
Prof^a. Dra. Dirce Bellezi Guilhem (UnB)
Examinadora Interna

.....
Prof^a. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (UnB)
Examinadora Interna

.....
Prof^a. Dra. Lise Renaud (UQAM)
Examinadora Externa

.....
Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh (UnB)
Suplente

Dedico este trabalho ao novo homem que os novos tempos farão surgir. Um homem mais corajoso do que o dos dias atuais, capaz de reconhecer que suas fraquezas não o diminuem.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que constituem minha base e meu porto seguro: meus pais e meus irmãos, sem os quais eu seria menos eu. Pai, mãe, Marcello, Flávia e Bruno, é a vocês que dedico o resultado desta jornada;

Aos amigos com que a vida me presenteou, pelo apoio incondicional, pelo afeto fraternal e pela paciência infinita. Vocês são também parte de mim;

A Valéria Mendonça, cujo papel de orientadora e parceira profissional há muito deu lugar a uma relação de respeito, admiração e amizade, e a quem espero um dia poder retribuir todas as oportunidades que me concedeu;

À Lise Renaud, pour qui la distance n'a jamais été un obstacle pour m'aider et dont la capacité pour travailler, le professionnalisme, les soins et l'affection seront toujours une référence dans ma vie;

Aos membros da banca, pela honra de avaliarem meu trabalho e pelas valiosas contribuições a minha incipiente carreira de pesquisador;

À melhor equipe de trabalho com que já trabalhei e com que poderia trabalhar (Carol, Carlos, Nathália, Valéria, Mariella, Daniel, Fernanda, Mariana e Janayna);

Aux amis québécois et ceux du ComSanté, qui m'ont aidé à surmonter les barrières que l'année de 2015 m'a présentées. Vous vivez dans mon coeur;

À Coodenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de estudos para doutorado-sanduíche, o que reacendeu em mim a esperança de viver em um país que investe em educação;

Ao Canadá, ao Quebec e a Montreal, país, província e cidade admiráveis e que escrevem um capítulo muito especial de minha vida.

“(...) Guerreiros são pessoas, são fortes, são frágeis; guerreiros são meninos no fundo do peito (...)”

Trecho de Guerreiro Menino, Fagner

RESUMO

Este é um estudo qualitativo resultante de investigação sobre a correlação de três temas fundamentais para a saúde pública: promoção da saúde, saúde do homem e comunicação em saúde. Partindo-se da premissa de que a saúde do homem é resultante de uma série de questões de ordens socioculturais, considerou-se que a comunicação é elemento central para promover a saúde do referido público. Assim, investigou-se, a partir da literatura, da análise de dados secundários e de entrevistas com agentes estratégicos do Brasil e da província de Quebec, no Canadá, se de fato a comunicação ocupa um lugar de destaque na formulação das estratégias para a saúde do homem. O estudo incorpora elementos metodológicos diversos, como estudos de caso, a Hermenêutica-dialética de Gadamer, entrevistas em profundidade, análise do discurso do sujeito coletivo e revisões de literatura. Todos eles norteados pelos estudos comparados, que conduzem a pesquisa-mãe à qual este trabalho se vincula. Os resultados, dispostos num conjunto de quatro artigos científicos, mostram que os sujeitos entrevistados destacam a comunicação como fundamental para promover a saúde dos homens no Brasil e também em Quebec. Porém, chega-se à conclusão de que a realidade não encontra correspondência entre os discursos e a prática, sendo a comunicação relegada a segundo plano e empreendida sem bases teóricas ou métodos de planejamento em comunicação em saúde.

Palavras-chave: saúde do homem; masculinidades; promoção da saúde, comunicação em saúde; comunicação e saúde do homem

ABSTRACT

This is a qualitative study resulting from research on the correlation of three key public health topics: health promotion, men's health, and health communication. Based on the premise that the men's health is the result of a series of questions of socio-cultural orders, it was considered that the communication is central element to promote the health of the mentioned public. Thus, from the literature, the analysis of secondary data and interviews with strategic agents from Brazil and the province of Quebec, Canada, it has been analyzed if the communication occupies a prominent place in the formulation of strategies for men's health. The study incorporates several methodological elements, such as case studies, Gadamer's Hermeneutic-Dialectic, in-depth interviews, collective subject discourse analysis, and literature reviews. All of them were guided by the comparative studies that lead to the mother research to which this work is linked. The results, presented in a set of four scientific articles, show that the agents interviewed highlight communication as fundamental to promote men's health in Brazil and also in Quebec. However, it is concluded that the reality does not match the discourses and the practice, being the communication relegated to the background and undertaken without theoretical bases or methods of planning in health communication.

Key words: men's health; masculinities; health promotion, health communication; communication and health

RÉSUMÉ

Il s'agit d'une étude qualitative qui résulte de recherche sur la corrélation de trois thèmes clés pour la santé publique: la promotion de la santé, la santé des hommes et la communication en santé. Basé sur la prémisse que la santé des hommes est le résultat d'une série de questions d'ordres socioculturels, il a été considéré que la communication est un élément central pour promouvoir la santé du public mentionné. Ainsi, il a été analysé, à partir de la littérature, des analyses des données secondaires et des entrevues avec des agents clés au Brésil et à la province de Québec, Canada, si la communication en fait occupe une place de premier plan dans la formulation des stratégies de santé des hommes. L'étude intègre plusieurs éléments méthodologiques tels que des études de cas, Herméneutique-dialectiques de Gadamer, des entrevues en profondeur, l'analyse du discours du sujet collectif et de la récitation de littérature. Ils ont été guidés par des études comparatives, que conduisent la recherche principale à laquelle ce travail est lié. Les résultats, disposés dans un ensemble de quatre articles scientifiques montrent que les personnes interrogées mettent l'accent sur la communication comme clé pour la promotion de la santé des hommes au Brésil et aussi au Québec. Cependant, on en vient à la conclusion que la réalité ne trouve pas de correspondance entre le discours et la pratique, donc la communication est relégué à l'arrière-plan et est mise en oeuvre sans fondement théorique ou sans méthodes de planification en communication en santé.

Mots clés: santé des hommes; masculinités; promotion de la santé, communication sur la santé; communication et santé

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CERB – Centre d'Études et de Recherches sur le Brésil

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

EC – Estudos Comparados

ECOS – Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MSSS – Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec

NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

ORG – Organizadores

PIB – Produto Interno Bruto

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

ROHIM – Regroupement des Organismes pour Hommes de l'île de Montréal

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

UEPSF – Unidade de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família

UQAM – Université du Québec à Montréal

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** Mapa do Canadá com destaque para Quebec.....pag. 32
- FIGURA 2.** Tabela: Despesas de saúde em Quebec, Ontário e Canadá. pag. 33
- FIGURA 3.** Tabela: Despesas em saúde por habitante..... pag. 33
- FIGURA 4.** Gráfico: População do Quebec faixa etária de 20 a 59 anos.. pag. 34
- FIGURA 5.** Tabela: Principais causas de morte entre homens..... pag. 36
- FIGURA 6.** Tabela: Principais causas de morte entre mulheres..... pag. 36
- FIGURA 7.** Mapa da América do Sul com Brasil em Destaque..... pag. 37
- FIGURA 8.** Gráfico: Projeção do IBGE para população segundo sexo..... pag. 38
- FIGURA 9.** Tabela: Principais causas de morte entre mulheres (Brasil).... pag. 39
- FIGURA 10.** Tabela: Principais causas de morte entre homens (Brasil).... pag. 39
- FIGURA 11.** Quadro teórico por temas e autores..... pag. 45
- FIGURA 12.** Agentes entrevistados em Quebec e critérios de inclusão pag. 46
- FIGURA 13.** Agentes entrevistados no Brasil e critérios de inclusão..... pag. 47

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
PREÂMBULO	24
1 INTRODUÇÃO	27
1.1. Os espaços do estudo.....	29
1.1.1 A província do Quebec.....	29
1.1.2 O Brasil	34
1.2. Referencial teórico.....	37
1.2.1. Saúde do homem.....	37
1.2.2. Promoção da saúde.....	40
1.2.3. Comunicação para promoção da saúde.....	43
2 METODOLOGIA	47
2.1. Sujeitos da investigação.....	51
2.3. Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	54
2.3.1. Dados primários.....	54
2.3.2. Dados secundários.....	54
2.3.3. Técnica de análise.....	54
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
Artigo 1. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde do Brasil. 2006-2013.....	55
Artigo 2. Saúde do homem no Brasil e na província de Quebec (Canadá): contextualização e comparações.....	69
Artigo 3. A saúde do homem no Brasil e em Quebec a partir da percepção de sujeitos estratégicos.....	87
Artigo 4. Por uma comunicação para a saúde do homem.....	110
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
APÊNDICES	140
ANEXOS	319

APRESENTAÇÃO

Dos tempos de onde escrevo

Se eu escrevesse do futuro, a tese de doutorado que neste momento repousa em suas mãos certamente ocuparia um outro status acadêmico. Mas escrevo do presente, que haverá se convertido em passado no instante em que seus olhos percorrerem as linhas deste trabalho. Assim, este estudo carrega consigo as marcas dos muitos processos de que é fruto, em especial, as dos processos de aprendizagem.

E é do presente ainda não convertido em passado que exponho, àqueles que se dispuserem a ler esta pesquisa, a trajetória pessoal e profissional que deu e dá vazão à vida acadêmica em que ousou me inserir.

Assim sendo, passeio pelo tempo para resgatar a formação em Comunicação Social, com habilitação em Jornalismo, que inicia a jornada. Dos meus 22 anos de carreira, 11 deles foram de atuação na grande imprensa, em meio às agruras, às conquistas e aos dissabores que o jornalismo reserva aos que o abraçam como profissão.

Nessa empreitada, em que a ânsia por conhecimento e a curiosidade pela descoberta do mundo serviam de combustível profissional, a saúde sempre foi tema recorrente, embora nem sempre constante. Maltratada, mal compreendida e mal retratada, a saúde pública – e mais especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS) – frequentemente caía-me nas mãos com o infame objetivo de se lhe exporem as mazelas. Com isso, virava matéria-prima para reportagens de toda sorte, algumas alarmistas; outras, denunciadoras. Poucas, verdadeiramente construtivas.

As manchetes e as capas de jornal que o tema ganhava eram suficientes para, em parte, satisfazer o ego jornalístico, cujo “furo de reportagem” seguia sendo o objetivo e a razão de ser de um jovem recém-saído dos bancos universitários.

Mas havia ali uma estranha sensação de incompletude que só muito mais tarde eu viria a compreender. E ela era causada pelo desserviço que a visão rasa e apressada sobre o nosso sistema de saúde eu mesmo ajudava a edificar. Contrai, dessa forma, uma imensa dívida com esse que é um dos

maiores patrimônios sociais do qual uma nação do porte do Brasil pode se vangloriar: o SUS.

E quis essa fascinante roda-viva que depois de muitos anos de redação de jornal, em Natal e no Rio de Janeiro, eu viesse a firmar raízes profissionais e mesmo afetivas em uma instituição central para o sistema de saúde: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E com a mesma disposição, a vida continuou querendo que eu exercesse um novo olhar sobre o fazer jornalístico numa publicação essencial ao profissional de comunicação interessado em compreender, em profundidade, a saúde pública brasileira: a revista Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde). Percebi que o muito que supunha saber de jornalismo não correspondia ao conhecimento que eu julgava ter sobre saúde pública. E a Radis me foi escola.

E mais uma vez a roda da vida girou, fazendo-me chegar a Brasília, como correspondente da mesma revista, e intercalando essa função com a de assessor de comunicação da unidade da Fiocruz encravada no coração do Planalto.

Novos desafios; a mesma certeza: o SUS carece de comunicação. Saio da revista após aprovação no concurso que me estabeleceu definitivamente como assessor de comunicação da Fiocruz Brasília. Um comunicador da saúde, inquieto com uma saúde que pouco se comunica. Ou que se comunica mal. A incessante vontade de aprender mais não arrefece e logo me vejo imbricado numa pós-graduação, na modalidade especialização – a segunda de minha vida, mas a primeira em Comunicação e Saúde.

Desperta aí uma chama que aponta a carreira acadêmica como uma estimulante possibilidade. E logo em seguida vem o mestrado em Ciências da Informação, mas cujo foco é igualmente a comunicação em saúde.

Se eu escrevesse do passado, diria que aquele jovem jornalista da grande mídia, para quem a academia não passava de uma consultora eventual, jamais pensaria em dar continuidade aos estudos de pós-graduação. Mas escrevo do presente, que há de acertar as contas com o passado, e explicar a ele que aquele então jovem era agora um inveterado defensor do Sistema Único de Saúde e entusiasta da pesquisa em

comunicação em saúde – ainda tão incipiente em nosso país, mas tão necessária a ele.

A carreira de gestor precisava, agora, dar espaço também à de pesquisador. Os desafios que se multiplicam no trabalho atingem a mesma escala de grandeza dos desafios acadêmicos. Conciliar as duas paixões trazia o desafio adicional de jogar com a influência que uma exercia sobre a outra. Até onde vai o jornalista-gestor e onde começa o comunicador-pesquisador? É pergunta que não cala. E que talvez não deva mesmo calar.

O estudo ilumina a prática, assim como a prática enseja novos estudos. E nesse bailar dos desejos e necessidades complementares, surge o convite para integrar o Grupo de Estudos Comparados do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da Universidade de Brasília (UnB). É mais uma reviravolta. Analisar as perspectivas e expectativas da saúde brasileira, à luz de experiências correlatas de nações irmãs, reacende o entusiasmo pela descoberta de novas abordagens.

As vivências observadas nas estratégias internacionais ajudam a diagnosticar a saúde como direito e necessidade elementares dos povos e desafio perene dos estados modernos. Sistemas universais agregam à tarefa de atender as populações, a prevalência de agravos antigos e a chegada de novas enfermidades. Sinal dos tempos. A mesma modernidade que aporta novas soluções e alternativas faz também com que a sociedade adoça de novos males e se brutalize, pois, dentre eles, as muitas formas de violência – físicas e simbólicas – criam novos agravos.

Há igualmente o desafio de se sustentarem sistemas públicos e universais diante do poder e dos interesses do capital, que transformam o cidadão em consumidor, a saúde em mercadoria, e a comunicação em instrumento de luta por poder. Os discursos anti-SUS são potentes e irrefreáveis, e estão a serviço de uma máquina e de uma lógica para as quais a cidadania é mera abstração. A propalada luta contra-hegemônica, portanto, precisa se dar frentes múltiplas. E uma delas é a da comunicação.

Os capitais simbólicos de que tantos autores nos falam são construídos e desconstruídos a todo instante pelas forças em disputa nos contextos mais diversos – no da saúde dentre eles. Os significados adquiridos pelos SUS perante a sociedade, erigidos por uma mídia pouco

disposta a compreendê-lo, e por grupos econômicos dispostos a dilapidá-lo, não são dos mais positivos. E é pela comunicação em saúde, então, que decido enveredar na luta a favor de um SUS como desejado e sonhado pelos seus formuladores bem como por seus descendentes.

E é assim que o doutorado em Ciências da Saúde se apresenta como um novo desafio. Mais complexo que os demais, afinal, requer atender aos requisitos da pesquisa acadêmica diante das já consolidadas idiossincrasias do jornalista-gestor. Saem assim o *lead*, a manchete, as retrancas, a capa, a pauta, a reportagem e tantas outras singularidades do mundo jornalístico. Saem também a gestão de equipe, os arranjos administrativos, os processos e seus desdobramentos. E entram a metodologia científica, os referenciais teóricos, os objetivos, os artigos científicos (e suas complexas regras), a tese, a qualificação, a defesa.

Se eu escrevesse do futuro, teria dito talvez que a distinção entre essas esferas é tarefa simples, assegurada com doses significativas de paciência e disciplina. Mas escrevo do presente, quando as contradições, inseguranças e incertezas ainda fervilham em alguém que, enquanto não alcançada a plenitude do *espírito livre* a que nos estimula Nietzsche, mantém-se na condição de 'humano, demasiado humano' – para citar o título da obra do referido mestre.

O desafio do doutorado é enriquecido com a conquista de uma bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para uma imersão na cidade de Montreal, no Canadá. Seriam 12 meses (2015 a 2016) inicialmente dedicados a se estudar a comunicação para a promoção da saúde nas escolas, numa perspectiva de estudos comparados.

Mas eis que novamente a roda-viva sopra os ventos da mudança. Um tema que há tempos me interessava ressurgia em minha mente e em meu coração com força tão incontrolável que ignorá-lo seria aprisionar o espírito investigativo e desbravador de que o pesquisador precisa se valer: a saúde do homem. Seria (e foi) uma mudança radical, sobretudo quando se leva em consideração que mais da metade do doutorado já havia sido percorrida. Mas é também de guinadas que é definida a nossa passagem pela Terra. Por

isso, a coragem foi companheira fiel, e a disposição em recomeçar postou-se firmemente ao meu lado.

Retornemos ao novo tema. As raras e pontuais ações de comunicação sobre a saúde do público masculino incomodavam-me enquanto homem e enquanto comunicador. As causas desse incômodo eram-me ainda incertas, mas apontavam para a superficialidade com que o tema era posto para a sociedade. No Canadá, as respostas começavam a surgir. Estudar as masculinidades e, a partir daí, compreender a construção do papel do homem na sociedade, foi etapa basilar para se decifrar a relação deste homem com a sua saúde. E como toda construção social, pautada em moral, crenças e valores socioculturais, a dimensão comunicacional se mostra transversal e determinante, estando intrinsecamente associada à superação dos desafios colocados.

E assim chego onde estou, no fim de um começo, mas no começo de outros fins. Já não escrevo mais só do presente. Abraço-me ao futuro e ao passado para em todos os tempos perceber que a trajetória acadêmica nos provoca dores, dúvidas, angústias e sofrimentos. Mas acima de tudo nos transforma. Talvez esteja aí o seu sentido, a sua beleza e a sua razão de ser. Que este trabalho, já escrito no passado, ajude a orientar mudanças de rumo no presente de forma a fazer suave o nosso pouso no futuro.

Wagner Vasconcelos
Brasília, passado, presente e futuro

PRÉSENTATION

Du temps d'où j'écris

Si j'écrivais du futur, la thèse de doctorat que vous avez maintenant dans vos mains, aurait un autre statut académique. Mais, j'écris dans le présent qui deviendra passé à l'instant où vos yeux auront parcouru les lignes de ce travail. De ce fait, cette étude porte en soit les marques des plusieurs processus dont il est le fruit. Surtout, ceux de l'apprentissage.

Et, c'est du présent qui n'est pas encore devenu passé que j'expose à tous ceux disposés à lire cette recherche, la trajectoire personnelle et professionnelle qui a donné et qui donne origine à la vie académique dans laquelle j'ose m'insérer.

Donc, je me promène dans le temps afin de récupérer la formation en Communication Sociale, habilitation en Journalisme, où commence ce travail. Des mes 22 ans de carrière, 11 ont été consacrés au travail dans la grande presse, au sein des difficultés, des conquêtes et des amertumes que le journalisme apporte à tous ceux qui le choisissent comme profession.

Dans cette tâche, où l'envie de connaissance et la curiosité pour la découverte du monde servaient de combustible professionnel, la santé a toujours été un thème recourant mais pas pour autant constant. Maltraitée, mal comprise et mal montrée, la santé publique – surtout le Système Unique de Santé (SUS) - tombait fréquemment dans mes mains avec l'objectif infame d'exposer ses plaies. De ce fait, elle devenait matière première pour les reportages de toutes sortes, quelques-une alarmistes, d'autres dénonciatrices. Très peu d'entre elles vraiment constructives.

La une et les couvertures de journal que le thème obtenait étaient suffisantes pour satisfaire, en partie, l'égo journalistique dont le «scoop » était toujours l'objectif et la raison d'être d'un jeune sorti récemment de l'université.

Mais il y avait une étrange sensation d'inachevé que je ne comprendrais que plus tard. Et elle était causée par la nuisance que la vision faible et pressée à propos de notre système de santé je contribuais moi-même à construire. J'ai fait une dette, donc, une dette immense avec celui qui

est l'un des plus grands patrimoines sociaux duquel une nation grande comme le Brésil peut être fier: le SUS.

Et ce fascinant remue-ménage a bien voulu que, après plusieurs années de rédaction de journal, dans les villes de Natal et Rio de Janeiro, je vienne planter des racines professionnelles voire affectives au sein d'une institution centrale pour le système de santé : la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Et avec la même disposition, la vie a exigé de moi un nouveau regard sur l'action journalistique dans une publication essentielle au professionnel en communication intéressé à comprendre, en profondeur, la santé publique brésilienne : la revue Radis (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde). Je me suis rendu-compte que ce que je pensais savoir sur le journalisme ne correspondait pas à la connaissance que je pensais avoir sur la santé publique. Et la Radis fut une école pour moi.

Et, encore une fois, le remue-ménage a tourné, et je suis arrivé à Brasília en tant que correspondant de la même revue et assesseur de communication de l'unité de la Fiocruz située au coeur du Plateau.

De nouveaux défis ; la même certitude : le SUS manque de communication. Je quitte la revue après avoir réussi le concours qui m'a établi définitivement comme conseiller de communication de la Fiocruz Brasília. Un communicateur de la santé, soucieux avec une santé qui ne se communique pas. Ou qui se communique mal. La volonté d'apprendre encore plus ne diminue pas et je me vois plongé dans une post-graduation dans la modalité de spécialisation – la deuxième de ma vie, mais la première en Communication en Santé.

C'est à ce moment qu'une flamme s'allume et qui montre la carrière académique comme une possibilité stimulante. Tout de suite après, vient le Master en Sciences de l'Information dont le focus demeure la communication en santé.

Si j'écrivais au passé, je dirais que ce jeune journaliste de la grande presse, pour qui l'académie n'était qu'une consultative éventuelle, ne penserait jamais à continuer les études de post-graduation. Mais, j'écris au présent, qui doit régler les comptes avec le passé et expliquer à celui-ci que ce jeune homme-là était, désormais, un défenseur invétéré du Système Unique de Santé et un enthousiaste de la recherche en communication en

santé – encore débutante dans notre pays mais dont il avait énormément besoin.

La carrière de gestionnaire avait désormais besoin de marcher de pair avec celle de chercheur. Les défis se multiplient dans le travail et atteignent la même échelle de grandeur des défis académiques. Concilier les deux passions apportait le défi additionnel de jouer avec l'influence que l'une exerçait sur l'autre. Jusqu'où peut aller le journaliste-gestionnaire et où commence le communicateur-chercheur ? C'est la question qui n'a pas de réponse. Et qui, peut-être, ne doit pas en avoir une.

L'étude éclaire la pratique, ainsi que la pratique envisage de nouvelles études. C'est dans cette danse de désirs et de nécessités complémentaires, que l'invitation d'intégrer le Groupe d'études comparatives du Centre d'études en santé publique (Nesp) de l'Université de Brasília (UnB) apparaît. C'est encore un tournant. Analyser les perspectives et les attentes de la santé brésilienne, à la lumière des expériences semblables de nations-soeurs, rallume l'enthousiasme de la découverte de nouvelles approches.

Les expériences observées dans les stratégies internationales aident à diagnostiquer la santé en tant que droit et nécessité élémentaires des peuples et défi constant des États modernes. Des systèmes universels ajoutent à la tâche de répondre aux populations, la présence constante de problèmes anciens et l'avènement de nouvelles maladies. Signe des temps. La même modernité qui apporte de nouvelles solutions et alternatives permet à la société d'attraper de nouvelles maladies et de devenir brutale car, parmi elles, les différentes formes de violence – physiques et symboliques – créent de nouvelles enfermités.

Il y a également le défi d'appuyer les systèmes publics et universels face au pouvoir et aux intérêts du capital qui transforment le citoyen en consommateur, la santé en marchandise et la communication en instrument de lutte pour le pouvoir. Les discours anti-SUS sont puissants et sans freins, ils sont au service d'une machine et d'une logique pour lesquelles la citoyenneté n'est qu'une abstraction. La dite lutte contre-hégémonique a donc besoin de faire face à de multiples fronts. La communication en est un.

Les capitaux symboliques dont nous parlent tant d'auteurs sont construits et déconstruits à tous les moments par les forces en dispute dans

des contextes les plus divers – parmi lesquels, la santé. Les significations acquises par le SUS auprès de la société, érigées par les médias peu disposés à les comprendre, et par des groupes économiques disposés à les dilapider, sont loin d'être les plus positives. Et, c'est par le biais de la communication en santé que je décide, donc, de m'engager dans la lutte pour un SUS tel qu'il est souhaité et dont ses formulateurs et leurs descendants rêvent.

Et voilà comment le Doctorat en Sciences de la Santé se présente en tant que nouveau défi. Plus complexe que les autres car il prétend répondre aux exigences de la recherche académique face aux idiosyncrasies déjà consolidées par le journaliste-gestionnaire. De ce fait, sortent, le *lead*, la une, l'entrefilet, la couverture, l'ordre du jour, le reportage et tant d'autres singularités du monde journalistique. Sortent aussi la gestion d'équipe, les arrangements administratifs, les processus et leurs dédoublements. Et entrent la méthodologie scientifique, les référentiels théoriques, les objectifs, les articles scientifiques (et leurs règles complexes), la thèse, la qualification, la soutenance.

Si j'écrivais du futur, j'aurais peut-être dit que la distinction entre ces sphères est une tâche simple, assurée par des doses significatives de patience et discipline. Mais, j'écris du présent, quand les contradictions, les inquiétudes, les incertitudes bouillent chez quelqu'un qui, dans l'attente de la plénitude de l'*esprit libre* dont nous parle Nietzsche, se place dans la condition d' 'humain, trop humain' – pour citer le titre de l'oeuvre du dit maître.

Le défi du doctorat s'enrichit avec la conquête d'une bourse d'études de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pour une immersion dans la ville de Montréal, au Canada. Ce seraient 12 mois (de 2015 à 2016) dédiés, au début, aux études de la communication pour la promotion de la santé dans des écoles, dans une perspective d'études comparées.

Cependant, le remue-ménage souffle les vents du changement. Un thème qui m'intéressait depuis longtemps se montrait devant moi et dans mon coeur avec une force si grande que l'ignorer serait enfermer l'esprit defricheur propre au chercheur : la santé de l'homme. Ce serait (et ce fut) un changement radical, surtout quand on prend en compte que la moitié, voire

plus, du doctorat avait déjà été accomplie. Mais, les bouleversements définissent notre passage sur la Terre. Et le courage devient compagne fidèle ainsi que la disposition de recommencer qui m'accompagnait.

Revenons au thème. Les actions rares et ponctuelles de la communication sur la santé du public masculin me dérangent en tant qu'homme et communicateur. Les causes de ce dérangement étaient encore incertaines mais me dirigeaient vers la superficialité avec laquelle le thème était montré à la société. Au Canada, les réponses commencent à apparaître. Étudier les masculinités et, à partir de là, comprendre la construction du rôle de l'homme dans la société, fut une étape de base afin de décoder la relation de cet homme avec sa santé. Et comme toute construction sociale, basée sur la morale, croyances et valeurs socio-culturelles, la dimension communicationnelle s'avère transversale et déterminante, intrinsèquement associée à la façon de surmonter les défis mis en place.

Et ainsi j'arrive où je suis, à la fin d'un commencement mais au début d'autres fins. Je n'écris plus du présent. Je me renferme au futur et au passé pour, dans tous les temps, me rendre compte que la trajectoire académique nous apporte douleurs, doutes, angoisses et souffrances. Mais, par-dessus tout, nous transforme. C'est peut-être là que se trouve son sens, sa beauté et sa raison d'être. Que ce travail, écrit dans le passé, puisse orienter les changements de parcours dans le présent de façon à ce que notre arrivée dans le futur soit souple.

Wagner Vasconcelos
Brasilia, passé, présent et futur

PREÂMBULO

Assim como todo projeto de pesquisa, este que ora se apresenta percorreu uma vasta trajetória cujos momentos mais importantes serão registrados aqui, antes mesmo de se adentrar aos seus detalhes. No total, são quatro grandes momentos que abarcam o conjunto de ações que permitem compreender e descrever todo o percurso, quais sejam: Estudos Comparados; Promoção da Saúde; Saúde do Homem e Estágio de Doutorado Sanduíche.

No que diz respeito às investigações sobre os Estudos Comparados, torna-se necessário explicitar que esta pesquisa integra o projeto denominado **“Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia – Fase 2”** (Anexo 1), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo 2) da Universidade de Brasília (UnB), sob o número (084/12). Trata-se de uma ação vinculada à Unidade de Estudo e Pesquisa em Saúde da Família (UEPSF), na linha de pesquisa Estudos comparados em atenção primária à saúde no Brasil e outros países, do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (CNPq / Brasil), do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp), da Universidade de Brasília (UnB).

Dessa forma, o aprofundamento do estudo deu-se a partir da adoção de metodologias, métodos e técnicas aplicados a esse tipo de investigação, inclusive oportunizando a aplicação de alguns instrumentos de pesquisa tanto no Brasil quanto no exterior, especificamente na Argentina, em 2013, além, é claro, de no Canadá, em 2015, para fins de melhor compreensão dos procedimentos do referido estudo.

Uma revisão sobre o conceito de promoção da saúde ganhou relevo no desenvolvimento desta tese no contexto da relação comunicação–promoção da saúde, aplicada ao objeto de estudo: saúde do homem.

As investigações sobre os conceitos de promoção saúde renderam frutos ao longo da pesquisa: além da apropriação e da compreensão sobre o significado do termo, foi apresentada uma comunicação oral, durante o “IV

Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs”, realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2015, e promovido pelo *Centre d’Études et de recherches sur le Brésil (Cerb)*, da Université du Québec à Montréal (UQAM). (Anexo 3).

O trabalho apresentado tinha por título “*Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)*”, e foi selecionado para compor os anais do evento, ainda no prelo. (Apêndice 1).

Este mesmo trabalho resultou em um artigo científico, já publicado na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS), na edição de abril-junho de 2016. O artigo em questão, cuja íntegra localiza-se na seção de resultados desta tese, aprofundou-se no conceito de promoção da saúde para, a partir dele, analisar algumas campanhas de comunicação do Ministério da Saúde formalmente definidas como de promoção da saúde da população brasileira entre os anos de 2006 e 2013.

Para fins desta pesquisa, o tema Saúde do Homem foi escolhido como foco principal de investigação no Brasil e no Canadá. Conforme será detalhado na seção sobre a metodologia, uma ampla revisão de literatura, em bases nacionais e internacionais, foi empreendida, resultando tanto numa apropriação da temática por parte do pesquisador, quanto numa substancial contextualização do assunto em tela. Foram estudados conceitos de masculinidades e masculinidade hegemônica, além de ter sido realizada uma investigação dos dados e estatísticas sobre a saúde do homem no Brasil e na província de Québec. Tais atividades foram desenvolvidas com a participação de bolsistas de Iniciação Científica vinculadas ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECOS), cujo projeto intitula-se **Comunicação promotora da saúde: Conceito e análise das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá – um estudo comparado**

(Anexo 4).

Analisou-se, também, a Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), no Brasil, que elenca uma série de diretrizes e metas para o tema em âmbito nacional. Embora a província do Quebec não possua uma política de saúde homem, alguns documentos de referência, bem como

algumas linhas de ação desenvolvidas no Canadá, serviram de objeto de análise e comparação.

No que tange ao estágio de doutorado sanduiche, o período de 12 meses, compreendido de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016, na cidade de Montreal, no Canadá, com bolsa Capes, serviu especialmente para a definição do objeto central da pesquisa de promoção da saúde – a saúde do homem – e para o aprofundamento na temática. (Anexos 5-9) (Apêndice 2).

Para tal aprofundamento, foi desenvolvida uma revisão de literatura permitindo maior domínio e segurança na temática. A co-orientação recebida no país norte-americano possibilitou o alcance a outros agentes-chave, a exemplo de professores de outras instituições, profissionais e outros sujeitos estratégicos recomendados para o desenvolvimento de aproximações teórico-históricas e posteriores entrevistas. Estas, por sua vez, foram desenvolvidas em profundidade (tendo como base os instrumentos do projeto de origem Estudos Comparados – [Anexo 1]) com atores considerados centrais para o desenvolvimento da pesquisa. (Apêndice 3).

Outra articulação importante que beneficiou diretamente os contatos na rede de possíveis entrevistados foi a participação em dois grandes eventos sobre saúde do homem, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela *Université de Montréal* (UdeM), e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição *Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal* (ROHIM). Em ambos, foram identificados pesquisadores canadenses e estrangeiros de significativa importância para o desenvolvimento desta pesquisa.

1 – INTRODUÇÃO

A literatura mostra que os anos de 1970 têm se configurado como um marco para o início dos estudos sobre a saúde do homem. Alçado social e culturalmente à condição de indivíduo inabalável e invulnerável, bem como à de provedor do lar e agente central da economia de uma nação, o homem tem se deparado com uma realidade sanitária que acende sinais de alerta em relação a sua qualidade de vida. Prova disso, dados e estudos das mais variadas ordens revelam a fragilidade da condição masculina no que diz respeito a sua própria saúde.

Não sem motivo, autoridades sanitárias nacionais e internacionais debruçam-se sobre estratégias que sejam capazes de reverter quadros que, se não seriamente trabalhados, trarão invariavelmente prejuízos a uma parcela significativa da sociedade, que além de tudo está compreendida entre a população economicamente ativa.

Lidar com essa realidade, porém, é um desafio que representa um esforço concentrado para além da tarefa de formular ações pontuais de saúde. Exige a ressignificação de sentidos sobre o papel do homem na sociedade e de sua relação com o ambiente, com o trabalho, com a família e consigo mesmo. Requer também um olhar cuidadoso e uma compreensão profunda sobre os aspectos sociais que interagem para a conformação de um indivíduo com peculiaridades existenciais, comportamentais e socioeconômicas que o colocam em situação de permanente risco.

Assim, a originalidade que esta pesquisa aporta dá-se inicialmente no sentido de se abandonar uma reflexão meramente positivista, fragmentada e biomédica sobre a saúde homem. Esta é uma opção analítica que se ampara numa percepção ampliada de saúde, na qual múltiplos fatores interagem para compor os cenários e as realidades com os quais nos deparamos. Inova, igualmente, por trazer ao debate sobre a saúde masculina, além da promoção da saúde, a comunicação como elemento central – especialmente no que se refere à formulação de estratégias para superação dos desafios colocados. Considera, portanto, como seu **objetivo maior, analisar o papel da comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e na província de Quebec, no Canadá, por meio de um estudo comparado.**

Dessa forma, a pergunta que conduz esta pesquisa é: **que papel a comunicação ocupa na promoção da saúde do homem no Brasil e na província de Quebec?** Seus objetivos específicos são:

1. Estudar a política de saúde do homem no Brasil e no Quebec, correlacionada aos conceitos de promoção;
2. Compreender os conceitos de promoção da saúde e suas inter-relações com a comunicação;
3. Identificar as estratégias de comunicação adotadas na política de saúde do homem no Brasil e no Quebec;
4. Comparar as estratégias de comunicação para a saúde do homem no Brasil e em Quebec;

Esta pesquisa é, antes de tudo, uma discussão teórica que busca colocar em evidência – e em articulação – três temas chave da saúde pública contemporânea: saúde do homem, promoção da saúde e comunicação em saúde. Valeu-se de combinações metodológicas capazes de dar direcionalidade às análises que a interação entre os temas centrais exigia. O estudo aporta, assim, um aprofundamento e uma atualização sobre os conceitos envolvidos com os temas principais. Vale-se, para isso, de uma reflexão crítica sobre fatos e posicionamentos identificados a partir de um ciclo de entrevistas com agentes estratégicos e de imersões na literatura científica.

Assim sendo, pode-se afirmar que, dentre os muitos autores avocados para este debate, alguns conduziram de forma mais central as discussões teóricas às quais este estudo se dedica, conforme mostra a **figura 11**, localizada na seção que trata sobre a metodologia (pág. 50). No que diz respeito à Promoção da Saúde, portanto, Czeresnia (2012), Buss (2012) e Rabelo (2013) orientaram as investigações e elucidaciones sobre o tema. No tocante à Comunicação, e em especial à Comunicação em Saúde, Corcoran (2011), Schiavo (2014), Renaud (2010) e Araújo e Cardoso (2007) figuram entre os autores de sustentação das ideias. Por fim, quanto ao tema Saúde do Homem, e especialmente sobre Masculinidades, Connell (2014), Tremblay e L'Heureux (2014), Gomes (2012) e MacDonald (2006) ajudaram a

consolidar o referencial teórico que favoreceu a compreensão sobre o tema, suas complexidades e seus desafios.

Uma vez que a investigação se localiza numa perspectiva de Estudo Comparados, espaços e contextos foram delimitados de forma a guiar os trabalhos de pesquisa. A seguir, descrevem-se os espaços que integram os estudos, com suas principais características.

1.1 – Os espaços do estudo

1.1.1 A província do Quebec

FIGURA 1. Mapa do Canadá com Quebec em destaque



Fonte: imagem de internet. Site Geografando. Acesso em 26/02/2017

Maior província do Canadá, o Quebec não foge à regra do país no que diz respeito ao elevado padrão de vida. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado muito alto (0,910) – equiparando-se aos dos países com os índices mais altos do mundo – o que se reflete em serviços públicos de elevada qualidade e reduzida desigualdade social. A taxa de desemprego na província, em janeiro de 2017, estava em 6,3% da população

(CANADÁ, 2017). Os 8,32 milhões de habitantes do Quebec (4.138,7 homens e 4.187,4 mulheres) distribuem-se por 1,3 milhão de km², estabelecendo uma densidade demográfica de 6,4 habitantes por km².

Província de maioria católica – ao contrário do restante do país, protestante –, o Quebec tem o francês como língua oficial, herança de um processo de colonização marcado por disputas entre ingleses e franceses. O Quebec é governado por uma democracia parlamentarista, em que o primeiro-ministro da província exerce as funções executivas. Tal modelo segue as regras do sistema de governo do Canadá – Monarquia Constitucional Parlamentarista –, uma vez que o país integra os Reinos da Comunidade das Nações (*Commonwealth*).

O sistema de saúde na província de Quebec é público e universal, marcado por investimentos públicos mais elevados do que a média de todo o Canadá. Enquanto no país as despesas totais em saúde correspondem a um investimento de 10,6% do PIB, em Quebec o percentual é 11,8%. O Investimento em saúde do Quebec supera, inclusive, o da província de Ontário, a mais rica do país, que investe 11,2% do PIB em saúde. A maior parte desses investimentos é feita pelo setor público: 8,2% contra 3,6% da iniciativa privada (Figura 2) (CANADÁ, 2015).

Figura 2: Despesas de saúde em Quebec, Ontário e Canadá

Dépenses de santé, 2012			
	Québec	Ontario	Canada
Secteur public (% du PIB)	8,2	7,6	7,7
Secteur privé (% du PIB)	3,6	3,6	3,3
Dépenses totales de santé (% du PIB)	11,8	11,2	10,9

Fonte: Le Québec économique, 2017. Acessado em 26/02/2017

Porém, no que diz respeito às despesas de saúde por habitante, a província de Quebec tem investimentos inferiores tanto em relação à

província de Ontário, quanto em relação à média do país, conforme mostra a figura 3.

Figura 3. Despesas em saúde por habitante

Dépenses de santé par habitant, 2014			Qé
	Québec	Ontario	Canada
Secteur public (\$ / hab.)	3 967	4 014	4 261
Secteur privé (\$ / hab.)	1 650	1 879	1 784
Dépenses totales de santé (\$ / hab.)	5 616	5 894	6 045

- ▶ [Source et notes](#)
- ▶ [Dans le livre QÉ](#)

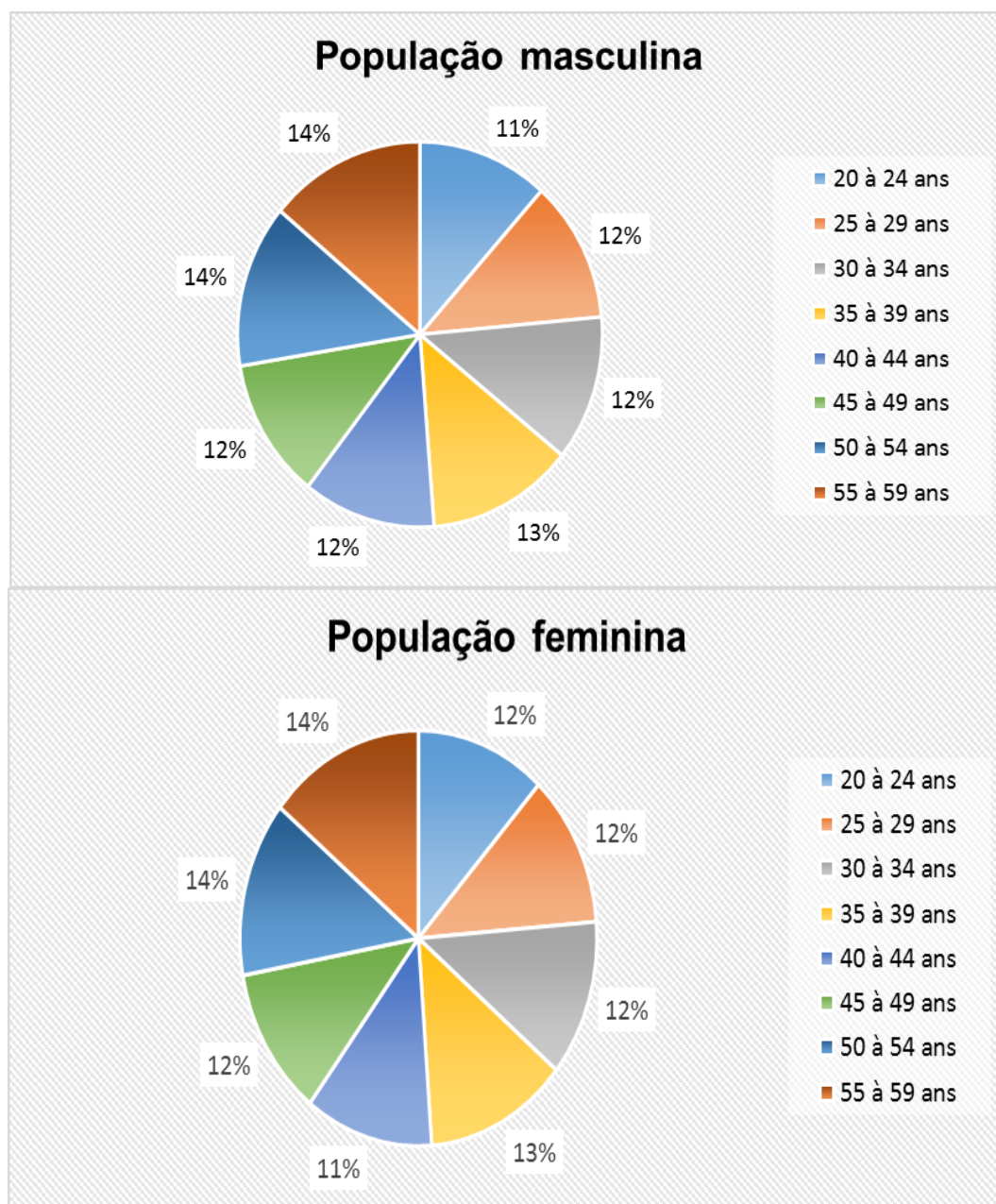
Mis à jour le 17 juin 2015
Permalien : <http://qceco.ca/n/2261>

[dépenses de santé](#) [Québec dans le Canada](#) 

Fonte: Le Québec économique, 2017. Acessado em 26/02/2017

Percebe-se que o Québec é uma província em que a população masculina da faixa etária de 20 a 59 anos (faixa utilizada para este estudo) é ligeiramente superior à população feminina. São 2.301.322 homens e 2.242.492 mulheres (CANADÁ, 2017). Porém, a expectativa de vida ao nascer é maior entre as mulheres (83,4 anos) do que entre os homens (78,8). Na Figura 4, são expostos os números referentes à população do Quebec quanto aos diferentes segmentos de faixa etária, dentro do recorte de 20 a 59 anos.

Figura 4: População do Quebec da faixa etária de 20 a 59 anos



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Statistique Canada. Acesso em 25/02/2017

Dentre as principais causas de morte da população do Quebec, interessante notar que as cinco principais causas de morte são comuns a homens e mulheres, mas a ordem entre elas se alteram.

Figura 5. Principais causas de morte entre homens

**Principales causes de décès, selon le sexe
(Hommes)**

2012			
Hommes			
	rang	nombre	%
Total, toutes les causes de décès	...	124 235	100,0
Tumeurs malignes (cancer)	1	39 080	31,5
Maladies du coeur	2	25 816	20,8
Accidents (blessures involontaires)	3	6 465	5,2
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	4	5 683	4,6
Maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral)	5	5 581	4,5
Diabète sucré (diabète)	6	3 702	3,0
Lésions auto-infligées (suicide)	7	2 972	2,4
Grippe et pneumopathie	8	2 586	2,1
Maladie d'Alzheimer	9	1 900	1,5
Néphrite, syndrome néphrotique et néphropathie (maladie du rein)	11	1 612	1,3

Notes : Les causes de décès sont codées en fonction de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.
Sources : Statistique Canada, CANSIM, tableau 102-0561.
 Dernières modifications apportées : 2015-12-10.

Fonte: Statistique Canada. Acessado em 26/02/2017

Figura 6. Principais causas de morte entre mulheres

**Principales causes de décès, selon le sexe
(Femmes)**

2012			
Femmes			
	rang	nombre	%
Total, toutes les causes de décès	...	122 361	100,0
Tumeurs malignes (cancer)	1	35 281	28,8
Maladies du coeur	2	22 865	18,7
Maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral)	3	7 593	6,2
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	4	5 447	4,5
Accidents (blessures involontaires)	5	4 825	3,9
Maladie d'Alzheimer	6	4 393	3,6
Diabète sucré (diabète)	7	3 291	2,7
Grippe et pneumopathie	8	3 108	2,5
Néphrite, syndrome néphrotique et néphropathie (maladie du rein)	9	1 715	1,4
Sepsie	10	1 438	1,2

Notes : Les causes de décès sont codées en fonction de la dixième révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.
Sources : Statistique Canada, CANSIM, tableau 102-0561.
 Dernières modifications apportées : 2015-12-10.

Fonte: Statistique Canada Acesso em 26/02/2017

Para ambos os sexos, os cânceres e as doenças cardíacas aparecem como as duas primeiras causas de óbitos. No entanto, entre os homens, a terceira causa são os acidentes – causa que, entre as mulheres, é a quinta colocada, conforme mostram as Figuras 5 e 6. Mais adiante, esse tema será aprofundado.

1.1.2 – O Brasil

Figura 7. Mapa da América do Sul com Brasil em destaque

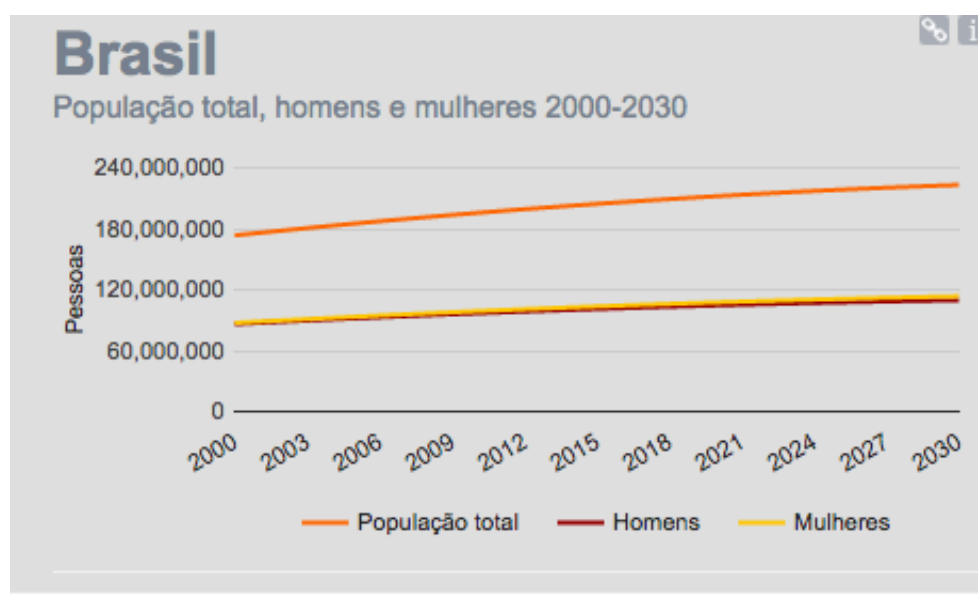


Fonte: Portal UOL/Escola kids, 2017.

País dimensões continentais (8,51 milhões de km²), o Brasil é o quinto maior do planeta em extensão territorial e uma das maiores economias do mundo. No entanto, o seu Índice de Desenvolvimento Humano, definido em 0,755, não coloca o país entre os mais desenvolvidos, figurando na posição de número 75, entre 188 países listados no ranking IDH Global 2014, do Relatório de Desenvolvimento Humano 2015, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014).

A população total do país, segundo projeção do IBGE para 2017, é de 207,6 milhões de habitantes (IBGE, 2016), sendo, ainda de acordo com essa mesma projeção, 102,4 milhões de homens e 105,1 milhão de mulheres (FIGURA 8), com uma densidade demográfica de 22 habitantes por km². Tendo por sistema de governo a democracia presidencialista, o Brasil é uma república federalista composta por 27 unidades federadas (26 estados e o Distrito Federal). O país concentra, na figura do presidente, as atribuições de chefe de governo e chefe de estado.

Figura 8. Projeção do IBGE para população brasileira segundo sexo



Fonte: IBGE. Acessado em 26/02/2017

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é público e universal, criado a partir da Constituição Federal de 1988. Porém, as acentuadas desigualdades socioeconômicas do país trazem ao sistema uma série de dificuldades, seja no acesso da população aos bens e serviços de saúde, seja no investimento ao setor. Aberta à participação da iniciativa privada, a saúde no Brasil tem seus gastos majoritários oriundos da iniciativa privada – ao contrário do que acontece na província de Quebec. Enquanto na referida província os gastos públicos são 2,27 vezes maiores que os privados, no Brasil os gastos públicos correspondem a apenas 46,4% do que é aplicado em saúde, o que, por sua vez, corresponde a 9,4% do PIB (também inferior ao gasto no Quebec, da ordem de 11,8% do PIB).

Assim como é verificado na província do Quebec, a expectativa de vida ao nascer no Brasil apresenta diferença entre os sexos, com as mulheres vivendo mais do que os homens. No entanto, em terras brasileiras essa diferença é maior, sendo 78,6 anos para as mulheres, e 71,3 para os homens.

Figura 9. Principais causas de morte entre mulheres

DATASUS

> MORTALIDADE - BRASIL

Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 segundo Capítulo CID-10
 Capítulo CID-10: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias, II. Neoplasias (tumores), IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, IX. Doenças do aparelho circulatório, X. Doenças do aparelho respiratório, XI. Doenças do aparelho digestivo, XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo, XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
 Sexo: Fem
 Período: 2014

Capítulo CID-10	Cap I	Cap II	Cap IV	Cap IX	Cap X	Cap XI	Cap XIII	Cap XX	Total
TOTAL	22.339	94.631	40.363	161.916	67.418	23.711	3.412	27.579	441.369
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	22.339	-	-	-	-	-	-	-	22.339
II. Neoplasias (tumores)	-	94.631	-	-	-	-	-	-	94.631
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	40.363	-	-	-	-	-	40.363
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	161.916	-	-	-	-	161.916
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	67.418	-	-	-	67.418
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	-	23.711	-	-	23.711
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	3.412	-	3.412
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	27.579	27.579

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Figura 10. Principais causas de morte entre homens

DATASUS

> MORTALIDADE - BRASIL

Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 segundo Capítulo CID-10
 Capítulo CID-10: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias, II. Neoplasias (tumores), IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, IX. Doenças do aparelho circulatório, XI. Doenças do aparelho digestivo, XVIII. Sinais e achad anorm ex clín e laborat, XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
 Sexo: Masc
 Período: 2014

Capítulo CID-10	Cap I	Cap II	Cap IV	Cap IX	Cap XI	Cap XVIII	Cap XX	Total
TOTAL	29.811	107.306	33.592	178.288	39.031	40.465	129.174	557.667
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	29.811	-	-	-	-	-	-	29.811
II. Neoplasias (tumores)	-	107.306	-	-	-	-	-	107.306
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	33.592	-	-	-	-	33.592
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	178.288	-	-	-	178.288
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	-	39.031	-	-	39.031
XVIII. Sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	40.465	-	40.465
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	129.174	129.174

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quando analisadas as causas de morte, percebe-se que as doenças do aparelho circulatório são as que mais matam homens e mulheres. Porém, quando verificadas as segundas causas de morte, há uma discrepância relevante (figuras 9 e 10) e que será tratada em outros momentos deste estudo. Para os homens, o que mais os mata em segundo lugar são as causas externas de morbidade e mortalidade (o que inclui acidentes e violência), causa esta que fica na quinta colocação entre as que mais matam mulheres. Analisando-se brevemente os valores absolutos dessas causas, tem-se que 129,1 mil homens morreram devido a esse problema segundo

dados do SIM (Sistemas de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde) em 2014, enquanto o número de óbitos de mulheres por essa mesma causa foi de 27,5 mil, ou seja, 4,69 vezes a menos que os homens.

1.2 – Referencial teórico

1.2.1- Saúde do homem

A saúde do homem tem tido impactos importantes sobre os sistemas de saúde, seja no Brasil, seja em outros países. Os homens têm menor expectativa de vida, retardam a busca por tratamento de saúde (TREMBLAY e L'HEUREUX, 2014), são mais vitimados por causas externas (como acidentes e violência) e adentram o sistema de saúde já por meio da atenção especializada, ou seja, sem passar pela atenção básica (BRASIL, 2009), elevando custos e riscos.

Deste fato, decorrem iniciativas diversas que buscam contornar ou minimizar o problema. No Brasil, na Austrália e na Irlanda, políticas de saúde foram elaboradas para definir as diretrizes para lidar especificamente com a saúde masculina. No Canadá, particularmente na província de Quebec, a inexistência de uma política para este público não anula as preocupações e os cuidados que se tem adotado para os homens.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria 1.944/Ministério da Saúde, em 27/08/2009, define sua atuação a partir de cinco eixos: Acesso e Acolhimento, Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Doenças Prevalentes na População Masculina, e Prevenção de Violências e Acidentes.

O público da PNAISH são os homens entre 20 e 59 anos de idade, que somam 53,2 milhões de pessoas, ou seja, mais de 27% da população brasileira (IBGE, 2013). Assim, trata-se de um público em plena fase de vida ativa e produtiva, com significativo impacto sobre a economia do país, bem como sobre a vida de outras pessoas ao seu redor, especialmente a da sua família. Na província de Québec essa população é de 2,3 milhões de pessoas, representando cerca de 28% do contingente quebequense (CANADA, 2011).

O Brasil e a província de Quebec são os espaços de investigação desta pesquisa, que assume o caráter de estudo comparado. O país norte americano foi escolhido por uma série de semelhanças de seu sistema de saúde com o sistema de saúde brasileiro (SUS – Sistema Único de Saúde), especialmente no que diz respeito ao seu princípio de universalidade e a sua forte atuação na Atenção Primária de Saúde. Conforme já afirmado, tais condições correspondem às exigências teórico-metodológicas do projeto ao qual esta pesquisa está vinculada (Anexo 1), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo 2), sob o número (084/12).

Identificadas as realidades muitas vezes discrepantes – do ponto de vista epidemiológico – entre a saúde do homem e a da mulher, o desafio que se impõe aos gestores de saúde no Brasil e no mundo é o de se repensar as peculiaridades sanitárias masculinas (SCHWARZ et al. p. 114, 2012). Para tanto, imersões na complexidade da relação homem-saúde se fazem necessárias tanto para compreender o fenômeno em tela como para agir sobre ele.

E a compreensão desse fenômeno requer investigações sobre o percurso histórico da atenção à saúde homem – analisada com maior ênfase a partir de anos 1970, e sob forte influência dos movimentos feministas (MARTINS E MALAMUT. p. 430, 2013). Igualmente, exigem-se análises teóricas sobre a construção do papel do homem na sociedade. A partir da década de 80, uma nova perspectiva surge, apontando a necessidade de estudos sobre as masculinidades, e não apenas sobre os homens (GOMES, 2012).

Em resumo, essas masculinidades são, de acordo com Connell (1995), o conjunto de atributos a serem assumidos pelos homens para o cumprimento de seu papel na sociedade. Dentre esses atributos, a autora, assim como Gomes (2012), Oliffe (2006) e Trujillo (2000), elencam a supressão das emoções, a violência, a competitividade, o uso abusivo de álcool, as proezas atléticas e sexuais, o sucesso e a exposição ao risco.

Connell (1995) ainda explica não existir apenas um modelo de masculinidade, mas, sim, inúmeros, que são estabelecidos por cada sociedade em momentos distintos. Assim, a um dado momento histórico corresponde sempre um determinado modelo de masculinidade para uma determinada coletividade. Tal modelo, porém, altera-se indefinidamente de

acordo com o desenvolvimento de cada uma dessas coletividades. A autora inspira-se nos estudos *gramscinianos* de relação de classes para chegar ao que denomina de masculinidade hegemônica, quer dizer, um modelo de masculinidade que se sobrepõe a todos os outros, transformando-se, de certa forma, em ideal a ser alcançado. A heterossexualidade e a dominação são os eixos estruturantes de tal modelo, do qual o poder figura como um dos seus núcleos centrais. Ele serve para garantir a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (CONNELL, 2014, p.74). Gomes (2012) explica o papel do poder para a masculinidade, e cita Pinho (2005) para afirmar que “mais poder significa mais masculinidade, e sua ausência, feminilização (...)”. Ele recorre também a Bourdieu (1999), para quem a dominação masculina não é só aceitável, mas também vista como natural (GOMES, 2012).

Assim sendo, compreendem-se algumas das razões pelas quais a saúde do homem apresenta nuances que preocupam gestores de saúde. E grande parte dessas razões pode ser entendida quando relacionada aos aspectos socioculturais, mais especificamente à construção da masculinidade – ou das masculinidades.

Se Courtenay (2011), Tremblay (2014) e Roy (2015) revelam a tendência do homem de buscar mais tardiamente um médico ou um profissional de saúde e de serviço social, Brooks (1998) sugere a relação das exigências ligadas ao pedido de ajuda àquelas ligadas às masculinidades. Dulac (2001) resgata as três etapas estabelecidas por Gross e McMullen (1983) – perceber o problema, decidir se consultar e agir –, para dizer que a socialização masculina interfere e inibe a propensão de o homem avançar no processo do cuidar da saúde. Com isso, naturaliza-se a postura de os homens tentarem resolver por si só problemas psicossociais ou de saúde. Como resultado, acabam por negar o problema, deixar o tempo passar ou procurar respostas individualmente (como pela internet). E o fazem mantendo o problema em segredo.

Se há tantas interfaces e interferências socioculturais relativas à saúde do homem, naturalmente espera-se a ponderação sobre abordagens que correspondam, em mesmo grau, à complexidade que o assunto carrega. Presume-se, então, que o investimento na promoção da saúde do homem

seja tarefa inadiável, obviamente observando-se as singularidades do viver masculino. Para tanto, a comunicação demonstra ser elemento central e, por isso mesmo, imprescindível.

1.2.2 – Promoção da Saúde

Parte das discussões contemporâneas na saúde pública tem se dedicado ao tema promoção da saúde, especialmente em relação a sua conceituação, uma vez que é rotineiramente confundida com prevenção de doenças. Pode-se afirmar que a ênfase nessas discussões se acelera após a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, no ano de 1986 (CANADÁ, 1986).

Buss (2012) e Czeresnia (2012) indicam algumas pistas para que a clareza quanto ao conceito ainda não seja absoluta. Para o primeiro, a confusão deve-se, em parte, à ênfase dada em modificações de comportamento individual e “do foco quase exclusivo na redução dos fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde”. Para a segunda, as dificuldades na operacionalização dos projetos de promoção da saúde são muito semelhantes aos das estratégias de prevenção.

No Brasil, a promoção da saúde teve maior impulso a partir da primeira década dos anos 2000, especialmente após o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, cujo objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. O documento apresentava suas diretrizes e atribuições das três esferas de governo, além dos principais eixos temáticos e avança, especialmente, no que diz respeito à integralidade das ações e sujeitos, tomando por base a complexidade dos conceitos de saúde, além de apresentar a necessidade de divulgação, sensibilização e mobilização para a promoção da saúde e definir ações singulares para temas específicos.

Atualizado em 2014, o texto da PNPS incorpora a comunicação entre seus objetivos específicos, qual seja: “estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis” (BRASIL, 2014). Outros, dentre os objetivos específicos ali elencados, também podem ser associados e compreendidos no escopo da comunicação, especialmente os que dizem respeito à promoção da cultura da paz; valorização de saberes populares e tradicionais; promoção de processos de educação, capacitação e formação específicos em promoção da saúde; estímulo à pesquisa, produção e difusão do conhecimento. Afinal, todos eles se materializam por meio de processos comunicacionais.

Como temas prioritários, a PNPS destaca: formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento ao uso abusivo do álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura de paz e de direitos humanos, e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

Quatro décadas antes da I Conferência de Ottawa, o termo promoção da saúde foi apresentado por Sigerist (1946) ao se referir às quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. O autor chamava a atenção para o fato de que condições de vida decentes, boas condições de trabalho, cultura física e formas de lazer e descanso são fundamentais para se promover saúde. Buss (2012) antecipa que as ações de promoção da saúde propriamente ditas são resultado de uma certa reação aos intensos processos de medicalização que se impunham (e ainda se impõem) à sociedade e mesmo no interior dos sistemas de saúde. Inicialmente, o termo caracterizava um nível de atenção da medicina preventiva. Porém, tal significado foi-se alterando, incorporando um sentido técnico-político envolvido no processo saúde-doença-cuidado. O termo está associado ainda, a um conjunto de valores tais como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria.

Rabello (2013) também destaca a mudança de paradigma que o termo promoção da saúde conforma, ao questionar a hegemonia do modelo

flexeneriano, caracterizado pelo individualismo da especialização, tecnologização e curativismo na atenção à saúde – ainda predominantes nas práticas de saúde. A autora adverte para a dinamicidade do conceito, que deve ser elaborado continuamente a partir das demandas sociais.

Além dos aspectos biológicos e ambientais que o termo promoção da saúde sempre suscitou, há também uma vertente política, ressaltada por Winslow (1920), que classifica a promoção da saúde como um “esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população (WINSLOW, 1920, p.23)”.

As seis conferências internacionais de promoção da saúde compreendidas entre 1986 e 2005 trouxeram contribuições importantes para o desenvolvimento do conceito, ampliando, ao longo de suas realizações, o escopo do termo. Se na Carta de Ottawa já se falava em promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CANADÁ, 1986), a 4ª Conferência, em Jakarta, em 1997, avançou para estabelecer novos determinantes sociais da saúde, como a integração econômica global, o comércio e os meios de comunicação. Além disso, destacava a participação social, a educação e o acesso à informação como centrais para a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Os esforços em se conceituar a promoção da saúde têm, ao mesmo tempo, o desafio de diferenciá-la da prevenção, apesar de ambos os conceitos não serem excludentes, mas complementares. Buss aponta que a promoção da saúde possui um enfoque mais amplo, cujo objetivo seria identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença e manter um nível ótimo de vida e saúde. Já a prevenção tentaria fazer com que os indivíduos não fossem acometidos por determinadas doenças, tendo como objetivo final evitar a enfermidade. O conceito de promoção da saúde então, antes caracterizado por um revestimento mais preventivo, hoje traz um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2012).

1.2.3 – Comunicação para promoção da saúde

A clara compreensão do conceito de promoção da saúde facilitará a percepção de que, para se promover saúde, valer-se da comunicação é estratégia prioritária. Nesse sentido, é válido se apropriar, de início, do conceito de comunicação em saúde aportado por Schiavo (2014).

“Um campo multifacetado e multidisciplinar de pesquisa, teoria e prática voltados para o alcance de diferentes populações e grupos para troca de informações, idéias e métodos relacionados à saúde, a fim de influenciar, engajar, capacitar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, pacientes, formuladores de políticas, organizações, grupos especiais e o público para que eles possam defender, introduzir, adotar ou manter um comportamento, prática ou política de saúde ou social que, em última instância, melhore os resultados individuais, comunitários e de saúde pública.”
(SCHIAVO, 2014. p. 43)

A relação da comunicação com a saúde, embora hoje possa parecer óbvia e harmônica, traduz um processo de construção pautado por conflitos, distorções e insucessos. Araújo, Cardoso e Murtinho (2011) recuperam a relação entre esses dois campos, que remontaria ao início do século passado, mais precisamente a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, e que acentua um caráter higienista no universo sanitário brasileiro. Buscavam-se, assim, estratégias de conscientização e de mudanças de comportamento por parte da população. Porém, pouca atenção era dada aos determinantes sociais da saúde, que incluíam fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais (ARAÚJO et al, 2011). Os autores sintetizam algumas das características desse processo:

- *Forte acento no indivíduo, como responsável por sua saúde; os determinantes sociais das doenças, assim como os econômicos, os políticos e os ambientais são ignorados;
- * Privilegiamento das falas autorizadas, particularmente as institucionais que veiculam um saber médico-científico;

Presença hegemônica dos discursos higienista e preventivista;

* Comunicação vista como transferência de informações de um pólo detentor de

conhecimentos para um pólo receptor e desautorizado;

* Abordagem campanhista, focada em investimentos sazonais ou emergenciais. (ARAÚJO, CARDOSO e MURTINHO, 2011. p.106)

Já Renaud e Sotelo (2007) destacam a coexistência de três enfoques dados à comunicação em sua relação com a saúde. Um deles seria o Enfoque da Modernização: um modelo linear de mudança de atitude e de comportamento. Centrado no tripé IEC (Informação-Educação-Comunicação), ele caracteriza-se pela utilização planejada e integrada de técnicas desses três campos de forma a favorecer a adoção, mudança e consolidação de comportamentos favoráveis à melhoria das condições de saúde (RENAUD e SOTELO, 2007).

O 'Enfoque da dependência: conscientização e empoderamento', o segundo destacado pelas autoras, desenvolve-se diante das críticas quanto aos insucessos de estratégias focadas apenas sobre os comportamentos individuais das pessoas. Surgem, então, propostas de comunicação a partir das quais os profissionais de saúde estabelecem diálogos com as populações mais desfavorecidas no sentido de que elas adquiram maior poder sobre suas vidas "por meio do fortalecimento das capacidades individuais e coletivas".

O terceiro enfoque, o do "Novo Desenvolvimento: a participação e o co-desenvolvimento", centra suas atenções sobre as maneiras pelas quais as populações locais recebem os programas de comunicação. Dessa forma, colocam-se essas populações numa posição central dos processos comunicativos.

Isso envolve a superação do conceito de modelos de difusão de saúde onipresentes e a mudança de comportamento/IEC, etc., a fim de compreender a saúde como o conjunto de processos e relações tecidas entre as pessoas, como a participação, acordo, a negociação de conhecimentos e práticas. Em suma, movendo-se de uma posição individual (Eu-Tu) para uma abordagem relacional (nós) (RENAUD e SOTELO, 2007.p.221)

Pessoni (2007) reforça que a comunicação pode contribuir para todos os aspectos não só da prevenção, mas também da promoção da saúde (PESSONI, 2007.p.62). De acordo o autor, ela é importante para contextos que variam das relações entre profissionais de saúde e população, e a busca de informação, com a consequente adesão às recomendações de saúde, até a educação do cidadão quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Não haveria, pois, como se dissociar a comunicação da promoção, nem mesmo estabelecer entre ambas relações de subordinação. A comunicação é elemento constituinte da promoção da saúde, uma vez que possibilita a efetiva compreensão, assimilação e aceitação das políticas públicas – que se dá pela visibilidade que alcançam e por sua conversão em saberes correspondentes e sintonizados àqueles das populações a que pretendem atingir. Logo, a relação promoção-comunicação é indissociável, sendo a comunicação, inclusive, um dos fatores determinantes do sucesso de uma dada política pública (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

A comunicação dos temas relacionados à promoção da saúde auxilia portanto que as pessoas tenham acesso ao tema, pois o traz para o espaço público (ou esfera pública), espaço social destinado ao debate coletivo, segundo Habermas, sendo essencialmente um espaço comunicacional, a partir da prática de comunicação entre os cidadãos em torno de temas de interesse público (HABERMAS, 2003).

O papel da comunicação no universo da saúde pode, porém, ser estabelecido em grande medida por um viés operacional ou propagandístico, voltada para a propaganda publicitária ou campanhas de saúde. A produção de materiais de divulgação, as ações de assessoria de imprensa ou as campanhas publicitárias de cunho preventivo são as suas maiores marcas, uma vez que a comunicação configurou-se como parceira do público na prevenção dos males que possam afetar a sociedade (HANSEN, 2004).

As reflexões viabilizadas a partir dos referenciais teóricos aportados, bem como a realidade referente à saúde masculina, permitem compreender o pano de fundo diante do qual a dinâmica da saúde do homem se processa. Mais do que aspectos de natureza biológica, são os fatores sócio culturais que exercem um papel determinante nas condições de saúde dessa parcela

da população. E é nesta razão que este estudo sustenta a sua **justificativa**, uma vez que busca resgatar as muitas e complexas dimensões da saúde masculina, realçando a necessária articulação entre comunicação e a promoção da saúde do homem.

A tese que se defende, portanto, é que, embora a comunicação tenha relevância inequívoca para a promoção da saúde do homem, está relegada a um patamar secundário de importância nos meios institucionais de saúde. Além de não ser amparada por marcos teóricos e de planejamento em comunicação em saúde, ela é, na prática, operada por viéses meramente instrumentais, sustentando-se em modelos comunicacionais ultrapassados ou não correspondentes às reais necessidades do homem.

2 – METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo em que métodos e abordagens distintas foram combinados para a compreensão do objeto de pesquisa bem como para a análise dos achados. A investigação seguiu os mesmos preceitos metodológicos da pesquisa maior da qual ela é parte (Anexo 1), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo 2) da Universidade de Brasília (UnB), sob o número (084/12).

Por essa orientação, tem-se que cada um dos países, bem como as experiências que neles se verificam, constituem, por si só, unidades de análise. O amparo para esta abordagem inicial encontra-se em Yin (2001), para quem o mesmo estudo pode conter mais de um caso único. Dessa forma, o conjunto dos casos darão forma a um projeto de casos múltiplos.

O método comparativo – que orienta a pesquisa maior à qual este estudo é vinculado – encontra suas raízes no século XIX, quando dos estudos clássicos da sociologia. Em estudo sobre tal método nas ciências sociais, Schneider e Schmitt (1998) afirmam que ele permite:

“descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e discontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais” (SCHNEIDER e SCHMITT, 1998, p. 49).

Para os autores, os métodos comparativos são essenciais às ciências sociais, uma vez que, nelas, não se podem reproduzir os métodos experimentais – sobretudo aqueles de laboratório – de que se valem as demais ciências. Os autores lembram que Marx se valeu de diversos estudos comparativos ao longo de sua vida, analisando diferentes casos históricos singulares. Porém, ressaltam os trabalhos de Comte, Durkheim e Weber, que, embora partam de abordagens distintas, também se valeram da comparação “como instrumento de explicação e generalização” (SCHNEIDER e SCHMITT, 1998, p. 50).

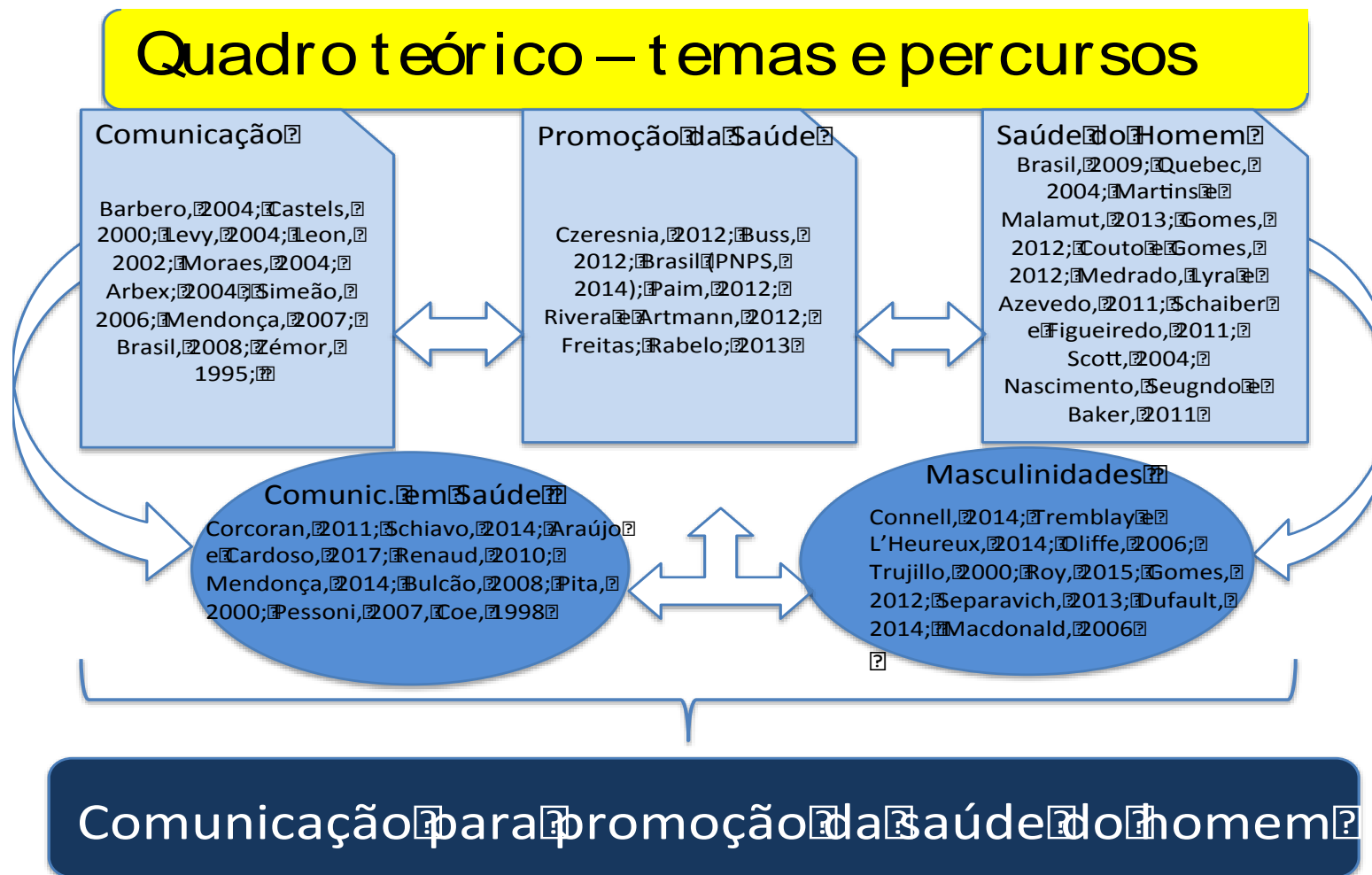
Os estudos comparados, portanto, são transversais a esta pesquisa, que, segundo orientação da pesquisa maior da qual faz parte, busca analisar

experiências em saúde com países que guardem semelhanças com o Brasil, em especial, com seu sistema de saúde. Evidentemente, embora haja a orientação que pesquisa maior, esta investigação promoveu algumas adaptações para sua viabilização, como na elaboração de algumas questões norteadoras e objetos de análise. Tais adaptações, porém, não comprometem a relação deste estudo com a pesquisa que o orienta.

É ainda importante destacar que os procedimentos metodológicos adotados fizeram dialogar – conforme será detalhado mais adiante – autores como Gadamer (1999), revisado por Minayo (2003), e Lefèvre e Lefèvre (2005).

A amplitude do objeto da pesquisa demandou revisões e análises de literatura cujo resultado foi a montagem de um quadro teórico (Figura 11) que serviu de referência para todo o encaminhamento da investigação. A figura a seguir expõe de maneira resumida os temas, percursos e autores que guiaram a condução do trabalho, numa lógica de análise na qual partiu-se do mais geral para o mais específico, de forma a permitir uma profunda percepção do papel da comunicação para a promoção da saúde do homem.

Figura 11. Quadro teórico por temas e autores



Fonte: elaboração própria

2.1– Sujeitos da investigação

Para a pretendida análise comparativa entre Brasil e Quebec na tentativa de se identificar o lugar da comunicação para a promoção da saúde do homem, o estudo valeu-se de entrevistas com agentes considerados estratégicos tanto no Brasil quanto na referida província canadense.

Estabeleceram-se critérios de equivalência entre os sujeitos entrevistados, a partir do papel (institucional, técnico, social ou acadêmico) desempenhado por cada um deles. Lefèvre e Lefèvre (2005) orientaram a seleção dos entrevistados, uma vez que afirmam que “o pesquisador pode proceder a uma escolha intencional dos sujeitos a serem pesquisados [...] levando em conta características pessoais e ideológicas dos sujeitos [...]” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p.38).

Os primeiros entrevistados foram aqueles do Quebec, uma vez que o pesquisador encontrava-se naquela província para a realização de seu estágio de doutorado-sanduíche (com bolsa Capes). A figura 12 expõe a relação dos sujeitos canadenses entrevistados (sem a necessidade de revelar seus nomes) e as respectivas razões de suas escolhas, ou seja, seus critérios de inclusão.

Figura 12. Agentes entrevistados em Quebec e seus critérios de inclusão

SUJEITO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO
Representantes do Ministério da Saúde e do Serviço Social do Quebec	Protagonismo institucional
Diretor da Escola de Serviço Social da <i>Université Laval</i>	Relevância Acadêmica quanto aos estudos sobre saúde do homem
Representante de uma instituição que reúne organismos para os homens de Montreal	Reconhecimento social
Pesquisadora e professora do Departamento de Psicologia da <i>Université du Québec à Montreal</i>	Relevância da Produção, com significativas aproximações com o campo da comunicação

Fonte: elaboração própria

Todas as entrevistas foram realizadas pessoalmente, na modalidade entrevista em profundidade, seguindo um roteiro orientador (Apêndices 4 a 10).

Laville e Dione (1999) destacam que entre as vantagens desse tipo de procedimento está a possibilidade de maior diálogo e interação entre entrevistador e entrevistados. Ao mesmo tempo em que o roteiro serve de ponto de partida para a entrevista, há abertura para novas indagações, comentários e observações a partir do andamento do diálogo. Com isso, os autores consideram maiores os ganhos para a pesquisa. Para eles, “a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores” é favorecida neste modalidade de entrevista. Cada um dos entrevistados assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 20 e 21) em sua língua original, qual seja, o francês.

Para os entrevistados brasileiros, seguiu-se a lógica de aproximação do perfil dos agentes entrevistados no Canadá. Ao todo, foram três entrevistados, uma vez que não foi localizada no Brasil instituição semelhante ao organismo que reúne os homens da cidade de Montreal. Tal fato, porém, não compromete a investigação, uma vez que os demais sujeitos entrevistados ocupam lugares estratégicos que permitem a análise do papel a comunicação para a promoção da saúde do homem. A figura 13 sintetiza a inclusão dos entrevistados no Brasil e seus respectivos critérios de inclusão

Figura 13. Agentes entrevistados no Brasil e seus critérios de inclusão

SUJEITO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO
Representante da Coordenação da Saúde do Homem do Ministério da Saúde	Relevância institucional e exercício da coordenação da área, à época da entrevista
Profissional responsável pela comunicação da Coordenação da Saúde do Homem do Ministério da Saúde	Protagonismo quanto à elaboração e execução das estratégias de comunicação da referida coordenação
Pesquisador, professor e editor de periódico científico brasileiro	Referência em produção acadêmica sobre o tema Saúde do Homem

Fonte: Elaboração própria

As entrevistas realizadas foram registradas em gravador digital e, em seguida, deglavadas, tendo as suas transcrições se mantido nas línguas em que foram produzidas (francês ou português). A íntegra dos textos das entrevistas realizadas

pessoalmente, assim como a daquela realizada via e-mail, permitiu a elaboração de um grande quadro em que as ideias centrais das falas dos sujeitos foram identificadas e destacadas (Apêndice 22). Deste quadro maior, outros foram elaborados, de forma a permitir a sistematização e interpretação das questões que se buscava investigar.

As análises a que se chegou sustentam-se na Hermenêutica-Dialética de Gadamer (1999), revisitada por Minayo (2003). O viés hermenêutico pressupõe a necessidade e o esforço de se compreender o posicionamento outro, considerando-se seu lugar de fala e, a partir daí, construindo-se a interpretação daquilo que o outro expressa. No que diz respeito à dialética, a análise se localiza no questionamento, na problematização e no contraponto imposto às questões postas em debate, de onde se edifica, por meio de uma atitude crítica, a compreensão da realidade (MINAYO, 2003).

Nos encontros com os agentes estratégicos brasileiros, buscou-se conhecer: a) os procedimentos de comunicação da coordenação em questão (quais os fluxos, como as demandas são concebidas e atendidas, quem as analisa e as aprova, com que frequência são realizadas); b) a estrutura (física, pessoal, material etc) disponibilizada para as ações de comunicação; c) os instrumentos (subsídios) teóricos e/ou institucionais que orientam as ações de comunicação da saúde do homem. A partir desses levantamentos, analisou-se o papel da comunicação para a promoção da saúde do homem.

Já em relação aos sujeitos canadenses entrevistados, buscou-se conhecer a importância que atribuem à comunicação para a saúde do homem. Uma limitação desta pesquisa deu-se na negativa da área de comunicação do ministério da saúde da província de Quebec em participar do estudo. Assim, não se pôde conhecer as práticas e procedimentos de comunicação daquela instituição. No entanto, o estudo mantém-se válido e pertinente uma vez que busca analisar o papel da comunicação para a saúde do público masculino, o que também pôde-se observar por meio das falas dos sujeitos capacitados a expressarem opiniões sobre o tema em questão.

Finalmente, as ideias e práticas sobre comunicação apuradas durante a investigação foram analisadas à luz da literatura e de referenciais teóricos da comunicação em saúde, como Schiavo (2014), Corcoran (2011), Araújo e Cardoso (2007), Pessoni (2007), Renaud e Sotelo (2007), Coe (1998), Mendonça (2014).

2.3 – Técnicas e instrumentos de coleta de dados:

2.3.1 – Dados primários

Obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com agentes estratégicos no Brasil e na província de Quebec. Gravadas em equipamento digital, todas as entrevistas tiveram as suas transcrições feitas nas línguas em que foram realizadas (francês e português). Seus conteúdos foram analisados e tabulados de forma a ser permitir melhor clareza e possibilidade de comparação entre seus conteúdos. Os roteiros com as perguntas que conduziram as entrevistas, bem como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido constam dos Apêndices desta pesquisa (Apêndices 20 e 21)

2.3.2 – Dados secundários

Foram aqueles obtidos a partir das revisões bibliográficas empreendidas bem como de documentos e publicações institucionais que versam sobre a saúde do homem tanto no Brasil quanto na província do Quebec.

2.3.3 – Técnica de análise

Conforme está disposto no terceiro artigo que compõe esta tese, a Hermeneutica-dialética e a análise do discurso do sujeito coletivo deram suporte à análise do material coletado.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões desta pesquisa são apresentados em um conjunto de quatro artigos científicos, dos quais três já foram submetidos às respectivas revistas (tendo um deles já sido publicado), e um último que se coloca para a apreciação e contribuições da banca.

Artigo 1- O artigo intitulado “**Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde do Brasil 2006-2013**” aprofundou-se no conceito de promoção da saúde para, a partir dele, analisar algumas campanhas de comunicação do Ministério da Saúde formalmente definidas como de promoção da saúde da população brasileira, entre os anos de 2006 e 2013. O artigo foi publicado na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS), no Vol.10. n. 2 de 2016:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/issue/view/75>

ARTIGOS ORIGINAIS

Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013

Promotion or prevention? Analysis of the communication strategies carried out by Brazilian Health Ministry from 2006 to 2013 Promoción o prevención? Análisis de las estrategias de comunicación del Ministerio de la Salud brasileño desde 2006 hasta 2013

Wagner Robson Manso de Vasconcelos | wrmvasconcelos@gmail.com

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde.

Brasília, DF, Brasil.

Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, Assessoria de Comunicação Social. Brasília, DF, Brasil.

Mariella Silva de Oliveira-Costa | mariellajornalista@gmail.com

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ana Valéria Machado Mendonça | valeriamendonca@gmail.com

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar se as estratégias de comunicação do Ministério da Saúde brasileiro estão voltadas para a promoção da saúde ou orientadas para a prevenção de doenças. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, baseada nas campanhas por ele promovidas, de 2006 a 2013, que dialogam com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: promoção de atividade física; promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; combate ao tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. Com o foco em três categorias – “direcionamento”, “alvo” e “abordagem” – foram analisadas 14 campanhas, de modo a verificar se têm relação direta com a promoção da saúde. Constatou-se que, dessas, apenas três têm a promoção da saúde como alvo e direcionamento, mas as características da abordagem das demais não estão relacionadas com esse objetivo. Assim, concluiu-se que a comunicação das campanhas no período analisado esteve mais vinculada à prevenção de doenças do que à promoção da saúde.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; promoção da saúde; campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde brasileiro; meios de comunicação de massa; publicidade.

Abstract

This article aims to analyse if the communication strategies carried out by Brazilian Health Ministry intend stimulating health promotion or diseases prevention. It is based on a qualitative research about the campaigns from 2006 to 2013 promoted by Health Ministry regarding the Política Nacional de Promoção da Saúde (Health Promotion National Policy), such as: physical activities; healthy eating and ways of life; stop smoking; alcoholic beverage use control, and special cares for aging process. The analysis has focused on three categories – “direction”, “target” and “approach” – in order to verify if the campaigns have directly to do with health promotion. We observed that from 14 campaigns promoted, only three have target and direction related to health promotion; the approach of the other campaigns cannot be characterized as connected to it. We have come to the conclusion that the communication of the campaigns promoted by Brazilian Health Ministry, during the period analyzed, were rather linked to diseases prevention than to health promotion.

Keywords: Health communication; health promotion; campaigns promoted by Brazilian Health Ministry; mass media; publicity.

Resumen

Este artículo tiene el objetivo de analizar si las estrategias de comunicación del Ministerio de Salud brasileño se centran en la promoción de la salud o en la prevención de las enfermedades. Él está basado en una investigación cualitativa acerca de las campañas promovidas por aquel Ministerio, desde 2006 hasta 2013, relacionadas con los temas de la Política Nacional de Promoção da Saúde (Política Nacional de Promoción de la Salud): la promoción del ejercicio físico, la promoción de la alimentación y hábitos de vida saludables, contra el tabaquismo, el control del abuso de alcohol, y cuidados específicos destinados al proceso de envejecimiento. Enfocando el tema desde el punto de vista de las categorías direccionamento, alvo y abordaje, fueron analizadas 14 campañas para verificar si ellas tienen relación directa con la promoción de la salud. Se ha constatado que solamente tres tienen la promoción de la salud como alvo y direccionamento, y el abordaje de las otras no puede ser caracterizada así. La conclusión es que las campañas de comunicación del Ministerio de Salud brasileño en el período analizado han estado más vinculadas a la prevención de las enfermedades do que a la promoción de la salud.

Palabras clave: Comunicación en salud; promoción de la salud; campañas promovidas por el Ministerio de Salud brasileño; medios de comunicación de masas; publicidad.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo – Wagner Vasconcelos

Aquisição, análise ou interpretação dos dados – Wagner Vasconcelos e Mariella Silva de Oliveira-Costa

Redação do manuscrito – Wagner Vasconcelos e Mariella Silva de Oliveira-Costa

Revisão crítica do conteúdo intelectual – Wagner Vasconcelos e Ana Valéria Machado Mendonça

Declaração de conflito de interesses: Não há.

Fontes de financiamentos: Não há.

Considerações éticas: O artigo refere-se à análise de dados e informações disponíveis em meios públicos e abertos, não sendo realizadas entrevistas ou quaisquer outros tipos de intervenções diretas ou indiretas com seres humanos. Histórico do artigo: Submetido: 01.set.2015 | Aceito: 28.abr.2016 | Publicado: 30.jun.2016.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Recis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Introdução

As discussões acerca do tema promoção da saúde vêm se pautando, especialmente a partir da década de 1980 – quando foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde¹, pelo refinamento desse conceito e, particularmente, pela sua diferenciação de proposições próximas, mas não necessariamente iguais, como a prevenção de doenças.

No cotidiano e no imaginário popular, os conceitos de promoção e prevenção são comumente confundidos ou, então, erroneamente definidos como sinônimos. As razões para isso certamente são diversas e derivam de inúmeras questões, das epistemológicas às linguísticas e culturais. Buss² atribui tal confusão, em parte, à ênfase dada em modificações de comportamento individual e “do foco quase exclusivo na redução dos fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde”. Obviamente se reconhece a importância da abordagem médica para a saúde da população, mas é preciso considerar fatores políticos e sociais para atingir as causas de doenças³. Czeresnia⁴, por sua vez, observa que as dificuldades na operacionalização dos projetos de promoção da saúde não diferem daquelas das estratégias de prevenção.

Este artigo, porém, não visa elucidar raízes de tais desentendimentos, tendo em vista que há, na literatura, extensos debates. O que se busca é investigar as relações entre a comunicação e a promoção da saúde, partindo do pressuposto de que o êxito desta não pode prescindir de um bom diálogo com aquela. E, entre essas relações, o esforço maior será voltado para avaliar se a comunicação que se processa no campo da saúde pública está, de fato, voltada para a promoção da saúde.

Desde que assumiu um papel de destaque no universo da saúde pública, a promoção da saúde tem inspirado discursos de gestores nos mais diversos campos, inclusive no da comunicação, tão estratégico para o setor por permitir não só a difusão de distintas informações sobre saúde como também processos comunicacionais alinhados, sobretudo, às diretrizes de participação social na definição das políticas públicas.

No Brasil, a promoção da saúde teve impulso na última década, especialmente após o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, que objetiva promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos da saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. O documento apresenta suas diretrizes e as atribuições das três esferas de governo, além dos principais eixos temáticos e avança, especialmente, no que diz respeito à integralidade das ações e sujeitos, tomando por base a complexidade dos conceitos de saúde, além de apresentar a necessidade de divulgação, sensibilização e mobilização para a promoção da saúde e definir ações singulares para temas específicos. A política define ações específicas para: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e de outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; e promoção do desenvolvimento sustentável⁵.

Debatendo conceitos

Mas será que há efetiva aplicação do conceito de promoção da saúde nas estratégias e ações de comunicação no Brasil? Alguns sinais da realidade podem indicar que ainda persiste na comunicação uma certa confusão conceitual, que gera uma comunicação muito mais ‘preventiva’ do que promotora de saúde. As campanhas de saúde veiculadas

no Brasil talvez privilegiem anúncios informativos para prevenir o adoecimento da população, seja por meio de sua adesão a campanhas de vacinação (gripe e paralisia infantil, por exemplo), seja pela adoção de práticas de cuidados ambientais que minimizem as condições de proliferação de determinadas enfermidades (dengue, por exemplo).

Porém, é importante observar que as prováveis confusões entre prevenção e promoção da saúde presentes na comunicação são reflexo da imprecisão conceitual que ainda persiste quanto ao termo 'promoção da saúde'. Portanto, cabe aqui breve revisão de literatura que permita um delineamento conceitual a partir do qual será possível analisar a comunicação que se processa perante o tema 'promoção da saúde'.

A relação da comunicação com a saúde, ainda que não apenas com a promoção da saúde, não é novidade. Talvez venha sendo considerada e explorada com maior ênfase mais recentemente, mas a sua vinculação é antiga. A importância da interface entre a comunicação e a saúde está, por exemplo, em seu papel na participação e no controle social, pois ambos se dão por meio de processos comunicacionais; logo, a participação dos sujeitos políticos na vida social vale-se do acesso às informações em saúde⁶.

No Brasil, isso pode ser verificado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Ao definir, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", a Carta Magna estabelece que, embora a percepção sobre a definição e execução das políticas públicas indique o Poder Público como agente principal dessas ações, a participação popular nesses processos deve ser considerada. Isso porque as políticas públicas se dão a partir das relações e formas de interação entre governo, governantes e cidadãos⁷. A efetiva compreensão, assimilação e aceitação das políticas públicas dá-se pela visibilidade que alcançam e por sua conversão em saberes correspondentes e sintonizados com aqueles das populações que pretendem atingir. Logo, é indissociável sua relação com a comunicação que, na verdade, é um dos fatores determinantes do sucesso de uma dada política pública⁸.

A comunicação dos temas relacionados à promoção da saúde auxilia, portanto, as pessoas a terem acesso a eles, pois os trazem para o espaço público (ou esfera pública); espaço social destinado ao debate coletivo, segundo Habermas, sendo essencialmente um espaço comunicacional, a partir da prática de comunicação entre os cidadãos em torno de temas de interesse público⁹.

O papel da comunicação no universo da saúde pode, porém, ser estabelecido em grande medida por um viés operacional ou propagandístico (ou ainda, para usar um neologismo, 'campanhístico'). A produção de materiais de divulgação, as ações de assessoria de imprensa ou as campanhas publicitárias de cunho preventivo são as suas maiores marcas, uma vez que a comunicação configurou-se como parceira do público na prevenção dos males que possam afetar a sociedade¹⁰. É importante compreender a comunicação a partir de uma perspectiva transdisciplinar, dada a complexidade entre seu campo e o campo da saúde, buscando novas possibilidades de se olhar para o cotidiano empírico entre esses campos de saber. Para Edgar Morin, só a transdisciplinaridade conjuga os saberes e faz com que abordagens diferentes sejam colocadas em conjunto em prol de uma mesma finalidade, enquanto a interdisciplinaridade apenas juntaria disciplinas diferentes. Não se trata aqui, portanto, de apenas justapor elementos, mas de ligar os sentidos da comunicação e da saúde, de maneira complexa. "É preciso aceitar a aventura do pensamento complexo, pois o pensamento complexo nos dá instrumentos para ligar os conhecimentos"¹¹. A comunicação se encontra com a saúde em várias dimensões, tanto acadêmicas (na criação de modelos teóricos e de alternativas para subsidiar a política de saúde) quanto práticas (técnicas para acesso às informações, diálogos entre os prestadores de serviços

de saúde e a população etc.). A comunicação traz a saúde como objeto para produção do discurso (nos jornais, nas campanhas) e a saúde usa o saber comunicacional como ferramenta para prevenção e promoção¹², mas não só; é importante salientar que a relação entre comunicação e saúde é complexa e tem nuances para além do aspecto instrumental entre um campo e outro. A interface entre a comunicação e a saúde é equivalente e complementar, cada campo com suas especificidades, ou seja, "discursividade, historicidade, agendas, lutas, agentes. Equivalência, porque são campos autônomos; complementaridade porque, uma vez conectados, um passa a ser condição de existência do outro."¹³

Portanto, para a promoção da saúde, a interface entre a comunicação e a saúde deve assegurar trocas de informações e não só a simples transmissão linear¹⁴. Há que se considerar, ainda, a comunicação envolvida nos processos educacionais e, mais especialmente, aquela que colabora com a formulação das políticas públicas. Este estudo demonstra, então, o papel estratégico da comunicação para a promoção da saúde, especialmente naquilo que se refere às ações comunicacionais das campanhas do Ministério da Saúde no Brasil. Cabe, portanto, explicitar de que promoção da saúde se trata aqui.

Desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, a expressão promoção da saúde tem-se tornado cada vez mais recorrente no universo da saúde pública. Diversas estratégias e campanhas de saúde enfatizam o termo, mas, ao mesmo tempo, lhe dão sentidos ambíguos.

A compreensão do sentido mais apropriado passa pelo entendimento do contexto em que ele surgiu.

Quatro décadas antes dessa conferência, o termo promoção da saúde foi apresentado por Sigerist¹⁵ ao se referir às quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. O autor chamava a atenção para o fato de que condições de vida decentes, boas condições de trabalho, cultura física e formas de lazer e descanso são fundamentais para se promover saúde. Buss² antecipa que as ações de promoção da saúde propriamente ditas são resultado de uma certa reação aos intensos processos de medicalização que se impunham (e ainda se impõem) à sociedade e mesmo no interior dos sistemas de saúde. Inicialmente, o termo caracterizava um nível de atenção da medicina preventiva. Porém, tal significado foi-se alterando, incorporando um sentido técnico-político envolvido no processo saúde-doença-cuidado. O termo está associado ainda, a um conjunto de valores tais como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria.

Rabello¹⁶ também destaca a mudança de paradigma que o termo promoção da saúde comporta, ao questionar a hegemonia do modelo flexneriano, caracterizado pelo individualismo da especialização, tecnologização e curativismo na atenção à saúde – ainda predominantes nas práticas de saúde. A autora adverte para a dinamicidade do conceito, que deve ser elaborado continuamente a partir das demandas sociais.

Além dos aspectos biológicos e ambientais que o termo promoção da saúde sempre suscitou, há também uma vertente política, ressaltada por Winslow¹⁷, que classifica a promoção da saúde como um "esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população [...]".

As seis conferências internacionais de promoção da saúde compreendidas entre 1986 e 2005 trouxeram contribuições importantes para o desenvolvimento do conceito, ampliando, ao longo de suas realizações, o escopo do termo. Se na Carta de Ottawa já se falava em promoção da saúde como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no

controle desse processo”¹, a IV Conferência, em Jacarta, em 1997, avançou para estabelecer novos determinantes sociais da saúde, como a integração econômica global, o comércio e os meios de comunicação. Além disso, destacou a participação social, a educação e o acesso à informação como centrais para a promoção da saúde¹⁸.

Os esforços para se conceituar a promoção da saúde têm, ao mesmo tempo, o desafio de diferenciá-la da prevenção, apesar de ambos os conceitos não serem excludentes, mas complementares. Um estilo de vida saudável preconiza escolhas pessoais e a prevenção não tem como objetivo dizer o que as pessoas devem fazer mas dá opções para que tomem uma decisão informadas sobre prós e contras. A prevenção pode ser de alto risco ou de amplitude populacional. A primeira, medicalizada, é realizada quando se oferece algum tipo de tratamento para doença específica, destinando recurso diretamente a quem precisa, no modelo de cuidado individual. No caso populacional, atua-se em toda a sociedade, sem distinção entre doentes e saudáveis, independentemente do risco de cada indivíduo, em ações como a adição de flúor à água distribuída pelo governo em todas as cidades³.

Buss aponta que a promoção da saúde possui um enfoque mais amplo, cujo objetivo seria identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença e manter um nível ótimo de vida e saúde. Já a prevenção tentaria fazer com que os indivíduos não fossem acometidos por determinadas doenças, tendo como objetivo final evitar a enfermidade. O conceito de promoção da saúde, então, antes caracterizado por um revestimento mais preventivo, hoje traz um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado².

Considerando-se a importância e o papel da comunicação para a promoção da saúde, cabe verificar, portanto, se após o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro tem pautado sua comunicação como promotora da saúde. Para isso, foram analisadas as estratégias de comunicação direcionadas aos seguintes temas: promoção de atividade física; promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; prevenção e controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica. O recorte temporal definido concentra-se nos anos de 2006 a 2013. Esses temas são parte dos prioritários elencados no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil⁵, revista em 2014¹⁹ com ampliação da abrangência de cada um deles. A pesquisa analisou também campanhas cujo tema faz referência a cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento, diretamente relacionado à estratégia do governo brasileiro denominada Pacto Pela Vida²⁰. Nas últimas décadas houve um crescimento do número de idosos no país, o que fez com que o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil tenha superado o de países como França, Inglaterra e Itália. Essa evolução e a da expectativa de vida da população brasileira que, em 2013, chegou a 74,9 anos²¹ ampliaram a responsabilidade dos gestores públicos por ações de promoção da saúde voltadas para esse segmento da população²².

Materiais e métodos

Este estudo adota uma metodologia qualitativa²³, com foco na interpretação da complexidade das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde, relacionando-as, como dito anteriormente, às campanhas sobre os temas prioritários elencados na Política Nacional de Promoção da Saúde. Para analisar as estratégias de comunicação do Ministério da Saúde relacionadas às campanhas voltadas para esses temas, foi construída uma matriz de análise e, nela, cada tema é correlacionado ao ano em que foi apresentado e às estratégias de comunicação adotadas, classificando-as de acordo com seu objetivo: promotor ou preventivo, conforme esquema citado por Buss² que organiza as características que a promoção da saúde e a prevenção de doenças assumem.

Quadro 1. Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

Categorias	Promoção da saúde	Prevenção de doenças
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc	Profissionais da saúde

Fonte: Adaptado de Stachtchenko e Jenicek²⁴.

Para objetivar a análise, este artigo se atém à análise de três das categorias que compõem o esquema Stachtchenko e Jenicek²⁴ – alvo, abordagem e direcionamento das medidas – porque estas se aproximam mais dos aspectos comunicacionais da promoção da saúde. As demais abordadas no estudo mencionado referem-se mais a aspectos políticos do que àqueles relacionados à comunicação. Com isso, não se quer reduzir sua importância, mas apenas sinalizar que tais categorias estão mais vinculadas às decisões de gestores e formuladores das ações, sem, necessariamente, terem uma maior identificação com a comunicação como as aqui selecionadas. O recorte permite melhor análise sob o viés comunicacional.

A coleta de dados das campanhas do Ministério da Saúde foi realizada no endereço institucional (www.saude.gov.br) que dispõe de todo o material de campanha do órgão. Foram coletadas todas as campanhas entre os anos de 2006 e 2013. Cada um deles dava acesso às informações principais das campanhas e, em alguns casos, expunha os materiais de comunicação utilizados, desde materiais gráficos (fôlderes, cartazes, camisetas, bonés etc.) até vídeos e *spots* de rádio.

Embora a PNPS tenha sido lançada em 2006, não foram localizadas campanhas de nenhum dos temas elencados para análise neste trabalho no referido ano, provavelmente porque as ações podem ter sido organizadas para ter início no ano seguinte. Em 2007, não houve registro de campanhas institucionais para dois temas da PNPS: promoção de atividade física e promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida. A partir do levantamento dos temas, optou-se por selecionar os que apareceram com mais frequência no período investigado, quais sejam: combate ao tabagismo; promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, e cuidados especiais voltados para o

processo de envelhecimento. Cada um destes apareceu em cinco dos oito anos que compõem a amostra. Promoção da atividade física e controle do uso abusivo de bebida alcoólica apareceram com menor frequência, três vezes cada, e portanto, serão abordados em pesquisa futura.

Resultados e discussão

A amostra compreendeu 14 campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde brasileiro e, como mencionado anteriormente, selecionou três temas prioritários: combate ao tabagismo; promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, e cuidados especiais voltados para o processo de envelhecimento. Na categoria “direcionamento das medidas”, das 14 ações analisadas, apenas três foram classificadas como “oferecidas à população”, ou seja, com um caráter mais amplo e mais condizente com estratégias de promoção¹⁸. Foram elas: o Dia da promoção da qualidade de vida, em 2010; a campanha Pequenos cuidados: uma grande proteção, em 2013 (ambas sobre promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida); e a campanha Viver bem é viver com saúde (sobre o tema combate ao tabagismo), em 2011. As demais foram classificadas como “impostas a grupos-alvo”, ou seja, de caráter mais preventivo. Com a categoria “alvo”, chegou-se à mesma conclusão, tendo sido apenas três das 14 ações classificadas como destinadas a “toda a população, no seu ambiente”. Essas exceções foram as mesmas verificadas quanto à categoria anterior, “direcionamento das medidas”. No que diz respeito à categoria “abordagens”, as ações selecionadas foram classificadas como “direcionadoras e persuasivas”, uma vez que, além de se dirigirem a públicos específicos, buscam, por meio de suas estratégias de comunicação, persuadir a medidas referentes a um tema também específico. Além dessas evidências, os textos das campanhas de comunicação analisados deixam claro, na maioria das vezes, de que se referem a ações voltadas ou para públicos específicos ou à prevenção de doenças.

Observando especificamente cada tema, temos que para o combate ao tabagismo, a comunicação estava com abordagem direcionadora e persuasiva, focada em públicos específicos como “adolescentes”, “fumantes de narguilé”, “pessoas entre 25 e 40 anos”, ou, simplesmente, “fumantes”, com exceção do ano de 2011, conforme consta no Quadro 2. É importante observar que, mesmo com a pretensão de se reduzir o hábito de fumar, uma comunicação de fato promotora deveria estender-se mesmo aos grupos de não usuários de tabaco, uma vez que podem vir a sê-lo.

Quadro 2. Síntese analítica das campanhas de combate ao tabagismo (2006-2013)

Ano	Alvo	Abordagens	Direcionamento de medidas	Observação/texto da campanha
2007	Pessoas de ambos os sexos, entre 25 e 40 anos, das classes A,B,C,D,E	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	“Deixe seu coração sempre em festa. Pratique saúde. Não abuse do álcool e, se beber, não dirija. Fique longe das drogas e não fume.”
2008	Adolescentes	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	“Fique Esperto, começar a fumar é cair na deles”.

2009	Fumantes	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Deixar de fumar é a saída".
2011	Toda a população, no seu ambiente	Direcionadoras e persuasivas	Oferecidas à população	"Viver bem é viver com saúde. Fique longe do cigarro". Uso de imagem de dois casais de jovens (um casal negro e outro branco)
2013	Usuários de narguilé	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Parece inofensivo, mas fumar narguilé é como fumar 100 cigarros".

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das campanhas dispostas no site do Ministério da Saúde no período abrangido por este estudo (2006-2013).

Em relação à promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, dos quatro anos em que campanhas sobre o tema foram realizadas, a metade era direcionadora e persuasiva e voltada a públicos específicos: "mães" e "mães lactantes". Nos dois anos seguintes, verifica-se uma possível mudança de postura, passando o alvo a ser "toda a população em seu ambiente total" conforme consta no Quadro 3.

Quadro 3. Síntese analítica das campanhas sobre hábitos saudáveis de alimentação (2006-2013)

Ano	Alvo	Abordagens	Direcionamento de medidas	Observação/texto da campanha
2008	Mães	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Nada mais natural que amamentar. Nada mais importante que apoiar".
2009	Mães e lactantes	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Para você é leite. Para a criança, é vida". Imagem de uma mãe (atriz da Globo) dando de mamar.
2010	Toda a população, no seu ambiente	Direcionadoras e persuasivas	Oferecidas à população	Dia da Promoção da Qualidade de Vida. Campanha estimula uso de transportes alternativos, práticas de atividades esportivas e outros hábitos saudáveis.
2013	Toda a população, no seu ambiente total	Direcionadoras e persuasivas	Oferecidas à população	Campanha estimula hábitos saudáveis, mas foca na questão do uso correto da água. "Pequenos cuidados: uma grande proteção".

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das campanhas dispostas no site do Ministério da Saúde no período abrangido por este estudo (2006-2013).

De todas as campanhas analisadas, aquelas voltadas ao processo de envelhecimento foram as que mantiveram, em todos os períodos estudados, o foco em grupos específicos. Com exceção do ano de 2011, quando as crianças foram o alvo da campanha – para se estimular hábitos saudáveis visando minimizar os riscos de osteoporose na vida adulta –, em todos os demais anos as campanhas tiveram por foco a população acima de 60 anos. Em grande parte isso pode ser explicado pelo fato de as campanhas terem por tema a vacinação contra a gripe, destinadas a esse grupo específico. Mesmo quando o grupo

trabalhado foi outro (crianças), o objetivo da campanha era também bastante específico – minimizar riscos de osteoporose.

Reitera-se que tais advertências e estratégias não estão sendo julgadas quanto a seus méritos, uma vez que as medidas propostas são legítimas e necessárias. Porém, tendo em vista as recentes mudanças no perfil etário da população brasileira, que vem sistematicamente ampliando sua longevidade, campanhas de promoção abordariam, também, a qualidade de vida que se busca atingir, visando, para isso, a toda a população, e não apenas públicos específicos.

Quadro 4. Síntese analítica das campanhas sobre processo de envelhecimento (2006-2013)

Ano	Alvo	Abordagens	Direcionamento de medidas	Observação/texto da campanha
2007	Pessoas com 60 anos ou mais	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Slogan: "Fique ativo. Vacine-se contra a gripe".
2008	Pessoas com 60 anos ou mais	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Não deixe a gripe derrubar você! Vacine-se."
2009	Pessoas com 60 anos ou mais	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Deixe a gripe na saudade e marque um encontro com os amigos. Vacine-se."
2010	Pessoas com 60 anos ou mais	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	"Influenza. Quanto mais prevenção mais proteção".
2011	Criança	Direcionadoras e persuasivas	Imposta a grupos-alvo	Campanha estimula adoção de hábitos saudáveis pelas crianças para evitar ou minimizar riscos de osteoporose na vida adulta. "Prevenção da osteoporose: da criança à pessoa idosa".

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das campanhas dispostas no site do Ministério da Saúde no período abrangido por este estudo (2006-2013).

Além dessas evidências, os textos das campanhas de comunicação analisados deixam claro, na maioria das vezes, que se referem a ações voltadas ou a públicos específicos ou à prevenção de doenças.

É possível afirmar que essas observações ilustram as imprecisões conceituais entre prevenção e promoção da saúde. De acordo com Buss² "boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de risco para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde [...]".

O que se infere das análises realizadas é que as campanhas de comunicação executadas pelo Ministério da Saúde no período avaliado estavam mais voltadas para a prevenção do

que para a promoção, ainda que fossem relacionadas a temas da Política Nacional de Promoção da Saúde. Um dos pilares da promoção da saúde é a intersectorialidade, na medida em que pressupõe articulação de saberes em construção coletiva com base em diferentes lugares, culturas institucionais e linguagens^{23,25}. Possivelmente, no processo de elaboração das ações comunicativas do Ministério da Saúde, haja ausência de intersectorialidade e, por isso, as campanhas se atêm à prevenção de riscos específicos.

Conclusão

Mesmo no ambiente institucional da saúde pública brasileira ainda persistem confusões conceituais entre prevenção e promoção da saúde, que repercutem na comunicação institucional do Ministério da Saúde, cujas estratégias assumem características mais preventivas do que promotoras da saúde; quando se analisam os públicos-alvo, as abordagens nas campanhas revelam a especificidade de cada uma delas. Por um lado, seria possível dizer que essas medidas sintonizam-se com teorias da comunicação segundo as quais a heterogeneidade da população demanda estratégias correspondentes às características dos seus mais diversos grupos sociais²⁶⁻²⁸. Porém, a inclusão de alguns e exclusão dos demais nos temas das campanhas não corresponderia a uma linha de ação promotora da saúde, mas, sim, preventiva.

Não se pode prescindir da comunicação para a promoção da saúde, uma vez que ela é essencial para atingir seus objetivos, e deve ser considerada no campo das formulações das estratégias de promoção.

Tal percepção em nada questiona os objetivos, intenção ou qualidade das campanhas empreendidas pelo Ministério da Saúde. Apenas lança luz sobre a permanência de um certo distanciamento, ou mesmo confusões conceituais, quando se trata do tema 'promoção da saúde'. Portanto, faz-se necessário repensar as estratégias de comunicação adotadas para os temas das campanhas financiadas com recursos públicos de modo que a promoção da saúde seja efetivamente tratada como tal, permitindo, com isso, assegurar a qualidade de vida da população e a melhoria dos indicadores da saúde pública brasileira.

Referências

1. Canadá. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986.
[acesso em 10 jul 2015]. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2012. p. 19-42.
3. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Czeresnia D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D; Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 43-57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006. (Textos básicos de saúde, série B).
6. Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 12 ed. São Paulo: Cortez; 2007.
7. Fonseca A. A evolução histórica das políticas sociais no Brasil. In: Canela G, organizador. Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo. São Paulo: Cortez; 2008.
8. Araújo I, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

9. Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
10. Hansen JH. Como entender a saúde na comunicação? São Paulo: Paulus; 2004.
11. Morin E. Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade. In: Audy JLN, Morosini MC. Inovação e interdisciplinaridade na universidade, organizadores. Porto Alegre: Edipucrs; 2007. p. 22-31.
12. Fausto-Neto A. Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. In: Pitta AMR, organizador. Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 267-93
13. Araujo I. Pesquisa em Comunicação e saúde: um cenário desenhado nos grupos de trabalho em congressos. In: Pessoni A, organizador. Comunicação, saúde e pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta. São Caetano do Sul: USCS; 2015. p. 121-143. (Comunicação & Inovação, v. 6).
14. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. Soc. Sci. Med. 2003 Feb;56(3):449-64.
15. Sigerist H. The social sciences in the medical school. In: _____, organizer. The university at the crossroads. New York: Henry Schumann Publisher; 1946.
16. Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
17. Winslow CE. The untilled fields of public health. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23-33.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF); 2002. (Textos básicos em saúde, série B).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 nov 12. Seção 1, n. 63, p. 138 [acesso em 10 dez 2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
20. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília (DF), 2006 [citado em 2015 fev 14]. (Normas e Manuais Técnicos, A). Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>
21. IBGE. Tábua completa de mortalidade: ambos os sexos: 2012. Rio de Janeiro, 2013 [citado em 2015 fev 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/>
22. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública. 2012 Feb;28(2):208-210.
23. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
24. Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. [Can J Public Health](#) 1990 Jan-Feb;81(1):53-9
25. Sícoli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice. Interface. 2003 Feb;7(12):101-122
26. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 28(Suppl):s9-19 [citado em 2015 jun 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001300003&lng=en
27. Polistchuck I, Trinta AR. Teorias da comunicação: o pensamento e a prática da comunicação social. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
28. Duarte M. Comunicação e cidadania. In: Duarte J, organizador. Comunicação pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público. São Paulo: Atlas; 2007. p. 95-115.

Artigo 2- A partir de uma leitura em profundidade de autores referenciais para a temática da masculinidade, e de investigações em bases de dados, o texto busca compreender as diversas dimensões e contextos que influenciam a saúde do homem. Dessa forma, mostra a relevância do assunto, ajudando a perceber os desafios que se impõem aos sistemas de saúde do Brasil e do Québec. O artigo foi inicialmente submetido à Revista Ciências e Saúde Coletiva (Anexo 10), em 14/10/2016 e retornou com a condição de ser adaptado para re-submissão. A partir das observações da revista, foi submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (Qualis B2 na Medicina II), em 13/02/2017 e encontra-se em análise (Anexo 11).

Saúde do homem no Brasil e na província de Quebec (Canadá): contextualização e comparações

Wagner Robson Manso de Vasconcelos

Gilles Tremblay

Lise Renaud

Maria Fátima de Souza

Ana Valéria Machado Mendonça

RESUMO

Este artigo contextualiza a saúde do homem no Brasil e na província de Quebec, Canadá, dentro do escopo de uma pesquisa de estudos comparados. Para isso, valeu-se de uma revisão de literatura em bases nacionais e internacionais, entre os anos de 2009 e 2015, que permitiu analisar as características epidemiológicas da saúde da população masculina. Igualmente, a revisão permitiu observar nuances socioculturais que influenciam direta e indiretamente a saúde do público em questão, sobretudo aquelas ligadas aos conceitos de masculinidades e masculinidade hegemônica. O objetivo do trabalho é demonstrar a relevância das discussões sobre a saúde do homem, uma vez que os seus impactos sobre os sistemas de saúde e a sociedade são significativos. Concluiu-se que a construção de um novo olhar masculino sobre a sua própria saúde é tarefa a ser desenvolvida. Para tanto, torna-se imprescindível dialogar com as questões socioculturais que ao longo do tempo moldaram o papel do homem na sociedade. Neste aspecto, é fundamental dar relevo à comunicação em saúde para que os diálogos necessários, entre os atores envolvidos, sustentem os novos olhares que se buscam.

Palavras-chave: Homem; Saúde; Política; Saúde do Homem; Masculinidades.

INTRODUÇÃO

Negligenciada por bastante tempo – e muito provavelmente por razões de ordem sociocultural – a saúde do homem tem preocupado gestores e sanitaristas do Brasil e de outros países. Os homens têm menor expectativa de vida, retardam a busca por tratamento de saúde¹, são mais vitimados por causas externas (como acidentes e violência) e adentram o sistema de saúde, muitas vezes, sem passar pela atenção básica², aumentando os custos e riscos.

Não por menos, se transformaram em foco de ações especiais de governo no Brasil, mas também em países como Canadá, Austrália e Irlanda – estes dois últimos, junto com o Brasil, se destacam no cenário mundial por possuírem uma política dirigida exclusivamente à saúde do homem. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, define sua atuação a partir de cinco eixos: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina e; prevenção de violências e acidentes².

A Política objetiva promover a melhoria das condições de saúde do homem, de forma a reduzir a mortalidade e morbidade do público-alvo. Elenca, ainda, uma série de objetivos específicos, dentre os quais merecem destaque²:

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- Promover ações integradas com outras áreas governamentais;
- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

- Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que os atingem;
- Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado;
- Promover a parceria com os movimentos sociais e populares e outras entidades organizadas para a divulgação ampla das medidas.

Importante destacar que a existência de uma política pode ser encarada como um fator que favorece a superação de alguns desafios postos à saúde pública, uma vez que ela define diretrizes, metas, estratégias e ações sobre um determinado tema. Porém, a sua não existência, como no caso do Canadá, não inviabiliza nem um semelhante conjunto de ações, nem um estudo comparado com o Brasil, tendo em vista que o País norte-americano, mais especificamente a província do Quebec, articula dados, ações e saberes sobre a saúde do homem que permitem fazer importantes paralelos entre as duas realidades.

Embora não configure uma política, o relatório *Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins* (Os homens: se abrir as suas realidades e responder as suas necessidades) de 2004³ é considerado, até os dias atuais, um documento que serve de referência ao governo do Quebec em relação à saúde do homem. Produzido pelo Comitê de Trabalho em Matéria de Prevenção e Ajuda aos Homens (composto por pesquisadores e especialistas de diferentes instituições canadenses – ligados e/ou não ao governo) o relatório foi enviado em 7 janeiro de 2004 ao então ministro da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec, Philippe Couillard. Com isso, ensejou a produção de inúmeros outros documentos de investigação das questões ligadas à saúde do homem. Além disso, o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais (MSSS) possui a pasta de Saúde e Bem-Estar dos Homens que, por sua vez, se articula com outros organismos e instituições não-governamentais que produzem ações relacionadas, direta ou indiretamente, à saúde do homem.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é parte integrante do projeto intitulado “**Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia – Fase 2**”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/UnB), sob o número 084/12.

Este artigo resulta de uma pesquisa de caráter qualitativo e integra uma tese de doutorado com o foco na promoção-comunicação-saúde do homem, correspondendo ao período de doutorado sanduíche em Montreal, Canadá, de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016, com financiamento pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O conjunto do trabalho se desenvolve sob a perspectiva dos estudos comparados, analisando realidades e estratégias de promoção da saúde em países cujos sistemas de saúde apresentam determinadas semelhanças com o SUS. Assim, a província de Quebec foi selecionada como espaço de investigação pelas semelhanças que seu sistema de saúde (público e universal) possui com o SUS. Tratou-se, portanto, de um estudo qualitativo de múltiplos casos, em que cada país ou experiências específicas dentro dos países constituíram unidades de análise. A justificativa pela opção deste tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin¹¹, que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos.

Assim, para este primeiro momento, foram adotadas como estratégias ao seu desenvolvimento uma revisão de literatura em artigos científicos e em livros, bem como a análise de informações presentes em bancos de dados brasileiros e canadenses.

Como fonte de pesquisa, foram utilizadas as bases Lilacs, Medline, BDeaf para a busca de artigos sobre a temática da saúde do homem no período de 2009 a 2015. Para isso, foram

feitos cruzamentos dos descritores “Homem”, “Saúde” e “Política” e em suas respectivas traduções para o inglês – “*Man*”, “*Health*”, “*Politics*”.

Sobre os dados analisados, buscou-se comparar aqueles referentes aos indivíduos do sexo masculino, do Brasil e da província de Quebec, compreendidos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Esta é a faixa com a qual PNAISH lida. Foram levantados dados sobre as principais causas de morte e adoecimento dos homens desse segmento etário. Para permitir comparações entre gêneros, também foram levantados dados semelhantes para as mulheres da mesma faixa etária, no Brasil e na província de Quebec. No caso do Canadá, embora o foco da pesquisa seja a província de Quebec, também foram feitas algumas comparações entre os dados provinciais e nacionais.

Os dados foram recuperados em bases oficiais dos governos brasileiro e canadense. No Brasil, foram investigados os dados provenientes dos sistemas de informação em saúde, sobretudo, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Também foram recolhidos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Política Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No Canadá, a base de dados utilizada foi a *Statistique Canada*, que reúne informações variadas sobre a população canadense, inclusive sobre saúde. A escolha por essas bases deu-se devido ao seu caráter institucional – sendo elas vinculadas diretamente ou indiretamente aos governos dos dois países – e ao grau de confiabilidade que guardam.

Outros materiais, como artigos científicos, teses de doutorado e livros – ainda que não integrantes das bases de dados utilizadas e localizados a partir de buscas aleatórias pela internet – integraram o material da revisão de literatura, estando todos devidamente citados e referenciados.

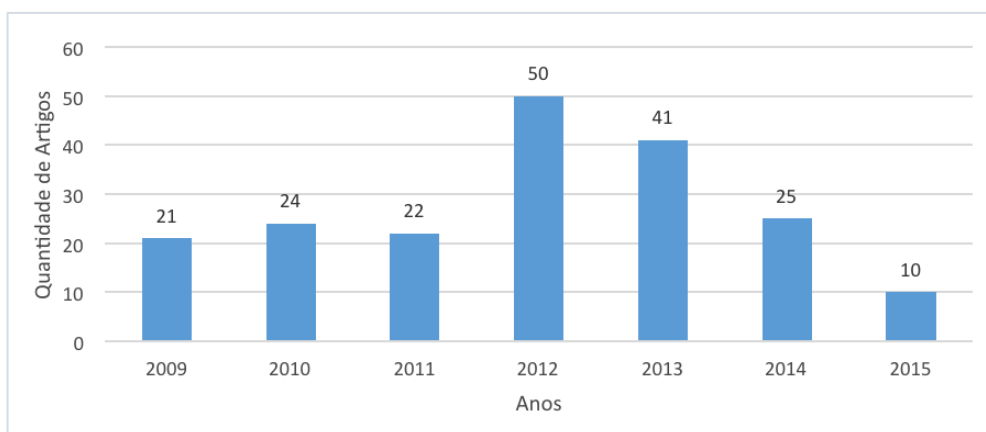
A pesquisa seguiu um método comparativo de investigação que, segundo Schneider e Schmitt (1998)⁴, permite “descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações,

construir modelos e tipologias, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das pesquisas bibliográficas e em bases de dados, foram recuperados 193 artigos científicos distribuídos por 111 revistas científicas. Como já mencionado, a série histórica compreendeu os artigos publicados e indexados entre 2009 e 2015. De imediato, conforme o Gráfico 1, nota-se que o ano de 2012 foi o que apresentou o maior número de publicações (n=50). As razões para isso não foram avaliadas por escapar ao escopo desta pesquisa, mas permite investigações futuras.

Gráfico 1 – Distribuição de artigos segundo o ano de publicação e a indexação



Fonte: elaboração dos autores, 2015.

Importante notar que a grande maioria destes artigos (52) adota a abordagem qualitativa como metodologia de pesquisa. A língua inglesa foi a mais utilizada, presente em 148 destes artigos, seguida do português (41) e espanhol (4).

A análise dos resumos dos artigos definiu aqueles com os quais se iria trabalhar, sobretudo porque muitos versavam sobre questões especificamente biomédicas da saúde envolvendo os homens – o que também escapa do foco deste trabalho. Optou-se pela leitura dos artigos que apresentavam reflexões sobre a saúde do homem tanto nas suas interfaces socioculturais ligadas ao tema quanto em sua relação com a saúde pública.

Dentre as publicações em que os artigos foram pesquisados, as 10 que apresentaram o maior número de textos concentraram 32% dos artigos, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de artigos publicados por periódicos sobre saúde do homem

Periódicos	Quantidade de artigos
Ciência e Saúde Coletiva	13
<i>BMC Public Health (Online)</i>	11
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	7
<i>American Journal of Clinical Nutrition</i>	5
<i>British Journal of Nutrition</i>	5
<i>Social Science and Medicine</i>	5
<i>Tobacco Control</i>	5
AIDS	4
<i>American Journal of Public Health (1912)</i>	4
<i>European Journal of Public Health</i>	3

Fonte: elaboração dos autores, 2015.

Da leitura do material selecionado e de seu cruzamento com a análise das informações obtidas nas bases de dados investigadas chegou-se ao conjunto de reflexões que se apresenta seguir.

A saúde do homem e seus impactos

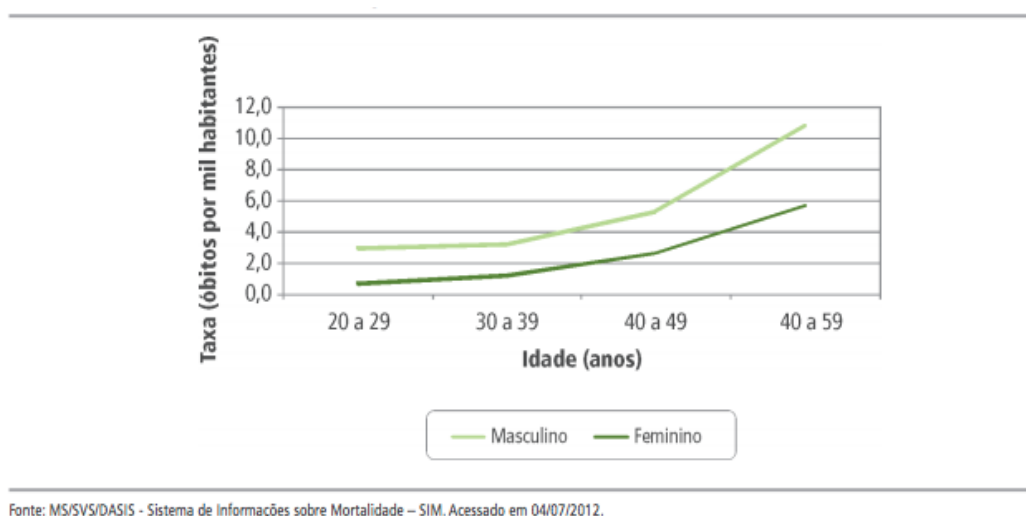
A política de saúde do homem no Brasil atua com homens de 20 a 59 anos de idade devido ao fato de que, nas faixas etárias além dessa abrangência, os homens são atendidos por outras políticas, como as direcionadas aos idosos e às crianças/adolescentes.

Nota-se, porém, que a Política lida com um público de grande impacto populacional, uma vez que seus indivíduos somam 53,2 milhões de pessoas, ou seja, mais de 27% da população brasileira⁵. Na província do Quebec, onde não há uma política de saúde do homem,

essa população é de 2,3 milhões, representando cerca de 28% do contingente quebequense, segundo dados de 2011 disponibilizados no *Statistique Canada*⁶.

No que diz respeito ao Brasil, já é importante observar, inicialmente, a diferença entre o número de óbitos de mulheres e homens entre 20 e 59 anos de idade, conforme mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Taxa de óbitos por mil habitantes no Brasil no ano de 2012, segundo o sexo



Analisando apenas esses dados é possível perceber a reverberação que o público atendido pela Política gera sobre um contexto social ampliado, e não apenas sobre os próprios indivíduos visados. Ao estarem em plena fase de vida ativa e produtiva, os homens com idade entre 20 e 59 anos têm importante peso sobre a economia do país. Igualmente, a saúde deles influencia a vida de outras pessoas ao seu redor. Gomes⁷ ressalta a relevância de uma observação a um contexto mais abrangente da saúde do homem, tendo em vista que, numa perspectiva relacional de gênero, ela produz impactos inclusive sobre a saúde da mulher, especialmente quando analisados os contextos familiares. O autor fala de sua intenção de “trazer subsídios para a promoção da saúde sexual masculina, de forma a beneficiar não só os homens como também as mulheres, no contexto das relações de gênero” (p.24)⁷.

A PNAISH remonta a 2009 e, logo em seu texto de introdução, lança uma preocupação diante do fato de que, no Brasil, os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada. Em um momento em que se busca enfatizar a importância dos cuidados preventivos e da atenção primária, essa informação revela que as consequências de tal conduta são pelo menos duas: “o agravamento da morbidade, pelo retardamento na atenção, e maior o custo para o SUS” (p.13)².

Em discussão sobre os homens e os serviços de saúde, pesquisa realizada por Pinheiro et al (2002), apud Gomes (2012)⁷, baseada em dados da PNAD/IBGE (1998), apontou que as diferenças na busca por cuidados com a saúde já podiam ser claramente percebidas entre homens e mulheres. Das consultas médicas pesquisadas, 62,3% foram realizadas por mulheres e apenas 46,7% por homens. No quesito busca pelos serviços de saúde, notou-se que 40,3% das mulheres os procuraram para realizar exames de rotina e prevenção contra 28,4% dos homens.

Na província canadense de Quebec, a mesma tendência em termos de comportamento pode ser observada. Cerca de 84% das mulheres de Quebec têm um médico de família, ao passo que para os homens esse percentual é de 73%⁸.

Masculinidade versus saúde e masculinidade pró-saúde

Muitos estudos mostram que, de maneira geral, os homens têm uma tendência a consultar mais tardiamente um médico ou um profissional de saúde e de serviço social^{9,10,8,1}. Brooks¹¹ (1998) demonstra como as exigências ligadas ao pedido de ajuda vão ao encontro daquelas ligadas à masculinidade tradicional. Por sua vez, Dulac¹⁰ explica que a cada uma das três etapas estabelecidas por Gross e McMullen (1983) – perceber o problema, decidir se

consultar e agir (passar à ação) – a socialização masculina vem a interferir e a inibir a propensão de seguir adiante no processo. Por exemplo, os homens muitas vezes tendem a tentar resolver os problemas psicossociais ou de saúde por si mesmos, o que, geralmente, os leva a negar o problema, deixar o tempo passar ou procurar respostas individualmente (via internet, por exemplo), enquanto mantêm em segredo o problema experimentado. Isso seria ainda mais evidente para os problemas psicossociais do que para os problemas de saúde¹².

Assim sendo, compreendem-se algumas das razões pelas quais a saúde do homem apresenta nuances que preocupam gestores de saúde. E grande parte dessas razões pode ser entendida quando relacionada aos aspectos socioculturais, mais especificamente à construção da masculinidade – ou das masculinidades. O uso do termo no plural se relaciona às abordagens científicas segundo as quais diversos tipos de masculinidade marcam as sociedades, variando no tempo e no espaço.

Os debates acadêmicos sobre as masculinidades e, mais especificamente, sobre a sua expressão máxima – a masculinidade hegemônica – encontram-se em efervescência no universo científico. Se os anos 1970 são considerados como um marco para os estudos sobre a relação homem-saúde, é a partir da década de 80 que uma nova perspectiva surge, apontando a necessidade de estudos sobre as masculinidades, e não apenas sobre os homens⁷.

Começemos, então, resumindo a abordagem de Connell (1995) para aquilo que a autora denomina de masculinidade hegemônica. Representar o papel de homem na sociedade exigiria o ato de assumir determinadas condutas, dentre elas: a supressão das emoções, a violência, a competição, o uso abusivo de álcool, as proezas atléticas e sexuais, o sucesso e a exposição ao risco^{7,13,14}.

Dentre as caracterizações que Connell (1995) estabelece para o seu conceito de masculinidade hegemônica está a de que ela “expressa ideais, fantasias e desejos que fornecem modelos de relações com as mulheres e soluções para o problema de gênero (...) naturalizam as diferenças e hierarquias de gênero” (p.75)⁷. Os estudos de relação de classes de Gramsci

servem de inspiração à autora para a sua conceituação de masculinidade hegemônica que, de acordo com ela, é o que garante (ou pretende garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (p.74)¹⁵. Seus eixos estruturantes seriam a heterossexualidade e a dominação, sendo o poder um dos seus núcleos centrais e que se sobrepõe aos demais modelos de masculinidade, subjugando-os e posicionando-se como ideal a ser atingido.

Gomes, ao citar Pinho (2005, p. 139), afirma que “mais poder significa mais masculinidade, e sua ausência, feminilização (...)”. Ele recorre também a Bourdieu (1999), para quem a dominação masculina não é só aceitável, mas também vista como natural⁷.

Masculinidade e a saúde do homem: o que dizem os números

Algumas das condutas atribuídas à construção das masculinidades podem ser associadas à mortalidade por causas externas que incluem a violência, os acidentes de trânsito e o suicídio, por exemplo. Assim, verifica-se que no Brasil, somente em 2013, 88.421 homens, entre 20 e 59 anos, perderam as suas vidas em decorrência de causas externas, segundo os dados do SIM. É a maior causa de morte entre os homens dessa faixa etária, superando as mortes por doenças do aparelho circulatório, que responderam por 43.759 mortes. Já o câncer provocou a morte de 29.665 homens da mesma faixa etária. Para dar uma dimensão da gravidade dos dados, as mortes de homens entre 20 e 59 anos por causas externas no Brasil totalizam mais do que a soma das mortes provocadas por doenças do aparelho circulatório e câncer (73.424 mortes contra 88.421 por causas externas)¹⁶.

Importante ressaltar que, se consideradas todas as faixas etárias (ou seja, de 0 a 80 anos e mais), as doenças do aparelho circulatório são as que mais matam homens, com 178.027 mortes em 2013. Mas as mortes por causas externas ficam em segundo lugar, com 124.699, e aquelas provocadas por câncer em terceiro, com 105.211 mortes¹⁶.

No Canadá, as causas externas estão na terceira colocação das mortes entre os homens, tirando a vida de 3.330 daqueles que se encontravam na faixa de 25 a 64 anos em 2011⁶. Já

entre as mulheres canadenses, as causas externas estão na quinta colocação com 1.174 óbitos no ano de 2011⁶.

No Brasil, entre as mulheres, de 20 a 59 anos, os óbitos por causas externas somaram 12.199 casos¹⁶, ou seja, sete vezes menos do que o registrado entre os homens, conforme mostra a Tabela 2. A comparação dos dados entre homens e mulheres justifica a preocupação das autoridades de saúde.

Tabela 2 - Comparativo de óbitos por causas externas entre homens e mulheres no Brasil no ano de 2013, segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	MULHER	HOMEM
20 a 29	3.679	34.522
30 a 39	3.261	24.902
40 a 49	2.855	17.096
50 a 59	2.404	11.901
TOTAL	12.199	88.421

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2013.

Ainda recorrendo a Connell (1995, apud Gomes 2012), Oliffe (2006) e Trujillo, (2000)^{7,13,14}, percebe-se a diferença entre os comportamentos masculino e feminino sobre algumas das características da masculinidade hegemônica que os autores apontam. Dados do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD)¹⁷ da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) mostram que, em 2012, 27% das mulheres, ao beber, consumiam cinco doses ou mais de bebidas alcólicas. Entre os homens, esse percentual era de 47%. No quesito regularidade de consumo de álcool, 38% das mulheres bebiam pelo menos uma vez por semana, ao passo que para os homens o hábito era uma rotina para 63% deles.

Os dados canadenses do ano de 2013 também mostram maior predisposição masculina ao que se classifica de uso abusivo de álcool. Tal uso é caracterizado pelo consumo de cinco copos ou mais de bebida alcólica em uma mesma ocasião, ao menos uma vez por mês durante o período de um ano⁶.

Dados do *Statistique Canada* revelam que enquanto 26% dos homens da província de Quebec são classificados dentro desse perfil, entre as mulheres esse percentual é 11,6%. Transpondo-se para a realidade de todo o país, a mesma tendência se verifica: 25% dos homens e 11% das mulheres fazem uso abusivo de álcool⁶.

Desmembrando-se ainda um pouco mais os dados sobre as mortes por causas externas entre homens e mulheres e associando-as às características da masculinidade hegemônica, mais especificamente à exposição ao risco, observa-se que os acidentes de transporte foram causa do óbito de 26.592 homens de 20 a 59 anos, no ano de 2013, no Brasil. Entre as mulheres, o total, para essa mesma faixa etária e ano, foi de 4.639, ou seja, quase seis vezes menos¹⁶.

No Canadá, os acidentes são a terceira causa de morte entre os homens (atrás apenas de tumores malignos e doenças do coração), vitimando 6.243 deles em 2011 (5,2% dessa população), mas, entre as mulheres é a quinta causa, com 4.473 óbitos registrados no mesmo ano (3,7%)⁶. Porém, é necessário ressaltar que os dados canadenses englobam acidentes de trânsito e outras causas externas de mortes, como quedas, afogamentos e incêndios, sem distinção entre eles na base *Statistique Canada*.

Outra característica que estaria alinhada à masculinidade hegemônica, ainda segundo os mesmos autores, seria a violência (mais especificamente as agressões físicas)^{7,13,14}. No Brasil, ela resultou na morte de 39.561 homens no ano de 2013 e dentro da mesma faixa etária investigada. Já entre as mulheres, esse total foi de 3.406 – quase doze vezes menos¹⁶.

As agressões no Canadá interromperam a vida de 279 homens e de 102 mulheres em 2011. Nos dois casos, homens e mulheres entre 15 e 64 anos⁶.

Analisando-se as causas externas de morte no Brasil, e ainda tomando a violência como exemplo, percebe-se que ela acomete duas vezes mais o homem que a mulher. Considerada a faixa etária de 20 a 39 anos, essa relação passa a ser três vezes maior. Além disso, a expectativa de vida do homem ao nascer é significativamente menor que a das

mulheres (69,11 contra 76,71, respectivamente) e as mortes por acidentes de trânsito têm neles 82% de suas vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da PNAISH obedeceu a aspectos metodológicos como o de identificar as principais enfermidades e agravos da saúde masculina. Desta forma, conforme foi demonstrado ao longo deste artigo, tem-se que as principais causas de mortalidade de homens entre 20 e 59 anos no Brasil são as causas externas, as doenças do aparelho circulatório, os tumores, as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho respiratório.

Na província de Quebec, as mortes por causas externas não lideram as estatísticas em relação ao homem desta faixa etária, mas observa-se que despertam a preocupação das autoridades para a adoção de medidas de intervenção.

Em ambos os casos, é evidente que a saúde do homem sofre influência de fatores diversos e que, sobretudo, é fortemente determinada por questões socioculturais, que na literatura ganham relevo sob as análises dos conceitos de masculinidades e masculinidade hegemônica.

A trajetória para o desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde do homem, portanto, deverá considerar a importância desses fatores e saber lidar com eles para a construção de um novo olhar masculino sobre a sua própria saúde. Isso também significa dizer que as estratégias e ações direcionadas à saúde do homem não podem prescindir de componentes comunicacionais que lhes deem sustentação.

Em primeiro lugar, identificando os públicos específicos, dentro da população masculina, aos quais se pretende falar. Depois, avaliando aspectos socioculturais que envolvam esse público. Tal medida se faz necessária para que se possa, primeiramente, compreender as facilidades e as limitações do público em relação à compreensão das mensagens que se pretende compartilhar.

Dessa forma, deve-se identificar os meios mais apropriados de se chegar ao público definido e, sobretudo, aplicar uma linguagem (simbólica, textual ou imagética) que lhe faça sentido. A análise dos referidos aspectos também servirá para a identificação (e conseqüente superação) dos entraves socioculturais que dificultam a comunicação com o público desejado.

Igualmente, servirá para a definição de estratégias e estímulos para que o homem dê a sua saúde a atenção que ela requer. Por fim, há que se estabelecer processos constantes de avaliação das estratégias de comunicação adotadas, de forma a permitir a redefinição dos rumos e olhares necessários para o êxito da promoção da saúde do homem.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento, em formato de bolsa de doutorado-sanduiche, ao autor principal desta pesquisa, entre fevereiro de 2015 e janeiro de 2016.

À Andréia Puttini, Camila Silva, Fabiana Sherine, Ione Barros e Sueli Ratto, pelo o apoio e a contribuição dados em momentos diversos da pesquisa que resultou neste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tremblay G, L'Heureux P. La genèse de la construction de l'identité masculine. In: Deslauries JM, Tremblay G, Desgagniers JY, Dufault SG, Blanchette D. *Regards sur*

- les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir*. Québec-Canada, Presses de l'Université Laval, 2014.
2. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, 2009.
 3. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. Canada, Québec: MSSS, 2004.
 4. Schneider S, Schimitt CJ. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cad Sociol*, Porto Alegre, v.9, p. 49-87, 1998.
 5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tábuas completas de mortalidade 2012*. [Acesso em 21 de fevereiro de 2015] Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/>.
 6. Statistique Canada. *Population et démographie*. [Internet]. 2011. [Acesso em 20 de janeiro de 2015]. Disponível: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402x/2011000/chap/pop/pop-fra.htm>
 7. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem. *Cien Saúde Colet*, 17(10): 2589-2596, 2012.
 8. Roy J, Cazale L, Tremblay G. Un portrait social et de santé des hommes au Québec: des défis pour l'intervention. *Masculinités e Société*. Québec, 2015.
 9. Courtenay W. *Dying to be men: psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys*. Routledge, 2011.
 10. Dulac G. *Aider les hommes...aussi*. Boucherville: vlb, 2001.
 11. Brooks GR. *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1998.

12. Roy J, Tremblay G, Guilmette D, Bizot D, Dupéré S, HOULE J. Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé et leur rapport aux services – Rapport final. *Masculinités et Société*, Québec, 2014.
13. Oliffe, J. Embodied masculinity and androgen deprivation therapy. *Sociology of Health and Illness*, 28(4), 410-32, 2006.
14. Trujillo, N. Hegemonic Masculinity on the Mound: Media Representations of Nolan Ryan and American sports culture. *Critical Essays on Power and Representation*, p. 14-39. Boston, MA: Northeastern University Press, 2000.
15. Connell, R. Masculinities – enjeux sociaux de l'hégémonie. Paris-França, Éditions Amsterdam, 2014.
16. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. *Sistema de Informações sobre Mortalidade* [Internet]. 2013. [Acesso em 24 de janeiro de 2015]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
17. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. São Paulo: UNIFESP, 2014.

AUTORES

WRMV - Trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

GT - Trabalhou na revisão crítica e redação do artigo.

Diretor da Escola de Serviço Social da Université Laval, Québec-Canadá. Coordenador do grupo de pesquisa sobre Masculinidades e Sociedade.

LR - Trabalhou na revisão crítica e redação do artigo.

Vice-reitora de pesquisa no Departamento de Comunicação Social e Pública da Faculdade de Comunicação, da Université du Québec à Montréal. Montreal-Canadá.

MFS - trabalhou na revisão crítica do artigo.

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

AVMM - trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, e coordenadora do Núcleo de Estudo em Saúde Pública, da Universidade de Brasília.

Artigo 3- O artigo descreve a percepção de sujeitos estratégicos no Brasil e no Quebec sobre a saúde do homem, a partir da análise das singularidades, convergências e divergências entre suas falas, sustentando-se em quatro categorias de análise. O artigo foi submetido à revista Interface em 06/02/2017 (Anexo 12).

A saúde do homem no Brasil e em Quebec a partir da percepção de sujeitos estratégicos

Men's health in Brazil and in Quebec from the perception of strategic agents

La salud del hombre en Brasil y en Quebec desde la percepción de los sujetos estratégicos

RESUMO:

O objetivo do estudo foi analisar a percepção de sujeitos estratégicos no Brasil e na província de Quebec, no Canadá, sobre a saúde do homem. Para tanto, foram realizadas entrevistas em profundidade com sujeitos selecionados nos dois países e analisadas as singularidades, convergências e divergências entre suas falas. A análise se deu a partir de quatro categorias (Olhar sobre a Saúde do Homem, Política de Saúde do Homem, Integralidade e Comunicação) e valeu-se da hermenêutica-dialética de Minayo, tendo por suporte a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre. Observou-se, nas falas dos sujeitos, que os modelos de masculinidade exercem influência sobre a saúde do homem nos dois países. Porém, há divergências quanto à relevância da comunicação, citada como estratégica em Quebec, mas considerada secundária no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do homem; comunicação em saúde; política de saúde do homem; promoção da saúde

ABSTRACT

The aim of this study was to analyse the perceptions of strategic agents from Brazil and from the province of Quebec, Canada, about Men's Health. For this purpose, in-depth interviews were conducted with selected agents in both countries, and the singularities, convergences and divergences of their speech were analysed. The analysis were based on four categories (Regard about Men's Health, Men's Health Policy, Integrality and Communication), using Minayo's Hermeneutic-dialectic, with the support of Lefèvre and Lefèvre's Collective Subject Discourse Analysis. It has been observed, in the agents' speeches, that the models of masculinity influence men's health in both countries. However, there are disagreements about the

importance of communication, cited as strategic in Quebec, but considered secondary in Brazil.

Keywords: Men's Health; Health Communication; Men's Health Policy, Health Promotion.

RESUMEN

Para analizar la percepción sobre la Salud del Hombre, fueron realizadas entrevistas en profundidad con sujetos estratégicos para el tema en Brasil y en la provincia de Quebec (Canada). Las singularidades, convergencias y divergencias fueran analizadas. El análisis fue hecho con la metodología "Hermenéutica Dialéctica" (Minayo), con el apoyo de la metodología del Discurso del Sujeto Colectivo (Lefèvre y Lefèvre) y basada en cuatro categorías: La Mirada sobre la Salud del Hombre, la Política de Salud del Hombre, la Integralidad y la Comunicación. Se observó que los modelos de masculinidad tienen influencia sobre la salud de los hombres en los dos casos. Sin embargo, el análisis permite reconocer que hay un desacuerdo sobre la importancia de la comunicación, entendida como estratégica en Quebec pero secundaria en Brasil.

Palabras-clave – salud del hombre, comunicación en salud, política de salud del hombre, promoción de la salud

INTRODUÇÃO:

A realidade da população masculina tem passado a exigir novos olhares sobre estratégias desenvolvidas pelos sistemas de saúde do Brasil e de outros países. Percebe-se que esse segmento da sociedade foi por muitas vezes negligenciado pelas autoridades sanitárias, seja por questões emergenciais de atendimento a demandas de outras categorias historicamente desassistidas, seja por resistência dos próprios homens quanto às suas necessidades de cuidado.

O homem vem moldando seu papel na sociedade ao longo do tempo por meio de diversos modelos de masculinidades, que, como nos mostra Connell (1995)¹, variam

no tempo e no espaço, entendidas como: a) um lugar no seio das relações de gêneros, b) um conjunto de práticas pelas quais homens e mulheres se engajam neste lugar e c) os efeitos dessas práticas sobre a experiência corporal, a personalidade e a cultura (Connell, 2014)². Dufault e Tremblay (2014)³ também destacam a pluralidade das masculinidades, variando entre homens e mulheres de uma mesma cultura ao longo do tempo. Ou seja, se em uma determinada localidade, num determinado período de tempo, o modelo de masculinidade assume um certo conjunto de características, em uma outra localidade, ainda que em um mesmo momento histórico, pode vigorar um modelo de masculinidade com características diferentes.

Fato é que, independentemente do modelo de masculinidade verificado, há sempre um impacto de cada um deles sobre a saúde do homem. Impactos esses que podem ser mais facilmente compreendidos quanto se conhecem algumas das características dos modelos de masculinidades de que tratam Connell (1995)¹, Oliffe (2006)⁴ e Trujillo (2000)⁵, quais sejam: a supressão das emoções, o uso abusivo de álcool e outras drogas, violência e exposição maior a riscos, dentre outros.

No Brasil, alguns dados permitem inferir a correlação dessas características com a realidade da saúde do homem. No país, os homens lideram os casos de mortes por causas externas, como aquelas provocadas por acidentes e violências de diversos tipos⁶. No Canadá, mais especificamente na província de Québec (à qual este estudo também se dedica), os homens igualmente são mais vitimados por causas externas se comparados às mulheres, cometem ainda mais suicídios e têm maior envolvimento com álcool e outras drogas⁷.

Esses dados permitem visualizar a relevância que o tema saúde do homem apresenta para as autoridades sanitárias. Evidentemente, devem ser levados em consideração outros aspectos associados a essa realidade. Um deles é o impacto socioeconômico provocado pelos problemas de saúde do homem. Roy, Cazale e Tremblay⁸ destacam que o público masculino retarda a busca por ajuda quanto a sua saúde. No Brasil, o impacto dessa demora ocasiona duas diferentes questões. Uma delas é o agravamento do quadro de saúde do indivíduo, que já adentra ao serviço de saúde num nível mais complexo de atenção. Dessa forma, o sistema de saúde lança mão de procedimentos mais sofisticados e caros para a recuperação da saúde do homem⁹.

O impacto social concerne ao fato de ainda ser o homem a figura central em muitas famílias do país, sendo o seu adoecimento um fator de abalo da estrutura familiar. Por isso, conforme aponta Gomes¹⁰ cuidar da saúde do homem é também cuidar da saúde da mulher.

Resta claro, portanto, que a saúde do homem é tema relevante para o Sistema Único de Saúde (SUS) bem como para sistemas de saúde outros países. Nesta pesquisa, definiu-se como locus de estudo o Brasil e a província canadense de Quebec. A escolha se deve ao fato de que o estudo integra uma pesquisa maior, chamada **[eliminado para fim da revisão por pares]**, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob número 084/12, e que adota métodos comparativos de investigação. Também pesou para a escolha o fato de a província de Quebec fazer parte da Fase II da referida pesquisa, bem como ter determinadas similaridades com o Brasil, especialmente no que diz respeito a ter um sistema de saúde universal.

Poder-se-ia indagar a viabilidade de comparações entre um país e uma província. Assim, é importante esclarecer que as comparações não se centram em questões demográficas e estruturais, embora os autores as tenham visitado na construção de seu percurso analítico. O que se enfatiza na pesquisa, porém, são questões adjacentes àquelas demográficas e estruturais, a partir das percepções de agentes considerados centrais em ambos os espaços quanto à problemática da saúde do homem.

Para tanto, o estudo foi composto de entrevistas em profundidade realizadas com sujeitos brasileiros e canadenses, dos meios acadêmico, institucional e social que forjam um corpo habilitado a promover reflexões e considerações pertinentes quanto ao tema em questão. Seu objetivo, portanto, é analisar a percepção sobre saúde do homem no Brasil e em Quebec a partir das singularidades, convergências e divergências apontadas por agentes estratégicos quanto às categorias de análise. Compreender as suas percepções, portanto, é relevante para a reflexão sobre a ação do estado quanto à saúde da população – no caso deste estudo, a população masculina.

A análise das entrevistas deu-se a partir de quatro categorias consideradas centrais para o delineamento do todo interpretativo: a) Olhar sobre a saúde do homem, b) Política de saúde do homem, c) Integralidade e d) Comunicação. Transversalmente a cada uma dessas categorias, foram observadas as

singularidades, as convergências e as divergências das percepções dos sujeitos entrevistados, de forma a se aprofundar na reflexão de tais percepções.

Analisá-las permite compreender os percursos, desafios, estratégias e possibilidades de que ambos os espaços se valeram, enfrentam e vislumbram. Estimula, assim, o desenvolvimento de alternativas às ações já em vigor, bem como a redefinição de mecanismos a serem implementados em favor da saúde do público masculino.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de múltiplos casos, onde cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirão unidades de análise. A justificativa pela opção deste tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin¹¹, que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. Este estudo adota essa abordagem por seguir a mesma linha metodológica da pesquisa maior da qual ele faz parte – **[eliminado para fim da revisão por pares]**), e que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) **[eliminado para fim da revisão por pares]**, sob o número 084/12.

Para esta investigação, foram incorporadas novas questões norteadoras e objetos de análise. Tais adaptações, porém, não comprometem a relação deste estudo com a pesquisa que o orienta.

Foram entrevistados agentes considerados estratégicos para a saúde do homem no Brasil e na província de Quebec, no Canadá. O processo de seleção dos entrevistados amparou-se na abordagem de Lefrèvre e Lefèvre¹² quanto à escolha dos sujeitos, segundo a qual o “pesquisador pode proceder a uma escolha

intencional dos sujeitos a serem pesquisados (...) levando em conta características pessoais e ideológicas dos sujeitos (...)" (Lefèvre e Lefèvre, 2005, p. 38).

Por escolha intencional dos sujeitos, considere-se a decisão de ouvir agentes cujos papéis estratégicos para a pesquisa se expressam pelos lugares institucionais, sociais e técnicos que ocupam. Assim, foram ouvidos, no Canadá: um representante do Ministério da Saúde e do Serviço Social de Quebec, a quem atribui-se protagonismo institucional; o diretor da Escola de Serviço Social da *Université Laval*, dada a relevância de sua produção acadêmica quanto aos estudos sobre saúde do homem; o representante de uma instituição que reúne os organismos para os homens da ilha de Montreal, devido ao seu reconhecimento social, e uma pesquisadora e professora do Departamento de Psicologia da *Université du Québec à Montréal*, dada a relevância de sua produção, bem como a proximidade de suas abordagens com o campo da comunicação. Importante observar que pretendia-se ouvir, igualmente, um representante do departamento de comunicação do Ministério da Saúde e do Serviço Social de Quebec. Porém, houve negativa por parte de tal representante em participar da pesquisa.

Todas as interações com os sujeitos escolhidos no Canadá foram realizadas pessoalmente, na modalidade entrevista em profundidade, a partir de um roteiro orientador. A opção por tal modalidade de entrevista encontra respaldo em Laville e Dione¹³, que apontam a flexibilidade permitida pela entrevista em profundidade como um dos maiores ganhos para a pesquisa. Isso porque, embora haja um roteiro orientador, o pesquisador tem a possibilidade de estabelecer contato mais íntimo com o entrevistado. Dessa forma, se favorece "a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores". (Laville e Dione, 1999, p. 189).

Nesta mesma linha, buscou-se entrevistar no Brasil sujeitos que se aproximassem do perfil daqueles selecionados no Canadá. Com isso, entrevistaram-se: um representante da Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, devido seu papel à frente da referida coordenação, à época; o responsável pela comunicação da Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, dado o seu protagonismo no que diz respeito à elaboração e execução das estratégias de comunicação daquela coordenação, e um pesquisador, professor e editor de periódico científico brasileiro, cuja vasta produção acadêmica foi determinante para sua escolha como entrevistado. À exceção deste último, entrevistado a partir de um

questionário enviado por e-mail (uma vez que ele encontrava-se em outro estado diferente daquele do entrevistador), as demais entrevistas foram realizadas pessoalmente, assim como o foram para com os agentes canadenses. Igualmente, seguiu-se o modelo de entrevista em profundidade.

As entrevistas realizadas pessoalmente foram registradas em gravador digital e, em seguida, degravadas, tendo as suas transcrições se mantido nas línguas em que foram produzidas (francês ou português). A íntegra dos textos das entrevistas realizadas pessoalmente, assim como a daquela realizada via e-mail, permitiu a elaboração de um quadro em que as ideias centrais das falas dos sujeitos foram identificadas e destacadas. Deste quadro maior, outros foram elaborados, de forma a permitir a sistematização e interpretação das falas segundo as categorias estabelecidas.

A análise dessas falas sustentou-se em princípios da hermenêutica e da dialética articulados por Minayo¹⁴. Se por um lado a hermenêutica centra-se no esforço de se buscar interpretações a partir da compreensão do outro (MINAYO, 2003,p. 90), a dialética, por outro, problematiza as questões postas, estabelecendo oposição das coisas entre si, por meio de uma atitude crítica capaz de permitir a compreensão da realidade (MINAYO, 2003,p. 99). A combinação entre essas duas possibilidades de análise, a que a autora chama de análise compreensiva hermenêutica-dialética, resulta, então, na busca pela apreensão “da prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório” (MINAYO, 2003,p. 99).

Com isso, quer-se dizer que buscou-se interpretar as falas dos entrevistados, compreendendo-os tanto a partir do espaço de onde falam, quanto como sujeitos com interesses individuais e coletivos distintos.

Para tanto, definiram-se quatro categorias de análise das entrevistas, quais sejam: a) olhar sobre a saúde do homem; b) política de saúde do homem; c) integralidade, e d) comunicação. A cada uma dessas categorias foram buscadas as singularidades, divergências e convergências entre as falas dos sujeitos. Assim, trabalhou-se o objetivo de analisar a percepção de sujeitos estratégicos sobre a saúde do homem no Brasil e na província de Quebec, no Canadá.

As categorias com as quais se trabalhou podem ser assim definidas:

- a) olhar sobre a saúde do homem:** percepção e análise de cada entrevistado quanto à realidade sócio-sanitária que envolve a população masculina.

Buscou-se compreender de que forma os agentes ouvidos enxergam tanto as questões relacionadas às dimensões epidemiológicas quanto aquelas decorrentes de aspectos socioculturais e cujas influências são determinantes para a saúde do homem.

- b) Política de saúde do homem:** instrumento político-governamental, oficialmente instituído pelo governo do país ou da província (via Ministério da Saúde), definidor de objetivos, eixos, estratégias e ações voltadas para a melhoria das condições de vida e de saúde da população masculina. Buscou-se, com essa categoria, compreender a percepção sobre a importância de tal instrumento.
- c) Integralidade:** categoria compreendida como o conjunto articulado das ações de atenção preventiva, curativa e promotora da saúde¹⁵. Também entendida ao interior do sistema de saúde, a partir da articulação de seus agentes, e ao exterior dele, fazendo interagir atores institucionais cujas interfaces com a saúde sejam significativas (educação, esportes, economia, justiça etc).
- d) Comunicação:** Estratégias e ações institucionais e coordenadas, de interação com o público masculino, com o objetivo de esclarecer e estimular a atenção à saúde. Busca-se analisar a percepção sobre a relevância da comunicação para o alcance das metas estabelecidas quanto à saúde do homem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quando analisada a categoria **Olhar sobre a saúde do homem**, foram identificadas singularidades e convergências. Porém, não foram identificadas divergências. Para o trabalho sobre esta categoria, analisaram-se as falas dos sujeitos estratégicos mais diretamente vinculados ao universo acadêmico, tanto do Brasil quanto da província de Quebec (Quadro 1).

Quanto às singularidades, no caso brasileiro, pôde-se notar uma ênfase dada aos problemas de saúde do homem como decorrência das dificuldades de acesso à

saúde de uma forma geral. Já no caso canadense, percebe-se como singularidade a percepção de que a saúde do homem tem evoluído de forma satisfatória, sobretudo quando é analisada à luz da redução da diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres. Na província canadense, tal diferença, que alcançava sete anos, hoje estaria na faixa dos quatro anos.

Já no aspecto das convergências, pôde-se claramente identificar como as questões associadas ao comportamento do homem – baseadas nas expressões de masculinidades hegemônicas – influenciam a saúde deste público. No caso brasileiro, é apontado que os indivíduos do sexo masculino padecem mais de condições severas e crônicas se comparados aos indivíduos do sexo feminino. Também ressaltou-se que os homens morrem mais do que as mulheres pelas principais causas de morte, inclusive daquelas decorrentes de comportamentos violentos ou de risco que esse público adota – influenciado pelas ideias hegemônicas de invencibilidade e de dominação.

No caso canadense, também foi destacado o fato de os homens assumirem mais riscos influenciados pelos modelos prevalentes de masculinidades. Assim, eles são as principais vítimas de acidentes de carro, de esporte e de trabalho. Na província canadense foi igualmente destacado que os homens demoram mais a buscar consultas médicas, o que agrava seus estados de saúde, tornando-os mais difíceis de se resolver.

Pode-se atestar que as percepções sobre a saúde do homem no Brasil e na província de Quebec apresentam como singularidades, respectivamente: a) um viés mais pessimista, ligado à noção de que persistem problemas para a saúde deste público devido ao contexto de dificuldades de acesso aos serviços de saúde, num aspecto mais amplo, e b) um viés mais otimista, baseado no fato de que mudanças de comportamento do homem vêm sendo adotadas e trazendo reflexos para significativas mudanças no quadro epidemiológico na saúde masculina – como a redução da diferença da expectativa de vida, quando comparada ao do sexo feminino.

Em ambos os casos, fica clara a convergência de percepções que atribuem aos modelos hegemônicos de masculinidades certos comportamentos adotados pelos homens e que, invariavelmente, os levam a apresentar situações de saúde mais problemáticas do que aquelas apresentadas pelas mulheres.

QUADRO 1. Extratos das falas quanto à categoria Olhar sobre a Saúde do Homem

Agentes	SINGULARIDADES		DIVERGÊNCIAS		CONVERGÊNCIAS	
	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC
Academia	No Brasil, entendo que os desafios para a atenção à saúde do homem se inserem em problemas maiores de acesso aos serviços de saúde gratuitos de qualidade para a população brasileira em geral.	(...) la santé des hommes au Québec se porte relativement bien.(...), l'état de santé s'améliore constamment, et on le voit par ailleurs par l'espérance de vie des hommes, qui rattrape peu à peu l'espérance de vie des femmes	Não foram identificadas divergências	Não foram identificadas divergências	Homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres; morrem mais do que elas pelas principais causas de morte e, ao desenvolverem, comportamentos violentos podem se tornar um "fator de risco" contra os outros e contra eles mesmos.	(...)sur plusieurs indicateurs de santé, on voit les hommes en surnombre pour 14 des principales causes de décès au Canada.
		(...) entre les plus jeunes hommes particulièrement commencent à se dégager davantage du modèle stéréotypé de l'homme fort à tout prix (...)			O homem, quando influenciado pelas ideias hegemônicas de que ele deve ser forte, invencível e dominador, pode não só colocar em risco a sua saúde como a de outros	les hommes prennent plus de risques, ont plus d'accidents d'auto, au sport, au travail. Arrivent souvent aussi plus tardivement [pour consulter], une fois que les problèmes de santé se sont détériorés, et sont plus difficiles à corriger.

A análise sobre a categoria **Política de saúde do homem** (QUADRO 2) igualmente não identificou divergências entre as percepções dos agentes ouvidos. Porém, foram percebidas importantes singularidades e convergências entre suas falas.

Para esta categoria, foram analisadas as falas de dois agentes brasileiros e três canadenses, todos ligados ao meio acadêmico bem como aos meios institucionais – ou seja, aos respectivos ministérios da saúde.

Dentre as singularidades, o caso brasileiro de antemão apresenta o público focalizado pela política existente, no caso, homens na faixa etária dos 20 aos 59 anos, identificados por um dos entrevistados como a parcela da população não coberta pelas demais políticas do Sistema Único de Saúde. Também é destacado por um deles que a política brasileira possui um viés biomédico, sustentado em dados estatísticos de morbidade e mortalidade. A razão para essa característica, segundo o entrevistado, seria o perfil da equipe do Ministério da Saúde à época da elaboração da política. É pertinente observar que tal observação encontra ressonância em Martins e Malamut¹⁶, para quem a referida equipe, então coordenada por um médico ginecologista e sexólogo, era orientada por premissas biomédicas e comportamentais.

Já pelo lado canadense, identifica-se como singularidade a afirmação de um dos entrevistados de que a província do Quebec não estaria, ainda, preparada para a implantação de uma política de saúde homem. Sua visão decorre da inexistência de uma pressão socialmente forte para se acolher favoravelmente uma política dessa natureza. Outra singularidade destacada é a resistência à política que o entrevistado observa especialmente entre os grupos de movimentos feministas, que temeriam a divisão de recursos financeiros no caso da existência de uma política de saúde do homem. Um outro entrevistado canadense apontou a mesma preocupação, afirmando que, politicamente, os movimentos de mulheres enxergariam a política como uma ameaça. Um terceiro entrevistado aponta a influência da mídia no tocante à referida resistência, tendo em vista que, em relação às realidades das mulheres, o meio midiático apresentaria uma imagem de abertura, ao passo que, quanto à realidade masculina, o posicionamento seria mais conservador.

Quanto às convergências, resta claro que os entrevistados canadenses e brasileiros reconhecem que o êxito de uma política de saúde do homem se sustenta tanto na resolução de problemas estruturais do setor saúde quanto nos meios a serem desenvolvidos para a sua efetivação. Compreendem, ainda, que uma política de saúde do homem representa possibilidade de melhorias igualmente para a saúde de homens e mulheres.

QUADRO 2. Extratos das falas quanto à categoria Política de Saúde do Homem

Agentes	SINGULARIDADES		DIVERGÊNCIAS		CONVERGÊNCIAS	
	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC
Academia e institucional	A política trabalha com homens de 20 a 59 anos de idade (...) Quando a política foi escrita, lá em 2008, a equipe que coordenava aqui, era basicamente composta por médicos, então tem um viés muito biomédico e, com o passar do tempo, a gente viu que o homem precisa mais que isso.	Si on me demande si le Québec et prêt, je vais répondre non. (...) parce que socialement il n'y a pas une pression assez forte pour que ce soit accueilli favorablement (...) il y a des résistances, notamment dans les groupes féministes. Il y a des craintes au niveau du partage des ressources (...) Au plan politique c'est difficile parce qu'ici le mouvement des femmes est très très fort. (...) voit ça comme une menace. (...) Mais ça va prendre encore des années avant qu'il y ait un politique en santé et bien-être des hommes au Québec.	Não foram identificadas divergências	Não foram identificadas divergências	(...) tanto a política voltada para a saúde dos homens como a que focaliza a saúde das mulheres se inviabilizam caso as questões estruturais que impactam na área da saúde não sejam resolvidas ou minimizadas	(...) le nerf de la guerre ce n'est pas le texte qu'on écrit, ce sont les moyens qu'on se donne. Et actuellement, si on regarde internationalement, partout où il se fait des choses, on y va tous avec des moyens d'envergure qui se ressemblent. (...) »

Para se proceder à análise da categoria **Integralidade** (Quadro 3), tomou-se por definição que esta incorpora, ao mesmo tempo, três características: a) compreensão da saúde humana como um todo complexo, e não apenas pontual ou fragmentado, em que as diversas dimensões da vida humana influenciam a saúde das pessoas; b) articulação de ações, programas, estratégias ao interior do sistema de saúde e, c) articulação entre órgãos, instâncias, entidades e políticas ao exterior

do sistema de saúde¹⁷. A partir daí, assim como ocorreram nas categorias anteriormente analisadas, não há divergências entre as percepções dos entrevistados.

Das singularidades identificadas, destacam-se, no caso do Brasil, as parcerias já firmadas pelo Ministério da Saúde para a execução de ações como o Circuito Saúde, que se desdobra em ações como os comandos nas rodovias e nos portos. Por meio de tais ações, o público masculino é abordado para o levantamento de informações básicas, como idade, nome, hábitos de vida, dentre outras. Além disso, há o aferimento da pressão arterial e do nível glicêmico, a realização de alguns testes rápidos (dentre eles, HIV), seguidos de orientações nutricionais. As ações se desenvolvem por meio de parcerias entre o Ministério da Saúde junto à Polícia Rodoviária Federal, o sistema Sest-Senat e o OGMO (Órgão Gestor de Mão de Obra), no caso dos portos.

Já no caso canadense, ao interior do sistema, há articulação do Ministério com os chamados estabelecimentos de saúde das regiões sócio-sanitárias. Esses estabelecimentos possuem um mandato regional de compreensão das necessidades e de identificação dos problemas, bem como dos serviços para responder a tais necessidades. Há, igualmente, esforços para a integração com diferentes políticas, como as de combate à violência conjugal e agressões sexuais, segundo um dos entrevistados. O mesmo entrevistado também afirmou estarem sendo empreendidos esforços no sentido de se sensibilizar os tomadores de decisão em saúde pública para que sejam desenvolvidas ações que foquem especificamente o público masculino, incluindo os pais. Estes últimos devido ao fato de que, no programa nacional de saúde pública, existirem serviços integrados de perinatalidade e pequena infância. Isso porque há a compreensão de que, ao mesmo tempo em que deve-se prestar atenção integral à mãe que acabou de dar à luz, é também imprescindível dar assistência ao pai, que é um fator importante ao desenvolvimento saudável da criança.

Quanto às convergências, nota-se que os entrevistados brasileiros e canadenses assumem premissas equivalentes tanto quanto à influência de dimensões da vida humana na saúde das pessoas, como sobre a transversalidade de temas como saúde do homem. Por seu lado, o entrevistado canadense apresentou a questão das diferentes realidades de gênero, que geram uma multiplicidade de masculinidades e feminilidades, de sorte a existirem pessoas que

não se definem em função do gênero, que se definem assexuadas, transgêneros, transsexuais etc. O entrevistado brasileiro destacou a necessidade de se levar em consideração a complexidade no desenvolvimento das ações de saúde como uma das formas de se assegurar a integralidade.

QUADRO 3. Extratos das falas quanto à categoria Integralidade

Agentes	SINGULARIDADES		DIVERGÊNCIAS		CONVERGÊNCIAS	
	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC
Academia e institucional	<p>A gente tem parceria de ações mais concretas. Tem o Circuito Saúde, que a gente faz nos portos do Brasil todo. Tem o Comando nas Rodovias (...)</p> <p>É nesse sentido que a gente fala de integralidade. O comando nas rodovias é uma parceria entre Ministério da Saúde, PRF, SEST SENAT e Saúde do Trabalhador. (...) A saúde nos portos envolve Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador e o órgão que se chama, OGMO (...)</p>	<p>(...) à l'intérieur du système de santé, il y a un arrimage entre d'abord le ministère et ses établissements. dans des régions sociosanitaires qui ont un mandat régional de compréhension des besoins, donc d'identifications des problèmes, et des services pour répondre à ces besoins là. Et on essaie qu'il y ait un arrimage entre les différentes politiques, en violence conjugale, agressions sexuelles, etc. (...) on a fait des efforts pour essayer de sensibiliser les décideurs en santé publique, pour qu'il y ait des mesures qui ciblent spécifiquement les hommes, ou les pères (...)</p> <p>Car on sait que le père est un facteur important du sain épanouissement de l'enfant.</p>	<p>Não foram identificadas divergências</p>	<p>Não foram identificadas divergências</p>	<p>As diversas dimensões da vida humana tanto influenciam saúde das pessoas. (...) a saúde não se resume à ausência de doença, nem esta última se resume a uma parte do corpo. Levar em conta essa complexidade nas ações de saúde é uma das formas de assegurar a integralidade. Assim, uma forma de isso se concretizar é considerar a pessoa como um todo e não só parte de seu corpo, bem como desenvolver a atenção especializada sem perder de vista a promoção da saúde em geral.</p>	<p>(...) Il y a des réalités de genre qui font qu'il y a une multitude de masculinités de féminités, et il y a des personnes qui ne se définissent pas en fonction du genre [...] Donc ça devient complexe toutes ces notions-là, donc c'est transversal dans le sens ou ce sont des populations qui sont en lien avec à peu près toutes nos politiques et tous nos programmes</p>

Por ser considerada transversal às questões de que trata este artigo, a categoria **Comunicação** (Quadro 4) foi analisada a partir das falas de todos os entrevistados. Buscou-se compreender suas percepções quando à relevância da comunicação para a saúde do homem, bem como os processos, estratégias, ações e dificuldades que a categoria apresenta nas realidades investigadas.

Como singularidades, primeiramente chama a atenção o fato de o ministério da saúde do Brasil valer-se basicamente das mídias sociais (*Facebook, Instagram e Whatsapp* – em menor escala) como estratégia de comunicação. Além disso, a coordenação de saúde do homem do referido ministério faz o envio de informações via e-mail para coordenações municipais com as quais se relaciona. Também foi apontado pelo entrevistado do Ministério que um curso *online* acaba sendo utilizado como canal de comunicação. Trata-se de um curso voltado ao profissional de saúde mas que, por ter muitos pais entre seus alunos, demonstrou ser importante canal de interação com o público masculino.

A coordenação mantém uma articulação com a área de comunicação da Ouvidoria do Ministério da Saúde, por meio da qual consegue divulgar *spots* de rádio via serviço telefônico da Ouvidoria (que atende pelo número 136).

Uma vez que a coordenação de saúde do homem não conta com equipe nem mesmo com profissional de comunicação, precisa recorrer à Assessoria de Comunicação do Ministério sempre que tem necessidade de elaborar materiais de divulgação ou promover ações comunicativas. Por mais que a articulação entre as áreas se mostre eficaz, resta evidente na fala do entrevistado o prejuízo que a carência de um profissional ou equipe de comunicação causa à coordenação.

As estratégias de comunicação, assim, acabam sendo elaboradas por um profissional de formação biomédica (um médico veterinário). Também entrevistado, o referido profissional reconhece não haver qualquer tipo de formação ou treinamento em comunicação, tampouco fluxos comunicacionais criteriosamente definidos para as ações comunicativas. As articulações acabam sendo pontuais e pessoais sempre que se identifica a necessidade de ações dessa natureza, e as estratégias de comunicação decorrem de iniciativa própria do profissional sem qualquer planejamento de comunicação mais aprofundado.

As ações de comunicação nos meios digitais já citados concentram-se sobretudo nos meses de agosto e novembro, que dão destaque, respectivamente, ao mês da Valorização da Paternidade e da Atenção Integral à Saúde do homem. Este

último período, porém, tem se solidificado perante a sociedade como “Novembro Azul”, em que os homens são alertados quanto à prevenção ao câncer de próstata. Do ponto de vista da comunicação, todas essas ações não são fundamentadas em qualquer estudo de campo ou acadêmico, tampouco se valem de monitoramentos e avaliações periódicos.

Pelo lado canadense, foi destacada a ação de um organismo que trabalha com pais separados que, mesmo sem qualquer tipo de publicidade recebeu, em 2014, cerca de 1.500 telefonemas. Para o entrevistado, a instituição valeu-se apenas do que se chama de propaganda “boca-a-boca”, uma vez que o organismo não conta com qualquer tipo de investimento em comunicação.

Nos níveis regionais e nacional, segundo o entrevistado, a dificuldade de investimento em comunicação é igual, e ainda conta com a resistência de muitos profissionais, para os quais investir em comunicação seria retirar recursos dos serviços de saúde – não se observando, portanto, a conexão entre eles. A comunicação, segundo apontou o agente entrevistado, não é sistematizada, sendo enfatizada apenas em casos especiais.

Outra singularidade observada no caso do Canadá é que as campanhas de comunicação que poderiam ser classificadas como de saúde do homem são muito mais voltadas para a prevenção do suicídio, que acomete mais homens que mulheres na província de Quebec. Em 2012, 2.168 homens entre 20 e 59 anos de idade tiraram suas próprias vidas, um número 3,14 vezes maior que o registrado para a mesma faixa etária de mulheres, que totalizou 689 suicídios¹⁸.

Diferentemente do que ocorreu com as análises das demais categorias, nesta pôde-se observar divergência, quanto ao tema **Comunicação**. Tal divergência repousa mais claramente sobre o papel e o lugar estratégicos da comunicação na condução das estratégias para a saúde homem. Pelo lado do Brasil, o entrevistado compreende que a comunicação é algo bem menor frente às necessidades de se assegurar a saúde das pessoas. Infere-se que tal observação pode estar amparada na compreensão do que é comunicação, que, como mostram Araújo e Cardoso¹⁹ é comumente entendida como instrumental, voltada muitas vezes apenas para a divulgação de informações (obedecendo a modelos unilaterais de comunicação) ou produção de materiais. Por outro lado, entre os entrevistados canadenses, pode-se perceber que a comunicação é observada como algo prioritário, o que fica claro pelo uso de expressões como “extremamente importante”, “essencial”, “fundamental”

dentre outras. Ela teria, para os entrevistados, um papel central sobretudo para sensibilizar a população masculina sobre as questões referentes a sua saúde, levando-a a adotar hábitos de vida e comportamentos saudáveis. Por isso, apontam esses agentes, é etapa inicial no encaminhamento das estratégias para a saúde do homem, seja para sensibilizá-lo, seja para preservar as conquistas observadas. Porém, em que pese a importância da comunicação atribuída pelos sujeitos entrevistados no Canadá, resta evidente que, na prática, a priorização da comunicação ainda não é observada.

Tal aspecto é o traço mais marcante dentre as convergências dos discursos. Percebe-se que o não investimento em comunicação é realçado pelos entrevistados, que revelam tanto a falta de pessoal especializado na área quanto a insuficiência de recursos financeiros para estratégias comunicacionais. Esses fatores redundam em ações de comunicação fragmentadas, pontuais e pouco articuladas.

QUADRO 4. Extratos das falas quanto à categoria Comunicação

Agentes	SINGULARIDADES		DIVERGÊNCIAS		CONVERGÊNCIAS	
	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC	BRASIL	QUEBEC
Academia e institucional	<p>A gente têm utilizado muito o <i>Facebook</i>, <i>Instagram</i>, a comunicação via e-mail, e (...) <i>whatsapp</i>, (...)</p> <p>Temos um curso na comunidade de práticas, que é outro canal de comunicação (...)</p> <p>A gente tem uma parceria da comunicação com a ouvidoria do Mistério da Saúde (...) para spots de rádio no telefone 136 (...)</p> <p>Para produção de material gráfico (...) a gente pensa o que a gente quer e entra em contato com a Ascom do Ministério (...), que monta essas peças, encaminha pra gente, a gente válida, e aí é produzido.</p>	<p>On a donné l'exemple de l'organisme Pères séparés. Eux ils ont deux employés (...) et l'année passée ils ont reçu 1 500 appels téléphoniques. Et ils n'ont pas de publicités nulle part. Juste le bouche-à-oreille, le réseau. (...)</p> <p>c'est important de se donner des organismes de regroupement, qui eux devraient avoir plus une pensée en communication(...)</p> <p>Et souvent les gens du terrain ont l'impression que de mettre de l'argent en communication, c'est l'enlever aux services (...)</p>	<p>Em meio a esse cenário, a comunicação para a promoção da saúde do homem pode ser vista como algo bem menor frente à necessidade de assegurar a saúde de todas as pessoas.</p>	<p>(...)la communication joue un rôle extrêmement importante (...)</p> <p>la communication va être un élément assez fondamental. (...)</p> <p>Je dirais que c'est très important la communication pour la santé des hommes, parce que c'est la première étape la sensibilisation pour alerter la population à un</p>	<p>(...) não temos uma infraestrutura nem recursos humanos suficientes para abordar a temática de forma abrangente</p>	<p>(...)</p> <p>Alors ils vont intégrer la communication dans leurs actions, mais rarement il va y avoir une personne [dédiée]. (...)</p> <p>au Québec, ça se fait de façon ponctuelle. Donc il n'y a pas eu de grandes campagnes de sensibilisation nationales, c'est sûr que ça, ça demanderait un investissement assez substantiel</p>

	<p>(...) Hoje, eu sou o ponto focal da área de Comunicação, porém não há qualquer formação/treinamento ou fluxo pré-determinado. Saúde).</p> <p>(...) As ações não são baseadas em qualquer estudo de campo.</p>	<p>Mais normalement ils vont travailler avec des experts en santé des hommes et une firme de communication (...) on ne fait pas beaucoup de campagnes de <i>marketing</i> social en santé des hommes. Ça a été beaucoup plus [focalisé] sur la prévention du suicide</p>		<p>problème, pour l'amener à adopter de saines habitudes de vie, des comportements plus acceptables (...) la communication c'est hyper important pour sensibiliser, et aussi pour préserver les acquis.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falas dos sujeitos estratégicos entrevistados para esta pesquisa permite afirmar que brasileiros e canadenses apresentam mais convergências e singularidades sobre as categorias analisadas do que divergências. O único momento em que foi possível observar divergência nos discursos é quanto à importância da comunicação para a superação dos desafios para a saúde do homem.

Quando analisada a categoria **Olhar sobre a saúde do homem**, a singularidade no caso do Brasil reside na afirmação de que os problemas de saúde do homem resultam das dificuldades de acesso à saúde de uma forma geral. Já no Canadá, a percepção é de que a saúde do homem tem evoluído de forma satisfatória – o que atesta-se pela redução da diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres. Ainda sobre esta categoria, os sujeitos brasileiros e canadenses convergem suas opiniões quanto à influência do comportamento masculino sobre a saúde do homem. Ratificam, assim, o que Connell² explica sobre os modelos de masculinidades, cujos atributos incluem desde a supressão das emoções até uma postura mais propensa a assumir riscos. No Brasil, tais comportamentos fazem os homens liderarem as principais causas de morte quando comparados às mulheres, especialmente mortes cujas causas relacionam-se à violência⁶. No caso canadense, conforme também ressaltaram os entrevistados, as vítimas masculinas superam as femininas em acidentes de carro, nos esportes e no trabalho.

Quanto à categoria **política de saúde do homem**, é singular o fato de o Brasil possuir uma política exclusivamente dedicada ao público masculino – o que não existe na província de Quebec. Porém, a política brasileira se apresenta para os sujeitos entrevistados com um viés biomédico, que teria sido forjado a partir da composição da equipe ministerial então encarregada de sua elaboração. Entre os sujeitos canadenses, percebeu-se como singularidade a descrença de que uma política de saúde do homem tenha possibilidade de ser implantada na província de Quebec, quando do momento da entrevista. As razões para isso seriam a ausência de uma pressão socialmente forte para o acolhimento da política e a resistência verificada por parte de grupos femininos, que temeriam a redução dos recursos financeiros com a existência de uma política para os homens.

Brasileiros e canadenses convergem, porém, quanto à necessidade de solução de problemas estruturais dos serviços de saúde para o êxito de uma política de saúde do homem. Concordam, ainda, que os efeitos de uma bem sucedida política de saúde para os homens traria benefícios também para as mulheres, o que corrobora Gomes¹⁰

No que diz respeito à **integralidade**, destaca-se como singularidade, no caso brasileiro, as ações postas em prática a partir de parcerias do Ministério da Saúde com outros ministérios e instituições que têm no homem um de seus principais públicos. Pelo lado canadense, o Ministério da Saúde articula-se com estabelecimentos de saúde das regiões sócio-sanitárias para a identificação de problemas e soluções relacionados à saúde masculina. Também na província de Quebec, a integralidade se mostra clara quando do esforço para sensibilização dos tomadores de decisão quanto à importância de ações voltadas à perinatalidade e à pequena infância, uma vez que o pai teria papel fundamental no desenvolvimento da criança.

Os entrevistados convergem seus discursos sobre a influência que as diversas dimensões da vida geram sobre a saúde das pessoas, tendo um dos entrevistados canadenses realçado a relevância das diversas realidades de gênero sobre a questão da saúde do homem.

É o sobre o tema comunicação que há uma divergência clara entre os sujeitos entrevistados. Enquanto os agentes canadenses a consideram como algo estratégico e a ser observado desde a elaboração das ações referentes à saúde homem, um dos

sujeitos brasileiros crê que a comunicação seja secundária diante das necessidades de garantia da saúde das pessoas no país.

Em termos de singularidades, destaca-se o fato de que a coordenação de saúde do homem do ministério da saúde vale-se em maior parte das mídias sociais para as suas ações, em especial, *Facebook*, *Instagram* e o aplicativo *Whatsapp*. O correio eletrônico (e-mail) é também um meio bastante utilizado para o envio de textos para coordenações municipais com as quais o ministério se relaciona. Um curso para os profissionais de saúde é igualmente utilizado como meio de comunicação, especialmente por ter muitos homens pais entre seus alunos. É importante notar, ainda, que a coordenação de saúde do homem não conta com profissional de comunicação em sua equipe, e que delega tais funções a um profissional de formação em medicina-veterinária. A equipe ressenete-se desta ausência por acreditar que os resultados poderiam ser mais exitosos caso houvesse maior investimento em comunicação. As ações de comunicação são intensificadas em períodos específicos do ano, como agosto e novembro – devido a serem os meses de destaque para atenção à paternidade e à prevenção aos câncer de próstata. Ou seja, a saúde do homem não recebe uma atenção contínua, em termos de comunicação, ao longo do ano.

A singularidade identificada entre os agentes canadenses repousa no fato de um organismo voltado às questões masculinas valer-se da chamada “propaganda boca-a-boca” para difundir suas ações. Também lá, a ênfase das ações de comunicação são em sua maior parte voltadas para a prevenção do suicídio, que lá acomete principalmente os homens.

Quanto às convergências, pode-se dizer que o não-investimento em comunicação é o traço mais evidente entre os entrevistados no Brasil e no Canadá. Com isso, as estratégias e ações de comunicação são caracterizadas por um caráter pontual e fragmentado.

Retomando, por fim, a divergência, que na categoria comunicação foi observada, um dos entrevistados brasileiros não enxerga na comunicação a mesma relevância que enxergam os agentes canadenses. Para ele, a comunicação é algo secundário quando comparado às demais necessidades de atenção à saúde das pessoas. Conforme exposto na seção de Resultados e Discussões sobre esta categoria, tal percepção pode decorrer de uma compreensão instrumental de comunicação. Os agentes canadenses, por outro lado, veem na comunicação um

elemento essencial para a saúde do homem, e usam para isso expressões como “extremamente importante”, “essencial”, “fundamental”. Enxergam, nela, o potencial de sensibilização juntos aos homens sobre as questões relevantes a sua saúde.

Em ambos os casos, resta claro que o uso da comunicação para as estratégias de saúde do homem ainda está muito aquém de seu potencial. Pessoas não especializadas na área, insumos e recursos insuficientes e ausência de estudos e embasamentos teóricos sobre comunicação são os fatores mais fartamente apontados e observados.

Assim, quando se fala em comunicação para a saúde do homem, as análises empreendidas ao longo desta pesquisa apontam para a necessidade de novas investigações sobre o assunto. Especialmente quando se admite que entre as dimensões da vida humana que influenciam a saúde das pessoas, os aspectos culturais, bem como aqueles relacionados aos modelos de masculinidades existentes, têm um peso significativo e devem ser trabalhados a partir de estratégias apropriadas de comunicação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley and Los Angeles, CA : University of California Press.
2. Connel R. *Masculinités – enjeux sociaux de l’hégémonie*. Paris, França. Éditions Amsterdam, 2014.
3. Dufault, S, Tremblay, G. Cinq paradigmes compréhensifs des hommes et des masculinités: proposition d’une classification originale. In: Deslauriers JM, Tremblay G, Dufault S, Blanchette D, Desgagnés JY. *Regards sur les hommes et les masculinités*. 3 ed. Quebec (Qc), Canadá, Presses de L’Université Laval, 2014.
4. Oliffe, J. (2006). Embodied masculinity and androgen deprivation therapy. *Sociology of Health and Illness*, 28(4), 410-432.
5. Trujillo, N. (2000). Hegemonic Masculinity on the Mound. *Media Representations of Nolan Ryan and American Sports Culture*. Dans S. Birrel & M. G. McDonald (dir.), *Reading sport. Critical Essays on Power and Representation* (p. 14-39). Boston, MA Northeastern University Press.

6. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. *Sistema de Informações sobre Mortalidade* [Internet]. 2013. [Acesso em 24 de janeiro de 2015]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
7. Statistique Canada. *Population et démographie*. [Internet]. 2011. [Acesso em 20 de janeiro de 2015]. Disponível: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402x/2011000/chap/pop/pop-fra.htm>.
8. Roy J, Cazale L, Tremblay G. Un portrait social et de santé des hommes au Québec: des défis pour l'intervention. *Masculinités e Société*. Québec, 2015.
9. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, 2009.
10. Gomes, R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.
11. Yin RK. *Estudo de caso – planejamento e métodos*. Bookman. Porto Alegre (RS), 2001.
12. LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Editora da Universidade de Caxias do Sul (EducS), Caxias do Sul (RS), 2005.
13. LAVILLE, C. DIONNE, J. *A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed, Porto Alegre (RS), 1999.
14. MINAYO, Maria Cecília Souza de. *Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social*. In: MINAYO, Maria Cecília Souza de; DESLANDES, Suely Ferreira (org). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 83-107
15. Sousa, MF; Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335.
16. Martins, AM; Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v22, n.2, p. 429-440.
17. PINHEIRO, Roseni. *Integralidade*. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 25 de set. 2015
18. Statistique Canada. [Internet] 2017 [Acesso em 20 de janeiro de 2017] <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth66a-fra.htm>

19. Araújo, I; Cardoso, J. Comunicação e Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

Artigo 4 Artigo original que promove uma reflexão sobre a comunicação para a promoção da saúde do homem a partir da observação das práticas verificadas nos meios institucionais e das falas de sujeitos estratégicos no Brasil e na província de Quebec, no Canadá. O artigo será submetido à Revista Panamericana de Salud Publica (B3 na Medicina II), após defesa de tese, de forma a que possa ser enriquecido com as contribuições dos membros da banca.

Por uma comunicação para a saúde do homem

Wagner Vasconcelos

Lise Renaud

Maria Fátima de Sousa

Ana Valéria Machado Mendonça

RESUMO:

Trata-se de um ensaio, de natureza teórica, cujo objetivo é discutir o papel da comunicação para a promoção da saúde do homem.

Metodologicamente, o artigo parte de revisões sobre a literatura que abrange os três grandes temas que orientam o texto: saúde do homem, promoção da saúde e comunicação em saúde. A partir daí, foi realizado um ciclo de sete entrevistas com agentes estratégicos para a saúde do homem no Brasil e na província de Quebec, no Canadá, uma vez que o trabalho que decorre de pesquisa de Estudos Comparados entre diversos países. O conteúdo das entrevistas foi analisado tendo por base a hermenêutica-dialética de que trata Gadamer, e também sustenta-se na análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefrèvre.

Conclui-se que, muito embora a comunicação seja classificada como estratégica tanto nos discursos dos gestores, como nos documentos institucionais que versam sobre a saúde do homem, seu papel ainda é secundário, sendo utilizada de forma instrumental, superficial e pontual, além de receber poucos investimentos em pessoal especializado e carecer de suportes teóricos e planejamentos sustentados em comunicação em saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem; masculinidades; promoção da saúde; comunicação em saúde; comunicação e saúde do homem

ABSTRACT

This is a theoretical essay whose purpose is to discuss the role of communication for the promotion of men's health.

Methodologically, the article starts with reviews about the literature that covers the three main themes that guide the text: men's health, health promotion and health communication. From

there, a cycle of seven interviews with strategic agents for men's health in Brazil and the province of Quebec, in Canada, was carried out, since the work results from research of Comparative Studies between several countries. The content of the interviews was analyzed based on the dialectical hermeneutics that Gamader is dealing with, and is also based on the discourse of the collective subject of Lefevre and Lefrèvre.

It is concluded that, although the communication is classified as strategic both in managers' discourses and in institutional documents dealing with men's health, its role is still secondary, being used in an instrumental, superficial and punctual way, besides receiving few investments in specialized personnel and lack of theoretical supports and sustained planning in health communication.

Key words: Men's health; masculinities; health promotion; health communication; Communication and men's health

INTRODUÇÃO – As faces da saúde do homem

Ao instituírem suas respectivas políticas de saúde do homem, Irlanda, em 2008, Brasil, em 2009, e Austrália, em 2010, lançaram aos governos e ao mundo desafios de naturezas e complexidades distintas. Cuidar da saúde do indivíduo do sexo masculino requer investimentos e iniciativas de ordens biomédicas, institucionais e tecnológicas de diferentes ordens. Afinal, os homens apresentam condições de saúde – e de adoecimento – que podem ser consideradas preocupantes se comparadas àquelas das mulheres. Avaliando-se as mortes por causas externas, ou seja, acidentes, violência e suicídio –, tem-se que os homens lideram as estatísticas a uma distância muito grande em relação às mulheres. No Brasil, vidas masculinas por causas externas são perdidas sete vezes mais do que aquelas femininas (BRASIL, 2009).

Há outros elementos complicadores para essa realidade. Os homens buscam menos (BRASIL, 2009) e mais tarde (TREMBLAY e L'HEUREUX, 2014) ajuda para cuidar de sua própria saúde. Assim, os custos para a sua recuperação são mais elevados, bem como se torna mais elevado o grau de comprometimento de sua saúde. Gross e McMullen (1983) definem três etapas seguidas pelos homens para agir em prol da própria saúde: perceber o problema, decidir se consultar e agir. Dulac (2001) afirma que essas três etapas sofrem influência do processo de socialização masculina, fazendo com que os homens tentem resolver os problemas

por conta própria. Dessa forma, muitos negam a existência do problema ou deixem o tempo passar enquanto buscam soluções individualmente.

Gomes (2012) cita Pinheiro et al (2002) sobre um estudo realizado a partir de dados da PNAD/IBGE, em 2008, que já mostravam importantes diferenças quanto aos cuidados em saúde. Enquanto do total de consultas médicas pesquisadas, 62,3% foram realizadas por mulheres, couberam ao homem 46,7% delas. A busca por serviços de saúde também apresenta significativas discrepâncias. Enquanto 40,3% das mulheres buscam realizar exames de rotina e de prevenção, apenas 28,4% dos homens o fazem, de acordo com o mesmo estudo.

Tais realidades estimulam a adoção de medidas que variam de ações pontuais à elaboração de estratégias de longo prazo, como a adotada pelo Brasil, que lançou, em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A política, instituída pela Portaria 1.944 do Ministério da Saúde, dá atenção especial aos homens da faixa etária dos 20 aos 59 anos. Tal público não apenas é aquele desassistido pelas demais políticas de saúde (do Idoso, e da Criança e do Adolescente, por exemplo), como também configura uma significativa parcela da população brasileira, composta por 53,2 milhões de pessoas. Esse contingente representa 27% da população do país. Se ainda for levado em consideração tratar-se de um segmento altamente inserido na População Economicamente Ativa do Brasil, os dados amplificam ainda mais sua relevância.

Gomes (2012) enfatiza a necessidade de cuidado para o público masculino, inclusive devido à repercussão que a saúde do homem exerce não só sobre os rumos da economia do país, mas também a saúde e bem-estar das famílias.

Os debates teóricos acerca das razões para essas peculiaridades superlotam o meio científico e geralmente apontam os efeitos das masculinidades como algumas das possíveis causas. Connell (1995) estabelece uma série de atributos segundo os quais os indivíduos de sexo masculino buscam alcançar e manter o seu status de homem na sociedade. Para a autora, são muitos os modelos de masculinidade possíveis, por isso o emprego do termo no plural. A razão está no fato de que cada sociedade estabelece atributos diferentes que conferem aos homens seu espaço social. Uma mesma sociedade, portanto, pode ter diferentes modelos de masculinidade, variando de região para região, de comunidade para comunidade. Observe-se, ainda, que tais modelos não são estáticos. Variam não apenas no espaço, mas também no tempo. Dessa forma, o conjunto de atributos que conferiam uma dada posição de masculinidade, num determinado contexto social, pode ter abandonado ou incorporado novos requisitos em momentos distintos. De comum, tais modelos trazem características segundo as

quais os homens devem adotar posturas que os distanciem de qualquer possibilidade de reconhecimento de vulnerabilidade (BIZOT, 2011) ou de semelhança com o feminino.

Dessa forma, a supressão das emoções, os riscos assumidos em maior grau, a adoção da violência como forma de dominação, a competitividade exacerbada, a proeza sexual e atlética, o uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, a homofobia, a autonomia e sucesso financeiros (CONNELL, 1995; OLIFFE, 2006; TRUJILLO, 2000) são algumas das ‘exigências’ impostas àqueles dispostos a ostentar seu ‘status de macho’.

Diante desse panorama, Connell (2014) realça a condição de masculinidade hegemônica, que se sobrepõem aos demais modelos de masculinidade, subjugando-os e posicionando-se como ideal a ser atingido. A autora constrói a sua concepção de masculinidade hegemônica inspirada nos estudos de relação de classes de Gramsci. A masculinidade hegemônica, de acordo com ela, é o que garante (ou pretende garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (CONNELL, 2014, p.74). Portanto, assume sua expressão máxima na configuração do homem branco, heterossexual e de classe média ou superior. Assim, Bizot (2011) reconhece que, na prática, “a maioria dos homens é mantida à distância, uma vez que ocupa uma posição de subordinação em relação a um grupo restrito de homens em posse de poder e recursos” (BIZOT, 2011, p.44).

Trujillo (2000), em um amplo estudo midiático, analisou a corporificação da masculinidade hegemônica na figura do lendário jogador de baseball dos Estados Unidos, Nolan Ryan. O autor perscrutou mais de 250 reportagens de jornais e revistas impressos, 100 matérias televisivas sobre o jogador, e mais de 30 anúncios impressos e televisivos que traziam Nolan como figura central. O material foi colhido durante os 26 anos de carreira do jogador (de 1965 a 1991). A partir daí, identificou como a mídia realçava características que ajudavam a exacerbar e a consolidar a figura do dito “homem ideal”, cujas características o jogador reunia e que o autor classificou em cinco: controle e força física, sucesso ocupacional, patriarcado familiar, liderança e heterossexualidade. Sua conclusão foi a de que a masculinidade hegemônica é exaltada nos esportes midiáticos, trazendo consequências negativas para o próprio homem – razão pela qual deveria ser analisada e criticada (TRUJILLO, 2000).

Macdonald (2015), em conferência proferida na cidade de Montreal, no Canadá, critica a indicação da masculinidade como possível causa dos problemas de saúde do homem. Para ele, esse reconhecimento teria o mesmo significado de se “culpar a vítima”. Segundo o autor, a saúde do homem deve ser compreendida para além das causas individuais do adoecimento. Assim, entrariam em análise os aspectos externos (ou exógenos, como refere), como aqueles

ligados às condições de trabalho e vida impostos aos homens. Destaca, acima de tudo, atenção aos determinantes sociais da saúde. Assim, o autor sugere o que classifica de abordagem “salutogênica” para o homem – termo que ele resgata de Antonovsky (1979) e que pressupõe um olhar sobre aquilo que favorece a saúde, e não apenas o foco na doença.

Porém, se por um lado a advertência de Macdonald faz sentido, já que a masculinidade não deve ser usada como “culpabilizadora” das condições de saúde do homem, também há de se reconhecer que ela explica (ou ajuda explicar) em grande parte as razões pelas quais os homens estariam mais predispostos a encarar determinadas situações de vida. É urgente, portanto, estender o olhar sobre a saúde do homem para além das fronteiras biomédicas e epidemiológicas, incorporando ao debate sobre o tema e às estratégias lançadas, elementos e campos do conhecimento diversos, como educação, cultura e comunicação. A reflexão a que este artigo se propõe repousa sobre este terceiro elemento.

Quando a comunicação entra em cena

Afirmou-se, no início deste artigo, que cuidar da saúde do homem requer investimentos e iniciativas de ordens biomédicas, institucionais e tecnológicas. É necessário, agora, avançar sobre um outro conjunto de medidas que igualmente devem ser avocadas de forma a se pensar o cuidado em saúde para o público masculino, mais especialmente, a articulação da saúde com a comunicação. Ora, se, conforme visto, a relação do homem com sua própria saúde é resultante de fortes componentes culturais, é de se questionar, naturalmente, como abordá-la sem a intervenção da comunicação. Portanto, os autores que a partir de agora dialogam nos servem de referenciais teóricos próprios da comunicação em saúde.

Assim sendo, iniciemos a reflexão pelo destaque da importância que a comunicação alcança para a promoção da saúde. Araújo e Cardoso (2007) indicam a centralidade da comunicação para a apropriação, por parte da sociedade, dos objetivos das diversas políticas públicas – uma ressalva próxima à de Coe (1998), para quem os grupos da comunidade, devidamente informados, exercerão poder de influência sobre as políticas, fomentando a adoção daquelas orientadas à saúde, que é componente chave da promoção da saúde (COE, 1988). Renaud e Sotelo (2007) lembram que desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a comunicação é tida como essencial para a atenção básica em saúde. Na Carta de Ottawa (1986), documento-síntese da I Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, realizada no Canadá, a comunicação foi alçada à condição de estratégia complementar e essencial (dentre outras quatro estratégias) para prover as pessoas e as coletividades dos cuidados capazes de fazê-los melhorar suas próprias condições de saúde. As outras quatro estratégias

referidas são: educação para a saúde, desenvolvimento comunitário, ações políticas e mudanças organizacionais (RENAUD e SOTELO, 2007).

O histórico das diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, segundo Bulcão (2008), igualmente reitera a relevância do tema para a comunicação, uma vez que, em seus relatórios, tais eventos costumeiramente enumeraram a comunicação como elemento de importância central, variando suas abordagens, como: impacto da comunicação na saúde; comunicação para a garantia da saúde; universalidade da comunicação; comunicação para o desenvolvimento comunitário, informação e educação, e comunicação estratégica para a saúde (VASCONCELOS, 2009. p. 34) .

Não sem motivos, a comunicação em saúde tem se solidificado como campo de pesquisa em plena efervescência nos meios acadêmicos, recebendo de Schiavo (2014) a definição de que a comunicação em saúde é:

Um campo multifacetado e multidisciplinar de pesquisa, teoria e prática voltados para o alcance de diferentes populações e grupos para troca de informações, ideias e métodos relacionados à saúde, a fim de influenciar, engajar, capacitar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, pacientes, formuladores de políticas, organizações, grupos especiais e o público para que eles possam defender, introduzir, adotar ou manter um comportamento, prática ou política de saúde ou social que, em última instância, melhore os resultados individuais, comunitários e de saúde pública.” (SCHIAVO, 2014. p. 43)

A autora considera que a comunicação em saúde está relacionada com a melhoria dos resultados de saúde a partir do estímulo às modificações de comportamento e às mudanças sociais. Porém, num contexto em que comunicar tem se tornado palavra de ordem, Mendonça (2014) adverte que o desafio contemporâneo não reside mais apenas na qualidade das informações, mas, sim, na administração das estratégias de comunicação. Assim, quando se pensam estratégias de comunicação, é imperioso considerar o papel que as pessoas desempenharão em cada uma delas. Por mais que elas sejam tidas como “público-alvo”, as pessoas devem ser consideradas “participantes ativos nos processos de análise e priorização das questões de saúde, na busca por soluções culturalmente adequadas e eficazes (...)”, recomenda Schiavo (2014). Corroboram com esse pensamento Araújo e Cardoso (2007) ao discorrerem sobre uma comunicação dialógica – a partir de uma perspectiva freireana, (FREIRE, 1977) –, segundo a qual todos os atores envolvidos no processo de comunicação são, ao mesmo tempo, detentores e produtores de saberes, que, por sua vez, não podem ser

desconsiderados neste processo, dada a importância que possuem para o seu próprio desenvolvimento (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Avançando mais um pouco, Corcoran (2011) destaca a importância das questões culturais para a comunicação que se pretende promotora da saúde. Para isso, o profissional de saúde tem papel determinante, uma vez que cabe a ele a capacidade de “identificar e descrever as culturas de uma dada população e compreender quanto cada uma delas está relacionada com as crenças e as ações de saúde” (CORCORAN, 2011.p.51). Uma das condições para que isso se desenvolva é, de acordo com a autora, um mapeamento das características culturais dos grupos (ou indivíduos) sobre os quais se pretende agir.

Os muitos autores trazidos à essa reflexão convergem para a importância e o papel central da comunicação a promoção da saúde. É preciso observar, no entanto, que não reside na comunicação a solução para todos os problemas relacionados à saúde – muito embora as soluções possam (e devam) passar por ela. Tal impossibilidade de solucionar todos os problemas está de que muitas das questões que interferem direta e indiretamente na saúde das pessoas ultrapassam os limites da comunicação. É o que esclarece Pessoni (2007), que destaca, entre tais questões, aquelas ligadas à pobreza, à degradação ambiental e à falta de acesso à atenção em saúde (PESSONI, 2007). O mesmo alerta faz Schiavo (2014), quando introduz que a comunicação não pode substituir a falta de infraestrutura local, que varia da ausência de serviços apropriados em saúde a outros serviços essenciais, como sistemas de transporte apropriados, instalações de recreação (como parques, por exemplo) e lojas de venda de alimentos nutritivos (SCHIAVO, 2014).

Ambos concordam, no entanto, que a comunicação possui forte influência seja para assegurar comprometimento de agentes políticos e o engajamento da comunidade em busca de soluções para os resultados de saúde (SCHIAVO, 2014), seja para fazer as pessoas compreenderem melhor a si mesmas e às suas comunidades, de forma a “adotar ações apropriadas para maximizar a saúde” (PESSONI, 2007, p.62).

METODOLOGIA

Este ensaio decorre de reflexões feitas a partir de entrevistas sobre as práticas de comunicação para a saúde do homem promovidas no Brasil, bem como a partir das opiniões de sujeitos estratégicos para a saúde do homem da província de Quebec, no Canadá. A escolha desses dois espaços se deu a partir da vinculação desta pesquisa ao projeto (omitido para fins

de revisão). O estudo trabalha sob a lógica dos estudos comparados e busca compreender e articular experiências e estratégias de países e localidades que guardem semelhanças com o Brasil. No caso do Canadá, onde cada província possui seu próprio sistema de saúde, bem como seus próprios ministérios da área, Quebec foi selecionada por ser uma das localidades contempladas pelo projeto.

Tanto para a observação das práticas como para a análise das falas, foram realizadas entrevistas em profundidade, conforme preconizam Laville e Dione (1999). Este método de entrevista, embora parta de roteiro orientador, permite a interação e troca com o entrevistado, favorece “a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores” (LAVILLE, DIONE, 1999, p.189).

No Canadá, as entrevistas foram realizadas em 2015, com agentes pertencentes a espaços de fala distintos: Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais, duas universidades e um organismo de atenção ao homem da cidade de Montreal. No Brasil, as entrevistas se deram com agentes estratégicos da Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, em 2016. O primeiro agente, à época, respondia pela referida coordenação; e o segundo, pela implementação das ações de comunicação. As entrevistas foram realizadas separadamente, tendo, cada uma delas, a duração de pouco mais de uma hora. Todas foram gravadas em mídia digital, o que permitiu uma posterior tabulação dos aspectos mais relevantes para o estudo.

Muito embora diversos temas tenham sido abordados nas entrevistas no Brasil e no Canadá, para fins deste estudo foram considerados apenas aqueles ligados à comunicação.

As análises a que se chegou sustentam-se na Hermenêutica-Dialética de Gadamer (1999), reforçada por Minayo (2008). O viés hermenêutico pressupõe a necessidade e o esforço de compreender o posicionamento outro, considerando-se seu lugar de fala e, a partir daí, construindo-se a interpretação daquilo que o outro expressa. No que diz respeito à dialética, a análise se localiza no questionamento, na problematização e no contraponto imposto às questões postas em debate, de onde se edifica, por meio de uma atitude crítica, a compreensão da realidade (MINAYO, 2008). Os sujeitos entrevistados, por sua vez, foram selecionados com amparo em Lefèvre e Lefèvre (2005), para quem características pessoais e ideológicas de tais sujeitos podem orientar o pesquisador durante a seleção intencional daqueles que pretende ouvir. Essas características, portanto, variaram, como se disse, dos lugares institucionais, sociais e acadêmicos que cada interlocutor ocupava.

Nos encontros com os agentes estratégicos brasileiros, buscou-se conhecer: a) os procedimentos de comunicação da coordenação em questão (quais os fluxos, como as demandas são concebidas e atendidas, quem as analisa e as aprova, com que frequência são

realizadas); b) a estrutura (física, pessoal, material etc) disponibilizada para as ações de comunicação; c) os instrumentos (subsídios) teóricos e/ou institucionais que orientam as ações de comunicação da saúde do homem. A partir desses levantamentos, analisou-se o papel da comunicação para a promoção da saúde do homem.

Já em relação aos sujeitos canadenses entrevistados, buscou-se conhecer a importância que atribuem à comunicação para a saúde do homem. Uma limitação desta pesquisa deu-se na negativa da área de comunicação do ministério da saúde da província de Quebec em participar do estudo. Assim, não se pôde conhecer as práticas e procedimentos de comunicação daquela instituição. No entanto, o estudo mantém-se válido e pertinente uma vez que busca analisar o papel da comunicação para a saúde do público masculino, o que também pôde-se observar por meio das falas dos sujeitos capacitados a expressarem opiniões sobre o tema em questão.

Finalmente, as ideias e práticas sobre comunicação apuradas durante a investigação foram analisadas à luz da literatura e de referenciais teóricos da comunicação em saúde, como Schiavo (2014), Corcoran (2011), Araújo e Cardoso (2007), Pessoni (2007), Renaud e Sotelo (2007), Coe (1998), Mendonça (2014).

ACHADOS EM DISCUSSÃO

Na coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde brasileiro, os procedimentos de comunicação adotados não se diferenciam muito daqueles verificados em outras coordenações e secretarias do referido Ministério. As ações e necessidade de comunicação são demandadas pelas áreas técnicas à Assessoria de Comunicação (Ascom), que de certa forma centraliza todas as demandas. O fluxo começa pela necessidade identificada pela área, que aciona a Ascom para o desenvolvimento de um determinado produto ou ação. Geralmente, tratam-se de materiais e peças gráficas. Os conteúdos são enviados à Ascom para a elaboração do produto, cuja aprovação final cabe à referida área técnica.

É interessante observar que a coordenação da saúde do homem tem-se valido do uso das mídias sociais, em especial *Facebook*, *Instagram* e *Whatsapp*, como principal estratégia de comunicação. Tal uso é compreensível e encontra respaldo na literatura. Ao analisar o uso de tais ferramentas, Cadaxa (2015) observa que suas funções interativas concedem a elas um papel estratégico, já que possibilitam “personalizar as mensagens de acordo com as características do usuário e as preferências de informação” (CADAXA, 2015, p.458).

Não há uma frequência definida para que as ações se desenvolvam, sendo realizadas de acordo com a necessidade verificada pela coordenação. Porém, há dois períodos do ano em que as ações de comunicação da saúde do homem são promovidas com maior intensidade: os meses de agosto e novembro. Em agosto, a razão é a ênfase nas campanhas de conscientização da paternidade; e em novembro, enfatizam-se as ações de prevenção ao câncer de próstata. Aqui, mais uma vez, as mídias sociais são as estratégias mais utilizadas.

No que diz respeito à estrutura e pessoal, não há, na coordenação da saúde do homem, profissional de comunicação. As iniciativas comunicacionais são postas em prática por um técnico da equipe, que tem formação em Medicina Veterinária, ainda que essas iniciativas sejam discutidas em grupo. Também não há profissional de design gráfico, o que gera dependência em relação à Ascom para o desenvolvimento de produção visual.

As ações de comunicação desenvolvidas a partir das demandas da coordenação não se baseiam em estudos, regulamentos ou políticas de comunicação. Ou seja, redundam de iniciativas próprias – às vezes individualizadas – da própria equipe, sendo elaboradas sem maiores fundamentações teóricas ou planejamentos de comunicação propriamente dito.

Entre os sujeitos canadenses, pôde-se observar um destaque unânime para a relevância da comunicação para a promoção da saúde do homem. Todos os entrevistados acreditam que a comunicação seja elemento central não apenas para a divulgação de informações de interesse do público masculino, mas, especialmente, para convencê-lo quanto à importância dos cuidados com a saúde bem como para manter as conquistas que venham a ser observadas. Também observaram que a comunicação está vinculada já ao primeiro momento dos cuidados com a saúde do homem, pois atua para a sensibilização da saúde, de forma a alertar as pessoas sobre o problema e as levar à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Porém, todos os entrevistados demonstraram que a comunicação não é devidamente valorizada nos espaços de decisão sobre a saúde do homem. Salientaram não verificar maiores investimentos em comunicação, o que pode ser atestado pela falta de profissionais da área dedicados a trabalhar a comunicação para a saúde do homem. Alguns acreditam que investimentos em comunicação poderiam gerar resistências entre muitos profissionais de saúde, que considerariam que outros serviços do setor saúde estariam sendo desprestigiados a favor da comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou lançar luz sobre o contraste entre a relevância da comunicação para a promoção da saúde do homem e a sua utilização meramente instrumental, mercadológica, pontual, fragmentada e superficial. Resta claro que a comunicação, e em especial a comunicação em saúde, carrega os vícios que se lhe impuseram ao longo do tempo como estratégia de segunda ordem. Geralmente, as instâncias de comunicação – quando acionadas – o são para a mera execução de estratégias já concebidas por áreas técnicas, ainda que tais estratégias comportem inegáveis dimensões comunicacionais.

Não se localizam, especialmente quando se fala de ações de comunicação para a promoção da saúde do homem, bases e fundamentos teóricos que subsidiem as ações comunicacionais. Tampouco se identificam métodos de planejamento em comunicação em saúde, e profissionais de formações diversas acabam se encarregando pela comunicação. Evidentemente, isso não se configura necessariamente como um equívoco, sobretudo quando o exercício da comunicação é inerente a todos. Mas demonstra o pouco interesse ou a baixa preocupação de se investir no aperfeiçoamento das equipes e da área de comunicação. Com isso, muitas das ações implementadas são postas em prática a partir de percepções particulares ou intuitivas, fragilizando ou desperdiçando seu potencial educativo ou mobilizador. Em pesquisa realizada sobre comunicação no Sistema Único de Saúde, Araújo et al (2011) já observavam a operação da comunicação nos moldes do chamado “atendimento de balcão”, ou seja, que a área de comunicação é acionada para a execução de demandas pontuais, provenientes de gestores e áreas técnicas. Os autores classificaram como raro localizar equipes de comunicação com poder de proposição de estratégias a partir de análises situacionais próprias.

Assim, se os discursos de gestores – e mesmo os textos de políticas ou outros instrumentos normativos da saúde – sugerem a comunicação como estratégica para o sucesso das iniciativas do cuidado, na prática não se localiza o correspondente o lugar estratégico que a comunicação deveria ocupar. A PNAISH, em alguns de seus momentos, cita a comunicação e a informação entre as medidas fundamentais para a implementação da política. No entanto, Moura, Lima e Urdaneta (2012), ao analisarem os indicadores para o monitoramento da

PNAISH, constataram, por exemplo, a falta de divulgação das diretrizes nacionais de atenção à saúde do homem.

Assim, embora a literatura em comunicação em saúde acentue a comunicação como condição para se superarem os desafios em saúde, o cotidiano revela uma realidade oposta. Observa-se uma acentuada negligência às possibilidades comunicacionais que se apresentam. Desta contradição resultam conflitos e desperdícios. Os conflitos saltam aos olhos mediante à elaboração de estratégias de comunicação incoerentes e não alinhadas à realidade e às necessidades de saúde do homem.

Primeiramente, porque não são implementadas com a constância com que deveriam ser postas em cena. Dessa forma, tem-se uma comunicação descontinuada, que não permite ou não favorece uma sensibilização perene, densa e eficaz em prol da saúde do homem. Em segundo lugar, além de serem pontuais no tempo, também o parecem ser na temática, o que as torna reducionistas, abordando a saúde do homem pelo viés da doença – em geral, o câncer de próstata.

Agradecimentos: À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) que financiou bolsa de estágio doutorando-sanduiche, no período de 12 meses, ao autor principal do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I; CARDOSO, JM. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I; CARDOSO, JM; MURTINHO, R. *Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências*. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. N.10 (6), 2011.

BIZOT, D. **L'apprentissage transformationnel de la masculinité**. 2011, 354 f. Tese (doutorado em Ciências da Educação). Faculté des Sciences de l'Éducation. Université de Montréal. Montreal-Canadá. 2011.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília-DF. 2009.

BROOKS GR. **A New Psychotherapy for Traditional Men**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1998.

BULCÃO, A (coord.). **Gestão da comunicação – aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores**. Relatório de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUSS PM. *Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde*. IN: Czeresnia D.; Freitas, CM. (Orgs). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 19-42.

CADAXA, A.; SOUSA, MF; MENDONÇA, A. *Conteúdos promotores de saúde em campanhas de AIDS no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru*. **Rev. Panamericana de Salud Publica**, 2015; 38 (6): 457-63.

CANADÁ. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986

COE, G. *Comunicación y promoción de la salud*. **Chasqui. Revista Panamericana de Comunicación**. N. 63, 1998.

CONNELL, R. **Masculinités: enjeux sociaux de l'hégémonie**. Paris-França: Editions Amsterdam, 2014.

CORCORAN, N. **Comunicação em Saúde: estratégias para Promoção de Saúde**. São Paulo: Editora Roca LTDA, 2011.

COUTO, MT; GOMES, R. *Men, health and public policies: gender equality in question*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2012.

CZERESNIA D. *Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção*. IN: Czeresnia D e Freitas CM. (Org). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 43-57.

DULAC G. **Aider les hommes...aussi**. Boucherville: vlb, 2001.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis : Editora Vozes, 1999.

GROSS, A; MCMULLEN, P. (1983). *Models of the help-seeking process*. IN B. M. DEPAULO, B.; NADLER, A.; FISHER, JD. (Eds.), **New directions in helping** (Vol. 2). London: Academic Press.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEFÈVRE F, LEFÈVRE A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul (Educs), 2005.

MACDONALD, J. *L'insatisfaction corporelle chez les hommes et les déterminants sociaux de la santé: vers une perspective salutogène*. Montreal 17 septembre 2015. Conferência ministrada no **Colloque Troubles Alimentaire au masculin**. Promovido pelo Departamento de Nutrição da Université de Montréal, dias 17 e 18 de setembro de 2015. Campus de Laval, 1700, Rue Jacques-Tétreault. Laval, Quebec (Canadá).

MENDONÇA, A. *Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária*. IN: SOUSA, MF.; FRANCO, M.; MENDONÇA, A. (orgs). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Brasília: Saberes, 2014. p. 701-719

MINAYO MCS. *Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social*. IN: MINAYO, MC.; DESLANDES, SF (organizadores). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 83-107

MOURA, E; LIMA, A; URDANETA, M. *Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)*. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.17. n. 10, 2012. P. 2597-2606

OLIFFE, J. *Embodied masculinity and androgen deprivation therapy*. **Sociology of Health and Illness**, 28(4), 410-32, 2006.

PESSONI, A. *Comunicação para a saúde: estado da arte da produção norte-americana*. **Comunicação e Inovação**. Vol. 8. N.14. p. 61-64, 2007

RENAUD, L.; SOTELO, C. *Comunicación y salud: paradigmas convergentes*. **Observatorio (OBS*)**. Vol. 1. p. 215-226, 2007.

TREMBLAY, G.; L'HEUREUX, P. *La genèse de la construction de l'identité masculine*. IN: DESLAURIES ET AL, **Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir**. Quebec-Canadá: Presses de l'Université Laval, 2014

TRUJILLO, N. *Hegemonic Masculinity on the Mound: Media Representations of Nolan Ryan and American sports culture*. IN: BIRREL, S.; MCDONALD, SG. (eds) **Reading Sport: Critical Essays on Power and Representation**, p. 14-39. Boston, MA: Northeastern University Press, 2000.

VASCONCELOS, W. **Observatório da Saúde no Legislativo: informação e comunicação a serviço da participação social em Saúde**. 2009. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Informação). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

YIN, RK. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do homem na sociedade, conforme visto, decorre de construções socioculturais sobre as quais incidem inúmeros fatores. Mais do que uma combinação de características biológicas e comportamentais, ser homem exige o atendimento a requisitos que se alteram e se sobrepõem ao longo do tempo e no espaço. Assim, são construídos, redefinidos e reproduzidos, ininterruptamente, diversos modelos de masculinidade. Aos diversos segmentos sociais corresponde sempre um determinado modelo – ou alguns deles. E o acúmulo das características de masculinidade estabelecidas é o que posicionará o homem em espaços de poder mais centrais ou periféricos.

Evidentemente, esse exercício de afirmação e de disputa por espaços de poder é acompanhado de implicações de diversas ordens. A grande maioria delas resultante dos conflitos entre as expectativas colocadas sobre o homem e a sua capacidade de corresponder a todas ou à maioria delas. Se dentre as exigências postas ao homem estão a supressão das emoções, a competitividade, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o uso da violência, a assunção de riscos, dentre outras (CONNELL, OLIFFE, TRUJILLO), naturalmente torna-se possível associar tais posturas a uma série de consequências sobre a saúde do homem.

Mortes por causas externas (dentre as quais as provocadas por violência, acidentes e o suicídio), demora em buscar ajuda médica (TREMBLAY, ROY) e mortes por causas evitáveis poderiam ser apontadas como as consequências mais facilmente verificáveis da realidade sanitária do homem. É aí, portanto, que se verificam os enormes desafios colocados para lidar com a saúde desse público. De antemão, há a necessidade de se compreender a complexidade que o tema envolve. A saúde masculina é resultante de questões biomédicas, mas sobretudo comportamentais e ambientais. A autoimagem de invulnerabilidade carregada mas também imposta ao homem resulta de questões socioculturais profundas e controversas – em alguns casos, de verdadeiros tabus.

Assim, à compreensão dessa realidade devem corresponder estratégias e ações de promoção da saúde no seu sentido mais holístico, em especial naquele que a diferencia da prevenção de doenças e a associa aos determinantes sociais da saúde (BUSS, CZERESNIA, RABELLO ETC). Afinal, cuidar da saúde do homem requer astúcia e observação cuidadosa às idiossincrasias que as diferentes culturas impuseram ao comportamento masculino.

Por outro lado, Macdonald (2015) alerta para o cuidado de não se culpar o homem por suas condições de saúde. Para o autor, as explicações sobre os problemas de saúde do homem fundamentadas apenas nas diferentes masculinidades conformam uma perspectiva endógena, que considera que as causas estariam “nos homens”, ao contrário de uma perspectiva exógena, que considera fatores externos como definidores da saúde masculina. Ainda segundo Macdonald, a adoção da perspectiva endógena corresponde a uma visão patogênica sobre a saúde do homem, ao passo que o autor defende uma visão salutogênica da questão. Por tal visão, para a qual o autor se ampara em Antonovsky (1979), dever-se-ia enfatizar a saúde, e não a doença. Houle (2015) também aporta uma perspectiva semelhante. Para ela, uma vez que o discurso patogênico diz que a “masculinidade é tóxica, que a culpa é dos homens e que eles devem ser mudados”, torna-se um discurso “desvalorizador, culpabilizador e desmobilizador”. Para a autora, por uma abordagem salutogênica deve-se saber “como utilizar as forças inerentes à masculinidade de maneira positiva”.

Houle adverte que, quando se trata de comportamentos promotores de saúde, o ser humano é governado por três grandes forças, quais sejam: racional, emocional e ambiental. A cada uma delas deve ser associado, respectivamente, um conjunto de medidas que sejam capazes de: a) orientar com clareza o caminho a ser percorrido, b) motivar a pessoa em prol da mudança de comportamento, e c) facilitar o alcance do objetivo estabelecido.

Diante de tais considerações, torna-se forçoso reconhecer a comunicação como estratégica para o processo de promoção da saúde, em geral, e para a saúde do homem, em particular. Relembremos, pois, de Araújo e Cardoso (2007) quando destacam a relevância da comunicação para a apropriação, por parte da sociedade, das mais diversas políticas públicas em saúde. É a partir da comunicação que o indivíduo compreende, adere e se mobiliza em prol de uma dada diretriz de saúde.

Renaud e Sotelo (2007) relembram que desde a Conferência de Alta Ata, em 1978, a comunicação teve seu protagonismo reconhecido para a atenção básica em saúde. As autoras mostram, ainda, que a Carta de Ottawa, de 1986, igualmente reconhece a relevância da comunicação, estabelecendo-a como uma das cinco estratégias complementares e essenciais que permitem confiar às coletividades e aos indivíduos o cuidado para melhorar sua própria saúde. Reforçam, igualmente, a

articulação da comunicação com as normas sociais e a implicação dessa articulação para a mudanças de comportamento. Schiavo (2014), para quem a comunicação é um processo estratégico de longo prazo, destaca a relevância da comunicação para o atingimento das condições de equidade em saúde. E isso só se conquista, segundo a autora, criando-se um ambiente receptivo e favorável, no qual a informação possa ser adequadamente “compreendida, compartilhada, absorvida e discutida por diferentes comunidades”.

Isso requer uma compreensão profunda das necessidades, crenças, tabus, atitudes, estilos de vida, socioeconomia, ambiente e normas sociais de todos os grupos-chave e setores que estão envolvidos – ou deveriam estar – nos processos de comunicação. Isso requer que a comunicação esteja baseada em mensagens que sejam facilmente compreensíveis. (SCHIAVO, 2014. p. 43)

Vale salientar, porém, que não repousa na comunicação o leque de alternativas ou soluções para todos os problemas de saúde. Personi (2007) lembra que muitos desses problemas são sistêmicos e extrapolam, assim, o alcance da comunicação (como pobreza, degradação do meio ambiente e acesso precário à atenção em saúde). Porém, o autor enfatiza a necessidade de ações de comunicação em saúde apropriadas, de forma a que as pessoas possam compreender melhor as suas necessidades, o que permitira a adoção de atitudes capazes de melhorar as condições de saúde.

O que se depreende das considerações apresentadas, portanto, é a relevância estratégica da comunicação para a promoção da saúde do homem. Os discursos dos gestores geralmente ressaltam tal importância, não sendo difícil localizar, nos textos das políticas e outras estratégias de saúde, citações à comunicação. A própria PNAISH, em diversos pontos, sugere ações de comunicação e informação como estratégias de consolidação da política. Mas Moura, Lima e Urdaneta (2012), ao analisarem os indicadores para o monitoramento da PNAISH, constataram, por exemplo, a falta de divulgação das diretrizes nacionais de atenção à saúde do homem.

Ao buscar compreender e identificar o lugar e o papel que a comunicação efetivamente ocupa para a promoção da saúde do homem, esta investigação confirmou a hipótese de que ela recebe, ainda, um tratamento secundário, pautado

por uma visão de comunicação instrumental, fragmentada e superficial. Se os discursos de gestores, e mesmo os textos de políticas ou outros instrumentos normativos da saúde, sugerem a comunicação como estratégica para o sucesso das iniciativas do cuidado, a prática cotidiana aponta outra realidade. Ou seja, não se dá à comunicação o papel e o local estratégicos de que ela necessitaria.

Conforme já exposto, a literatura em comunicação em saúde acentua o potencial da comunicação para colaborar com a superação dos desafios em saúde. No entanto, persiste uma marcada negligência às possibilidades comunicacionais que se apresentam. Tanto no Brasil quanto na província do Quebec, os agentes entrevistados confirmaram a importância da comunicação para o tema. Porém, reconheceram que o não investimento nela se configura como realidade inescapável.

Desta contradição resultam conflitos e desperdícios. Os conflitos saltam aos olhos mediante à elaboração de estratégias de comunicação incoerentes e não alinhadas à realidade e às necessidades de saúde do homem. Primeiramente, porque não são implementadas com a constância com que deveriam ser postas em cena. Geralmente, são ações pontuais, realizadas (ou enfatizadas) apenas em momentos específicos do ano, como nos meses de agosto e novembro (respectivamente, meses de atenção à paternidade e à prevenção do câncer de próstata). Dessa forma, tem-se uma comunicação descontinuada, que não permite ou não que favorece uma sensibilização perene, densa e eficaz em prol da saúde do homem.

Em decorrência dessa fragmentação, a temática das ações torna-se reducionista, recaindo muitas vezes sobre os mesmos assuntos (câncer de próstata e paternidade). Assim, um dos princípios do SUS – o da integralidade – acaba não se refletindo na comunicação, por reduzir a saúde do homem a alguns agravos e questões apenas. Evidentemente não se deve tomar esta afirmação como verdade absoluta, uma vez que outros temas são abordados, mas não com a mesma regularidade ou ênfase. Por fim, as ações de comunicação não são executadas a partir de bases e fundamentos teóricos sobre comunicação em saúde que lhes pudessem robustecer. São, grande parte das vezes, implementadas de maneira praticamente intuitiva, e em geral por profissionais que nem sempre são da área da comunicação ou que têm pouco domínio sobre o tema. Resultam, assim, dentre outras causas, da falta de investimento em comunicação. Isso corrobora o que Araújo et al enfatizam a partir de pesquisa sobre comunicação no Sistema Único de Saúde:

os setores de comunicação operam como um “balcão”, com atendimento de demandas pontuais. As demandas emanam geralmente dos gestores, em alguns casos das equipes técnicas, sendo raras as equipes de comunicação que afirmaram poder, em alguns momentos, propor estratégias a partir de análise situacional própria. (ARAÚJO, CARDOSO e MURTINHO, 2011.p. 112)

Portanto, em que pese todos os esforços, que devem ser reconhecidos no Brasil e no Quebec quanto a um olhar mais atento sobre a saúde do homem, não se pode deixar de observar que muitos avanços precisam ser implementados no tocante à comunicação. Como exaustivamente exposto ao longo desta investigação, a literatura reforça a relevância e o papel estratégico que a comunicação deve ocupar para a promoção da saúde. Porém, a falta de investimentos em estrutura e pessoal, a fragmentação temática e temporal, e a não adoção de estudos e planejamentos comunicacionais fragilizam e não permitem o bom aproveitamento desse componente tão caro e crucial à promoção da saúde do homem.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I.; CARDOSO, JM. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I; CARDOSO, JM.; MURTINHO, R. *Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências*. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. N.10 (6), 2011.

ARAUJO, I. *Pesquisa em Comunicação e saúde: um cenário desenhado nos grupos de trabalho em congressos*. IN: PESSONI, A (org). **Comunicação, saúde e pluralidade: novos olhares e abordagens em pauta**. São Caetano do Sul: USCS; 2015. p. 121-143. (Comunicação & Inovação, v. 6).

BIZOT, D. **L'apprentissage transformationnel de la masculinité**. Thèse de doctorat. Faculté des Sciences de l'Éducation. Université de Montréal. Montreal-Canada. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2006. (Textos básicos de saúde, série B).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html . Acesso em 10 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Disponível em <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf> . Acesso em 14 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Sistema de Informações sobre Mortalidade** [Internet]. 2013. [Acesso em 24 de janeiro de 2015]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

BRASIL. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: UNIFESP, 2014.

BROOKS, GR. **A New Psychotherapy for Traditional Men.** San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1998.

BULCÃO, A. (coord.). **Gestão da comunicação – aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores. Relatório de Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUSS PM. **Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde.** IN: CZERESNIA, D.; Freitas, CM. (Org). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências.** 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 19-42.

CADAXA, A.; SOUSA, MF; MENDONÇA, A. *Conteúdos promotores de saúde em campanhas de AIDS no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru.* **Rev. Panamericana de Salud Publica**, 2015; 38 (6): 457-63.

CANADÁ. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, 1986

CANADÁ, QUÉBEC: **Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins**. Rapport du Comité de Travail en Matière de Prévention et d'Aide aux Hommes. 2014

CANADÁ. CIRANO (internet). Acessível em:
https://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs_sociaux/depenses_de_sante_et_financeme
[nt](#). Acessado em 26 de fevereiro de 2017.

CANADÁ. LE QUÉBEC ÉCONOMIQUE (Internet).
https://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs_sociaux/depenses_de_sante_et_financeme
[nt](#). Acessado em 26 de fevereiro de 2017.

CANADÁ. Statistique Canada. *Population et démographie*. [Internet]. 2011. [Acesso em 20 de janeiro de 2017]. Disponível: <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402x/2011000/chap/pop/pop-fra.htm>

CANADÁ. Statistique Canada. *Population et démographie*. [Internet], 2013. Acessível em: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/hlth36b-fra.htm>
Acessado em 20 de janeiro de 2017.

CHAUÍ M. **Cultura e democracia - o discurso competente e outras falas**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

COE, G. *Comunicación y promoción de la salud*. **Chasqui. Revista Panamericana de Comunicación**. N. 63, 1998.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press, 1995.

CONNELL, R. e MESSERSCHMIDT, J. **Masculinidade hegemônica: repensando o conceito**. Revista de Estudos Femininos. Vol. 21, n.01. Florianópolis. 2013.

CONNELL, R. **Masculinités: enjeux sociaux de l'hégémonie**. Paris-França. Editions Amsterdam, 2014

CORCORAN, N. **Comunicação em Saúde: estratégias para Promoção de Saúde**. São Paulo. Editora Roca LTDA, 2011.

COURTENAY W. **Dying to be men: psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys**. Nova York: Routledge, 2011.

COUTO, MT. E GOMES, R. **Men, health and public policies: gender equality in question**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10), 2012.

CRESWELL, JW. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

CZERESNIA D. *Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção*. IN: Czeresnia D e Freitas CM. (Org). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 43-57.

DUARTE, M. **Comunicação e cidadania**. IN: Duarte J (Org). *Comunicação Pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público*. São Paulo: Atlas, 2007. p.95-115.

DULAC, G. **Aider les hommes...aussi**. Montreal: VLB Éditeur, 2001.

DUFAULT, S. e TREMBLAY, G. **Cinq paradigmes compréhensifs des hommes et des masculinités: proposition d'une classification originale**. in: DESLAURIES ET AL, **Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir**: Quebec-Canadá, Presses de l'Université Laval, 2014

FAUSTO-NETO, A. *Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação*. IN: PITTA, AMR, (org). **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 267-93

FONSECA A. **A evolução histórica das políticas sociais no Brasil**. in: Canela G. (Org.). **Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo**. São Paulo: Cortez, 2008.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GEOGRAFANDO <http://professormarcelus.blogspot.com.br/2008/08/tarefa-2-ano-semana-de-25-30agosto2008.html>

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, R., LEAL, A., KNAUTH D., SILVA, G. **Sentidos atribuídos à política voltada para a saúde do homem**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10): 2589-2596, 2012

GROSS, A; MCMULLEN, P. *Models of the help-seeking process*. IN B. M. DEPAULO, B.; NADLER, A.; FISHER, JD. (Eds.), **New directions in helping** (Vol. 2). London: Academic Press, 1983.

HABERMAS, J. **Medias de communication et espaces publics**. in: Réseaux. Persée. 1991. Vol.5, n.1. Disponível em http://www.persee.fr/doc/reso_0751-7971_1991_hos_5_1_3578.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HANSEN, JH. **Como entender a saúde na comunicação?** Ed. Paulus, 2004. São Paulo

HOULE, J. **Les comportements promoteurs de la santé chez les hommes.** Conferência no *1^{er} Colloque Regional Montréalais en Santé et bien-être des hommes.* Realizado pelo Regroupement pour les hommes de l'île de Montréal (ROHIM), em 19 de novembro de 2015. Em Montréal, Quebec (Canadá).

IBGE. **Tábuas completas de mortalidade 2012** . Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/> Acesso em 21 fev 2015.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre (RS): Artmed 1999.

LEAL, A., FIGUEIREDO, W. E SILVA, G. **Charting the brazilian Comprehensive Health Care Policy for Men (PNAISH) from its formulation through to its implementation in local public health services.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(10): 2607-2626, 2012.

LEE RG, GARVIN T. **Moving from information transfer to information Exchange in health and health care.** *Social Science and Medicine*, 2003

LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos).** Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul (Educs), 2005.

LINDSAY, J., RONDEAU, G., e DESGAGNÉS, J. **Bilan et perspectives du mouvement social des hommes au Québec entre 1975 e 2010.** in: DESLAURIES ET AL, **Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir:** Quebec-Canadá, Presses de l'Université Laval, 2014

LOPEZ, S. e MOREIRA, C. **Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e maculnidade.** *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.18 n.03. Rio de Janeiro, 2013

MACDONALD, J. **Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men's health policy and practice.** MJA. Vol. 185, n.8, 2006.

MACDONALD, J. **L'insatisfaction corporelle chez les hommes et les déterminants sociaux de la santé: vers une perspective salutogène. Montreal 17 septembre 2015.** Conferência ministrada no *Colloque Troubles Alimentaire au masculin*. Promovido pelo Departamento de Nutrição da Université de Montréal, dias 17 e 18 de setembro de 2015. Campus de Laval, 1700, Rue Jacques-Tétreault. Laval, Quebec (Canadá).

MARTINS, A. e MALAMUT, B. **Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.22, n.2, p. 429-440, 2013

MARTÍN-BARBERO, J. **Globalização comunicacional e transformação cultural.** in: Moraes D (Org.). **Por uma outra comunicação – mídia, mundialização cultural e poder.** 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. p.57-86.

MENDONÇA, V. **Os processos de comunicação e o modelo Todos-Todos: uma relação possível com o Programa Saúde da Família.** Brasília. Editora UnB, 2007.

MENDONÇA, A. *Informação e Comunicação para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma Política Necessária.* IN: SOUSA, MF.; FRANCO, M.; MENDONÇA, A. (orgs). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Brasília: Saberes, 2014. p. 701-719

MINAYO, MCS. *Hermenêutica: Dialética como caminho do pensamento social.* IN: MINAYO, MCS.; DESLANDES, SF. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 83-107

MINAYO, MCS. **O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.2 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fev 2015 .

MINAYO, MCS. e SANCHES, O. **Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993

MORIN, E. *Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade*. IN: AUDY, JLN; MOROSINI, MC (Org). **Inovação e interdisciplinaridade na universidade**. Porto Alegre: Edipucrs; 2007. p. 22-31

MOURA, E; LIMA, A; URDANETA, M. *Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)*. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.17. n. 10, 2012. P. 2597-2606

OLIFFE, J. *Embodied masculinity and androgen deprivation therapy*. **Sociology of Health and Illness**, 28(4), 410-32, 2006.

PESSONI, A. *Comunicação para a saúde: estado da arte da produção norte-americana*. **Comunicação e Inovação**. Vol. 8. N.14. p. 61-64, 2007

PINHEIRO, R. *Integralidade*. IN: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em 25 de set. 2015

PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano 2015. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (Internet). Acessível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>. Acessado em 26 de fevereiro de 2017.

POLISTCHUCK, I. TRINTA, AR. **Teorias da comunicação: o pensamento e a prática da comunicação social**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

RABELLO, LS. **Promoção da Saúde. A construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013

RENAUD, L.; SOTELO, C. *Comunicación y salud: paradigmas convergentes. Observatorio (OBS*)*. Vol. 1. p. 215-226, 2007.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed, 2010

ROY, J.; CAZALE, L.; TREMBLAY, G. *Un portrait social et de santé des hommes au Québec: des défis pour l'intervention. Masculinités e Société*. Québec, 2015.

ROY, J; TREMBLAY, G; GUILMETTE, D; BIZOT, D; DUPÉRÉ, S; HOULE, J. *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé et leur rapport aux services – Rapport final. Masculinités et Société*, Québec, 2014.

SCHNEIDER, S; SCHIMITT, CJ. *O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v.9, p. 49-87, 1998.

SCHWARZ, E., GOMES, R., COUTO, MT., MOURA, E., CARVALHO, S., SILVA, S. **Política de Saúde do Homem**. *Revista de Saúde Pública*, 2012; 46 (Supl): 108-116.

SEPARAVICH, M. e CANESQUI, AM. **Men's health and masculinities in the Brazilian Comprehensive Health Care Policy for Men: a bibliographical review**. *Saúde e Sociedade*. v.22, n.02. São Paulo, 2013.

SÍCOLI, JL; NASCIMENTO, PR. *Health promotion: concepts, principles and practice. Interface*. 2003 Feb;7(12):101-122

SIGERIST, H. **The social sciences in the medical school**. IN: SIGERIST H. (org.). **The university at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.

SOUSA, MF.; HAMANN, EM. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335.

STACHTCHENKO. S; JENICEK, M. **Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs**. [Can J Public Health](#) 1990 Jan-Feb;81(1):53-9

TREMBLAY, G; DÉRY, F. *La santé des hommes au Québec*. IN: DESLAURIES ET AL, **Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir**: Quebec-Canada: Presses de l'Université Laval, 2014

TREMBLAY, G. e L'HEUREUX, P. **La genèse de la construction de l'identité masculine**. IN: DESLAURIES ET AL, **Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir**: Quebec-Canada, Presses de l'Université Laval, 2014

TRUJILLO, N. *Hegemonic Masculinity on the Mound. Media Representations of Nolan Ryan and American Sports Culture*. IN: BIREL, S; McDONALD, M. **Critical Essays on Power and Representation** (p. 14-39). Boston, MA: Northeastern University Press, 2000.

VASCONCELOS, W. **Observatório da Saúde no Legislativo: informação e comunicação a serviço da participação social em Saúde**. 2009. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Informação). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

WINSLOW, CE. **The Untilled Fields of Public Health**. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23-33.

YIN, RK. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Promotion ou prévention? Analyse des stratégies de communication du Ministère de la Santé du Brésil 2006 – 2013

Auters:

Wagner Vasconcelos, doctorant en Sciences de la Santé à l'Universidade de Brasília (UnB).
Brasil. Adresse électronique: wrmvasconcelos@gmail.com

Mariela Oliveira, doctorante en Santé Colective à l'Universidade de Brasília (UnB). Brasil.
Adresse électronique: mariellajornalista@gmail.com

Ana Valéria Mendonça, professeure docteur de la Faculté de Sciences de la Santé à
l'Universidade de Brasília (UnB). Brasil. Adresse électronique: valeriamendonca@gmail.com

RESUME

Objectif : Analyser si les stratégies de communication du Ministère de la Santé du Brésil adoptées au thème Promotion de la Santé sont tournées vers la promotion de la santé ou à la prévention de maladies de la population brésilienne. **Méthodes :** La recherche est qualitative et décrit les campagnes promues par le Ministère de la Santé du Brésil, pendant la période entre 2006 et 2013, qui ont fait référence à de thèmes dialogant avec la Politique Nationale de Promotion de la Santé, à savoir : Promotion de l'Activité Physique ; Promotion d'Habitudes Salutaires d'Alimentation et Vie ; Tabagisme ; Contrôle de l'Usage abusif de Boissons Alcooliques et Soins Spéciaux tournés vers le Processus de Vieillesse. L'analyse a vérifié si la direction, cible et approche des campagnes sont en rapport direct avec la Promotion de la Santé. **Résultats :** Il n'y a que trois parmi les 14 actions mises au point qui ont cible et directionnement tournés vers la promotion de la santé et l'approche des autres campagnes fuit les caractéristiques de promotion. **Conclusion :** La communication des campagnes promues par le Ministère de la Santé brésilien au cours de la période analysée était plutôt liée à la prévention de maladies qu'à la promotion de la santé.

Mots-clés : communication en santé ; promotion de la santé ; moyens de communication de masse; publicité.

INTRODUCTION

Les discussions à propos du thème Promotion de la Santé se voient tournées, surtout à partir de la décennie 1980 – lors de la réalisation de la 1^{ère} Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé (Canada, 1986) –, vers le raffinement de ce concept et, particulièrement, ses différences par rapport aux propositions à venir, pas nécessairement égales, comme la prévention de maladies.

Quotidiennement et dans l’imaginaire populaire, les concepts de promotion et prévention sont, normalement, confondus ou plutôt définis en tant que synonymes. Les raisons menant à cette interprétation sont différentes et issues d’inombrables questions, des épistémologiques aux linguistiques et culturelles.

Buss (2012: 19-42) attribue, en partie, cette confusion à l’emphase donnée en modifications de comportement individuel et « du focus presque exclusif dans la réduction des facteurs de risques pour quelques maladies, constants dans certains programmes intitulés promotion de la santé ». Czeresnia (2012: 43-57), de son côté, observe que les difficultés lors de la mise en place des projets de promotion de la santé ne se trouvent pas différentes de celles des stratégies de prévention.

On cherche, ici, à vérifier les relations existantes entre la Communication et la Promotion de la Santé, à partir de la compréhension selon laquelle la réussite de celle-ci n’a pas lieu sans un bon dialogue avec celle-là.

Et, parmi ces relations, l’effort majeur sera d’évaluer si la Communication qui a lieu dans le domaine de la santé publique se voit, effectivement, tournée vers la Promotion de la Santé.

Au Brésil, la promotion de la santé s’est accélérée au cours de la dernière décennie, surtout après la mise en place de la Politique Nationale de Promotion de la Santé (PNPS) en 2006.

Il y a-t-il, cependant, une effective application du concept de Promotion de la Santé dans les stratégies et actions de communication au Brésil ? Quelques signes de la réalité peuvent indiquer qu’il y a encore, dans la communication, une certaine confusion conceptuelle qui gère une communication beaucoup plus ‘préventiviste’ que promotrice de santé. Les campagnes de santé privilégient les annonces informatives afin de prévenir la maladie de la population, soit par le biais de son adhésion aux campagnes de vaccin, soit dans l’adoption de pratiques de soins environnementaux qui minimisent les conditions de prolifération de certaines maladies.

L'importance de l'interface entre la communication et la santé est, par exemple, dans son rôle dans la participation et dans le contrôle social, car tous les deux se font par le moyen de processus de communication, donc la participation des sujets politiques dans la vie sociale se fait par l'accès aux informations en santé (Chauí, 2007).

La compréhension effective, assimilation et acceptation des politiques publiques se fait par la visibilité obtenue et par sa conversion en savoirs correspondants en harmonie avec celles des populations devant être atteintes. Bref, sa relation avec la communication s'avère indissociable et la communication est, en fait, un des facteurs déterminants de la réussite d'une politique publique donnée (Araújo et Cardoso, 2007).

Le rôle de la communication dans l'univers de la santé peut, cependant, être établi par un biais opérationnel ou de propagande (ou encore, faisant usage d'un néologisme, 'compagnistique'). La production de matériaux de divulgation, les actions des assesseurs de presse ou les campagnes publicitaires de sens préventif constituent leurs meilleurs marques, vu que la communication s'avère partenaire du public dans la prévention des maux pouvant affecter la société (Hansen, 2004).

Cependant, pour la promotion de la santé, l'interface entre la communication et la santé doit assurer des échanges d'informations et pas tout simplement la transmission linéaire (Lee et Garvin, 2003).

Promotion de la santé

Depuis la 1^{ère} Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, qui a eu lieu à Ottawa, Canada, en 1986, l'expression Promotion de la Santé se montre de plus en plus recourante dans l'univers de la santé publique. Plusieurs stratégies et campagnes de santé mettent le terme en évidence mais, en même temps, lui donnent des sens ambigus. La compréhension du sens, la plus adéquate, passe par la compréhension du contexte dans lequel il apparaît.

Quatre décennies avant cette conférence, le terme promotion de la santé a été présenté par Sigerist (Sigerist, 1946) quant il se réfère aux quatre tâches essentielles de la médecine : promotion de la santé, prévention de maladies rétablissement des malades et réhabilitation. L'auteur attire l'attention vers le fait que de bonnes conditions de vie, bonnes conditions de travail, culture physique et formes de loisirs sont fondamentales pour la promotion de la santé. Tout d'abord, le terme caractérisait un niveau d'attention de la médecine préventive. Mais, telle signification s'est modifiée et a incorporé un sens technico-politique compris dans le processus santé-maladie-soin.

(Rabello 2013) met en évidence le changement de paradigme que le terme promotion de la santé conforme, quant elle remet en question l'hégémonie du modèle flexenerien, caractérisé par l'individualisme de la spécialisation, technologisation et guérison dans l'attention à la santé – encore prédominantes dans les pratiques de santé.

En plus des aspects biologiques et environnementaux que le terme promotion de santé a toujours suscité, il y a encore une branche politique, mise en relief par Winslow (1920: 23-33), qui classe la promotion de la santé en tant qu'un « effort de la communauté organisée afin d'atteindre des politiques qui améliorent les conditions de santé de la population (...) ».

Buss (2012) montre que la promotion de la santé a un sens plus élargi, dont l'objectif serait d'identifier et faire face aux macrodéterminants du processus de santé-maladie et maintenir un très bon niveau de vie et de santé. Tandis que la prévention essaierait d'empêcher que les individus soient atteints par quelques maladies, ayant comme objectif final celui d'éviter la maladie. Le concept de promotion de la santé apporte aujourd'hui une connotation politique et théorique du processus santé-maladie-soin.

Tout en prenant compte de l'importance et du rôle de la communication pour la promotion de la santé, il faut vérifier si après le lancement de la Politique Nationale de Promotion de la Santé, le Ministère de la Santé brésilien considère sa communication comme promotrice de la santé. Pour cela, on a analysé les stratégies de communication tournées vers les thèmes suivants : Promotion d'activité physique ; Promotion d'habitudes salubres d'alimentation et vie ; Prévention et contrôle du tabagisme; contrôle de l'usage abusif de boisson alcoolique. Le découpage temporel définit se concentre entre les années 2006 et 2013. Ces thèmes constituent une partie des ceux listés dans le document de la Politique Nationale de Promotion de la Santé du Brésil, revue en 2014 (Ministério da Saúde, 2014) avec un élargissement de l'englobement de chacun de ces thèmes prioritaires. La recherche a encore analysé des campagnes dont le thème fait référence aux soins spéciaux tournés vers le processus de vieillissement, directement lié à la stratégie du gouvernement brésilien nommée Pacte pour la Vie (Ministério da Saúde, 2015). Au cours des dernières décennies il y a eu une augmentation du nombre de personnes âgées dans le pays, étant la spectative de vie atteint 74,9 ans (IBGE, 2015), ce qui fait que le nombre de personnes âgées au Brésil dépasse le nombre d'âgés dans de pays comme la France, l'Angleterre et l'Italie, et amplifie la responsabilité des gouveurs publiques pour les actions de promotion de la santé destinées à ce segment de la société (Minayo, 2012).

MATÉRIAUX ET MÉTHODES

Cette étude adopte une méthodologie qualiquantitative. On a constitué une matrice d'analyse et, en elle, on corrélationne chaque thème à l'année où elle a été présentée et les stratégies de communication adoptées, les classant selon leur objectif : Promoteur ou Préventif, tout comme le schéma proposé par Stachtchenko et Jenicek (1990), vérifié sur le tableau ci-dessous, qui organise les caractéristiques que la promotion de la santé et la prévention de maladies comportent.

Tableau 1 – Différences schématiques entre promotion et prévention

CATÉGORIES	PROMOTION DE LA SANTÉ	PRÉVENTION DE MALADIES
Concept de santé	Positif et multidimensionnel	Absence de maladie
Modèle d'intervention	Participatif	Médecin
Cible	Toute la population, dans son ambiance totale	Principalement les groupes de haut risque de la population
Tâche	Réseau de thèmes de santé	Patologie spécifique
Stratégies	Diverses et complémentaires	Généralement unique
Approche	Facilitation et habilitation	Directionnées et persuasives
Directionnement des mesures	Offertes à la population	Imposées à des groupes-cible
Objectifs des programmes	Changement dans la situation des individus et de leur ambiance	Qui ciblent surtout des individus et groupes de personnes

Exécuteurs des programmes	des	Organisations professionnelles, mouvements sociaux, gouvernements locaux, municipaux, régionaux et nationaux, etc	non-	Professionnels de la santé

Source : adapté de Stachtchenko et Jenicek, 1990.

Afin d'objectiver l'analyse, cet article s'en tient à l'analyse de trois des catégories qui composent le Schéma Stachtchenko et Jenicek: Cible, Approche et Directionnement des Mesures car celles-ci s'approchent des aspects communicationaux de la promotion de la Santé. Les autres catégories font référence plutôt à des aspects politiques que celles ayant un rapport avec la communication.

La collecte de données des campagnes du Ministère de la Santé a eu lieu sur l'adresse institutionnel www.saude.gov.br, qui dispose de tout le matériel de campagne de l'institution. On a collecté toutes les campagnes entre les années 2006 et 2013. Chacune permettait l'accès aux principales informations des campagnes.

Même si la PNPS ait été lancée en 2006, on n'a pas trouvé de campagnes d'aucun des thèmes listés au cours de cette année pour analyse de ce travail, probablement parce que les actions ont dû être organisées afin de débiter l'année suivante. En 2007, il n'y a pas eu de registre de campagnes institutionnelles pour deux thèmes de la PNPS : Promotion d'activité physique et Promotion d'habitudes salutaires d'alimentation et vie. À partir du relèvement des thèmes, on a décidé de sélectionner ceux qui étaient les plus fréquents pendant la période ciblée, qui sont : Tabagisme ; Promotion d'habitudes salutaires d'alimentation et vie et Soins spéciaux tournés vers le processus de vieillissement. Chacun de ces thèmes est apparu pendant cinq années des huit années qui composent l'échantillon.

RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

L'échantillon est composé de 14 campagnes promues par le Ministère de la Santé du Brésil et comprend trois thèmes prioritaires : Tabagisme ; Promotion d'habitudes salutaires d'alimentation et vie, et Soins spéciaux tournés vers le processus de vieillissement. Dans la

catégorie **Directionnement des mesures**, des 14 actions analysées, il n’y a que trois qui ont été classées comme « offertes à la population », c’est-à-dire, ayant un caractère plus élargie et en conformité avec les stratégies de promotion. Ce sont : Le Jour de la promotion de la qualité de vie », de 2010, la Campagne « Petits soins : une grande protection », de 2013 (toutes les deux sur « Promotion d’habitudes salutaires d’alimentation et vie) ; et la campagne « Vivre bien est vivre en bonne santé » (sur le thème Tabagisme), en 2011. Les autres ont été classées comme « Imposées à des groupes cible », c’est-à-dire, de caractère plutôt préventif. Avec la catégorie **Cible**, on est arrivé à la même conclusion, n’ayant que trois parmi les 14 actions classées comme destinées à « Toute la population, dans son ambiance totale ». Ces exceptions ont été les mêmes vérifiées quant à la catégorie antérieure, Directionnement des Mesures. Quant à la catégorie **Approches**, toutes les actions sélectionnées identifiées ont été classées comme Indicatrices de direction et Persuasives.

Au-delà de ces évidences, les textes des campagnes de communication analysés montrent nettement, dans la majorité des cas, qu’il s’agit d’action tournée soit à des publics spécifiques soit à la prévention de maladies.

En observant spécifiquement chaque thème, nous voyons que pour le tabagisme, la communication avait une approche indicatrice de direction et persuasive, elle ciblait des publics spécifiques comme ‘adolescents’, ‘fumeurs de narguilé’, ‘ personnes entre 25 et 40 ans’, ou, tout simplement, ‘fumeurs’, à l’exception de celle de l’année 2011, selon le tableau 2.

Tableau 2 : Synthèse Analytique des campagnes sur le Tabagisme (2006 – 2013)

ANNÉE	CIBLE	APPROCHE	DIRECTIONNEMENT DE MESURES	OBSERVATION
2007	Personnes des deux sexes, entre 25 et 40 ans, des classes A,B,C,D,E	Indicatrices de direction et persuasives	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “ Laisse ton coeur en fête. Pratique la santé. Ne prends pas d’alcool et, si tu bois, ne conduis pas. Eloigne-toi des drogues et ne fume pas »

2008	Adolescents	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne “Sois sage: commencer à fumer, c’est entrer dans leur groupe »
2009	Fumeurs	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “Abandonner la cigarette, c’est l’issue”
2011	Toute la population, dans son ambiance totale	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Offertes à la population	Texte de la campagne: “Vivre bien c’est vivre en bonne santé. Eloigne-toi de la cigarette ». Usage d’image de deux couples de jeunes
2013	Usagers de narguilé	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “Il semble inoffensif, mais fumer narguilé, c’est fumer 100 cigarettes ».

Source : élaboré à partir des campagnes disponibles sur le site internet du Ministère de la Santé au cours de la période ciblée par cette étude (2006-2013)

Par rapport à la promotion d’habitudes salutaires d’alimentation et vie, au cours des quatre ans pendant lesquels la campagne a été réalisée, la moitié était indicatrice de direction et persuasive et tournée vers de publics spécifiques : ‘mères’ et ‘mère qui allaite’. Au cours des deux années suivantes, on voit un possible changement de conduire, la cible devenant ‘toute la population en son ambiance totale’ selon le tableau 3.

Tableau 3 : synthèse analytique des campagnes sur les habitudes saluaires d'alimentation (2006 – 2013)

ANNÉE	CIBLE	APPROCHE	DIRECTIONNEMENT DE MESURES	OBSERVATION
2008	Les mères	Indicatrices de direction et persuasives	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “Rien de plus naturel que d’allaiter. Rien de plus important que d’appuyer
2009	Les mères et les nourrissons	Indicatrices de direction et persuasives	Imposée à des groupes-cibles	Texte de la campagne: “pour l’enfant, c’est la vie ». image d’une mère
2010	Toute la population dans son ambiance total	Indicatrices de direction et persuasives	Offertes à la population	Jour de la Promotion de la Qualité de vie. La campagne stimule l’usage des transports alternatifs, pratiques d’activités sportives et d’autre habitudes saluaires

2013	Toute la population dans son ambiance totale	Indicatrices de directions persuasives	de et	Offertes à la population	La campagne stimule les habitudes saluaires mais elle cible la façon correcte de l'usage de l'eau. Texte : « Petits soins : une grande protection »
-------------	--	--	-------	--------------------------	---

Source : élaboré à partir des campagnes disponibles sur le site internet du Ministère de la Santé pendant la période ciblée par cette étude (2006 – 2013)

De toutes les campagnes analysées, celles tournées vers le Processus de Vieillessement, sont celles qui ont gardé, pendant toutes les périodes étudiées, le focus sur des groupes spécifiques. À l'exception de l'année 2011, quand les enfants étaient la cible de la campagne – afin d'estimuler les habitudes saluaires visant à minimiser les risques d'ostéoporose dans la vie adulte -, les années suivantes les campagnes ont ciblé la population âgée de plus de 60 ans.

En grande partie cela s'explique par le fait que les campagnes ont pour thème le vaccin contre la grippe, destinées à ce groupe spécifique. Même quand le groupe cible était un autre (les enfants), l'objectif de la campagne était aussi assez spécifique – minimiser les risques d'ostéoporose.

Tableau 4 : synthèse analytique des campagnes sur le Processus de Vieillessement (2006 – 2013)

ANNÉE	CIBLE	APPROCHE	DIRECTIONNEMENT DE MESURES	OBSERVATION
-------	-------	----------	----------------------------	-------------

2007	Personnes âgées de 60 ans ou plus	Indicatrices de directions persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Campagne National d'immusination de la personne âgée. Slogan : « . Soyez actif. Prenez le vaccin contre la grippe” (Il s’agit d’une information technique du Ministère de la Santé)
2008	Personnes âgées de 60 ans ou plus	Indicatrices de direction persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “Ne permettez pas que la grippe vous heurte. Prenez le vaccin »
2009	Personnes âgées de 60 ans ou plus	Indicatrices de direction persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: “la grippe vous regrette, prenez rendez-vous avec les amis »

2010	Personnes âgées de 60 ans ou plus	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	Texte de la campagne: «Influenza. Plus de prévention, plus de protection » (information technique du Ministère de la Santé)
2011	enfants	Indicatrices de direction et persuasives	de et	Imposée à des groupes-cible	La campagne stimule les habitudes salutaires par les enfants, afin d'éviter ou minimiser les risques d'ostéoporose dans la vie adulte

Source : élaboré à partir des campagnes disponibles sur le site internet du Ministère de la Santé pendant la période ciblée par cette étude (2006-2013).

Au-delà de ces évidences, les textes des campagnes de communication analysées montrent nettement, dans la plupart des cas, qu'il s'agit d'actions tournées ou à des publics spécifiques ou à la prévention de maladies.

Conclusion

Même dans l'ambiance institutionnelle de la santé publique brésilienne, quelques confusions conceptuelles entre prévention et promotion de la santé persistent encore et répercutent dans la communication institutionnelle du Ministère de la Santé du Brésil, dont les stratégies ont des caractéristiques plus « préventistes » que « promotrices » de la santé ; quant on analyse les publics, les approches des campagnes montrent la particularité de chacune d'entre elles.

On ne peut pas se passer de la communication pour la promotion de la santé, étant donné qu'elle est essentielle pour atteindre ses objectifs, devant, donc, être en premier plan dans le camp des formulations des stratégies de promotion.

Une telle perception ne remet pas en question les objectifs, intention ou qualité des campagnes entreprises par le Ministère de la Santé. Seulement, elle lance une lumière sur la permanence d'un certain éloignement, ou encore des confusions conceptuelles, quant il s'agit du thème Promotion de la Santé. Revoir les stratégies de communication adoptées pour les thèmes des campagnes est nécessaire pour que la promotion de la santé soit effectivement traitée en tant que tel, permettant de ce fait, que l'on assure la qualité de la vie de la population et l'amélioration des indicateurs de la santé publique brésilienne.

RÉFÉRENCES

Canadá. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986

Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde, dans Czeresnia D e Freitas CM. (Dir). Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências. 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 19-42.

Czeresnia D. Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. dans Czeresnia D e Freitas CM. (Dir). Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências. 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 43-57.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Chauí M. Cultura e democracia - o discurso competente e outras falas. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

Fonseca A. A evolução histórica das políticas sociais no Brasil, dans Canela G. (dir.), Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo. São Paulo: Cortez, 2008

Araújo I, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

Hansen JH. Como entender a saúde na comunicação? Ed. Paulus, 2004. São Paulo

Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information Exchange in health and health care. Social Science and Medicine, 2003

Sigerist H. The social sciences in the medical school, dans Sigerist H. (Dir.) Sigerist H. The university at the crossroads. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.

Rabello LS. Promoção da Saúde. A construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013

Winslow CE. The Untilled Fields of Public Health. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23–33.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html . Acesso em 10 dez 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão . Disponível em <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf> . Acesso em 14 fev 2015.

IBGE. Tábuas completas de mortalidade 2012 . Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/> Acesso em 21 fev 2015.

Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.2 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fev 2015 .

Minayo MCS, Sanches O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993

Stachtchenko, S. Jenicek, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. Canadian journal of Public Health, 81: 53-59, 1990.

Polistchuck I, Trinta AR. Teorias da comunicação: o pensamento e a prática da comunicação social. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

Duarte M. Comunicação e Cidadania, dans Duarte J (dir.). Comunicação Pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público. São Paulo: Atlas, 2007. p.95-115.

Martín-Barbero J. Globalização comunicacional e transformação cultural, dans Moraes D (dir.). Por uma outra comunicação – mídia, mundialização cultural e poder. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. p.57-86.

APÊNDICE 2

RELATÓRIO PARA CAPES (*)

Eu, Wagner Robson Manso de Vasconcelos, doutorando sob matrícula UnB nº 130004227, Departamento de Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, relato a seguir os resultados de minha jornada de doutorado sanduíche junto à Université du Québec à Montréal (UQAM), para o qual estive em afastamento durante o período de 09/02/2015 a 31/01/2016.

Destaco, inicialmente, a relevância do tema de minha pesquisa para o conjunto da saúde pública brasileira. O trabalho versa sobre a importância da comunicação para a promoção da saúde do homem. Observe-se que a saúde do homem é um assunto de preocupação para os gestores da saúde no Brasil a ponto de o país ter lançado, em 2009, uma política específica para este segmento da sociedade. Os dados epidemiológicos e mesmo sociais sobre o impacto da saúde do homem no Sistema Único de Saúde e sobre a própria sociedade não deixam dúvidas quanto à importância do tema. O estágio de doutorado sanduíche permitiu-me conhecer e analisar a realidade da saúde no homem no Canadá, observando experiências, teorias e práticas que podem colaborar com o desenvolvimento do tema no Brasil.

Ao longo dos 12 meses em que atuei no Canadá, dediquei-me integralmente aos estudos vinculados a minha pesquisa, aprofundando-me no tema a ponto de hoje ter domínio e segurança sobre o assunto que exploro.

Para isso, conheci e interagi com professores e pesquisadores da UQAM e de outras universidades, criando uma rede de apoio e de troca de informações que me foi útil em Montreal, bem como o será no Brasil.

Destaco o fato de eu ter apresentado um trabalho, na modalidade Comunicação Oral, no “4^e Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs”, realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2015, na Université du Québec à Montréal. No evento, que reuniu alunos e pesquisadores de diversas universidades da província do Québec, apresentei o trabalho intitulado “**Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)**”, que abrangeu, sobretudo, análises e resultados de parte de minha pesquisa. O trabalho integrará os anais do Colloque, ainda no prelo.

Particpei, ainda, de eventos diversos que colaboraram com a ampliação de meus horizontes acadêmicos, como dois seminários de grande porte sobre a promoção da saúde do homem, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela Universidade de Montreal (UdeM); e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal (ROHIM). Em ambos os eventos, articulei-me com pesquisadores canadenses e estrangeiros de significativa importância para o desenvolvimento de minha pesquisa, e que reforçaram a minha rede de interação.

Utilizei o período de minha permanência no Canadá para realizar entrevistas e encontros com agentes acadêmicos e institucionais de importância central para o meu trabalho, sejam estes agentes das universidades UQAM, UdeM e Université de Laval, bem como integrantes do Ministério da Saúde e do Serviço Social da província do Québec e de instituições como o ROHIM (já citada).

Produzi e participei da produção de artigos científicos, um deles já submetido e aguardando análise do periódico; um outro em colaboração com um grupo de pesquisadores (dentre os quais minhas orientadoras no Canadá e no Brasil, Lise Renaud e Ana Valéria Machado Mendonça, respectivamente) e um terceiro, em fase de conclusão. Atuei também à distância, sendo moderador, por vídeo-conferência, de uma oficina de comunicação em saúde realizada pela Universidade de Brasília, em 21 de julho de 2015, na qual apresentei o trabalho **“Promoção da Saúde do Homem: desafios para comunicação”**. Nesta ocasião, apresentei dados da minha pesquisa no Canadá.

Também considero importante ressaltar minha participação nas atividades do Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal. Essa participação favoreceu a articulação política e institucional entre a universidade canadense e a própria Fiocruz, identificando temas que podem ser desenvolvidos a partir de diversas parcerias. Dessa articulação, inclusive, resultou um seminário que organizei por lá em que uma pesquisadora da Fiocruz, em visita técnica ao país, apresentou os resultados de sua pesquisa aos profissionais canadenses, em 15 de dezembro de 2015. Além disso, participei de sete seminários realizados em 2015, e mais três, logo antes de meu retorno ao Brasil, em janeiro de 2016. Esses seminários fazem parte do rol de atividades acadêmicas do Comsanté e reúnem professores, alunos e pesquisadores de diversas universidades do Canadá, sendo uma importante fonte de conhecimento e troca de saberes entre os participantes.

A partir das articulações com diferentes profissionais, consegui inscrever-me e participar

de um curso a distância sobre Masculindades, ofertado pela Universidade de Laval, na cidade de Quebec. O curso teve início em janeiro de 2016 e prosseguirá até abril deste ano. Minha participação se dá a partir de aulas por webconferência.

Brasília, 17 de fevereiro de 2016.

(*) O relatório apresentado à Capes foi preenchido no formato eletrônico, sendo esta versão aquela que o bolsista redigiu para enviar à referida instituição quando de seu retorno ao país.

APÊNDICE 3

RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS EM MONTRÉAL E EM QUEBEC

ENTREVISTADO	POSTO	DATA	CRITÉRIO DE INCLUSÃO
Gilles Tremblay	Diretor da <i>École de Service Social, da Université Laval</i>	19/10/2015	Relevância da produção. É autor de referência nos estudos canadenses sobre saúde homem, tendo participado, inclusive, da produção de documentos que servem de orientação ao governo do Québec sobre Saúde do Homem.
Michel Lavallée	Coordenador do Departamento de Saúde e Bem-Estar dos Homens do Ministério da Saúde e do Serviço Social de Québec	28/10/2015	Protagonismo institucional. Coordena a principal área que trata da saúde do homem na província de Québec.
Raymond Villeneuve	Presidente <i>Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal (ROHIM)</i>	26/11/2015	Reconhecimento social. Preside a instituição que congrega diversos organismos destinados aos homens na cidade

			de Montreal
Janie Houle	Pesquisadora e professora do Departamento de Psicologia da Université du Québec à Montréal e membro do <i>Centre de Recherche de l'institut universitaire de santé mentale de Montréal</i>	17/12/2015	Relevância da produção e proximidade com o campo da comunicação. A pesquisadora tem trabalhos publicados que se referem à saúde do homem e cujas recomendações se aproximam e dialogam com o campo da comunicação

APÉNDICE 4 – ROTEIRO ENTREVISTA MICHEL LAVALÈE

- 1) Quels sont les principaux enjeux de la santé des hommes au Québec?
- 2) Quelles sont les principales actions du Msss pour la promotion de la santé des hommes au Québec?(en terme de loi, de programme, intervention, communication).
- 3) Ces actions (programme, interventions, communication) sont mises en oeuvre par le Msss seulement? Comment sont-elles relayées aux divers niveaux régional, local et communautaire?
- 4) Quelles sont les résultats de ces actions (impact, évaluation, bénéfice)?
- 5) Le MSSS developpe-t-il des actions “articulées” avec d’autres ministères? Les quelles et comment cela fonctionne?
- 6) A-t-il une attention à l’intégralité des actions pour la promotion de la santé des hommes? Se oui, comment cette intégralité est mis en oeuvre? Si non, pourquoi pas?
- 7) Dans certains pays comme L’Australie, le Brésil et L’Irlande, il y a une politique de la santé des hommes. Pourquoi il n’y a pas une Politique pour la santé des hommes au Québec?
- 8) Est-ce que l’existence d’une politique de santé des hommes pourrait aider à améliorer la gestion de la santé de ceux-ci?
- 9) Quelle est l’importance de la communication pour la promotion de la santé des hommes?
- 10) Quelles sont les actions de communication actuelles destinées spécifiquement aux hommes?

- 11) Est-ce qu’il y a une politique de communication pour la promotion de la santé des hommes au Québec?

- 12) Quel est le processus que le Msss faire pour réaliser les communications pour les hommes (analyse de besoins, focus groupe, pre-test de spot, des affiches etc)?

- 13) Les communications sont-elles basées sur la littérature ou sur une analyse terrain? Exemples.

- 14) plusieurs initiatives de spot publicitaires à la tv touchent les hommes mais ne semblent pas émaner de votre msss. Voici les exemples:
 - a) spot santé des hommes sur au travail (CSST), b) Spot sur l’alcool (transp. Edualcohol), c) spot text sur texto au volant, d) En s’en dort au volant. Ai-je raison et si oui, comment est-ce arrimé avec des interventions terrains de votre msss? Intégrer ou non?

- 15) Pouvez-vous expliquer le lien entre ses publicites?

- 16) Les publicites en matière de promotion de la sante des hommes constituent la pointe de l’iceberg des actions de communications. Donc, quelles sont les autres interventions de communication (ex: education à la sante etc)qui sont réalisées?

APÊNDICE 5 – ROTEIRO ENTREVISTA GILLES TREMBLAY

- 1) Quelle est votre analyse sur la santé des hommes au Québec?
- 2) De nombreuses données montrent que la situation de santé des hommes au Québec est plus inquiétante que celle des femmes (taux de mortalité à cause des tumeurs, cancer du poumon, diabète, suicide etc). À votre avis, pourquoi cela se produit?
- 3) Y-a-t-il des efforts gouvernementaux pour remédier à la situation?
- 4) Quel serait l'avantage d'une politique de santé pour les hommes?
- 5) Pensez-vous que le Canada et le Québec doivent avoir une politique de santé pour les hommes? Pourquoi?
- 6) Pourquoi nous n'en avons pas, à votre avis?
- 7) Quelle est l'importance de la communication pour promouvoir de la santé des hommes?
- 8) Pouvez vous me donner des exemples de programmes destinés spécifiquement aux hommes?
- 9) Pouvez vous me donner des exemples de communication et publicités destinés spécifiquement aux hommes au Québec?

APÊNDICE 6 – ROTEIRO ENTREVISTA JANIE HOULE

- 1) La masculinité est parfois utilisé pour expliquer les problèmes de santé des hommes. Mais, dans votre conférence, vous avez dit que ça c'est la même chose que blâmer la victime. Donc, à votre avis, pourquoi les hommes prennent moins soins de santé que les femmes?
- 2) Comment encourager les hommes à avoir un comportement promoteur de santé?
- 3) Quels sont les défis pour ça?
- 4) Quel serait le rôle du gouvernement pour stimuler les hommes à prendre soins de leur propre santé?
- 5) Et quel serait le rôle de la famille?
- 6) Vous avez parlé aussi sur les forces qui gouvernent l'être-humain. Pourriez m'expliquer quelle sont ces forces?'
- 7) Comment ces forces influencent le comportement des hommes vers leur propre santé?
- 8) Observez-vous quelques strategies gouvernementales de communication pour la promotion de santé des hommes au Québec? Si oui, qu'en pensez-vous?
- 9) Quelle serait l'importance de la communication pour la promotion de la santé des hommes?
- 10) Quelle serait l'importance d'une politique publique pour la santé des hommes?

APÊNDICE 7 – ROTEIRO ENTREVISTA RAYMOND VILLENEUVE

Questions pour Raymond Villeneuve. Coordinateur du Regroupement pour les Hommes d'île de Montréal – ROHIM.

- 1 – Qu'est-ce que c'est le Rohim? Et quelle est sa mission
- 2 – Comment et pourquoi a-t-il été créé?
- 3 – Combien d'organismes sont regroupés au Rohim?
- 4 – Quelle est la relation du Rohim avec le Msss?
- 5 – Quelles sont les principaux besoins santé des hommes à Montréal? Et à quel besoin spécifique répond ROHIM
- 6 – Comment la santé des hommes est partagée et travaillée pour les organismes du Rohim?
- 7 – Quelles sont les activités de formation et de sensibilisation, concernant la santé des hommes, mises en œuvre par le Rohim?
- 8 – Quelles sont les stratégies de communication mises en œuvre par le Rohim?
(demander des exemples)
- 9 – Comment ces stratégies sont-elles développées (ont-ils des professionnels de communication? Comment est montée leur campagne de communication? Réalisent-ils de groupes focus etc)?
- 10 – Quelle est l'importance de la communication pour le travail du Rohim concernant la santé des hommes?
- 11 – Les stratégies de communication mises en œuvre pour le Rohim sont-elles évaluées? (si oui, comment et quelles sont ces résultats?)

APÊNDICE 8 – ROTEIRO ENTREVISTA MICHELLE SILVA

- 1) Quais são as principais questões da saúde do homem no Brasil?
- 2) Quais são as principais ações do Ministério da Saúde para a promoção da saúde do homem? (leis, programas, intervenção, comunicação etc)
- 3) Essas ações (programas, intervenções, comunicação etc) são implementadas somente pelo Ministério da Saúde? Como elas são articuladas aos níveis municipal, estadual e comunitário?
- 4) Quais são os resultados dessas ações (impactos, avaliações, benefícios)?
- 5) O Ministério da Saúde desenvolve ações articuladas com outros ministérios e instituições para a saúde do homem? Se sim, quais e como isso funciona?
- 6) Existe uma atenção à integralidade das ações para a promoção da saúde do homem? Se sim, como essa integralidade é implementada? Se não, por que não?
- 7) A existência de uma política de saúde do homem efetivamente ajuda a melhorar a gestão da saúde do homem?
- 8) Qual a importância da comunicação para a promoção da saúde do homem?
- 9) Quais são as ações de comunicação atuais destinadas especificamente aos homens?
- 10) Existe uma política de comunicação para a promoção da saúde do homem?
- 11) Qual processo o Ministério utiliza para produzir as ações de comunicação para os homens? (análise de necessidades, grupo focal, pré-teste de spots, cartazes etc)?
- 12) As ações de comunicação são baseadas na literatura ou numa análise de campo? Teria alguns exemplos?
- 13) Além da publicidade, que outras intervenções de comunicação (educação em saúde etc) são realizadas para a saúde do homem?

APÊNDICE 9 – ROTEIRO ENTREVISTA JULIANO RODRIGUES

- 1) Qual a importância da comunicação para a promoção da saúde do homem?
- 2) Como está organizada a comunicação para a SH no MS? Qual a composição e formação da equipe e quais as suas atribuições etc?
- 3) Quais os fluxos da comunicação para a SH no MS?
- 4) As campanhas obedecem aos mesmos fluxos? Se não, quais são eles, quem toma as decisões, inclusive sobre seus lançamentos e encerramentos?
- 5) Qual método o Ministério utiliza para produzir as ações de comunicação para os homens? (análise de necessidades, grupo focal, pré-teste de spots, cartazes etc)?
- 6) São feitas avaliações sobre as estratégias de comunicação para a SH? Se sim, quem as faz e sob quais critérios? Se não, por que não?
- 7) Quais são as ações de comunicação atuais destinadas especificamente aos homens?
- 8) As ações de comunicação são baseadas na literatura (teorias, estudos etc) ou numa análise de campo? Se sim, quais? Teria alguns exemplos?
- 9) Além da publicidade, que outras intervenções de comunicação (educação em saúde etc) são realizadas para a saúde do homem?
- 10) Existem recursos financeiros próprios para a Comunicação da SH?
- 11) Existem períodos em que as estratégias de comunicação são mais enfatizadas? Se sim, quais e por que? Se não, por que?
- 12) A saúde do homem é influenciada por fortes questões socioculturais. Que estratégias de comunicação são adotadas diante dessas questões?
- 13) Como a promoção da saúde é incorporada ao desenvolvimento das estratégias de comunicação para a SH?

APÊNDICE 10 – ROTEIRO ENTREVISTA ROMEU GOMES

- 1) Quais as principais questões (problemas e desafios) para a saúde do homem no Brasil?
- 2) O Brasil é um dos pioneiros na criação de uma política voltada à saúde do homem. Por que uma política como essa é importante? Qual a sua avaliação sobre esta política?
- 3) Qual o papel da Atenção Primária à Saúde na melhoria das condições de saúde do homem brasileiro?
- 4) A política saúde do homem destaca a importância da integralidade de ações e estratégias para atingir seu público. Como essa integralidade deve se dar e por que ela é importante?
- 5) Sendo o Brasil um país de grande população, dimensões continentais e significativa variedade sociocultural, como uma política para a saúde do homem deve ser conduzida?
- 6) Em seus estudos, o senhor reforça que dar atenção à saúde masculina é importante não apenas para a saúde do próprio homem, mas também para a saúde da mulher. Poderia discorrer um pouco sobre isso?
- 7) Segundo a PNAISH, o homem adentra o serviço de saúde já pelo nível secundário, e não pelo primário. Podemos deduzir, então, que temos a necessidade de ações de promoção da saúde do homem, além das ações de prevenção ou recuperação de sua saúde. O senhor acredita que o país, mesmo com a política, realmente investe em promoção da saúde do homem?
- 8) Qual a sua opinião sobre o papel comunicação para a promoção da saúde do homem?
- 9) Como avalia as estratégias de comunicação (campanhas etc) que são utilizadas para a saúde do homem? De que maneira elas seriam melhor aproveitadas pela população?

APÉNDICE 11

ENTREVISTA COM GILLES TREMBLAY

Verbatim de l'entrevue no 1
Réalisée avec : Gilles Tremblay
Date : 19/10/2015
Durée : 46 minutes

Je vais lire le formulaire d'information et de consentement. Le titre de projet : Communication pour la promotion de la santé des hommes. Étude comparée Brésil - Canada (Québec) [...] Vous êtes d'accord?

Oui je suis d'accord, oui je consens.

[...]

À votre avis, quelle est votre analyse sur la santé des hommes au Québec? On va commencer par des questions plus générales, et après on va arriver à des questions plus spécifiques.

De manière générale, la santé des hommes au Québec se porte relativement bien. Comme dans plusieurs pays développés, l'état de santé s'améliore constamment, et on le voit par ailleurs par l'espérance de vie des hommes, qui rattrape peu à peu l'espérance de vie des femmes. On est actuellement à quatre années de différence entre les hommes et les femmes, alors qu'il y a une vingtaine d'années, on était autour de 7 années de différence entre les hommes et les femmes. Donc il y a vraiment des améliorations. Cela étant dit, sur plusieurs indicateurs de santé, on voit les hommes en surnombre pour 14 des principales causes de décès au Canada. Donc il y a quelque chose là qui se passe en matière de santé masculine, qu'il faut prendre le temps de regarder de près. On sait généralement que les hommes prennent plus de risques, ont plus d'accidents d'auto, au sport, au travail. Arrivent souvent aussi plus tardivement [pour consulter], une fois que les problèmes de santé se sont détériorés, et sont plus difficiles à corriger. Donc il y a vraiment là quelque chose à regarder, et entre sur le rapport des hommes aux services, qui demeure un élément assez marquant. Quand on a fait la dernière enquête l'an dernier, auprès de 2 084 hommes québécois, on s'est rendu compte qu'il y a des différences importantes selon les âges, entre autres les plus jeunes hommes particulièrement commencent à se dégager davantage du modèle stéréotypé de l'homme fort à tout prix. Mais en même temps, le rapport aux services lui reste le même, c'est-à-dire qu'il y a toujours des difficultés à demander de l'aide, même quand elle est requise.

Question 2 : De nombreuses données montrent que la situation de santé des hommes au Québec est plus inquiétante que celle des femmes (taux de mortalité à cause des tumeurs, cancer du poumon, diabète, suicide etc). À votre avis, pourquoi cela se produit?

D'abord deux choses : [...] il y a 71% des hommes qui sont reliés à un médecin de famille, contrairement à 86% ou 90% pour les femmes. Donc beaucoup moins d'hommes sont affiliés à un médecin de famille, et quand ils le sont, ils le visitent moins régulièrement que les femmes généralement. Donc c'est sûr que le médecin de famille, c'est lui qui, souvent, au moment des rencontres régulières, va identifier un certain nombre de tests de dépistage à faire, selon l'âge de la personne. Par exemple, on s'ait qu'à mon âge on

commence à regarder de plus près le cancer de la prostate. C'est sur que si quelqu'un de mon âge va demain chez le médecin, il y a de fortes chances qu'il y ait un test de dépistage pour le cancer de la prostate. Ne serait-ce que le toucher rectal, qui déjà est un des moyens le plus efficace pour le dépister. Alors ça s'est un élément important, le fait d'être affilié à un médecin, avec du coup l'usage de moyens de prévention. On sait qu'en général, les hommes sont moins préventifs que les femmes, utilisent moins de moyens de prévention. On le voit à plusieurs égards, sur l'alimentation entre autres. Le seul élément où les hommes font mieux que les femmes, c'est sur l'exercice physique. Ça vraiment c'est un élément qui est à l'avantage des hommes, avec une nuance cependant, parce que c'est aussi chez les hommes qu'on retrouve le sur entraînement, c'est-à-dire de faire trop d'activité physique, à certains égards ce n'est pas mieux. Alors il y a ce danger là aussi qui est présent. Aussi, quand les premiers symptômes arrivent, la tendance : « je vais me débrouiller par moi-même », prendre un peu d'information par internet ou autrement, et se donner ses propres modes de solutions, de résolution de problèmes, qui ne sont pas toujours nécessairement les meilleurs. Par exemple, sur le plan de la santé mentale, qui joue probablement plus que le plan de la santé physique chez les hommes. Aller consulter pour des problèmes de santé physique, c'est pas « si tant mal », mais quand on arrive sur la santé mentale, c'est beaucoup plus difficile. Les hommes sont plus réfractaires à aller demander de l'aide, et c'est là que ça vient jouer, spontanément, à plusieurs égards. La situation s'est passablement détériorée, et donc [inaudible], peuvent être parfois radicales, pour un certain nombre d'hommes. Un bon exemple c'est le suicide. IL y a plus de suicide chez les hommes que chez les femmes.

Y a-t-il des efforts gouvernementaux pour remédier à la situation?

Quelques efforts. Je ne dirais pas des efforts majeurs, mais il y a quelques efforts. Depuis le dépôt du rapport Rondeau en 2004, la santé des hommes est quand même devenu un dossier du Ministère de la santé et des services sociaux, alors qu'avant ce n'était même pas dans l'ordre de préoccupations. En même temps, il n'y a pas beaucoup d'investissement de fait du côté de la santé des hommes. Si on regarde le budget investi sur ce plan, ça demeure assez mineur. Il y a quand même des améliorations depuis une dizaine d'années. La création du dossier de la santé des hommes date de 2004-2005. C'est quand même intéressant, mais il y a encore d'énormes pas à franchir. On est loin de la coupe aux lèvres. Ça demeure un dossier relativement secondaire. Il n'y a pas de plan d'action systématique d'établis comme ça peut l'être par exemple en santé des femmes. LE dossier de la santé des femmes est beaucoup plus avancé que l'est celui de la santé des hommes, et on sent une certaine résistance à certains égards, dans le ministère ou ailleurs, même si c'est nettement [insistance] mieux que ce l'était auparavant. On sent que tout n'est pas gagné. Par exemple, c'est pas juste dans le Ministère de la santé et services sociaux, c'est aussi dans les autres ministères que ça se joue, quand vient le temps par exemple de penser à la réussite scolaire des garçons. On sait que l'éducation est un des déterminants de la santé. La situation est nettement pire. On sait que tous les hommes ne sont pas au même niveau, les hommes en contexte de pauvreté, moins scolarisés, ont des réalités de santé nettement moins bonnes que celle des hommes plus fortunés ou plus scolarisés. Et l'écart entre les hommes riches et les hommes pauvres est beaucoup plus grand qu'entre les hommes et les femmes riches, ou entre les hommes et les femmes pauvres. Donc la question des réalités socioéconomiques est un déterminant de la santé plus marquant que le genre, sauf que le genre s'ajoute aux déterminants de la santé, de telle sorte que nos hommes pauvres par exemple se retrouvent en moins bonne condition que les femmes pauvres. Alors il y a quelque chose là qui se joue, le genre et la santé, et même chose sur le plan de la scolarité. On sait que l'éducation, le fait d'être

éduqué est un élément protecteur sur le plan de la santé, et on voit que nos gouvernements sont peu attentifs à la réussite scolaire des garçons, alors qu'il y a deux fois plus de garçons que de filles qui décrochent avant d'avoir terminé leur diplôme secondaire. On sait que le secondaire est vraiment un minimum pour s'en sortir dans la vie. C'est de plus en plus minimalement un cours collégial ou un cours universitaire. Alors le secondaire V est assez minimal, et malheureusement il y a quand même 23 % ou 24 % des garçons qui ne terminent pas un cours secondaire, ce qui est énorme.

Quel serait l'avantage d'une politique de la santé pour les hommes?

En fait, une politique permet davantage de clarifier une position gouvernementale sur un thème précis. En mettant une politique ne règle pas tout, car une politique doit être assortie d'une volonté politique, non seulement une politique lorsqu'on établit une volonté théorique. Ce n'est pas parce qu'on établit des positions à travers une politique, qu'on les applique nécessairement. Il faut se donner aussi des moyens d'application de la politique, ce qui est l'autre élément fondamental qui n'est pas toujours évident. On le voit un peu avec l'Irlande par exemple qui a une politique intéressante, mais qui n'a aucun budget assorti à la politique. Donc ils avancent plus ou moins avec [leur] politique. Il y a l'Australie qui a établi une excellente politique, intéressante [...], qui a investi dans un premier temps et qui avancé des choses intéressantes, mais qui actuellement est en processus de restriction budgétaire un peu comme on connaît au Canada, avec la hache un peu partout. Donc un des premiers coups de haches, bien sûr, viennent en matière de santé des hommes. Donc il y a énormément de services qui sont finalement coupés du côté de l'Australie. Donc c'est pas toujours acquis nécessairement. On l'inscrit dans une politique, mais aussi il faut que la politique soit elle-même prise en main par les instances gouvernementales, et aussi par la population de façon généralisée. Et c'est probablement un des avantages du côté du Brésil, ou on sent à la fois une volonté gouvernementale, mais aussi les médecins et les organismes plus communautaires sont parties prenantes de cette politique. Je pense entre autres que les médecins sont peut-être plus impliqués dans cette politique, que cela n'a été le cas du côté de l'Irlande. Alors ça, ça peut aussi être un élément intéressant. En faisant attention pour ne pas que ça devienne non plus biomédical. Si on est axé uniquement vers le biomédical, on rate une grande cible importante.

Et pourquoi il n'y a pas une politique pour la santé des hommes au Canada, à ton avis?

Oh! La prise de conscience des problèmes et des réalités des hommes en matière de santé demeure relativement récente au Canada et au Québec. Ça demeure un phénomène récent, des dernières années particulièrement. Avant, ce n'était même pas dans le radar, personne ne s'en préoccupait. Donc on a au moins cette préoccupation-là maintenant, contrairement à la santé des femmes, qui avec le mouvement féministe des années 1970 et 1980, a permis de pourvoir un certain nombre de politiques et de mécanismes sur le plan gouvernemental, qui a marqué des pas. Donc santé des hommes relativement restreint de ce côté-là. L'autre volet aussi, c'est qu'on se rend compte, dépendamment des milieux auxquels on a affaire, parfois certains groupes on peur que cela nuise du côté de la santé des femmes, et donc vont s'opposer. C'est moins fréquent que ça ne l'a été il y a 10 ans par exemple, on sentait vraiment un tollé. Maintenant c'est beaucoup moins présent, mais il y a une toile de fond quand même d'une certaine frange un peu plus radicale, qui a quand même une certaine porte d'entrée qui n'est pas facile. L'autre volet, probablement encore plus fort que ça, c'est que parler de la santé des hommes, c'est parler aussi de modifications de comportements ou d'attitudes. C'est remettre en

question aussi des vieux stéréotypes masculins, et pour un certain nombre d'hommes très stéréotypés, ou plus traditionnels, ça demeure très difficile. Et on l'a vu un petit peu dans le cas du rapport Rondeau, quand le rapport a été déposé en 2004 : deux types de position. On a eu effectivement la frange plus radicale du mouvement des femmes qui s'est opposée, de peur de perdre des sous au mouvement des femmes. Ce volet-là s'est beaucoup estompé avec les années. Et l'autre qui a été aussi très virulente comme critique, c'était ce que j'appelle les « néotraditionnalistes », les journalistes qui représentent un peu ce type de vision « on des guides [inaudible] » mais en même temps, il ne faut surtout pas que les choses changent. Se donner une image d'ouverture aux réalités des femmes, mais fondamentalement demeurer très macho dans leurs positions de base, et un inconfort majeur à changer ces positions-là. On le voit. Je donnais une conférence il y a une semaine dans un département de psychiatrie, je pense que l'intérêt est très grand généralement autour de la santé mentale des hommes, mais en même temps, il y a un psychiatre qui se lève : « [inaudible] Féminiser des hommes! » Alors on voit un inconfort de remettre en question les modèles masculins plus traditionnels chez certains, qui demeurent extrêmement présents. Donc c'est un inconfort qui reste là. Et ça, ça joue nécessairement, et ça demeure autant de freins. Alors il faut vraiment faire attention à notre manière d'amener les choses, pour à la fois ne pas trop heurter ces deux lignes d'opposition, et pour être en mesure de faire des percées de plus en plus. On travaille beaucoup dans ce sens-là, mais faire bien attention en même temps.

Pensez-vous que le Canada et le Québec doivent avoir une politique de santé pour les hommes?

Ce que je pense c'est que le fait de faire un débat autour d'une politique permet aussi en même temps de clarifier un certain nombre de positions, et on élimine un peu ces volets de résistance qui sont là, on émet une décision politique claire. À ce moment-là, ça clarifie un certain nombre de choses, et ça aide, nécessairement. L'autre bout, c'est ce que je disais tantôt, c'est qu'il faut quand même, même si on a notre petite politique (ce que j'espère qu'on aura), ça ne fait pas que tout est gagné pour autant, il reste encore beaucoup à faire. Et notamment que la politique soit assortie de moyens de [réalisation], ce qui est souvent le gros débat des politiques.

Tu as parlé sur le changement des comportements, et un peu de l'influence de la communication. Quelle est l'importance de la communication pour la santé des hommes?

C'est un aspect important puisque dans le fond, il y a quelque part comment on s'adresse aux hommes, des messages entrent, on sait que nos méthodes plus traditionnelles. Par exemple je disais en *joke* : « il y a beaucoup de moyens implicites que les femmes prennent pour avoir de l'information en matière de santé », ne serait-ce que les revues populaires que les femmes lisent de manière générale, comme *Elle Québec*, *Chatelaine*. Il y a plein d'informations de toutes sortes : « Vous passez une période difficile, vous avez les *blues*, voici ce que vous pourriez faire. Voici quand c'est le temps de consulter un médecin, ou un psychologue, ou un travailleur social. Voici des références sur des sites internet, des lectures complémentaires. » On donne plein d'informations. C'est la même chose pour la période de ménopause, il y a plein d'informations, de toutes sortes. Si on regarde un peu les revues populaires que les hommes peuvent regarder (ils en regardent déjà moins). Qu'est-ce que les hommes au Québec regardent généralement : *Le journal du VTT*, *Loisirs Chasse & Pêche*, le catalogue du *Canadian Tire*. Donc beaucoup de choses qui sont à certains égards intéressantes, mais pas du tout sur le plan de la santé, ni sur le plan de la santé mentale, encore moins. Donc ils n'ont pas passé par, je dirais de

l'information de base, comme un certain nombre de femmes peuvent avoir. Ce n'est pas pour rien qu'un homme qui consulte sur le plan psychosocial par exemple va poser la question « Qu'est-ce qu'il faut que je te dise? » T'as aucune idée de ce qui va se passer, de comment ça va se passer, des ressources disponibles. Donc il faut beaucoup aller vers eux, en non pas attendre nécessairement qu'ils viennent consulter. Donc avoir des mécanismes pour leur transmettre des informations de base, information qu'ils n'ont pas entre les mains, contrairement à certaines femmes, dans plusieurs cas en tout cas. Alors il faut donc trouver des mécanismes pour les rejoindre, et dans ce sens-là la communication joue un rôle extrêmement important. Trouver des messages percutants, qui vont aider à faire des prises de conscience et à déterminer par exemple « Voici j'ai tels symptômes, peut-être que je suis en train de faire une crise de cœur, faut que j'aille consulter c'est urgent. » C'est pas juste un problème d'estomac. Alors voyez-vous il y a quand même des choses de base à apprendre, que les hommes ne savent pas généralement. Et pour ça la communication va être un élément assez fondamental.

On a un bon exemple à mon avis au Québec là-dessus, autour du suicide particulièrement qui est devenu une des grandes priorités en matière de santé mentale au Québec. Depuis la fin des années 1990, début des années 2000, on a mis une priorité sur le suicide, on a identifié que si on veut avancer en prévention du suicide, il faut aborder les hommes particulièrement. À l'époque il y avait 4 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes. Alors il fallait vraiment aborder cette question-là de façon particulière en ciblant les hommes. Il y a eu des campagnes très ciblées, probable la campagne « Demander de l'aide c'est fort » a été la plus connue, la plus largement répandue. Elle a aussi marqué des points importants : « Demander de l'aide c'est fort » c'était un slogan, mais c'était aussi la capacité d'aller faire de la promotion et de la prévention dans les milieux de travail majoritairement masculins. Donc il y a eu du travail en ce sens-là, d'aller vers les hommes en milieu rural aussi, les agriculteurs. Il y a encore du travail à faire, mais il y a eu des avancées intéressantes. Donc on a fait des pas, avec des messages clairs, et aussi en parallèle de travailler avec des gens qui reçoivent des hommes, pour qu'ils soient beaucoup plus à l'aise d'intervenir auprès des hommes, de mieux détecter leur détresse, car ils ne s'expriment pas généralement de la même façon que les femmes.

Et on le voit dans les centres de prévention du suicide, il y a eu beaucoup de formations [...] de telle sorte qu'on a maintenant à peu près 50 % des appels en centre de prévention du suicide qui sont des hommes, alors qu'à l'époque, au début des années 2000, on avait 80 % de femmes. Maintenant c'est 50-50, ce qui correspond au taux d'idées suicidaires sérieuses, qui [est] comparable chez les hommes et chez les femmes. Et on le voit aussi avec un tiers de moins de suicides complétés au Québec, ce qui n'est quand même pas négligeable. C'est un des taux de suicide les plus élevés.

Tu as parlé de 50 % qui ont appelé le Centre, c'est le centre de quoi déjà?

C'est le Centre de prévention du suicide. Au Québec, il y a 42 centres de prévention suicide dans les différentes régions du Québec. Le Québec est couvert en bonne partie avec des lignes d'écoute et des gens prêts à intervenir sur place, aller chez les personnes au besoin, pour faire de la prévention, de l'intervention précoce quand la personne a des idées suicidaires, et de faire des suivis avec ces gens-là pour empêcher le passage à l'acte. Les Centres de prévention du suicide sont un des outils clés dans l'intervention du suicide au Québec, avec les centres de crise. On a une trentaine de Centres de crise, communautaires. Donc ces gens-la ont reçu des formations beaucoup plus spécifiques sur l'intervention auprès des hommes qui ont des idées suicidaires. Comment mieux dépister leur détresse, comment mieux intervenir auprès d'eux. Et il y a eu des effets intéressants. Donc tout ça mis ensemble (Campagne « Demander de l'aide c'est fort »;

aller vers les entreprises des milieux pour les sensibiliser; mieux intervenir auprès d'eux, donc pour qu'ils soient mieux reçus) a eu des influences intéressantes puisqu'on a un tiers de moins de suicides. C'est un peu tout se travail mis ensemble qui est venu à porter fruits. Donc on peut réaliser quelque chose d'intéressant quand on s'y met et qu'on se donne les moyens. En même temps, c'est pas des acquis nécessairement partout. On a formé autour de 4000 intervenants et intervenantes au Québec en une quinzaine d'années, ce qui n'est pas négligeable, mais c'est pas si énorme car il faut penser que les intervenants ça roule, ça change, donc ce n'est pas tout le monde qui est formé. Il y a encore énormément à faire pour couvrir une approche mieux adaptée aux réalités des hommes, et que ce soit un acquis dans l'ensemble des services, et non pas juste dans les centres de prévention du suicide, par exemple.

Il y a d'autres exemples de programmes destinés exclusivement aux hommes? Tu as nommé des exemples vraiment intéressants, mais y a-t-il d'autres?

L'autre exemple qu'on a réalisé, qui est à mon avis fort intéressant, c'est en matière de réussite scolaire des garçons. On sait qu'il y a deux fois plus de garçons qui décrochent avant la fin du secondaire. On a fait un projet de recherche action dans un cégep [...] Au cégep il y a aussi des cours techniques, et il y a certain types de techniques qui sont typiquement masculines : informatique; génie électrique; génie civil, etc. Ce sont des techniques où on trouve une forte proportion de garçons, généralement autour de 90 ou 95%, contrairement à d'autres types de techniques, si on pense à design de mode par exemple, ou c'est nettement plus féminin. Alors on se retrouve dans des situations, c'est des techniques dont le taux de réussite à la fin, donc au bout de 3 ans, est d'à peu près 50%. Donc ceux qui s'inscrivent, il y en a à peu près un sur deux qui finit en général dans l'ensemble de ces techniques-là au Québec. Alors on a fait un programme au Cégep Limoilou en Technique informatique et Technique de génie électrique, pendant deux ans, où on a fait vraiment un travail pour cibler la réussite scolaire des garçons, avec à la fois des groupes de soutien en classe, pour aider à développer des mécanismes d'entraide plutôt que la compétition entre garçons, avoir un système de tutorat maître-élève avec des profs de référence à qui tu peux parler et qui peut te recevoir dans tout ce que tu vis comme individu, comme « ça va pas, j'suis complètement découragé, ma blonde vient de me laisser ». Le prof est prêt à entendre ça, en non pas des questions typiquement scolaires, et au besoin fera la références avec des services spécialisés, en psychologie, orientation scolaire ou autre. Alors le professeur fait aussi le référent avec les autres services spécialisés, qui aussi avaient reçu des formations particulières.

On a fait aussi une campagne de *marketing* social, et c'est là que la communication est importante, auquel on avait identifié une douzaine de messages clés, qu'on avait placardé au cégep, avec des posters grandeur nature, avec des photos de jeunes et de profs. Je me souviens entre autres d'un, avec un jeune qui avait l'air un peu perdu sur un banc de parc, qui disant « vaut mieux être sur un banc d'école que sur un banc de parc ». Donc au lieu de décrocher, de se ramasser à traîner dans la rue et ne pas avoir d'avenir, se retrouver à l'école et continuer. Il y en avait un autre avec l'ensemble des représentants de la communauté collégiale (le directeur général, la psychologue, un préposé à la cafétéria et à la bibliothèque) qui disait : « Votre réussite, on y croit et on veut tout faire pour vous aider ». Alors ce sont des messages de réussite. Un prof, homme, qui disait « Je suis aussi là pour t'écouter ». Alors il y avait beaucoup de messages qui favorisaient la réussite scolaire, et effectivement on a eu des résultats extrêmement intéressants. Alors d'une part, 10 % de plus de taux de réussite. Donc à la fin de la première session, on avait 10% de plus de taux de réussite comparativement aux années précédentes, et on a conservé la très forte majorité des élèves jusqu'à la fin. Alors ça c'est intéressant, c'est

une réussite au-delà de ce à quoi on s'attendait. Alors il y a moyen de faire des choses intéressantes, ce cégep-là a continué à faire ces actions-là. Ils ont trouvé les moyens d'intégrer, ils ont modifié quelques éléments, mais l'essentiel a été intégré dans le cursus des deux programmes, où l'ensemble des profs avaient été impliqués, on les avait informés, et les profs ont continué à s'impliquer beaucoup. Dans d'autres cégeps, ils ont repris aussi certains éléments. Donc il y a moyen de faire des choses, il faut vraiment cibler. C'est sûr que l'éducation demeure un élément clé sur le plan de la santé, il ne faut pas le perdre de vue. Qui aura une influence aussi sur le plan du revenu, nécessairement, puisque si on se retrouve sans scolarité, généralement on a des plus bas revenus.

Et ce cégep-là, où le programme a été mis en œuvre, c'est quel Cégep?

Cégep Limoilou, à Québec. C'est un cégep qui est dans un quartier défavorisé de la ville, qui accepte aussi des jeunes en 2^e ou 3^e tour même, parce que généralement ces programmes sont contingentés, donc avec un nombre limite, et plusieurs cégeps qui sont généralement réputés, acceptent qu'on remplisse leur programme dans un premier temps, et renvoient ceux qui sont refusés dans un autre cégep, des fois dans un troisième. Ou dans un deuxième ou troisième programme. Alors c'est un des cégeps qui accepte davantage les gens qui ont essayés et qui ont été refusés ailleurs. Ça fait des jeunes qui sont souvent plus en difficultés. Alors réussir aussi bien un programme auprès de jeunes qui ont plus de difficultés, c'est d'autant plus intéressant et valorisant sur le plan de la réussite du projet, puisqu'on savait qu'on avait des jeunes beaucoup plus à risque que la moyenne québécoise. D'ailleurs, le taux de ceux qui ne finissait pas était un des plus élevés au Québec. C'était un peu normal, puisque c'était des jeunes en difficultés. Alors que maintenant au contraire, c'est un des programmes qui réussissent le mieux au Québec, même si ils viennent de 2^e ou 3^e tour. Alors ça veut dire que quand on met des mécanismes en place pour soutenir nos jeunes, on peut réussir à faire de quoi d'intéressant.

Est-ce qu'il y a quelque chose que tu veux ajouter, que je ne t'aurais pas demandé par exemple?

Moi je pense qu'il faut qu'on regarde beaucoup dans les messages qui sont encourageants, qui permettent d'aller de l'avant et de sensibiliser. Des messages aussi beaucoup à grand public. D'utiliser aussi les forces des hommes dans les contextes de vie qui leurs sont propres. Pour moi, j'aimerais bien qu'on puisse développer des messages de promotion, genre de *marketing* ou [...] [inaudible] de télévision. Je me suis intéressé beaucoup aux homicides intrafamiliaux, 80 % sont commis par des hommes. La question du suicide m'interpelle aussi beaucoup, de la détresse des hommes en particulier. L'exemple qui à mon avis est assez bien ancré dans la culture québécoise, aussi bien que le hockey est bien installé dans la culture québécoise. Le fait d'avoir mobilisé les joueurs de hockey dans la campagne *Movember*, par exemple, a eu une influence énorme au Canada. La campagne *Movember*, la moustache, qu'on va commencer bientôt. Un des derniers pays à avoir embarqué là-dedans, c'est le Canada, et c'est aussi un des pays qui réussit le mieux actuellement, plus que l'Australie là où c'est parti. Et probablement parce qu'on a [inaudible] rapidement auprès d'icônes de la population, dont entre autres le hockey. Et pour moi quand je parle d'exemples de promotion qu'on pourrait faire... Par exemple j'ai une collègue dont le mari joue dans une ligue de hockey [informelle], sans compétition, et qui est revenu en disant, « Jean à soir il n'avait vraiment pas l'air à *feeler*, vraiment pas l'air en forme. » Tout le monde sait dans l'équipe que Jean vient de se séparer, et probablement que la séparation est vraiment difficile, comme ce l'est pour un certain nombre d'hommes. Alors ma collègue demande « Qu'est-ce qu'il se passe, avez-vous

discuté avec lui? » Le mari : « Je sais qui s'est séparé, mais on n'en a pas parlé. » Pour moi ça m'apparaît dramatique : des gars qui pendant 2 ou 3 heures se sont serrés les coudes ensemble, ont pris leur douche ensemble, tout nus, mais n'ont pas cette intimité-là, suffisante, pour se parler de la souffrance que l'autre vit. De l'accueillir et de dire « T'as pas l'air à *feeler* ce soir, est-ce qu'on peut prendre du temps ensemble, est-ce qu'on peut en parler, on ne veut pas te laisser tout seul là-dedans, on est avec toi. » Des messages très simples. Alors que ce gars-là repart tout seul le soir, avec sa souffrance. Et malgré ce ça peut laisser paraître, c'est le genre d'individu qui souvent, vont garder une certaine face minimalement, et qu'après vont passer à l'acte. On a des gens qui se sont suicidés, ou qui ont fait des tentatives de suicide alors que personne ne s'en rendait compte quelques heures avant. Parce qu'on n'a pas attrapé à temps cette souffrance de ces hommes-là. [...] Je me souviendrai toujours d'ailleurs du témoignage d'un étudiant, qui racontait dans une campagne de prévention du suicide à Sherbrooke, qu'il avait dit à ce moment-là qu'un samedi soir, tout était prévu, qu'il allait passer à l'acte et se suicider. Mais comme par hasard, à sa porte de chambre (en résidences), il y a un de ses collègues de classe avec qui il s'entendait bien, qui est venu cogner. Il sentait que ça n'allait pas très bien, et il a pris le temps de passer le samedi soir avec lui. Il a dit que ça faisait toute la différence : « J'ai senti que je comptais pour quelqu'une ». Ce qui ne savait pas ce gars-là ce que tout était planifié pour que son ami se suicide ce soir-là. Et comme il est arrivé, ça a comme empêché. Et le message implicite qu'il y avait c'est « T'es important à mes yeux ». Et ça été suffisant pour arrêter complètement le geste suicidaire de quelqu'un qui était en dépression. Alors on peut faire beaucoup des fois, sans s'en rendre compte, mais encore faut-il prendre le temps. Quand j'étais au comité sur les homicides intrafamiliaux, on avait eu le témoignage d'un homme qui a pleuré pendant je pense 20 minutes de la demie heure pendant laquelle il était avec nous. Il racontait un épisode extrêmement difficile, quand il s'est séparé, où il a été à un cheveu près de tuer son ex conjointe. Il trouvait ça extrêmement difficile. Ça ruminait dans sa tête, il était en dépression importante, et un bon matin son patron lui a dit : « Toi je remarque que ça ne va vraiment pas. Je vais te mettre en congé de maladie. Tu vas aller voir ton médecin, t'es possiblement en dépression. Et tu vas aller consulter cette ressource, qui est une ressource pour les personnes qui viennent de se séparer. » Ce patron-là a empêché un drame important. Il est effectivement allé consulter un médecin, il était effectivement en dépression. Il a été suivi dans le groupe en question, où il a appris énormément. Le groupe l'a aidé à passer au travers cette période difficile, à comprendre ce qui se passait et à exprimer ses émotions au lieu de tout garder en dedans et être prêt à exploser. Donc ça été un élément important. On peut faire des choses, et cette sensibilisation-là, de comment entre gars, dans la camaraderie et la solidarité masculine, ça peut aussi se jouer de façon positive, pour aider à changer les choses. Alors voilà.

J'observe que le mouvement *Movember*, c'est quelque chose de très important ici au Canada. Mais est-ce qu'ici il y a la même chose qu'au Brésil? Par exemple il y a une grande concentration d'activités sur la santé des hommes dans le mois de novembre, mais pendant l'année il y a peu de choses. Est-ce qu'ici c'est la même chose, que les actions sont concentrées dans le mois de novembre?

Malheureusement c'est une campagne qui n'est pas associée à beaucoup d'éléments sur la santé des hommes. Plusieurs le font sans même savoir pourquoi ils se font pousser la moustache. Ils n'ont aucune idée du contexte, c'est comme un mouvement social. Ça fait « in » de se faire pousser la moustache dans le mois de novembre, pour être dans le mouvement *Movember*, mais sans savoir nécessairement pourquoi. Il y a tout un travail

de sensibilisation qui reste à faire autour de question de la santé des hommes associée à *Movembre*, et aussi associée à toute l'année. Il y a une espèce d'initiative qui s'appelle la Fondation sur la santé des hommes, qui est financée en bonne partie par *Movember*, qui elle utilise beaucoup la semaine sur la santé des hommes au mois de juin pour intervenir davantage, et faire aussi la promotion de son site Internet qui lui est disponible toute l'année. Il y a d'autres activités aussi, mais il n'y a pas beaucoup de campagnes de promotion de manière générale sur la santé des hommes. Il reste énormément à faire.

Merci beaucoup de votre attention
APÉNDICE 12

ENTREVISTA COM MICHEL LAVALLÉE

Verbatim de l'entrevue no 2
Réalisée avec : M. Lavallée
Date : 28/10/2015
Durée : 63 minutes

On commence nos entrevues avec des questions générales, pour arriver à des questions plus spécifiques étape par étape. Donc je vous demanderais : quels sont les principaux enjeux de la santé des hommes au Québec?

Le premier enjeu je dirais que c'est la reconnaissance d'un réel besoin de s'intéresser à la santé des hommes, de s'y intéresser davantage. Quand on analyse n'importe quel problème, la première étape c'est la reconnaissance du problème. Parce que s'il n'y a pas de reconnaissance du problème, il n'y a pas d'action pour aller vers des solutions, c'est du déni. Je pense qu'on a franchi l'étape de la reconnaissance du problème. Autrement dit, tout le monde aujourd'hui théoriquement va dire « oui il faut s'occuper aussi de la santé des hommes, il y a des enjeux là. » Cependant, c'est comme si on a des difficultés à accorder les ressources pour répondre aux besoins qui émanent des problèmes. Parce que quand il y a des problèmes, il faut trouver des solutions. Donc bref, je pense qu'il y a une difficulté à en faire une priorité finalement, c'est le principal enjeu. On consent à faire des choses, mais ce n'est pas prioritaire, donc c'est minime.

Quelles sont les principales actions du Ministère de la santé pour la santé des hommes, ici au Québec? Par exemple en termes de lois, de programme d'intervention ou de communication.

En termes de loi, comme tel, il y a des choses intéressantes qui ont été faites, par exemple pour le régime de congé parental, pour lequel il y a un congé spécifique de 5 semaines pour les pères. Bien sûr il y a un congé pour les mères qui est plus important, de l'ordre de 18 semaines si mon souvenir est bon. Vous pouvez facilement aller voir sur Internet pour voir les modalités réelles de ce régime-là qui s'appelle Régime québécois de congé parental, ça fait partie du Ministère de la famille. Mais le congé parental est de 52 semaines au total, donc 18 semaines pour la mère et 5 semaines pour le père. Ça peut être pris en même temps, puis il va rester au bout de ça une trentaine de semaines en congé (52 moins 18) qui peuvent être partagées : soit prises par la mère, en partie, soit prise par père. Ici on a un très haut taux de congé de paternité pris par les pères. Au-delà de 75% des pères prennent le congé de paternité de 5 semaines. Le congé parental d'une trentaine de semaines, donc qui suit le congé de maternité si on veut, en général ce sont les mères qui le prennent, ensuite. Donc les mères vont souvent prendre 48 à 52

semaines de congé, alors que les pères vont prendre les 5 semaines qui leur reviennent. Mais ça devient un choix des parents. Dans certaines familles, ils vont partager les 30 semaines. Si non, c'est sur qu'on a une politique en violence conjugale, pour laquelle il y a des mesures concrètes pour intervenir auprès des conjoints avec des comportements violents. Mais ça déborde un peu de la santé des hommes parce qu'on entre dans différentes problématiques : on a une politique pour la toxicomanie, pour les agressions sexuelles, on a différentes politiques qui font qu'on touche différentes problématiques qui rejoignent les hommes. Au niveau de la santé et du bien-être des hommes, on a adopté en 2009 les priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes. D'ailleurs on a produit un document qui s'appelle « Le bilan des actions régionales mises en œuvre dans le cadre des priorités d'action gouvernementale pour la santé et le bien-être des hommes 2009-2014 ». [...] Pour réaliser ces priorités d'actions gouvernementales, le gouvernement a consenti 750 000 \$ récurrents. Ça veut dire qu'à chaque année, il y a 750 000 \$ disponibles pour des actions en santé et bien-être des hommes. On a divisé ces montants en fonction de deux grandes priorités : Adaptations des services aux besoins de la population masculine et Développement des connaissances pour améliorer les interventions auprès des hommes. Donc il y a eu 650 000 \$ pour l'adaptation des services, et 100 000 \$ pour le développement des connaissances. Le fait que c'est récurrent, ça veut dire que chaque année il y a de l'argent pour le développement des connaissances et pour des actions en santé et bien-être des hommes. [...] Dans le bilan vous pourrez voir facilement comment c'est réparti. En fait, pour l'adaptation des services, le 650 000 \$ on l'a divisé en 16 régions. Au Québec il y a 18 régions sociosanitaires, mais il y a deux régions sociosanitaires qui concernent les sociétés autochtones nordiques. Et les ententes avec ces deux régions sont différentes que celles que l'on prend avec les 16 régions, qu'on appelle du sud. Les budgets sont aussi différents, parce qu'avec les communautés autochtones, il y a aussi beaucoup de budgets fédéraux, donc les actions ne sont pas les mêmes et c'est décliné autrement. Le ministère est engagé dans des actions avec ces régions-là. Mais pour les priorités d'action gouvernementale en santé des hommes, avec l'enveloppe dont on disposait, on a travaillé spécifiquement avec les 16 régions, ce qui faisait qu'on envoie annuellement de 30 000 \$ à 50 000 \$ par région. Donc ça demande beaucoup de créativité, et aussi une mobilisation des partenaires pour que ce soit concluant comme action. Ce qui est observable, ce qui a donné des résultats, au plan du développement des connaissances, c'est qu'on a développé des actions concertées de recherche. Avec le 100 000 \$ on peut faire un montage financier. Une action concertée de recherche, c'est autour de 200 000 \$, donc c'est comme deux ans et demi de budget pour faire une action concertée de recherche. Il y en a deux qu'on a soutenu [jusqu'à maintenant] et elles ont duré 3 ans et demi chacune. Alors on répartissait notre financement sur 3 années financières, et on était capable d'avoir des actions substantielles. Puis ça nous donnait même un petit solde, ce qui a permis de faire l'évaluation d'un programme de formation sur l'intervention auprès des hommes. On a aussi soutenu un projet de recherche longitudinale, en fait un projet de suivi sur l'intervention auprès de jeunes pères. Il y a un programme d'intervention qui avait été fait il y a dix ans, et on veut aller voir qu'est-ce que ces jeunes pères-là retiennent de leur vécu de jeune père et des services qu'ils ont reçu en cours de route.

Et ces actions sont mises en œuvre par le ministère seulement? Comment sont-elles liées aux divers niveaux, régional, local, fédéral?

En fait, ce qu'on a priorisé au niveau des actions concertées de recherche, ce sont des modèles de recherche-action. Ce qui veut dire que les chercheurs étaient fortement encouragés à avoir des partenaires terrain. Nos objectifs c'était le développement de

connaissances pour l'amélioration des pratiques. On voulait que ce soit applicable rapidement. Donc il y a des acteurs du terrain, d'organismes communautaires, des établissements en santé publique, qui ont été associés aux actions concertées de recherche. Au niveau de l'adaptation des services, on avait adopté deux grands principes directeurs : l'approche globale en matière de santé des hommes et la concertation régionale. Autrement dit, on a une culture au niveau de l'intervention auprès des hommes, pas seulement au niveau de la santé, mais socialement, qui est beaucoup une culture par problématique. C'est-à-dire qu'on agit après le problème. Alors si quelqu'un commet un crime, on l'enferme et on va faire de l'incarcération. Si quelqu'un a des services en toxicomanie, c'est parce qu'il va être allé au bout de son problème. En alcoolisme c'est la même chose. Et là, la personne est obligée de faire une thérapie, parce qu'elle a tout perdu. Avec une approche globale en santé des hommes, l'objectif c'est de comprendre au sens plus large et de pouvoir agir en amont des problèmes. Ça veut dire qu'on essaie de voir les contextes de vulnérabilité, les personnes plus sujettes à la vulnérabilité, pour intervenir auprès d'elles plus tôt. Donc nous, on a un réseau de la santé et le ministère envoie des orientations dans chacune des régions. Maintenant, il y a eu une réorganisation administrative du réseau de la santé et services sociaux. Dans le bilan, vous allez voir que dans chaque région il y avait une Agence de la santé et des services sociaux, qui faisait le lien entre le ministère et les organismes communautaires du terrain, et aussi les centres de santé et services sociaux, qui coordonnaient l'ensemble des services à la population. Ils devaient en fait définir les besoins de sa population et définir le panier de services pour répondre à ces besoins-là. Maintenant, ces structures-là ont changé. On parle maintenant d'un Centre intégré de la santé et des services sociaux. C'est un seul établissement par région. Il y a des exceptions. À Montréal il y a 5 centres intégrés, qui sont aussi des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. Donc au Québec, il y a 13 centres intégrés universitaires et 9 centres intégrés de santé et de services sociaux... ou l'inverse, il faudrait que je vérifie dans mon document. [...] Il y en a trois en Montérégie (une seule région avec 3 CISSS), il y a Montréal avec 5 CIUSS, et il y a Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine qui a 2 CISS. Quand c'est un CIUSS, c'est parce que c'est associé avec une université, ou plusieurs universités qui ont un mandat de formation et de recherche. Donc il y a des régions où il n'y a pas d'université.

[...]

Quels sont les résultats de ces actions?

En fait, le premier résultat qu'on peut constater c'est que malgré les moyens limités dont on dispose, il y a eu une réelle mobilisation dans chacune des régions. D'abord pour que les acteurs soient plus sensibles aux réalités masculines, et qu'il y ait vraiment un effort d'adaptation des services pour mieux répondre aux besoins des hommes. Il y a eu des activités de sensibilisation, auxquelles dans une petite région, on pouvait retrouver 350 personnes pour une journée de sensibilisation. Dans d'autres régions il y avait 150 acteurs, mais il y avait des gestionnaires, pas seulement des intervenants. Donc il y avait vraiment une mobilisation, et ces activités de sensibilisations ça a été difficile de les démarrer au départ, parce qu'il fallait convaincre les gens de l'importance d'être là. Mais une fois que les gens étaient embarqués, ça a généré des dividendes. Autrement dit, il y a eu des collaborations établies avec des partenaires qui utilisaient les mêmes ressources qu'elles avaient, mais de façon différente, pour mieux répondre aux réalités masculines, pour essayer de mieux répondre aux besoins des hommes. Toujours dans une perspective bien sûr d'essayer d'éviter la dégradation des problèmes, et l'aggravation des conséquences.

Une grande avancée je pense pour le Québec c'est qu'avant les priorités d'action gouvernementale pour la santé et le bien-être des hommes, il y avait quelques régions où

il y avait des organismes dits plus généralistes, qui avaient une approche globale de la santé et du bien-être des hommes. Il y avait peut-être six régions. Aujourd'hui, dans les 16 régions... En fait, on pourrait même dire 17 car il y a une région nordique qui a aussi un répondant en santé et bien-être des hommes, et qui fait des actions pour l'adaptation des services aux besoins des hommes. Il y a un organisme là-bas qui est financé au fédéral, parce que ça touche beaucoup la criminalité, mais qui est aussi partie prenante des actions. Là-bas c'est encore une régie régionale, ce n'est pas un CISS, c'est une région nordique donc ils ont gardé la même structure administrative. Donc leur régie régionale a un répondant en santé et bien-être des hommes. **Donc dans chacune des régions, il y a des petites actions, mais qui créent finalement comme une tache d'huile dans la région, et qui fait qu'il y beaucoup plus d'acteurs qui sont préoccupés par ça.** Notamment en violence conjugale, il y avait beaucoup d'organismes qui sont nés dans la foulée des actions associées à la violence conjugale. Bien sûr au départ on a créé des ressources pour venir en aide aux victimes, mais on a beaucoup fait la promotion de l'importance d'avoir des organismes qui travaillent auprès des conjoints ayant des comportements violents. Et ça, ça remonte déjà à plus d'une vingtaine d'années. Les premiers organismes sont nés il y a trente ans, mais la politique en violence conjugale elle a vingt ans. Alors il y a eu comme une reconnaissance de l'intervention auprès des conjoints avec des comportements violents. Ces organismes-là avaient une intervention spécialisée auprès des conjoints avec un comportement violent, donc s'il y avait des hommes qui vivaient d'autres types de difficultés, ce n'était pas leur mandat d'intervenir auprès d'eux. Maintenant, dans les régions, on ne peut pas nécessairement multiplier les ressources et les organismes. D'abord il n'y a pas nécessairement le personnel pour arriver à ça. Dans des régions comme Montréal ou comme Québec, il y a beaucoup de personnes formées pour intervenir, en service social, en psychologie, etc. Mais dans une petite région comme la Côte-Nord, où il n'y a pas d'université, souvent les jeunes se sont exilés dans les grandes villes pour étudier et ne vont pas nécessairement revenir. Donc ces ressources-là ont pris conscience de l'importance aussi d'avoir une approche plus globale, et que cette intervention-là aurait une incidence sur le problème de la violence conjugale. En intervenant plus tôt auprès des hommes, peut-être qu'on éviterait des situations de violence conjugale. Alors depuis 2009, ces organismes-là se sont ouverts à des interventions plus généralistes, pour justement sensibiliser leurs partenaires à l'importance de mieux cerner les réalités masculines et les besoins des hommes. Mais aussi, ils ont développé un service complémentaire pour intervenir auprès des hommes en difficulté, et non pas seulement auprès de conjoints avec des comportements violents.

Le Ministère de la santé développe-t-il des actions articulées avec d'autres ministères?

En fait, **on a un comité interministériel sur les réalités masculines.** Ce comité-là **n'est pas actif actuellement.** Je m'explique. Dans l'actuelle réorganisation administrative, ce n'est pas clair encore, la plupart des comités ont été démantelés, pour essayer de revenir à un nombre disons plus performant de comités. Ils sont en train de déterminer les comités. Et dans les comités, pourraient se greffer des groupes de travail. **La santé et bien-être des hommes, ça ne s'est pas développé de la même façon que, par exemple la défense des droits des noirs, ou la défense des droits des femmes. On ne part pas sur les mêmes bases, ce n'est pas un mouvement social qui nous entraîne vers la reconnaissance des vulnérabilités masculines et des besoins qu'ils peuvent avoir, mais c'est plus l'expérience clinique, souvent de praticien communautaire.** Et ça au Brésil vous connaissez bien ça, parce que vous avez eu l'école de Palo Alto, qui a fait de grandes choses sur le plan communautaire. Et la santé des hommes, quand elle est arrivée, ça ne faisait pas partie des préoccupations, mais en même temps, les conditions de vie des travailleurs en faisait

partie. Parce que la déforestation, on le sait, ça a brisé plusieurs communautés. Donc ici il y a un peu les mêmes préoccupations sur le plan du développement des communautés [...]. Avec différents ministères, on a fait un premier exercice pour regarder, en fonction des déterminants sociaux, comment ils étaient affectés, comment ils devaient être préoccupés à des enjeux qui touchent la santé des hommes. On peut penser par exemple au décrochage scolaire, où on a des taux beaucoup plus élevés chez les garçons. Où on a des taux beaucoup, beaucoup plus élevés que chez les filles de troubles de l'attention et d'hyperactivité, de spectre de l'autisme, etc. Donc au niveau des jeunes garçons on a des problèmes dès le départ, et ça se perpétue. Et moi je dis souvent : « dans le fond, les problèmes de décrochage, on commence à l'observer avec le décrochage scolaire, mais les hommes ont des taux élevés dans toutes les formes de décrochage. » L'itinérance, c'est un phénomène de décrochage social, et les hommes ont un taux plus élevé d'itinérance. La toxicomanie et l'alcoolisme, c'est une forme d'automédication, c'est un décrochage mental. Les hommes ont une façon de vivre ces problèmes-là. Et là ce n'est pas une compétition entre les hommes et les femmes, mais ils ont une façon de le vivre qui est différente. Ils ont des comportements plus radicaux en général. Donc ils ont des taux de suicide accompli plus élevé. Le suicide c'est une forme de décrochage de la vie. Ça ne veut pas dire que le suicide est une problématique qui n'affecte pas les femmes, mais ça veut dire qu'il faut faire des efforts pour comprendre la problématique du suicide chez les hommes, si non on va vivre avec les conséquences de ces problèmes non résolus. Conséquences pour les hommes eux-mêmes bien sûr, parce qu'ils meurent en plus grand nombre. On parle de 80 % des suicides. Mais aussi conséquences aussi pour les proches. On sait que ça affecte dix personnes en moyenne. Il y a des enfants qui sont affectés, des conjointes, des amis. Et en général quand on arrive à un suicide, probablement que les gens subissaient les conséquences du problème déjà auparavant. Donc il y a des problèmes en amont et en aval. Il y a aussi des coûts sociaux à ces problèmes-là non résolus, et je l'avoue, ils ne sont probablement pas bien évalués. Il n'y a pas d'études encore qui ont réussi à établir ça, mais je pense que si on établissait les coûts réels, ça deviendrait une priorité. John McDonald disait justement que si on portait autant d'attention qu'on en porte aux baleines qui s'échouent sur les rivages, ça serait un scandale, ça serait une priorité.

J'ai vu ici à Montréal un évènement sur la santé des hommes en juin, l'organisateur de l'évènement disait que si on faisait attention à la santé des hommes comme on le fait aux voitures, la santé des hommes serait un peu meilleure.

Oui, tout à fait, on a beaucoup utilisé l'allégorie de la voiture ici au Québec. Depuis environ 20 ans, il y a un magazine qui s'appelle *L'actualité* qui avait consulté des experts et qui avait fait tout un volume sur la santé des hommes. Tout le numéro était illustré avec des images de mécanique automobile.

Comment ça s'appelle déjà ce magazine?

L'actualité. Mais c'était dans les années 1990, peut-être que j'en ai encore une copie [...] Il y a un site Internet qui serait intéressant pour toi de regarder, ça s'appelle allume.org. C'est le Centre de prévention du suicide de Québec qui a fait un outil pour sensibiliser les hommes aux risques qu'ils encourent, aux vulnérabilités qu'ils peuvent vivre. Leur visuel c'est un tableau de bord de voiture, tu sais avec les voyants lumineux qui nous indiquent s'il manque d'huile, s'il manque d'essence, si le moteur chauffe. Alors c'est la même chose, mais par exemple avec le cerveau et la dépression, le cœur. Bref, y a quelque chose d'intéressant qui a été fait là.

Excellente idée! La sixième question concerne le concept d'intégralité. Je t'explique : au Brésil on fonctionne avec ce concept d'intégralité qui consiste en deux différentes perspectives. Une à l'intérieur du système de santé, l'autre à l'extérieur. La première perspective, à l'intérieur, il s'agit de promouvoir l'intégration entre les différents niveaux gouvernemental (soit local, régional, fédéral), soit entre les niveaux d'attention à la santé (primaire, secondaire, tertiaire), mais aussi une articulation entre les politiques qui existent déjà dans le système de santé, par exemple intégrer la politique des hommes avec la politique pour les femmes, pour les enfants, les personnes âgées, etc. Et dans la perspective extérieure, il s'agit de promouvoir l'intégration des actions en santé des hommes, entre des actions gouvernementales et aussi non gouvernementales. Par exemple entre les autres ministères, comme éducation, sports, agriculture, etc. Mais aussi des associations, comme des syndicats, des ONG, etc. Alors il y a-t-il des actions pour l'intégralité en santé des hommes, et si oui comme est-elle mise en œuvre?

Mais par le mot « intégralité », vous entendez « intégration »?

C'est presque la même chose, c'est des actions coordonnées, intégrées dans le système, mais aussi avec d'autres institutions, car il s'agit d'un sujet qui a besoin de cibler des questions de déterminants sociaux de la santé par exemple. Donc il faut cibler d'autres ministères, d'autres institutions qui peuvent aider.

Oui je comprends, c'est juste que j'ai peut-être une compréhension partielle du mot « intégralité ». Pour moi l'intégralité ça ne veut pas dire « intégration », ça veut dire que quelque chose est conforme, véridique. Je voulais être sûr de comprendre le bon terme, là je comprends mieux. C'est sûr qu'à l'intérieur du système de santé, il y a quand-même un arrimage entre d'abord le ministère et ses établissements. Les établissements sont dans des régions sociosanitaires et ont un mandat régional de compréhension des besoins, donc d'identifications des problèmes, et des services pour répondre à ces besoins là. Et on essaie qu'il y ait un arrimage entre les différentes politiques, en violence conjugale, agressions sexuelles, etc. Il est bien certain que des dossiers comme la santé et le bien-être des hommes, ou des femmes, ce sont des dossiers transversaux. Ce n'est pas un problème en soi, c'est-à-dire que c'est une population comme tel, et on ne peut pas mettre la population dans une petite boîte, et même, on ne peut pas mettre les hommes et les femmes chacun dans leur petite boîte. Il y a des réalités de genre qui font qu'il y a une multitude de masculinités de féminités, et il y a des personnes qui ne se définissent pas en fonction du genre, qui se définissent asexuées. Il y a des personnes qui se définissent transgenre, transsexuels et qui veulent changer de sexe [...] Donc ça devient complexe toutes ces notions-là, donc c'est transversal dans le sens où ce sont des populations qui sont en lien avec à peu près toutes nos politiques et tous nos programmes. C'est sûr qu'on essaie que ce soit arrimé. Actuellement on est en train de refaire notre programme national de santé publique, on a fait des efforts pour essayer de sensibiliser les décideurs en santé publique, pour qu'il y ait des mesures qui ciblent spécifiquement les hommes, ou les pères. Parce que dans le programme national de santé publique, on a des services intégrés en périnatalité et en petite enfance. Actuellement on a beaucoup développé nos services pour les mères, avec raison car il y avait des besoins importants pour les mères en situation de pauvreté. La période de grossesse et de l'accouchement, c'est une période où la femme vit des transformations physiques qui nécessitent une surveillance accrue et des soins particuliers, la vie des personnes, de la mère et de l'enfant, peut être en jeu. Le père peut être d'un soutien important à la mère dans ce contexte-là, mais sa vie n'est pas en jeu comme tel. Mais en même temps, c'est important de réaliser que si on est inactifs auprès du père, c'est pour toute la vie de

l'enfant qu'il peut y avoir compromission. Car on sait que le père est un facteur important du sain épanouissement de l'enfant, les études le disent. Et on sait que l'attachement pour le père [...] est plus fort quand il peut se réaliser dès le plus jeune âge. Donc si on laisse les hommes se débrouiller par eux-mêmes, inventer leurs stratégies, on peut leur faire confiance et espérer... Sauf qu'on se rend compte qu'on met beaucoup de mesures de soutien pour les mères, mais peu pour les pères. Donc on a fait beaucoup de démarches pour qu'il y ait des cibles de soutien aux hommes, des cibles de soutien à l'engagement des pères.

Dans certains pays comme L'Australie, le Brésil et L'Irlande, il y a une politique de la santé des hommes. Pourquoi il n'y a pas une Politique pour la santé des hommes au Québec?

C'est une très bonne question. Tout à l'heure je disais que ce n'est pas un mouvement social qui fait qu'on se préoccupe de la santé des hommes. Ce sont plus des constats. Je pense qu'internationalement, on s'est intéressé à la santé des hommes parce qu'on a vécu l'épidémie de sida. Et c'est à ce moment-là que les organisations internationales ont réalisé que toutes les interventions qu'elles faisaient auprès des femmes étaient importantes, mais ne donnaient pas les résultats souhaités parce qu'il y avait la moitié de la population qui n'était pas sensibilisée au problème, et il y avait la moitié qui n'était pas soutenue pour trouver des solutions au problème, et pour participer aux solutions. Pour que quelqu'un participe à quelque chose, il faut qu'il se sente concerné, il ne faut pas seulement qu'il se sente responsable. Il faut qu'il sente que lui aussi, on se préoccupe de lui, de son vécu, de ses besoins de ses problèmes. Pour qu'il ait envie lui aussi dire « oups, c'est vrai il y a un problème. Je ne suis pas tout seul là-dedans et je peux moi aussi contribuer à résoudre le problème. » On l'a compris au niveau du sida et on s'est mis à faire des interventions auprès des hommes. Maintenant ce n'est pas facile, parce qu'on s'attaque à des normes, à une culture, et on y va par secteur, par problème. On n'y va pas de façon globale encore. C'est comme intervenir auprès de conjoint ayant des comportements violents, le taux de succès est important. Il n'y a pas de récidives, les hommes font des prises de conscience. Mais par contre ça demeure isolé, ce sont des actions qui ont un effet sur les individus, mais socialement les choses ne changent pas si vite que ça, parce qu'il n'y a pas de soutien pour voir les choses autrement, pour voir une valeur à vivre et à penser autrement, et à se donner des moyens pour ne pas sombrer dans ces problèmes-là. Tout à l'heure on parlait du Brésil qui était une société machiste, et bien il y a des raisons historiques en arrière de ça. Je ne suis pas en train de justifier le machisme. Je suis juste en train de dire qu'il faut comprendre les individus qui arrivent dans cette société-là avec une culture et qui doivent apprendre autre chose. Et si on fait juste les « accuser de », ils vont être sur la défensive. On ne peut pas renier tous nos ancêtres, on ne peut pas jeter tout au complet. Il y a aussi des forces là-dedans, ça a permis de résister à l'adversité ... Alors il faut être conscients de ses forces, mais de ses faiblesses et de ses torts, et pour ça il faut aussi une reconnaissance de la partie valide.

Est-ce que l'existence d'une politique de santé des hommes pourrait aider à améliorer la gestion de la santé de ceux-ci?

Si on me demande personnellement, je vais répondre oui. Mais si on me demande si le Québec est prêt, je vais répondre non. Moi je pense que ça aiderait, mais je pense qu'on n'est pas prêts, parce que socialement il n'y a pas une pression assez forte pour que ce soit accueilli favorablement. Il faut dire aussi qu'on rentre dans des enjeux plus politiques. C'est sûr qu'un gouvernement, pour qu'il décide de faire ça, il faut qu'il y voit des gains. C'est sûr aussi que ça prend les bons acteurs au bon moment. Chez-vous vous

en avez une, il y a une sommité un moment donnée qui a réussi à faire valoir aux autorités compétentes l'importance de ces enjeux-là. Et dans votre contexte chez-vous ça a été bien accueilli, et vous vous êtes retrouvés avec une politique. Mais si je vous demande : « Qu'est-ce que se fait avec cette politique-là? Quelles actions? Qu'est-ce qui est concret? » Là on va peut-être arriver à des conclusions qui se ressemblent entre chez-vous et chez-nous, parce que le nerf de la guerre ce n'est pas le texte qu'on écrit, ce sont les moyens qu'on se donne. Et actuellement, si on regarde internationalement, partout où il se fait des choses, on y va tous avec des moyens d'envergure qui se ressemblent. Parce qu'il n'y a pas de pression sociale pour obliger des décideurs à faire autrement. Donc c'est sur la bonne foi d'acteurs importants qu'on dit « ah oui oui, on va avancer, on peut avancer. » Et il ne faut pas se leurrer, il y a des résistances, notamment dans les groupes féministes. Il y a des craintes au niveau du partage des ressources. Si on reconnaît davantage les besoins chez les hommes, est-ce qu'on va couper davantage les ressources pour les redonner aux hommes? Et ça ce n'est pas moi qui l'invente, ce sont des choses qui nous ont été dites. Il faut être conscient des enjeux et des craintes que différents acteurs peuvent avoir. Moi je pense personnellement que si on accordait davantage d'attention aux réalités masculines et aux besoins que peuvent avoir les hommes, et qu'on articulait des réponses un peu plus soutenues, je pense que ça aurait des répercussions positives pour toute la société, et particulièrement pour les femmes et les enfants. Des hommes plus en santé, ça va générer moins de problèmes. Souvent on accuse les hommes d'être la cause du problème, la source. Je pense qu'en travaillant à la source du problème, on a plus de chances d'éradiquer le problème qu'en travaillant seulement à la suite des problèmes, auprès des victimes. C'est important, il ne faut pas les délaisser, mais on va avoir moins de victimes si on travaille à la source. Donc c'est ce qu'on souhaite, et je pense que ce sera important d'arriver à une époque où on ne travaillera pas en fonction d'un militantisme quelconque, ou d'un discours quelconque, mais plus en fonction des besoins réels de la population, et des solutions les plus justes pour éliminer le problème. L'important ce n'est pas de garder sa *job*. Moi je disais souvent quand je travaillais dans le communautaire que mon objectif ce n'est pas que mon organisme grossisse, mon objectif serait de pouvoir fermer mon organisme. Parce que quand je vais pouvoir le fermer, ça voudra dire qu'il n'y en aura plus de problème. Je le sais que c'est utopique, ça n'arrivera pas, mais il pourrait avoir moins de problèmes. [...] Je travaillais dans un organisme généraliste qui travaillait auprès des hommes. J'avais le sentiment profond qu'on réduisait les conséquences des problèmes, qu'on améliorait la qualité de vie de toute leur famille, leur entourage, leur milieu de travail, etc. On n'avait pas 100% de succès, mais on avait du succès, parce qu'on faisait quelque chose. Et ce travail-là n'a pas cessé de progresser.

Nous entrons maintenant dans une autre partie de l'entrevue. Quelle est l'importance de la communication pour la promotion de la santé des hommes?

Je dirais que c'est très important la communication pour la santé des hommes, parce que c'est la première étape la sensibilisation pour alerter la population à un problème, pour l'amener à adopter de saines habitudes de vie, des comportements plus acceptables. On a fait des grandes choses au niveau du tabac, au niveau de la conduite automobile, du port de la ceinture et de la sécurité. Ce sont des habitudes de vie qui ont changé radicalement. Au niveau de l'alimentation, on le voit, il y a une évolution, non seulement à cause de la communication, mais aussi de l'accessibilité des produits il faut dire. Mais je pense que la communication c'est hyper important pour sensibiliser, et aussi pour préserver les acquis. Parce que les mauvaises habitudes ça peut revenir rapidement. Et on le voit quand il y a des mouvements sociaux qui se réveillent, ça peut ramener des mauvaises

habitudes. On l'a vu avec certains courants de droite, où on était une société progressiste, et un moment donné on peut vivre certains reculs, avec des risques pour les populations plus vulnérables. Alors je pense qu'actuellement au Québec, ça se fait de façon ponctuelle. Donc il n'y a pas eu de grandes campagnes de sensibilisation nationales, c'est sûr que ça, ça demanderait un investissement assez substantiel. Par contre il y a eu plusieurs efforts au niveau de la communication, notamment pour essayer d'intégrer les hommes dans des professions traditionnellement plus féminines, de soins ou d'éducation. On a eu des campagnes ciblées qui visaient particulièrement les hommes. On a eu aussi des campagnes faites par le milieu communautaire, soutenues par le ministère. On a accordé du financement aux organismes pour la prévention du suicide auprès des hommes, aussi pour la prévention de la violence conjugale. On a soutenu en prévention du suicide et en prévention plus générale, une campagne pour encourager la demande d'aide des hommes. Mais ce sont de petites campagnes, qui sont comme des projets. Mais chacune de ces petites campagnes-là a été un pas vers la reconnaissance des réalités masculines, vers l'importance de demander de l'aide. Et socialement il y a eu un grand changement au niveau de la perception des gens de la réalité masculine, des besoins qu'ils peuvent avoir et de la nécessité de ressources. Mais ça demeure modeste par rapport à ce qu'on peut faire encore.

Est-ce que je peux accéder de quelques façons à ces campagnes, parce que j'ai cherché sur le site internet du ministère et j'ai trouvé des campagnes générales, pas spécifiques sur la santé des hommes. Est-ce qu'il y a un site web, pour que je puisse connaître?

Je vais essayer de voir ce que je peux faire. Parce que ce n'est pas nécessairement sur le site web du ministère, vu qu'on a financé. Par exemple le regroupement des ressources pour hommes qui interviennent avec les conjoints ayant des comportements violents qui s'appelle À cœur d'hommes pour une société sans violence. C'est eux qui ont fait la campagne sur la demande d'aide des hommes et la prévention de la violence conjugale. On a financé un centre de prévention du suicide il y a déjà vingt ans, pour une campagne de prévention du suicide qui visait particulièrement les hommes en situation de vulnérabilité. Ça s'est appelé « Demander de l'aide, c'est fort ». Ça été fait dans une région, au Saguenay – Lac-St-Jean, et après ça, ça été repris par d'autres acteurs dans les régions, mais qui produisaient eux-mêmes leur petit dépliant de communications. Ce sont des organismes communautaires, donc ils faisaient ça à faible budget, et d'envergure régionale. Ce n'était pas d'envergure nationale. Il y a eu une région qui a eu un projet pilote sur les saines habitudes de vie, c'est la Côte-Nord, sur l'alimentation auprès des hommes. La campagne c'était un père et son enfant qui [cuisinent]. Il y avait une affiche, une petite pub télé, donc c'était assez ludique. Ce qui était pressenti c'est que ça allait rejoindre les pères. Ce qu'on nous disait dans cette région-là c'est que ça avait été bien accueilli. Mais c'est toujours difficile à évaluer l'impact réel, surtout quand ça dure juste une saison.

Il y a actuellement une campagne ciblée sur la santé des hommes?

Actuellement, non il n'y en a pas.

Il y a une politique de communication pour la promotion de la santé des hommes?

Non.

Quel est le processus que le ministère fait pour réaliser les communications pour les hommes (analyse de besoins, focus groupe, pre-test de spot, des affiches etc)?

Le ministère comme tel n'a pas fait de campagne. En fait il y a celle des emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux. Moi je n'y participe pas, c'est la Direction des communications qui le fait. **Mais normalement ils vont travailler avec des experts en santé des hommes et une firme de communication. Et ils vont élaborer des messages. Souvent ça va être des affiches, des messages radiophoniques et télévisés.**

Je pense que la dernière question tu l'as déjà répondu. En fait je pense que c'est plus la Direction de communication qui pourrait répondre à cette question parce que c'est plus spécifique. Je demanderais : il y a des initiatives de spot publicitaires à la télévision qui touchent les hommes, mais ne qui semblent pas émaner du MSSS. Par exemple le *spot* santé des hommes sur au travail (CSST), le *spot* sur l'alcool (Educalcool), le *spot* sur texto au volant, ou sur s'endormir au volant. Ai-je raison? Et si oui, comment est-ce arrimé avec des interventions terrains de votre ministère? C'est intégré ou non?

En fait, Éducalcool c'est intégré avec des actions du ministère de la santé. On a un établissement qu'il s'appelle le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux. Dans cet établissement-là qui est régional, ou local, il y a ce qu'on appelle des installations : Centres hospitaliers, Centres de réadaptations, etc. On a des centres locaux de santé communautaire (CLSC). Dans ces centres locaux de santé communautaire, on a un programme d'intervention auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcool. Et ça ne vise pas l'abstinence, parce qu'il en existe des programmes de thérapie qui visent l'abstinence. Nous on a voulu faire un programme complémentaire qui ne visait pas l'abstinence, mais qui voulait aider les buveurs qui ne sont pas encore définis comme alcooliques, mais qui sentent qu'ils ont une consommation exagérée et qui voudraient mieux contrôler leur consommation. Donc c'est un programme qu'on a, et il est arrimé aux campagnes de sensibilisation qu'on a faites avec Éducalcool. Il y a une analyse différenciée selon les sexes (ADS) qui a été faite, et il y a un message spécifique qui vise les hommes... Des fois c'est le même message, on va viser les hommes et on va viser les femmes. Alors on va dire pour un homme, ce n'est pas plus que deux consommations par jour, dix par semaine, et pour une femme c'est une consommation par jour et cinq par semaine. Ce ne sont pas les bons chiffres, il faudrait que je retourne voir la pub exacte [...] Parfois il y a des messages ciblés aussi. En violence conjugale, à chaque automne on a des messages qui visent la prévention. L'homme n'est même pas présent, c'est le policier qui apparaît devant la femme victime, mais ça vise l'homme, pour sensibiliser aux conséquences de la violence. [...] Parfois ça vise les victimes avec le lien vers les ressources. Et au niveau des accidents d'automobile, ce n'est pas le Ministère de la santé, c'est plutôt le Ministère des transports. Là on a opté pour des publicités choc. On a eu des publicités dans lesquelles on a mis en scène des hommes, mais aussi des femmes, parce qu'on se rend compte d'une augmentation d'accidents de la route chez les jeunes-femmes.

Est-ce qu'il a des sujets que vous voudriez ajouter?

C'est sûr que moi j'aimerais bien savoir ce qui se fait au **Brésil**. Parce que je sais qu'il y a une politique, mais **je ne sais pas concrètement les actions qui ont été déployées pour mieux intervenir auprès des hommes et les sensibiliser.** Mais c'est sûr qu'on déborde du canevas d'entrevue. Peut-être qu'on pourrait se voir à Montréal pour ça, et là on ferait l'inverse.

Quand je retournerai au Brésil, je vais chercher sur les actions de la politique en santé des hommes. Parce que quand je suis venu ici, je travaillais avec un autre sujet. Mon travail en retournant sera de chercher des actions pour la santé des hommes, surtout des actions de communications [...]

APÉNDICE 13

ENTREVISTA COM RAYMOND VILLENEUVE

Verbatim de l'entrevue no 3
Réalisée avec : Raymond Villeneuve, ROHIM
Date : 26/11/2015
Durée : 68 minutes

D'abord je voudrais savoir qu'est ce qu'est le ROHIM et quelle est sa mission.

Juste pour bien contextualiser, moi, mon premier travail, je suis directeur pour le regroupement la valorisation de la paternité. Pour ça je travaille à temps plein. On est un regroupement pour tout le Québec, mais on a une mission régionale, puis une mission provinciale. Donc moi mon premier intérêt c'est la santé des pères. Et dans ma stratégie, c'est que j'ai compris il y a quelques années que les pères, dans l'univers de la santé et des services sociaux au Québec n'existent pas. Il n'y a absolument rien. On a fait une étude sur les pères et les politiques publiques, et on a prouvé qu'en santé et services sociaux il y a zéro action au Québec. Donc, je me suis dit « comment je peux faire pour faire exister les pères? » On a fait le rapport, on l'a envoyé à tout le monde. Et ce qui nous ramène à ce qu'on fait maintenant c'est qu'au Québec, ce qui existe, ce sont les hommes. [...] Dans le fond, la paternité est comme une dimension de la masculinité, mais elle n'existe pas en tant que telle. Et, il y a de quoi pour les hommes, mais peu de choses (il y a beaucoup de travail à faire), et dans cet ensemble-là, les pères n'existent pas. Alors moi je devais avoir une double action, dans le fond c'est de faire exister davantage les hommes, pour qu'à l'intérieur, les pères existent. Alors vous voyez c'est du long terme. On a une double action, d'une part je travaille avec le regroupement provincial en santé et bien-être des hommes, que j'ai contribué à créer. Puis au niveau de l'île de Montréal, on a créé aussi le ROHIM pour qu'il y ait une action régionale en santé et bien-être des hommes, pour que là-dedans les hommes soient plus reconnus et qu'après ça les pères soient mieux reconnus. Puis à un niveau national, le regroupement provincial pour que les hommes soient plus reconnus et qu'après ça les pères soient mieux reconnus là-dedans. Donc ça veut dire que... moi là-dedans, c'est de la stratégie. Et pourquoi on fait ça? C'est sur que nous, on est des organismes communautaires qui veulent donner plus de services aux hommes, aux pères en difficultés. Et c'est un mouvement qui vient des

organismes communautaires du terrain. Et nous on en regroupe beaucoup, et là c'est de se mettre ensemble, pour le premier objectif qui est tout d'abord qu'il y ait plus de services aux hommes. Parce que souvent ce qu'on voit, ce sont des services qui sont bien adaptés, eux ils ne suffisent pas à la demande, parce qu'ils sont peu nombreux et quand c'est bien fait, les gens appellent et on a de la difficulté à répondre. Donc l'idée c'est que d'une part, que les services existants aient plus de financements, qu'il y ait des nouveaux services, et dans le réseau public, que les services soient mieux adaptés aux besoins des hommes. Pour le moment, c'est ça notre première cible. Donc c'est pour ça qu'il y a une action provinciale, et puis une action avec le ROHI' au niveau de l'île de Montréal. Et l'île de Montréal, c'est quand même une population de deux millions de personnes. Donc un million d'hommes. Bon, je sais que pour le Brésil ce n'est pas beaucoup [...] Et les réalités sur l'île de Montréal sont très différentes [...], dans l'Ouest de l'île c'est très anglophone. Donc socialement, culturellement, les gens sont différents. Si on va au Centre-ville de Montréal, il y a beaucoup plus de pauvreté, il y a de l'itinérance, il y a une communauté homosexuelle très présente, donc des enjeux différents. Si on va dans l'est de la ville, il y a beaucoup d'Italiens... Donc dans chaque quartier, il y a des réalités différentes, c'est comme [plein] de petites villes. Donc Montréal c'est un gros morceau, et en plus, à Montréal, il y a plein d'établissements différents. Je ne sais pas si vous savez qu'actuellement il y a une réforme en santé et services sociaux. Toutes les structures des établissements du réseau public, tout change actuellement. Alors tous nos contacts, il n'y a plus rien qui est bon. C'est fou, au niveau bureaucratique c'est infernal. Les gens nous disent : « Ah, je l'sais pas. » Tu parles à quelqu'un, tu demandes par exemple : « C'est quoi ton poste? Je l'sais pas »; « Quelles sont tes responsabilités? Je l'sais pas »; « Qui s'occupe de notre dossier? Je l'sais pas. » Donc il y a une espèce de grand flou à l'heure actuelle. À l'heure actuelle, dans le réseau public, on essaie toujours de savoir qui sont nos interlocuteurs. Donc vous voyez que ce n'est pas simple.

Mais si on revient à la mission du ROHIM, nous c'est d'abord de concerter les organismes communautaires. Ça c'est notre base, avec les gens du terrain, se mettre ensemble, pour travailler ensemble, mieux se connaître les uns des autres, faire des échanges d'expertise, des références, etc. Essayer aussi de mieux travailler avec le réseau public. Et ça il y a vraiment beaucoup de travail à faire avec le réseau public. Faire de la formation aussi, parce que c'est beaucoup par la formation qu'on peut avancer au niveau de l'intervention. Sensibiliser les intervenants, changer les pratiques, c'est vraiment beaucoup par la formation. Après ça, c'est de fournir l'information, fournir des outils et des listes de ressources, de mobiliser tout le monde. C'est vraiment intéressant que vous ayez pu être là au colloque de la semaine dernière. Je ne sais pas si vous connaissez Carl Lachapelle, un chercheur qui nous avait dit les quatre étapes de la mobilisation. L'étape numéro 1 c'est l'information : il faut commencer par avoir de l'information, pour comprendre de quoi on parle; étape numéro 2, c'est sensibilisation : donc un rapport pas juste intellectuel, mais un rapport sensible avec l'information. Donc d'arriver à se dire « ah oui c'est vrai que les hommes ont des difficultés. Je n'avais pas pensé à tout ça... »; l'étape numéro 3, c'est la conscientisation : donc je prends conscience que cet enjeu est important, et que dans mon institution on ne les soutient pas, ou on les soutient peu, ou pas de la bonne façon. Et quand je prends conscience, après ça je peux me mobiliser. Vous comprenez que si on essaie de mobiliser quelqu'un en disant « Allez fais ci, fais ça », la personne ne comprend pas, n'est pas sensible aux enjeux et n'a pas eu les clés, ça ne fonctionnera pas. Donc l'idée c'est de prendre nos partenaires, et de leur faire faire ce parcours-là, les quatre étapes : informer, sensibiliser, conscientiser, mobiliser. Pour que les gens passent à l'action et disent « OK, dans mon institution, je veux faire quelque chose. » Et c'est sûr que comme c'est des êtres humains, des fois c'est 1,3,2,4. Des

fois 3,2,4,1, mais je trouve ça intéressant en termes de schématisation, et dans le colloque, il y avait un peu de tout ça. Comme Gilles Tremblay, sa présentation, c'était plus informatif. Mais en même temps, il y avait beaucoup « d'humain », on touche les gens, c'était chaleureux, très humain. Je pense que les gens sont sortis et avaient le goût de faire des choses. C'est un petit peu ça, parce que le ROHIM, on a la moitié d'un employé. On a une personne à 21 heures par semaine et c'est tout. Donc ce sont des miracles qu'on fait, et on veut mobiliser la région de Montréal, avec un million de personnes. Donc c'est ça l'idée : avoir un réseau fort, avoir des actions porteuses, et que notre groupe [de 120 personnes augmente], aller chercher d'autre financement, mettre sur pied plus de projets, qu'il y ait de plus en plus de références. Et surtout je vous dirais que dans les stratégies, c'est qu'il faut que ta cause soit un incontournable, qu'il y ait plein de gens porteurs partout, que les organismes, dans leurs réunions tout à coup soient autour de la table et disent « oui c'est vrai les hommes c'est important. » Que ça se multiplie, et que tout à coup les choses se mettent à bouger. Je ne sais pas si vous connaissez, il y avait un livre américain, ça s'appelait *Le point de bascule*. [...] Un changement social c'est un peu ça. Pendant des années, tu peux travailler et il n'y a rien qui change, t'as l'impression de travailler pour rien. Et un moment donné, tu mets le pied là, et quelque chose arrive. Ce que [l'auteur] expliquait, c'est qu'un changement social, c'est comme une épidémie. Vous connaissez un peu les cloches épidémiologiques? Quand tu as la grippe par exemple. Pendant longtemps ça couve [...] Et le changement social c'est ça qu'on fait. On essaie pendant des années de préparer ça, pour préparer au fond le « point de bascule. » Pour passer d'un sujet marginal, exceptionnel et non traité, à tout à coup une journée tu te rends compte que tout le monde trouve ça naturel, et donc il faut faire le changement. Donc nous on travaille à plein de niveaux, pour amener ce changement-là auprès des multiplicateurs, auprès des personnes qui sont des acteurs clés. Donc on travaille à Montréal, on travaille au Québec, on travaille auprès des hommes et auprès des pères, avec les ministères, on fait des recherches. Et tout d'un coup, il y a un ensemble d'acteurs, qui vont un moment donné arriver dans leur réunion où on ne sera pas là, et qui vont dire « Ben oui, il faut faire ça. »

À votre avis, est-ce qu'on est proche du point de bascule?

Pour certaines choses... c'est-à-dire qu'on ne peut pas avoir une seule réponse. Ce qu'on voit, c'est qu'il y a de plus en plus des petits points de bascule qui se font. Moi je le vois auprès des ministères du Québec. Ils commencent à avoir des réflexes concernant les pères, sans que je doive leur dire. Il y a quelques années il fallait toujours que je leur dise [...] Et tout à coup un moment donné, le Ministère de la Famille ont eux-mêmes fait des actions pour les pères, sans que j'aie à leur dire. Et on voit que ça commence en Santé et services sociaux. Mais le gros point de bascule, on n'y est pas encore. C'est sûr que c'est difficile, au niveau du gouvernement, il y a des coupures importantes partout. Donc pour développer des nouveaux projets, des nouveaux services, faire des nouvelles actions, le contexte n'est pas favorable. Et ce qu'on fait maintenant c'est qu'on prépare notre point de bascule. Donc on fait des trucs ici et là, on fait des rapports, on dépose des recommandations, on forme les gens, on fait des colloques, Il y en a un au niveau provincial aussi, et pour les pères j'en fais un à 300 personnes chaque année. Et donc on prépare tout ça, pour qu'un moment donnée quand le *timing* va être bon, que les choses se produisent. Au niveau de la sensibilisation, disons si on est dans la courbe, les gens ont de plus en plus d'information. La sensibilisation est là, on serait rendus pas mal dans la conscientisation. De plus en plus on voit que les gens disent « ah oui, c'est vrai! ». Mais pour que ça passe à l'action, il y a encore du travail à faire, et en plus il y a le contexte du budget qui est incontournable.

Je reviendrai à cette question de mobilisation, mais d'abord je voudrais revenir à la question du ROHIM et de ses organismes. Est-ce que ces organismes sont non-gouvernementaux? Quel est le lien entre eux, et entre le gouvernement.

[Parmi] les membres, il y a des organismes à but non lucratif, ce qu'on appelle au Québec des OBNL. À peu près tous ont du financement du gouvernement, à peu près la moitié ont du financement de santé et services sociaux (MSSS), d'autres [provenant] d'autres ministères. Il y en a qui soutiennent les hommes, d'autres les pères. Il y en a que c'est leur mission principale, d'autres que c'est juste un service parmi d'autres. Mais dans le fond, le point commun dans ces groupes-là c'est qu'ils ont tous la préoccupation de donner des services adaptés aux réalités masculines.

Ils ont été créés il y a beaucoup de temps?

En 2006, on était sept ou huit organismes au départ [...] C'est-à-dire que le ROHIM s'était réuni une fois en 2005, et suite à ça on s'est dit qu'il fallait faire un regroupement. Et là on a commencé, et pendant trois ans on a commencé avec zéro argent. Donc on n'a pas fait beaucoup de choses. Et après ça, comme l'expliquait Michel Lavallée du ministère, c'est que suite à des pressions qu'on avait fait plusieurs personnes au niveau provincial, donc [le ministère] a investi de l'argent dans chacune des régions du Québec. Et nous on a eu un petit projet de 35 000 \$ par année. Maintenant c'est 37 000 \$ avec l'indexation, mais c'est ce petit montant-là qu'on a pour mener une action à Montréal en santé et bien-être des hommes.

Et ce financement de 35 000 \$, c'est pour le RHOIM?

C'est-à-dire que... ce n'est pas pour le fonctionnement du RHOIM, il n'y a pas de financement au fonctionnement, pour le bureau ou des choses comme ça. On a de l'argent pour un projet, et le projet c'est de concerter les organismes de Montréal pour travailler à l'adaptation des pratiques. Et c'est notre seul financement, on n'a pas de financement de base. On n'a pas de bureau, on n'a pas de téléphone, on a juste un projet.

Je pensais qu'il y avait une structure, que c'était un organisme aussi?

C'est un organisme, mais sans argent. C'est la foi! [...] Et on a un projet qui est financé et qui nous permet de vivre, sinon on ne pourrait rien faire. Comme le colloque, il est financé par le projet.

Il y a un coordonnateur, et c'est vous?

Non, moi je suis « comme un peu » le président. Et il y a Alice (qui co-animait avec moi), donc elle c'est la chargée de projet qui travaille 21 heures par semaine. Moi c'est bénévole.

Et vous travaillez aussi pour un autre organisme, pour les pères?

Oui, le Regroupement pour la valorisation de la paternité. [...] C'est compliqué hein, il y a beaucoup de structures.

Oui, mais je pense qu'on fonctionne un peu pareil, mais pas comme ça [...] Nous n'avons pas des organismes qui travaillent pour la santé des hommes de façon vraiment structurée comme ici, mais nous avons une politique pour la santé des hommes.

Nous, on n'a pas de politique. [...] En fait nous on a eu des priorités d'action ministérielle. Ce que Michel Lavallée expliquait le matin. Le ministère, en 2009, suite à des pétitions et des pressions qu'on a faites, a décidé d'avoir des priorités d'actions. Mais il n'y a pas de plan d'action, pas de politique.

Ça manque pour vous, une politique pour la santé des hommes?

Oui. Il y a une vision claire, mais elle n'est pas écrite, et il n'y a pas de cadre général. Donc il y a des actions, qui sont intéressantes et dont on reconnaît la pertinence, mais pas ce n'est pas inscrit dans un cadre plus large. Oui on veut qu'il y ait des actions en santé et bien-être des hommes, mais les hommes font partie de la population, et de l'ensemble du réseau. Donc si on veut intégrer cette préoccupation dans l'ensemble du réseau, il faut avoir un cadre plus large, sinon c'est un dossier qui n'existe pas.

Mais il y a une pression des organismes qui travaillent avec les hommes pour la création d'une politique pour la santé des hommes?

Oui, et on a même un ministre qui nous a dit qu'il y en aurait une. Le ministre précédent, le Docteur Bolduc, dans une conférence de Masculinité et Société justement, il a dit ça en ouverture : « En Australie il y en a une, ce serait bien qu'il y en ait une ici aussi! » Donc suite à ça on l'a relancé, le ministère nous a dit qu'ils étudiaient la possibilité d'une politique, sauf qu'il y a eu des élections. En fait il y a eu deux élections : le parti québécois est arrivé au pouvoir, donc on a changé de ministre. Et après ça il y a eu une autre élection, les libéraux sont revenus, mais avec un autre ministre de la santé. Alors ça flotte, on ne sait pas du tout. Et comme il y a une réforme majeure du réseau de la santé [...] Ce n'est pas enterré, mais ça flotte, on est loin d'une politique pour le moment.

Aujourd'hui il y a combien d'organismes regroupés au RHOIM?

Aujourd'hui on est 25. Et ce qui est particulier (si c'est trop compliqué vous me le direz), c'est que... Quand on parle de santé et bien-être des hommes [...] on parle d'une approche globale de la personne. Le problème à l'heure actuelle c'est qu'au Québec, on a une approche par problématiques. Donc on parle de violence conjugale, on parle de toxicomanie, de santé mentale, d'itinérance. Ce sont tous des « corridors de services », et ce sont des problèmes. Mais nous on dit que l'homme n'est pas qu'une série de problèmes, c'est aussi une personne, avec une identité et tout ça. Et des fois la même personne peut avoir plusieurs problèmes, ou n'avoir aucun de ces problèmes et être en difficulté tout de même. Et surtout, c'est une personne. Et la difficulté qu'on a, au niveau stratégique, au niveau régional et provincial, c'est que comme c'est configuré par problèmes, il y a déjà des réseaux qui existent dans ces problèmes-là. Il y a des regroupements en itinérance, en violence conjugale, etc. Et nous on est comme un autre regroupement qui vient s'ajouter, pas de dossier, pas d'argent, sans rien. Mais on essaie d'être transversaux et d'intégrer tout ça. Alors vous voyez que c'est tout un défi. C'est vraiment une configuration par problèmes et c'est malheureux. Parce que dans les politiques, quand on parle d'hommes on parle toujours de problèmes. Donc « les hommes ont des problèmes. » Ce ne sont pas des personnes qui contribuent, ou qui peuvent aider, ce sont des problèmes. Dans la pensée de Santé publique, les hommes sont liés à des problèmes. Donc la paternité n'est pas là, donc la contribution des pères n'est pas là. On a juste des problèmes. Donc dans le *mindings*, dans la pensée des gens, ce sont des problèmes. Donc il faut faire en sorte que les hommes ne nuisent pas à la société. Et c'est très pernicieux comme approche.

C'est intéressant pour moi parce qu'au Brésil, un des axes de la politique parle « d'intégralité ». C'est-à-dire des actions et des stratégies qui font partie d'autres ministères ou d'autres institutions aussi [...] Comme vous avez dit, la santé des hommes c'est global, c'est un sujet global, donc on ne peut pas parler seulement de chaque fragment. Donc, comment parler d'intégralité s'il n'y a pas de politique?

En fait on n'a pas de levier. Il faut qu'on convainque, et je pense qu'on peut être assez bons là-dedans. Mais il demeure que quand tu arrives devant quelqu'un et que tu n'as pas de dossier et pas d'argent, tu peux juste séduire. Vous vous imaginez, le gestionnaire arrive, et [il n'a même pas assez d'argent pour ses propres objectifs], et on lui dit « voudrais-tu faire ça en plus, mais je n'ai pas d'argent pour toi, en plus de tout le reste que tu n'arrives pas à faire. » Ce n'est pas simple.

À votre avis, quels sont les principaux besoins en santé des hommes à Montréal?

C'est une grande question! Vous avez vu notre rapport? [...] C'est sûr que ce n'est pas un rapport complet et absolu, mais on a travaillé très fort, toujours avec notre 35 000 \$ par année. [...] L'essentiel de ce rapport-là, c'est de dire que premièrement, il manque énormément de données sur la santé des hommes. Au niveau populationnel, la disproportion entre les données sur la santé des femmes et la santé des hommes c'est effarant. Il y a très peu de choses que l'on sait. Donc déjà c'est un premier constat troublant. Et pour la recherche, on a interpellé la Santé publique de Montréal qui ne nous a pas aidés à faire la recherche. Il a fallu qu'on aille chercher les données par nous-mêmes, et qu'on se trouve un analyste par nous-mêmes pour faire l'analyse des données. Donc à la base, très peu de données.

C'est intéressant, car il y a des informations sur la santé des hommes du Québec, donc le ministère en a des informations sur Montréal, mais il ne les donne pas?

C'est-à-dire qu'il y en a certaines, et pour les avoir il y a dû avoir beaucoup de travail pour les compiler, Gilles a travaillé très fort sur ces dossiers-là. Le ministère maintenant souhaite avoir des données genrées, et tout ça, mais ce qu'on constate, c'est toujours beaucoup de travail d'aller les chercher. Et souvent, au niveau des données fédérales, on m'a expliqué qu'il y a très peu d'enjeux qui sont cernés, et qu'il y a des manques terribles dans la façon dont c'est configuré. Sur les pères c'est la même chose, on est incapables de dire le nombre de pères au Québec. On peut le dire par des approximations, soit tu existes en tant que conjoint... Donc il y a vraiment un problème de données à la base, c'est un premier enjeu. Cependant il y a une donnée que je trouvais tellement intéressante dans le rapport. On nous dit qu'à Montréal, 41 % des femmes vivent sous le seuil de la pauvreté. C'est beaucoup, 2 sur 5. À Montréal, 41 % des hommes vivent aussi sous le seuil de la pauvreté. Le taux de pauvreté est équivalent. Cependant, les organismes de représentations pour les hommes il y en a très peu. Ce qui fait que [si on demandait] aux gens [informés] qui [lisent] les journaux et tout ça, ils diraient que la pauvreté des femmes c'est important [...], parce que les femmes monoparentales, etc. Mais la pauvreté est équivalente! Donc c'est un bel exemple qui illustre que les besoins des hommes sont vraiment méconnus, mal documentés, et qu'on n'est pas au courant. C'est sûr que nous à notre niveau, on n'a pas pu tout faire, mais le constat le plus important c'est de voir que les services sont vraiment très peu adaptés aux hommes. Et au niveau des consultations, on voit que les femmes consultent beaucoup plus les services publics que les hommes. On voit aussi qu'il y a beaucoup plus d'organismes communautaires dont la cible est de soutenir les femmes, que les hommes. Et dans le fond, c'est peu un enjeu, c'est peu nommé dans les politiques publiques et les plans d'action. C'est « comme pas là. » Donc c'est un peu un choix, ils peuvent répondre ou pas,

ça dépend du gestionnaire. Ce n'est pas un objectif, en dehors des problématiques. Au niveau des problématiques, oui c'est ciblé, mais la santé des hommes, ce n'est pas un enjeu qui est nommé, et il y a vraiment une disproportion de services à ce niveau. Ce qui fait qu'il y a des trous de services, pour certains enjeux des fois il n'y a tout simplement pas d'organisme, pas de réponse aux besoins. Et des fois il y a un service qui est là, qui est soit insuffisant, ou soit mal adapté. Donc il y a vraiment un travail à faire, et il n'y a pas de formation. [...] À l'époque il y avait 12 CSSS à Montréal, c'était comme des regroupements d'établissements de santé. On leur a demandé « Est-ce qu'il y a des actions pour la santé des hommes? » La moitié a clairement répondu que non, et l'autre moitié ont répondu qu'ils essayaient de faire quelque chose. Et dans l'organisme régional (avant c'était l'Agence, maintenant c'est un CIUSSS), dans leur prochain plan d'action il devait y avoir une priorité pour les hommes, mais comme les structures ont changé, ça a disparu.

La prochaine question vous y avez déjà répondu en partie [...] Comment la santé des hommes est partagée et travaillée par les organismes du ROHIM.

Il n'y a pas une seule réponse parce que chaque organisme travaille différemment, et en plus, les organismes dans les problématiques, qui sont les mieux financés, eux ne sont pas au RHOIM, mais plutôt dans leur réseau de concertation. Donc nous on regroupe des orphelins. On est un peu comme les orphelins, ceux qui sont en dehors de tout et qui se réunissent. Dans le fond, ce qu'on a en commun c'est la préoccupation des hommes, la préoccupation d'une approche genrée, ou tout au moins de l'intégration des enjeux masculins dans une approche générale. Ce qu'on constate, c'est que ce n'est pas pareil. C'est vraiment ça le constat : si on fait des stratégies pour les femmes et qu'on les applique pour les hommes, souvent ça fonctionne peu. Et c'est peut-être ça le transversal. Ce qu'on fait dans un premier temps c'est de s'assurer que dans notre organisation, on rejoigne les hommes le mieux possible. Donc dans notre organisation on essaie d'avoir de la formation, avoir des colloques, pour mieux rejoindre les hommes. Deuxièmement, toute la collaboration entre les organismes. On a un organisme à Montréal qui s'appelle CRIPHASE, qui soutient les hommes abusés sexuellement dans leur enfance. Donc c'est sûr que plus on les connaît, mieux c'est, parce que les gens peuvent référer chez eux. Et de la même façon, eux aussi peuvent référer des gens. Déjà, juste de faire le réseau, le *network*, ça c'est déjà important. Et après l'autre gros enjeu, c'est comment travailler avec le réseau public. Parce que nous on a très peu de services professionnels dans les organismes communautaires. On n'a pas de psychologues, de travailleurs sociaux, médecins, infirmières, etc. On ne peut pas tout faire tout seuls, donc on a besoin du réseau, mais le réseau lui ne priorise pas les hommes. Donc oui, ce qu'on souhaite c'est d'avoir une politique nationale, qui va descendre après dans des orientations régionales, qui vont descendre dans les établissements, avec des priorités et tout ça. Mais en même temps il faut préparer le terrain. Donc ce qu'on essaie de faire, c'est les deux mouvements : mobiliser les gestionnaires et les intervenants pour qu'ils soient sensibilisés, mais en même temps agir en haut, pour que ça redescende, et qu'un moment donné ça se rejoigne. La finalité c'est vraiment ça. Qu'un moment donné ça devienne à l'ordre du jour, et que les intervenants soient formés, prêts, disposés et sensibilisé. Donc c'est tout un travail de « tenailles ».

Le point de bascule!

Voilà, c'est ça!

Et quelles sont les activités de formation ou de sensibilisation concernant la santé des hommes?

La plupart des organismes sont pauvres, en survie, avec peu d'argent. Déjà qu'on fasse un colloque, [...] c'est un exploit, à notre niveau. Pendant l'année, on essaie aussi de commencer à faire des activités d'échange, de ressourcement, d'informations. Ce qui se passe aussi c'est que l'année passée, l'instance régionale (l'Agence) avait décidé de mettre de l'argent pour faire une vraie activité de formation en santé et bien-être des hommes. Donc ils ont mis quelque chose comme 20 000 \$, et Pierre L'Heureux et Gilles Tremblay ont formé des gestionnaires et des intervenants pour donner des services aux clientèles masculines. Ça, c'était très intéressant : 35 gestionnaires et 5 intervenants. Ils devaient continuer cette année, mais comme il y a la réforme, tout s'est perdu. Mais on espère que l'année prochaine ça se poursuive.

Il me semble qu'en mai ou juin il y avait une marche pour la santé des hommes, je ne sais pas si c'était lié au ROHIM, c'était une activité dans un parc, un dimanche... J'avais vu un reportage à la télé.

Non, ce n'est pas nous.

Maintenant, j'aimerais parler des stratégies de communication. Vous avez parlé des quatre étapes, ce sont des termes que l'on utilise aussi en communication. Comment les organismes du RHUIM font pour mettre en œuvre ces étapes, quelles sont les stratégies de communication pour chacune de ces étapes?

C'est sûr qu'au niveau du terrain, ce que font les organismes c'est d'être sûrs que les hommes viennent pour les services. Au ROHIM on essaie d'être un peu plus larges, mais sur le terrain, chaque organisme est différent. Quand vous êtes venu à l'atelier *Comment rejoindre les hommes*, je trouvais ça intéressant, parce que chaque organisme a construit quelque chose à travers le temps. Mais moi la grande leçon que je retiens de ça, c'est premièrement, on est toujours en santé et services sociaux, dans une logique de besoin et de réponse à un besoin. Et ce qu'on voit, en tout cas c'est ma constatation, c'est que quand les hommes disent qu'ils ont un besoin, et qu'on leur offre une réponse à ce besoin-là, ils sont là. Le problème, c'est que souvent, ce qu'on propose, les hommes ne pensent pas que ça répond à leurs besoins. Comme on a donné l'exemple qui est tellement intéressant de [l'organisme] Pères séparés. Eux ils ont deux employés à temps partiel, le budget et de 67 000 \$ par année, et l'année passée ils ont reçu 1 500 appels téléphoniques. Et ils n'ont pas de publicités nulle part. Juste le bouche-à-oreille, le réseau. S'ils avaient de la publicité, il y en aurait 5 000 ou 10 000. Parce que les pères en séparation ont besoin d'aide, et d'aide juridique, et ils se sentent « tout croche », etc. Ils ont besoin d'aide. Et en période de séparation au Québec, les hommes appellent, ils cherchent de l'aide. Mais souvent l'aide qu'on leur offre ne répond pas à leur besoin. Si tu appelles au CLSC et que tu dis que tu as besoin d'un avocat, le CLSC ne va pas t'aider à te trouver un avocat.

CLSC?

C'est l'ancien nom des établissements de santé et services sociaux. Maintenant on parle de CIUSS (Centre intégré universitaire de santé et services sociaux). À Montréal il y en a cinq, et ces centres-là regroupent tous les établissements de leur territoire. Donc dans le CIUSS, il peut y avoir un hôpital, des CLSC, un centre d'hébergement pour personnes âgées, en santé mentale, etc. Donc ce sont des monstres bureaucratiques, et chacun des cinq CIUSS à Montréal a 15 000 employés, et il y a un conseil d'administration pour 15 000 employés. Ce sont des monstres.

Concernant la communication...

Oui donc ce qu'on disait c'est qu'au niveau des organismes comme tels, chacun a développé sa stratégie, qui n'est pas systématisée. Mais ils ont comme trouvé les moyens. Comme Patrick disait, l'Internet fonctionne beaucoup. Souvent ce sont des références, des partenariats. Mais c'est peu formalisé.

Donc il n'y a pas de professionnel en communication?

Non, pas du tout. Comme je disais, Pères séparés ont 77 000 \$ par année. Maison Oxygène, qui est un des organismes les mieux financés qui font de l'hébergement père enfants, eux ils ont quelque chose comme 300 000 \$ par année, mais ils ont 12 chambres d'hébergement. Ils devraient avoir un million par année, mais ils ont 300 000 \$. Donc personne de ces groupes-là ont des gens en communication.

Mais vous qui faites partie du ROHIM, vous pensez que c'est important la communication pour la santé des hommes?

Tout à fait! Sauf que la difficulté c'est que les membres du RHOIM sont tous des organismes de services sous-financés. Ils n'arrivent juste pas la plupart du temps à répondre à la demande. Alors ils vont intégrer la communication dans leurs actions, mais rarement il va y avoir une personne [dédiée]. Pères séparés ils ont un intervenant avec une expérience en communication, il a un talent à ce niveau-là. Mais c'est pour ça aussi que c'est important de se donner des organismes de regroupement, qui eux devraient avoir plus une pensée en communication. Donc au niveau régional, national, le RVP [Réseau pour la valorisation des pères], nous autres on peut plus travailler les communications. Et souvent les gens du terrain ont l'impression que de mettre de l'argent en communication, c'est l'enlever aux services. Ils se disent « je ne peux pas prendre un graphiste pour faire ça. » À moins que ce soit pour un projet spécial une fois, mais les communications ne sont pas systématisées à ce niveau-là. Rarement.

Je pense qu'au Brésil aussi. Nous avons des stratégies de communication qui sont surtout mises en œuvre au mois de novembre, à cause de la campagne de prévention pour le cancer de la prostate. Mais pendant le restant de l'année, il n'y a pas de communication pour la santé des hommes. En fait on parle de maladie, ça c'est le défi de mon travail, de montrer que la communication c'est important pour la santé des hommes, et stimuler les hommes à prendre soin de sa santé. Mais tout le temps, pas seulement dans le mois de novembre [...] C'est un défi qui je pense a lieu ici aussi.

Absolument. Nous tranquillement on essaie de s'organiser au niveau provincial, mais c'est difficile. Le 19 novembre on a créé, au niveau provincial, une journée québécoise en santé et bien-être des hommes. Les effets ne sont pas très grands encore, il y a des activités dans plusieurs régions du Québec. C'est-à-dire que des organismes dans les régions font des choses. Cette année il y a eu une vingtaine d'activités, si vous voulez je pourrais vous envoyer la petite brochure [...] On avait fait une petite brochure lors de la conférence de presse à Québec, puis on avait la liste des activités qu'il y avait dans les régions du Québec. Mais c'est très modeste, Gilles Tremblay était là aussi, et finalement il est venu un journaliste.

Est-ce que les médias sont intéressés par ce sujet-là? Vous essayez de faire des contacts?

C'est sûr que le regroupement provincial est nouveau et est encore peu organisé à ce niveau-là. C'est sûr que la santé des hommes intéresse peu les médias. C'est sûr par exemple que si l'université McGill sort une grosse étude sur le cancer de la prostate, il y

aura une couverture, mais ce n'est pas un sujet qui est très très « couru ». La paternité est beaucoup plus populaire dans les médias, ça fonctionne. En février dernier lorsqu'on a sorti notre étude sur les pères dans les politiques publiques, ça a marché. On a eu quinze entrevues dans les médias nationaux. Le titre de notre communiqué c'était *Les pères peu présents dans les politiques publiques*. Ils ont accrochés, et on a fait toutes les entrevues avec notre chercheur, c'était crédible, il y avait du nouveau contenu, ça fonctionnait. Mais dans l'étude de Gilles, il n'y avait pas de gros scandale. C'était des choses qu'on savait, ce qui fait qu'il n'ya pas eu... Mais au niveau national, il y vraiment un travail, qu'on arrive peu à faire. Nous autres pour les pères, on a maintenant une semaine québécoise de la paternité, qui fonctionne assez bien. On avait une centaine d'activités dans toutes les régions du Québec, on fait un lancement national. Souvent les médias accrochent, la première année on a eu une dizaine d'entrevues. C'est la semaine de la fête des Pères, alors les gens ont une ouverture aux pères cette semaine-là. Et la paternité est plus « tendance ». Soit les journalistes sont pères eux-mêmes, et il y les conjointes qui sont préoccupées par les enjeux d'égalité et tout ça. Et les gens ne voient plus le lien direct. La santé pour le bien-être des hommes, c'est comme si on n'avait pas trouvé de façon suffisamment « sexy » ou attirante de la présenter. Et l'autre chose c'est qu'on ne veut pas aller non plus dans le sensationnalisme, le scandale. [Dire] « Les femmes ont plus de services que les hommes », au Québec, on est morts si on fait ça. Le féminisme est présent. Et ce n'est pas non plus notre pensée. Nous on veut de l'égalité, on veut travailler ensemble. Donc on ne veut pas de scandale, mais les médias n'aiment pas ça quand il n'y a pas de scandale. Donc comment avoir une pensée positive et constructive, mais intéressante pour les médias, il y a un défi là au niveau national qu'on n'a pas encore résolu. Par contre ce qu'on voit qui est intéressant [...], ça fait plusieurs fois qu'il y a des sondages au Québec et qu'on demande aux gens « est-ce que vous pensez que les hommes devraient avoir plus de services? » La majorité des gens dit oui. « Est-ce que vous pensez qu'il devrait y avoir plus de services pour les hommes? » Les gens disent oui. Donc la population est comme prête à ça, mais il y a encore beaucoup de résistance de certains groupes communautaires, certains lobbys, certaines représentations. Le réseau public est très long à changer. Donc ça fait beaucoup de résistances, mais la population serait probablement relativement prête à entendre ce message-là. Et même elle est étonnée quand on lui dit qu'il y a aussi peu de services pour les hommes. Mais comment faire en sorte d'avoir une plate-forme respectueuse de tous, dans une perspective d'égalité, et de se rendre dans l'espace public? J'avoue que c'est quand même un défi. D'autant plus que les hommes eux-mêmes ne trouvent pas leur santé très importante...

Oui, c'était justement ma question : pensez-vous que les hommes pensent qu'ils ont besoin de services spécifiques pour eux?

Ce que les études de Gilles nous disent... C'est que moi-même, je ne m'occupe pas assez de ma santé!

C'est la même chose pour moi!

C'est fou hein?!

Et dans cet évènement dont je vous parlais, la personne qui organisait disait qu'on prend soin de notre voiture mieux que notre santé!

Tout à fait! C'est comme si on n'arrive pas à trouver un sens : « Pourquoi on ferait ça? Ça va bien, je n'ai pas de problème, pourquoi je m'en occuperais. Quand j'aurai une jambe cassée, j'irai à l'hôpital la faire réparer, mais là ça va bien... » C'est sûr que c'est en lien aussi avec la socialisation, la masculinité, on veut être fort, etc. C'est sûr qu'il y a une dimension à ce niveau-là, mais c'est comme aussi si on avait de la difficulté à voir les

avantages de ça. Notre petit thème cette année c'était « Ma santé, moi je m'en occupe. » Ce qu'on voulait dire, c'est que c'est MA santé, c'est à MOI, et JE m'en occupe, JE la prends en charge. C'est ce que Gilles Tremblay nous disait : les hommes recherchent l'autonomie, alors il doit y avoir un rapport d'égalité avec l'intervenant. On ne veut pas que l'intervenant nous prenne en charge, il faut que MOI je me prenne en charge. Donc c'est un peu notre message, mais comment le véhiculer, comment le traduire? Ça c'est vraiment un défi. Alors qu'au niveau paternité, on avait notre affiche qui disait « Un million de pères au Québec », on avait une belle photo de père avec des enfants. Et là le monde disait « c'est beau, c'est l'fun. » Tu sais, la paternité, c'est « hot ». Mais la santé des hommes... « Moi je m'occupe de ma prostate », c'est ... il y a vraiment un défi de communication à ce niveau-là. Souvent, ce qui intéresse les gens c'est la violence conjugale, les drames familiaux, les choses très très graves. Et à ce moment-là le dilemme c'est de dire, oui, c'est important, il faut en parler, ce sont des enjeux sociaux importants. Mais les hommes ce n'est pas que ça. Parce que dans la tête des gens c'est déjà ça : la violence conjugale, les drames familiaux et tout ça. Mais tout le restant?

La santé mentale par exemple.

Oui. Et c'est un tabou. Les hommes disent « je n'ai pas tué ma femme donc je n'ai pas besoin de ça. » Ou « Je ne suis pas itinérant, je n'ai pas de problème d'alcool, de drogue, donc ça ne me concerne pas. »

Vous avez parlé de masculinité, et je me souviens de la conférence de Mme Houle. J'ai aussi participé à un autre évènement, au mois d'août, où il y avait un conférencier, Monsieur John McDonald, de l'Australie. Leur point commun était de dire que la masculinité peut être utilisée pour blâmer les hommes de certains problèmes de santé. Mais de l'autre côté, la masculinité explique d'une certaine façon les comportements de ces hommes qui ne prennent pas soin de leur santé. C'est un grand défi d'équilibrer ces choses-là.

Oui, on est comme coincé dans des discours de genre. On dit par exemple que le problème c'est la socialisation, donc si on était socialisés autrement, il y aurait autre chose. Mais là tu te dis : « qu'est-ce qui reste de mon identité masculine à ce moment-là? » Si on me dit « Parfait, ça irait tellement mieux si tu étais autre », mais comment faire? C'est ce que Jeannie nous disait, qui était intéressant, qu'il faut prendre les hommes pour ce qu'ils sont, partir de ce qu'ils sont et prendre leurs forces. Mais au niveau social, il y a peu de valorisation de la masculinité, donc on est plus dans un discours qui dit que dans le fond, le problème c'est la masculinité en elle-même. Alors tu te dis : « Je suis le problème. Comment être autre chose que ce que je suis? » Et ça, c'est compliqué parce que c'est vraiment du long terme, et c'est sociétal. Et à ce niveau-là, moi je pense, profondément, que la paternité est un levier fantastique, parce que la paternité n'est pas un problème, alors que les autres choses en masculinité, on parle toujours de problèmes. Et l'engagement paternel est souhaité par tous, pas de la même façon, mais souhaité par tous. Les femmes souhaitent l'engagement paternel, elles souhaitent le partage des soins, le partage des tâches ménagères. Pas de la même façon que les hommes, mais on souhaite ça. La majorité des hommes le souhaite aussi, la société le souhaite, pour la conciliation travail famille, pour l'égalité, tout ça. Et là, ça, c'est positif. Et de plus en plus les hommes ont un rapport plus sensible aux enfants. Ils sont plus affectifs, on peut les toucher... Moi je dis toujours, si tu me donnes dix gars, en 4 minutes on ferme la porte je peux faire pleurer tout le monde : je vais leur parler de leurs enfants, dire à quel point ils sont importants pour eux. Donne-les-moi je vais faire pleurer tout le monde, je vais aller chercher leurs émotions « comme ça. » Et même avec des femmes, on peut parler de la

beauté de la paternité, l'importance de cet engagement-là. Et ça à ce moment-là ça devient un levier de valorisation de la masculinité, et de dire que c'est beau. Et pour ça, ça vaut peut-être la peine de prendre soin de sa santé, pour être plus présent plus longtemps envers ses enfants, mieux soutenir sa conjointe, etc. Il faut avoir un gain, et la paternité c'est un levier qui fonctionne, en tout cas au Québec c'est un levier puissant. À chaque jour dans les médias, il y a un article sur la paternité, et c'est positif. C'est que, si on fait entrer les pères, on fait entrer les hommes. Mais le paradoxe comme je vous le disais, c'est qu'en santé et services sociaux, il y a des hommes, mais pas de pères! Mais ce qui est le plus « sexy », ce qui mobilise le plus, ce sont les pères. Moi mon colloque j'ai 300 personnes tout le temps, la semaine de la paternité ça fonctionne bien. On parle de santé des hommes, c'est difficile, mais si on parle de paternité ça fonctionne.

Parce que c'est plus spécifique?

Parce que c'est plus spécifique, et qu'on a le goût de s'identifier au bon père « Je donne quelque chose, c'est important, ça me touche, etc. » On n'a pas le goût de s'identifier à un problème.

Et quels sont les principaux enjeux des pères, quand on parle de paternité?

Il y en a plusieurs. Si je parle de mon point de vue, au niveau regroupement, c'est que ... Dans nos politiques publiques, il y a deux politiques publiques qui touchent spécifiquement les pères : le congé de paternité, et il y a une mesure dans la convention d'égalité que nous sommes allés chercher. À part ça, tout ce qui touche la famille, il n'y a rien qui touche les pères. [Et quand on dit ça aux gens, ils sont étonnés de l'apprendre.] Au Québec à tous les jours, tout le monde le dit, on est tous pour l'égalité. Tout le monde veut l'égalité, il y a un plan d'action pour l'égalité, on veut le partage des tâches, etc. Mais tout l'environnement de politiques publiques et de services, on fait comme s'il n'y avait pas de pères. Dans le milieu communautaire, il y a plein de projets qui s'organisent, mais le cadre fait à peu près comme s'il n'y avait pas de pères. Et les seuls moments où on va intégrer les pères, c'est pour les mères. Ce n'est pas pour les pères. Les pères dans le fond ils aident à l'égalité, à la conciliation travail famille, ils sont utiles pour les mères. Donc c'est sûr que les gars, les pères, ne sont pas très mobilisés, parce qu'on ne s'adresse pas à eux. Alors l'idée c'est que dans notre ensemble de politiques publiques, de services, que les pères soient présents dans les familles, que dans les documents, dans les services, que ce soit là, que ce soit intégré. Ça c'est mon travail, ça c'est mon enjeu stratégique. Du côté du père qu'est ce que ça fait? Lui il arrive à l'hôpital et il n'existe pas : dans la déclaration de naissance au Québec c'est écrit « mère biologique et autre parent. » C'est quand même assez marquant, au niveau communication là, c'est très mauvais. Et il arrive dans le bureau en suivi postnatal, et des fois il y a juste une chaise. Dans les rencontres prénatales, la majorité des cas il n'y a pas de contenu spécifique pour les pères. Et etc., etc., etc. Donc il y a tout un environnement de services qui disent « tu es très important, mais il n'y a rien pour toi. » Alors il y a une contradiction dans l'environnement global. C'est sûr que les pères, souvent eux-mêmes identifient très peu de besoins. « Les pères sont forts », donc ils ne demandent pas. Là où ils demandent, c'est en période de séparation. Et c'est là que les crises éclatent. C'est là qu'ils décrochent le téléphone et qu'ils appellent à Pères séparés pour dire « j'ai besoin d'un avocat. » Et dans le contexte de crise, il y a très peu de soutien aux pères en période de séparation.

Mais ils cherchent à cause de questions légales, ou à cause de question sentimentales aussi?

Dans 95 % des cas, les pères vont faire une demande légale. Mais il faut être intelligents et comprendre qu'il fait une demande légale, c'est super, mais... Tu sais, l'homme qui vient faire réparer sa voiture, l'homme il a un problème. L'homme qui passe en cours demain, il est « tout croche », il est en crise, donc ce qu'il faut faire c'est répondre à cette demande-là, mais l'utiliser comme un levier vers autre chose. [L'organisme] Pères séparés à Montréal fait ça, RePÈRES le fait un petit peu. Donc dans tout le Québec, il y a deux organismes qui répondent aux pères en période de séparation. [...] Et c'est la porte! C'est à ce moment que les hommes demandent le plus d'aide. Au Québec, trois fois sur quatre, c'est la femme qui initie la séparation. L'homme n'est pas prêt, il est déstabilisé, et tout d'un coup il perd tout. Il perd sa conjointe, dans certains cas il perd le lien avec son enfant, et s'il perd ça il peut tomber en dépression et perdre aussi son travail. Et à partir de là, tout déboule.

Il perd aussi son rôle social, j'imagine?

Oui, son rôle identitaire. « Je ne suis plus rien. » Il perd tout. Donc la crise de la séparation au Québec est vraiment un phénomène majeur, et c'est présent dans toutes les problématiques. Quand on parle de toxicomanie, d'itinérance, l'enjeu transversal et qui nous relie tous, c'est la séparation. C'est là que tous les éléments qui étaient présents éclatent. Et l'enjeu c'est qu'il y a peu de réponses à ces besoins-là, et souvent la réponse n'est pas adaptée. Tu sais l'homme qui arrive dans une institution publique et qui est en colère, il n'y a pas de place pour lui là. Il ne peut pas exprimer sa colère. Mais l'organisme communautaire lui il le sait... Ça prend 20 minutes pour laisser passer la colère, et après 20 minutes il part à pleurer, et OK on peut se parler. Il y a certains CLSC qui ont compris ça, des fois il y a des intervenants spécialisés, et quand il y a un homme en crise, on l'appelle, il va venir et lui parler et [la pression va diminuer]. Mais s'il n'y a pas ça, on dit simplement « retournez chez vous et revenez dans six mois. » Mais c'est sûr qu'il ne revient pas. Donc le besoin le plus présent, au niveau psycho social, c'est la période de séparation. C'est que les pères sont de plus en plus présents dans la vie des enfants. Au Québec, une famille monoparentale sur quatre est dirigée par un père. Et pourtant quand on parle de famille monoparentale on pense que c'est seulement des mères. Les gardes partagées (en France ils appellent ça les gardes alternées), donc une semaine / une semaine, c'est 25 % des gardes au Québec, 13 % des gardes exclusives. Au niveau du partage des tâches ménagères, ça se rapproche de plus en plus. Donc les pères sont de plus en plus présents, et quand arrive une période de séparation, souvent ils ont l'impression qu'on ne reconnaît pas suffisamment leur contribution. Quand tout le monde s'entend, ça va, mais quand il y a un conflit, quand c'est judiciairisé, beaucoup de pères ont l'impression de ne pas être reconnus pour la contribution qu'ils ont. Donc c'est vraiment identitaire, ça provoque une crise, donc c'est vraiment un enjeu très important. La crise est vraiment à ce niveau-là.

J'aurais besoin aussi de connaître le travail d'autres organismes qui font partie du ROHIM... surtout un organisme qui travaille avec la santé des hommes, qui fait des actions de communications, même si je sais qu'il n'y a pas grand-chose [...]

Ceux qui ont fait le travail de communication le plus intéressant, c'est certainement les Maisons Oxygènes [...], des maisons d'hébergements père enfants. La directrice il y a quelques années avait été assez visionnaire. Il y avait une Maison Oxygène à Montréal, et elle s'était dit « dans cinq ans, je veux qu'il y ait cinq Maisons Oxygène. » Et elle a engagé une firme de communications, et ils ont fait un logo, un slogan, une signature visuelle, un

nouveau site [web], etc., pour vraiment avoir quelque chose qu'on pouvait ressentir. Elle m'avait aussi demandé d'écrire un livre. J'ai recueilli les témoignages de dix pères qui étaient allés dans une Maison Oxygène. On l'a fait publier dans une bonne maison d'édition, il y a eu un lancement, donc quand même une stratégie de communication. Et maintenant six ans après il y a dix Maisons Oxygène, et il y a un réseau national de Maisons Oxygène, qui sont pour la plupart très très pauvres. Mais quand même il y a eu une vision stratégique. Elle avait été chanceuse à l'époque Centraide avait donné 20 000 \$ ou 25 000 \$ pour faire ça, et ça avait été efficace. Ça a fait comme un *branding*, la « marque Maison oxygène » dans notre réseau, elle existe. Au niveau des gens du ROHIM qui ont une réflexion de communication, ce serait intéressant.

Est-ce qu'il y a aussi un site web, à partir du site du ROHIM

Oui bien sûr, écrivez-moi un courriel je vais vous le montrer. Le directeur c'est Manuel Pratts, et la Maison Oxygène c'est à côté de chez vous! [...] Eux autres ils ont deux sites, un sur la rue d'Orléans à côté de La Fontaine. Et l'autre c'est sur Pie-IX, entre Adam et La Fontaine. Et ils ont réussi un tour de force un moment donné d'acheter une grosse maison, juste de l'autre côté de la rue de l'école sur Pie-IX. Au niveau communication, il y a vraiment eu des étapes et une réflexion.

Je vous remercie, c'était vraiment intéressant. J'aurais eu d'autres questions, est-ce que je pourrai vous appeler, ou par courriel?

Tout à fait, avec plaisir. Et en plus vous me faites réfléchir! C'est sûr qu'il y a tout un enjeu au niveau communication pour la santé et le bien-être des hommes. Comme je disais au Québec la paternité, c'est « tendance », mais comment mobiliser pour la santé et le bien-être des hommes. En fait, le meilleur coup, Gilles Tremblay a dû vous en parler, c'est au Saguenay – Lac-Saint-Jean, la campagne « Il faut être fort pour demander de l'aide. » Ça c'était un bon slogan, c'est vraiment quelque chose... Et comme je vous dis, moi-même je ne m'occupe pas de ma santé, vous non plus, et pourtant tous les jours on est là-dedans.

Parce que nous ne sommes pas stimulés...

On devrait pourtant se stimuler nous-mêmes, c'est étrange hein!

APÊNDICE 14

ENTREVISTA COM JANIE HOULE

Verbatim de l'entrevue no 4
Réalisée avec : Janie Houle
Date : 17/12/2015
Durée : 25 minutes

Ma première question concerne la masculinité. Parfois, les gens utilisent la masculinité pour expliquer la santé des hommes, et vous avez dit dans votre conférence que parfois, c'est la même chose que blâmer la victime. Donc à votre avis pourquoi les hommes prennent moins soin de leur propre santé que les femmes, par exemple?

Pourquoi ils prennent moins soin de leur santé? Ils prennent quand même soin de leur santé, moi c'est mon message, je ne pense pas qu'ils ne le font pas du tout. Ils sont socialisés à ne pas trop se préoccuper de leurs faiblesses. Dans le fond pourquoi on prend soin de notre santé? C'est par crainte de tomber malade. Nous les filles on est bien stressée par ça, de tomber malade. Aussi on prend soin de notre santé pour l'apparence physique, l'exercice physique, avoir une belle silhouette. Souvent on prend soin de notre santé pour ces considérations-là, qui sont beaucoup moins importantes pour les gars. De se projeter vraiment dans l'avenir, de craindre d'être malade. La socialisation masculine c'est plus, justement, de ne pas avouer nos faiblesses, de ne pas se préoccuper de ça,

foncer, etc. Probablement que ça fait en sorte qu'ils prennent moins soin de leur santé pour cela. Par rapport à l'exercice physique, ce n'est pas tout à fait juste parce qu'ils font plus d'exercice physique que les femmes. Donc ils ne le font pas pour prendre soin de leur santé, ils le font pour le fun, pour le plaisir, pour le plaisir d'être avec leurs amis. Donc moi je pense que c'est un peu comme ça qu'il faut parler aux hommes, d'y aller avec le plaisir qu'on a à bien manger, faire de l'exercice physique ... C'est quoi dans le fond les comportements de santé, grosso modo? Parce que quand on dit prendre soin de sa santé, c'est très vaste aussi, il faut se demander c'est quoi exactement? Donc oui, je pense qu'il y a certains hommes qui prennent moins soin de leur santé, mais il y a des femmes qui ne prennent pas soin de leur santé du tout.

J'avais cette question basée sur les données de santé, par exemple au Brésil, mais aussi au Canada. Par exemple, les hommes ont des problèmes d'hyper tension, de cancer, de suicide aussi. Des décès pour des causes externes, comme des accidents, de la violence aussi. Donc ce sont des données qui font penser que les hommes prennent moins soin de leur santé. Au Brésil par exemple ils vont dans le système de santé quand ils ont déjà une maladie.

Oui, c'est le cas ici aussi.

Ils commencent dans le système de santé, dans le deuxième niveau, car ils sont déjà dans une autre étage.

Je comprends. Mais en même temps nous les femmes on va voir plus souvent le médecin pour des raisons contraceptives ou des raisons liées au fait qu'on est mères. Alors on va voir le médecin et il en profite en même temps pour faire toute une batterie de tests, pour vérifier si tout est beau. Le gars qui n'a pas de symptôme, pourquoi il irait voir le médecin? Donc ils sont diagnostiqués beaucoup plus tard, même pour le diabète ou des choses comme ça. Nous on doit y aller chaque année par exemple pour avoir nos méthodes contraceptives, ou pour faire le fameux Pap test, pour le cancer du col de l'utérus. Donc on a toujours des raisons d'y aller. Les gars c'est beaucoup moins vrai. En tout cas jusqu'à l'âge de 50 ans, ce n'est pas vraiment nécessaire d'aller voir un médecin. Donc ça, ça peut expliquer un peu pourquoi nous on est protégées. Le fait qu'on doit y aller à cause des enfants et à cause de notre rôle de mère. Donc ça peut expliquer que les hommes sont un peu moins portés à consulter, et quand ils le font, ils le font peut-être un peu plus tardivement que les femmes. Parce qu'aussi encore une fois, quand on pense à leur socialisation, le fait justement de ne pas penser à ces symptômes-là [...] ils sont moins « hypocondriaques » que les filles : tout de suite quand tu as un mal de tête tu as un cancer du cerveau. [...] Ils sont socialisés aussi à être durs pour leur corps : J'ai mal, mais ce n'est pas grave, il faut que je continue. [...] Le tabagisme-là, les femmes commencent à fumer. Tranquillement ce qu'on constate c'est qu'il y a de plus en plus de femmes qui prennent des comportements à risque que les hommes avaient auparavant : fumer, conduire vite, sous l'effet de l'alcool. Donc il y a de plus en plus de femmes qui s'engagent là-dessus. Les frontières commencent à être de plus en plus floues entre tout ça, parce que justement il y a de plus en plus de femmes sur le marché du travail, aussi qui prennent des traits « comme » masculins, fonceurs, très carriéristes. Donc ça va aussi un peu ensemble ces affaires-là.

Mais moi je suis assez optimiste du fait que, ici au Québec avec les politiques familiales, les hommes sont de plus en plus encouragés à s'investir dans la vie de leurs enfants. Et quand tu t'investis dans la vie de ton enfant, t'essaies d'être un bon exemple pour lui. Tu le côtoies fréquemment, donc ça t'amène à bouger plus, parce que les petits enfants courent partout, ils veulent jouer et tu joues avec eux donc tu es plus actif physiquement. Tu fais attention aussi à ce que tu manges, parce que ce que tu manges tes enfants le mangent aussi. Fumer, c'est la même chose. Maintenant tu ne peux plus fumer dans la

maison avec des enfants, c'est très très mal vu, dans la voiture c'est la même chose. Ça a amené beaucoup d'hommes à arrêter de fumer. Donc moi je suis assez optimiste par rapport à la santé des hommes. D'ailleurs ce qu'on constate c'est que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes diminue avec le temps. En tout cas au Canada. Donc c'est encourageant. Je pense qu'on a tendance à un peu amplifier tout ça. Le discours c'est que les gars ne prennent pas soin de leur santé, ils meurent plus tôt... C'est très négatif, et donc les gars qui ne connaissent pas...

[Interruption]

Pensez-vous que la masculinité a déjà été utilisée pour empêcher les hommes de prendre soin de leur propre santé, par exemple?

Pour les empêcher de prendre soin de leur propre santé?

Parce que parfois on dit que les hommes doivent être forts, donc la santé c'est une chose qui concerne les femmes et les enfants, car il faut être fort tout le temps, pas vulnérable...

Oui, tout à fait. La masculinité est plus traditionnelle à cet effet-là, que les gars ils doivent s'endurcir, que se préoccuper de sa santé c'est un peu féminin. Même de la crème solaire. J'en connais plein de gars [qui travaillent] sur la construction qui ne s'en mettent pas, parce que c'est féminin se mettre de la crème. C'est sûr.

Et comment encourager les hommes à avoir des comportements plus promoteurs de santé? Vous parliez de ça dans votre conférence.

Je pense que c'est de montrer... Il y a plusieurs techniques, mais premièrement il faut monter à la personne qu'elle est plus près de l'objectif qu'elle ne le croyait au départ. Montrer que « vous en faites déjà. Ce n'est pas comme si vous ne feriez rien pour votre santé. Déjà vous êtes devant moi, c'est donc dire que vous vous êtes rendus jusque là, ou que vous avez mis des mécanismes en place pour rester en santé à tout le moins. » Donc, essayer de montrer à la personne qu'elle en fait déjà. L'idée ce n'est pas de changer ton identité, c'est juste de faire un petit peu plus que ce que tu fais déjà. Parce que tous les changements qu'on demande à une personne qui va à l'encontre de son identité profonde, ça ne fonctionnera pas, la personne ne va pas les adopter ces comportements-là, de manière durable. Donc il faut montrer aussi que les gars qui prennent soin de leur santé, il y en a plein, et en fait c'est la majorité. Et de donner des modèles positifs aux hommes à cet égard. Il y en a plein, que ce soit des joueurs de hockey, qui gagnent leur vie avec ça, des animateurs vedettes, comme Jean-Philippe Gauthier par exemple, les gens l'adorent, et c'est un gars qui fait des triathlons. Donc on imagine qu'il prend soin de sa santé. Il y a Pierre Lavoie qui a créé un défi ici au Québec, « le défi Pierre Lavoie ». Donc ça c'est des modèles qu'il faut mettre en valeur, plutôt que dire « vous ne prenez pas assez soin de votre santé, ce n'est pas bon, vous devriez penser à ça. » Ce genre de discours-là qui dit t'es pas bon, tu n'en fais pas assez, c'est très démobilisant.

Quels sont les défis pour ça? Il y a un défi culturel aussi... Vous avez parlé de modèles positifs, je pense qu'il y a beaucoup de défis pour donner un modèle positif qui marche pour les hommes.

Hum, pas tant que ça! Moi je pense que c'est juste un défi de communication. Il faut que les gens réalisent que c'est ça qu'on a besoin. Que plutôt que de blâmer les gens pour des comportements qu'ils ne font pas, ou qui ne sont pas corrects, de mettre en lumière des hommes, à que monsieur et madame tout le monde peut s'identifier, qui prend soin de sa santé. Puis aussi montrer différents modèles. Ce n'est pas nécessairement montrer un gars qui fait du triathlon comme Philippe Gauthier. Ça peut être juste quelqu'un qui fait du jogging comme le journaliste Yves Boisvert... Je l'sais pas trop, mais amener sur la place publique des discours qui soient plus positifs.

Ici au Canada, vous observez beaucoup d'expériences de communication, avec ce profil?

Non. Non, mais je trouve qu'on est rendus à faire ça. De toute façon on ne fait pas beaucoup de campagnes de *marketing* social en santé des hommes. Ça a été beaucoup plus [focalisé] sur la prévention du suicide, avec des discours comme « demander de l'aide c'est fort. » Donc ils ont beaucoup concentré ça sur la prévention du suicide, parce que le taux de suicide était 3 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [...]. Mais la promotion de la santé, comme étant un complet état de bien-être psychologique, physique, social... C'est ça la santé hein! Ça, ça c'est très peu fait jusqu'à présent.

Et quel serait à votre avis le rôle du gouvernement pour stimuler les hommes à prendre soin de leur propre santé?

Ben c'est un bon point... Je pense que des campagnes grand public de *marketing* social ça coûte très très cher, le gouvernement devrait payer pour ça. Au même titre qu'on voit des campagnes contre l'alcool au volant, par exemple. Je pense que ça prendrait une grande campagne dans les médias. Le gouvernement pourrait aussi financer les organismes communautaires, ou des services particuliers qui visent la promotion de la santé chez les hommes. Par exemple à développer des programmes spécifiques pour ça, adaptés aux populations masculines. Ça, ça serait une contribution intéressante. Je pense que par rapport aux politiques publiques en général, c'est sûr que, dans le fond ça s'applique aux hommes, mais ça s'applique aux femmes aussi, de faire en sorte que les quartiers dans lesquels on vit, que ce soit des quartiers favorables à la santé, que ce soit facile de faire de l'exercice physique autour de chez nous, que ce soit facile de se procurer des aliments sains autour, c'est ça la promotion de la santé. De s'assurer que les personnes à faible revenu sont capables de se payer de la nourriture qui a du bon sens, l'équipement qu'on a besoin pour faire de l'exercice physique. Je pense que si on lutte contre les inégalités sociales, on fait la promotion de la santé. Ça, on n'en parle presque pas non plus, des hommes qui sont appauvris, en situation de pauvreté. Te préoccuper de ta santé quand tu te demandes juste où tu vas dormir ce soir ou qu'est-ce que tu vas manger?! Quand t'as juste 2 \$, c'est sûr que tu vas peut-être t'acheter un hamburger chez McDo, plutôt que pour t'acheter un sac de pommes, ce qui est bien moins nourrissant. Je pense que la promotion de la santé, si on regarde ça *at large* aussi, il ne faut pas juste regarder le comportement individuel, mais aussi le contexte dans lequel l'homme est situé. Encourager aussi avec des crédits d'impôt les entreprises à mettre en place des stratégies de promotion de la santé. Des entreprises qui sont fortement masculines dans les employés, il y a toute sorte de choses qu'elle peut faire pour favoriser la santé des employés. S'assurer de mettre de la nourriture saine sur les lieux de travail, du temps dédié pour faire une activité sportive entre collègues. Il peut y a voir mille et une chose à faire sur les lieux de travail. On est trop dans des discours individuels, où « si tu n'adhères pas à mon discours, si tu ne fais pas ce que je dis, c'est un peu de ta faute.

Et au Canada, il n'existe pas une politique pour la santé des hommes, pensez-vous que ça manque.

Bien oui! Ce serait tellement intéressant! Mais au plan politique c'est difficile parce qu'ici le mouvement des femmes est très très fort. C'est comme si le mouvement des femmes voit ça comme une menace le fait qu'il y ait des revendications pour la santé des femmes. Parce que ce sont des femmes qui ont été très meurtries, qui ont été battues, violées, assassinées par leur conjoint. Donc il y a comme une vision de l'homme comme étant... toxique. Alors que ce n'est pas la majorité des hommes qui sont violents, maltraitants,

pour leurs enfants et pour leurs conjointes. Je pense que certains hommes se sentent un peu coupables pour ces hommes-là qui sont un peu plus déviants, ou qui ont des difficultés particulières. Ils se sentent mal de revendiquer sur la place publique, et quand ils le font, souvent ils se sentent rabroués. Disant qu'on est déjà dans une société où c'est le mâle qui a le plus de pouvoir, donc en demander plus encore c'est tout à fait inapproprié. Donc il y a encore du travail à faire. Tranquillement, le dossier de la santé des hommes, au plan politique, commence à être de plus en plus de crédibilité, il y a de plus en plus d'argent récurrent injecté là-dedans. Mais je pense que ça va prendre encore des années avant qu'il y ait un politique en santé et bien-être des hommes au Québec.

Donc à votre avis, les avantages d'une politique pour la santé des hommes?

Ça permettrait une meilleure concertation des acteurs, avec des cibles et des objectifs communs. En général quand on a une politique, ça arrive avec un plan d'action et de l'argent. Donc ça, ça serait bien aussi. Donc l'idée d'une politique c'est de donner des grandes orientations, cibler des priorités, et mettre des gens ensemble pour arriver aux objectifs qu'on s'est fixés. Et une politique, il faut que ce soit évalué, que ce soit corrigé après quatre ou cinq ans. Une politique, ça met aussi le dossier sur la place publique. Si on fait une politique sur la santé et le bien-être des hommes, c'est que c'est quelque chose d'important, qu'on doit se préoccuper, etc.

Et pensez-vous que la famille a aussi un rôle important pour promouvoir la santé des hommes?

Ben oui! Comme principal agent de socialisation, nous il faut essayer de leur parler de ça, de défaire un peu le discours de la masculinité hégémonique, traditionnelle... Moi je pense que le principal défi... Moi j'ai un garçon et une fille, et chez les garçons, c'est justement de promouvoir un modèle masculin qui est flexible. Parce que le problème avec le modèle masculin c'est quand il est « pris au pied de la lettre », qu'il est pris avec rigidité. Il y a beaucoup de bon dans le rôle masculin traditionnel : le côté protecteur, l'engagement, le courage... Il y a plein d'éléments positifs. C'est juste que quand c'est poussé à l'extrême, ça devient toxique, comme dans toute chose, dont là-dedans. Donc moi je pense que chez mon garçon, et chez les jeunes garçons en général, ce que ça prend c'est de montrer des modèles assez masculins, mais qui en même temps n'ont pas peur d'adopter d'autres comportements quand la situation l'exige [...]. Et qui ne se sentent pas menacés dans leur identité masculine, de faire des tâches plus féminines par exemple. Je pense justement qu'au Québec, avec les politiques familiales on va réussir à déconstruire pas mal de ces choses-là. Parce qu'il y a de plus en plus d'hommes qui va partager le congé parental, de la naissance à l'âge d'un an. L'homme va être amené à faire beaucoup plus de tâches domestiques, à s'occuper l'enfant au quotidien. Donc ça, ce sont des tâches qui étaient traditionnellement plus féminines, donc le gars va se décroiser de son image trop rigide, de c'est quoi un gars. Donc je pense que ça prend de la flexibilité. Mais encore une fois, ces politiques publiques-là, c'est surtout les riches ou les gens plus scolarisés qui vont y adhérer. Ça prend une approche particulière, pour les couches de la société qui sont plus défavorisées, qui ne sont pas allées longtemps à l'école... C'est là où on trouve souvent la vision qui est la plus rigide du rôle masculin. Moi j'irais vraiment prioriser ces hommes-là qui sont dans des sphères d'activité, ou dans des milieux plus appauvris. Ce qu'on constate c'est que plus on avance au niveau de la scolarité et du revenu, moins les choses sont rigides.

Vous avez parlé aussi sur les forces qui mènent l'être humain dans votre conférence. Pourriez-vous m'expliquer quelles sont ces forces-là?

En fait il y a trois forces qui nous gouvernent. La première force c'est notre côté rationnel, donc notre tête, notre tête nous gouverne. Quand on réfléchit, on prend des décisions avec notre tête. Mais le cœur nous gouverne aussi, quand on réfléchit on a des émotions, c'est une force extrêmement puissante pour gouverner le comportement humain. Si on y pense, il y a beaucoup de décisions qui ne sont pas guidées uniquement par notre tête. Si on regardait ça juste froidement avec notre tête, ça n'aurait pas de sens. Notamment avoir des enfants. Si tu calcules tout ce que ça te coûte et ce que ça va te coûter en énergie et en temps le rôle de parent, tu te dis le côté coût-bénéfice... Mais c'est le cœur qui parle, t'as envie de ça, de donner... Et l'autre force c'est l'environnement, c'est souvent une force qui est sous-estimée. On a tendance à faire une erreur, on appelle ça des erreurs d'attribution fondamentale, c'est-à-dire attribuer des comportements des individus à la personne elle-même. Alors que nos comportements vont varier énormément dépendamment de l'environnement dans lequel on est. Donc c'est ça les trois principales forces, et c'est sûr que ces forces-là vont déterminer si un homme prend soin de sa santé ou pas.

Et comment ces forces influencent le comportement des hommes vers leur propre santé?

Comment ils pourraient le faire?

Oui, ou comment ils font?

Actuellement, dans le fond le côté plus rationnel va influencer le comportement à adopter dans une situation X ou Y. Donc c'est le conducteur de l'éléphant. Le côté émotif, c'est la motivation à le faire. Et l'environnement, c'est tout ce qui est autour de nous, ça nous aide à faire le comportement ou pas. Par exemple, si on prend un homme qui travaille dans le milieu de la construction, lui l'environnement est quand même très important. L'environnement c'est l'environnement bâti, mais social aussi. Donc l'environnement où il va travailler, ce n'est pas nécessairement propice à prendre soin de sa santé, à manger sainement et à faire de l'exercice physique. Ils sont sur des chantiers, ils sont tout équipés avec leurs bottes de travail, ils ne vont pas aller faire du jogging le midi. Ils font de longues heures, ils commencent très tôt le matin et finissent tard le soir, donc ça non plus ce n'est pas propice à prendre soin de leur santé. Et par ailleurs, l'environnement c'est aussi le troupeau, donc tous les pairs, les gens qui nous ressemblent. Qu'est-ce qu'ils font : s'ils fument, mangent mal et ne font pas d'exercice, ça nous incite aussi à faire des choses comme ça. Donc l'environnement est quelque chose de très puissant. La motivation aussi. On va prendre soin de notre santé si on pense qu'on est capable de le faire et qu'on a du plaisir à le faire. Donc la motivation c'est très important, la gratification immédiate aussi. Ça, c'est sûr que ça influence au quotidien les hommes dans les choix pour les comportements de santé. Si un homme aime aller faire de l'exercice physique avec ses amis, ben il va y aller. Pas parce qu'il sait que c'est bon de faire de l'exercice physique, mais parce qu'il a le goût d'être avec ses amis et d'avoir du fun. Donc il faut trouver qu'est-ce qui donne du plaisir chez les hommes à adapter des comportements de santé, comme ça ils vont le faire tout naturellement, par plaisir. Même chose pour la nutrition. [...] Peut-être que la nourriture santé pour eux ça n'a pas de goût, ce n'est pas apprêté comme ils souhaitent. Il y a moyen de faire en sorte que même manger santé c'est bon, c'est l'fun et c'est stimulant. Donc le côté rationnel, c'est la même chose. Souvent les gars vont dire « ouais, il faut que je prenne soin de ma santé, mais je ne sais pas comment, je ne sais pas quoi exactement parce que c'est très très vague. » Et on sait que plus une personne a des choix devant elle, moins elle va bouger. Trop de choix ça paralyse. Donc souvent il faut suggérer des petits changements, des petits gestes à changer. Par exemple, prendre du lait écrémé au lieu du 3,25, acheter un pain brun au lieu d'un pain blanc. Des petits changements, et tranquillement quand la personne se met

à adopter des comportements santé comme ça, c'est une roue qui tourne et souvent la personne va en adopter de plus en plus. Souvent ce qui est difficile c'est de commencer, avancer dans ça.

Vous avez donné un exemple concret dans votre conférence...

Oui, en fait c'est en Australie, ou au Royaume-Uni, c'est le programme Football fans and training. Ça c'est intéressant parce que c'est vraiment très adapté pour la santé des hommes, et ça utilise les trois principes de changement du comportement, c'est-à-dire diriger le conducteur, motiver l'éléphant et façonner le chemin. C'est un programme destiné aux hommes qui ont de l'embonpoint, qui ont tous le même âge et qui sont fans d'une équipe particulière. Et, ça, ça fait en sorte qu'ils ont un sentiment d'appartenance. Parce que souvent les hommes un peu grassouillets ils ne sont pas à l'aise d'aller à la gym parce que ce sont tous des messieurs muscles. Mais en étant tous un peu grassouillets, on se sent à l'aise, et on est tous motivés à essayer de prendre soin de notre santé. Ils vont aussi utiliser le podomètre. Ça, c'est merveilleux pour motiver l'éléphant, et pour montrer qu'il en fait un peu, qu'il est plus près de son objectif qu'il ne le pensait au départ. Parce que dans le fond tout le monde en fait des pas dans une journée, on en fait des milliers dans une journée. Donc quand on fait réaliser qu'il en fait déjà des milliers, et qu'on dit là, tu vas en faire 500 de plus dans une semaine, c'est très encourageant, c'est motivant et ça nourrit l'éléphant. Et par rapport à diriger le conducteur, c'est trouver des changements précis. Donc ici ce n'est pas compliqué, c'est tu dois marcher plus. Ils dirigent aussi le conducteur par rapport à quoi manger. Donc cette étude-là a montré que le programme, qui s'échelonnait quand même sur deux ou trois mois, se traduisait par des changements durables 12 mois plus tard. Ça veut dire que les hommes qui avaient suivi le programme et qui avaient perdu du poids étaient maintenus 12 mois plus tard, ils faisaient plus d'exercice physique et mangeait mieux que les hommes du groupe qui n'avaient pas suivi le programme. Donc ça utilisait vraiment ces principes-là. C'était aussi l'idée qu'ils s'entraînaient dans un lieu privilégié, c'est-à-dire sur les lieux mêmes où s'entraînaient les membres de leur équipe sportive favorite. Donc ça, ça s'adresse à l'éléphant aussi. L'éléphant il est content de faire ça, il y allait avec plaisir. C'est vraiment le plaisir qu'il faut trouver. Souvent, faire attention à sa santé, il y a une connotation négative à ça, « je vais devoir me priver de choses que j'aime. » Alors il faut trouver quelque chose qui va allumer le plaisir chez les gens.

Vous avez déjà répondu à mes 3 dernières questions. Mais à cause du problème avec l'enregistreur, j'aimerais que vous répondiez à ma première question à nouveau.

Oui, sur les causes, pourquoi les hommes prennent moins soin de leur santé?

Par rapport à ce que les gens disent de la masculinité.

Dans le fond ce que j'ai dit c'est que certains hommes prennent moins soin de leur santé que les femmes. Il ne faut pas les mettre tous dans le même panier, mais ils prennent quand même un peu soin de leur santé. Ça moi je pense que c'est important de le mentionner. Ce n'est pas zéro, ou tout ou rien. Ils le font déjà un peu. Et pourquoi, c'est probablement parce que dans la masculinité plus traditionnelle, un homme n'est pas supposé d'accorder trop d'attention à des souffrances physiques, et ils ne sont pas habitués à se projeter trop loin dans l'avenir. Ils sont plus dans le moment présent, ici et maintenant. Donc moi je pense que ce n'est pas tout à fait juste de dire que les hommes prennent moins bien soin de leur santé en général, ça dépend quel comportement on regarde. Si on prend l'exercice physique, les hommes en font souvent plus que les femmes. Souvent c'est plus par rapport à la nutrition, ils vont moins bien s'alimenter. Mais souvent ils n'ont pas tellement d'intérêt à ça, ce ne sont pas eux qui cuisinent, donc

ça s'explique de différentes façons. L'autre aspect c'est qu'ils demandent moins souvent de l'aide. Ça, c'est une chose, mais quand ils demandent de l'aide, comment ils sont reçus par les services? Donc il faut arrêter de tout le temps regarder juste l'individu, mais regarder aussi dans quel contexte plus global.

Merci beaucoup.

Ça fait plaisir.

APÊNDICE 15 ENTREVISTA COM MICHELLE SILVA

Entrevista com Michele Leite da Silva.

Wagner: Michele, então a gente começa por umas perguntas mais gerais, para chegar numa mais específicas. Começando pelas gerais, gostaria que você me falasse quais são as principais questões hoje no Brasil em relação à saúde do homem.

Michele Leite: Acho que para falar das ações é bom a gente falar um pouquinho desse contexto de como a política foi criada...essa necessidade, por que que tem algumas especificidades. Então assim...a política de saúde do homem é supernova. A gente tá de 2009 tá de 2009 pra cá...ela foi instituída. E, na verdade, o *boom* de ações começou em 2012 mais ou menos a terem ações mais concretas. E a justificativa de ter a necessidade de uma política voltada pra população masculina no Brasil é que, a metade da população, atualmente, são do sexo masculino. Então a gente está falando aí em torno mais ou menos de cem milhões de homens. Então só por ai a gente já tem uma primeira justificativa para a existência da política. E ai a gente faz um recorte etário. A política

trabalha com homens de vinte a cinquenta e nove anos de idade. Por que disso? Antes dos 20 tem a política do adolescente, que já estava dando cobertura. E depois dos 59, política do idoso. Então essa era uma faixa que ficava descoberta no Sistema Único de Saúde, por isso que a gente faz esse recorte. E nessa faixa etária, estão em torno de quase cinquenta e oito milhões de homens. Vinte oito por cento do total. E aí a política vem para trabalhar com o homem de uma forma integral. Você vai me ver falando muito dessa questão integral. Então que homem a gente está falando? De todos os homens.

Wagner: Então a intenção da política é essa, né...

Michele Leite: É. Em todas as ações a gente busca fazer esse leque mais integral. E um outro fator também, é que nós somos pioneiros. Só a Austrália e a Irlanda que tem uma política instituída mas, mas não tem ações concretas, que a gente pode falar um pouquinho lá na frente. E aí a preocupação, enquanto Ministério da Saúde hoje, não é trabalhar isoladamente. Então a gente sempre procura fazer uma parceria. A gente trabalha muito com a saúde da mulher. Muito com a saúde do adolescente, saúde da criança. A própria saúde do idoso. E como a coordenação está dentro do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, que é o DAPES (...) estão todos os ciclos de vida. Então aqui a gente tem: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, pessoa com deficiência...Deixa eu ver se eu esqueci algum...Não, falei todos. Então somos sete. Eu posso deixar isso aqui contigo, que é uma apresentação padrão para a gente ir se norteando. Então assim, a gente fala do homem que é pai, do homem que não quer ser pai. Fala do esportista, fala do sedentário, então assim, todo e qualquer homem está atendido dentro da política. Esse é um primeiro ponto. E aí, uma outra questão que vale a gente destacar, é que a gente faz uma análise dessa **(não entendi03:57)**. Não sei se você chegou a dar uma olhada. Existem algumas causas específicas que é gritante. Que a diferença de mortalidade e até de adoecimento a gente compara homem e mulher. Por exemplo: os homens morrem muito mais de causas externas. E aí estão todos os tipos de acidente, de violência. A própria questão que a gente tem dado um destaque esse ano, que é a questão do suicídio.

Wagner: 04:34 - Um parêntese rápido. Aqui no Brasil vocês têm alguma estatística? Porque lá no Canadá é absurdo também. 80% dos suicídios são cometidos por homens.

Michele Leite: Aqui é mais ou menos isso também. Tenho quase certeza que está por isso. É de cinco para um que eles chamam. Mas eu posso te passar esses dados. Essa é uma das vertentes que a gente está trabalhando este ano, especificamente. E aí, se a gente for pegar de cada três pessoas de vinte a cinquenta e nove anos de idade que morre no Brasil hoje, duas são homens. E aí se a gente pega de vinte a trinta anos, que é a faixa mais produtiva, que é a que tá ali no mercado de trabalho, de cinco pessoas que morrem, quatro são homens. Então isso também já é um ponto que faz existir essa necessidade de ter uma política. E os homens vivem em média sete vírgula três anos menos do que as mulheres. Essa diferença já foi maior, tem diminuído com o passar dos anos, mas **(não entendi 5:51)** aí adoecem. Principalmente doenças do coração, as doenças mentais, o sofrimento psíquico, as neoplasias. E entra a questão do câncer de pulmão, câncer de boca, de estômago, o próprio câncer de próstata, que a gente pode falar um pouquinho do *boom* do Novembro Azul, de qual que é a visão do Ministério da Saúde em relação ao Novembro Azul, que não é do Ministério, **(VOZ WAGNER AO FUNDO- 06:11)** que a gente pode falar um pouquinho, e pressão alta. Então assim, os homens brasileiros, eles estão adoecendo e morrendo de câncer, por causas que são totalmente evitáveis, que se a gente mudar o ritmo de vida desse homem, mudar um pouco a alimentação, prática de exercício, esse *boom* que diferencia a mortalidade homem e mulher, tende a diminuir. Em termos de causa: vem as causas externas de mortalidade, em primeiro lugar aí, as

doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho digestivo. E ai é interessante a gente fazer... Por exemplo, se a gente pega a mortalidade por faixa etária, os homens morrem mais do que as mulheres em todas as faixas etárias, a única faixa etária que ele não morre mais é depois dos oitenta, que ele nem costuma chegar aos oitenta. A expectativa de vida é menor. Então até...desde o momento do nascimento até setenta e nove anos, os homens morrem mais do que as mulheres. E ai a gente parte dos que, da faixa etária dos quinze aos trinta e nove anos, a diferença é muito grande porque ai entra as causas externas, que são todos os tipos de violência.

Wagner: 07:46... os suicídios ...são classificados como causa externas também?

Michele Leite: São. Está dentro do capítulo [não entendi 07:49-50] de causas externas, que é descrito como “lesão autoprovocada”. E ai o homem, culturalmente, já...Eu acho que eu vou falando, depois eu acho que...né? O homem, culturalmente, não tem esse hábito de ir ao serviço de saúde. Você deve ter lido ai [que é o que falta.[? 08:19]. A gente tem começado desde 2012, mais efetivamente pra cá, esses quatro últimos anos, questionado isso. Será que realmente é o homem que não vai ao serviço de saúde ou é esse serviço de saúde que não está acolhendo esse homem?

A gente tem uma pesquisa, abrindo um parêntese, muito voltada para um dos eixos que eu vou falar bastante, que é [inaudível 08:43-45] Os homens, a gente vê que eles vão ao serviços de saúde, o que talvez não tenha é esse acolhimento pra esse homem. Então tá. Culturalmente, a gente sabe que eles não têm esse hábito. “ah, estou bem vou lá no serviço de saúde ver. Só fazer prevenção e promoção.” Tem as questões do trabalho, que influenciam muito, a não liberação. Quando o homem vai à um serviço de saúde, geralmente o agravo está muito instalado. Já esta grave. Isso gera: maior dificuldade para resolver o problema, maior ônus, um maior sofrimento também, devido ao problema já estar... E tem uma possibilidade mínima de resolução. Então a politica trabalha muito voltada e em parceria com a atenção básica. Que no caso ai, com estratégia da saúde da família principalmente, para que também tenha essa proatividade da atenção básica de estar olhando para esse homem.

A gente costuma falar que os homens não vão aos serviços de saúde, ai a gente faz uma divisão entre barreiras. Quais são barreiras sociais, socioculturais e quais são as institucionais. Então ali, de barreira sociocultural a gente tem: “Ah não, eu sou homem. Eu sou o superhomem. Eu nunca vou adoecer. Eu nunca vou precisar desse cuidado”. Esse pensamento mágico de que vai acontecer com meu vizinho, mas comigo não vai acontecer, não. “eu to imune à essas questões. Tem o papel de ser provedor. Então o home tem muito essa coisa “ah, eu preciso trabalhar. Eu preciso sustentar a minha família. Eu preciso colocar dinheiro dentro de casa”. Então eu vou deixando... “ah, estou com uma dor de cabeça, eu vou ali numa farmácia, ele passam um remedinho e está tudo certo”. E ainda tem essa dificuldade de deixar ser cuidado. Que é aquela coisa: “não, você precisa de cuidado. Eu preciso cuidar d a minha esposa. Eu preciso cuidar dos filhos. Eu preciso cuidar do pai, da mãe. Agora eu não”. Às vezes a gente até brinca ali na sala. Agora a gente está com uma equipe muito dividida entre homens e mulheres. E ai, os próprios meninos falam... Não, a gente reclama: “ ah eu estou com TPM “. “Vai embora”. Eu: engraçado, quando vocês estão com alguma coisa, vocês ficam aqui. Né?”.

Então é muito cultural isso. E ai, um outro papel é aquele medo de descobrir que está doente. Eu sempre cito o exemplo do meu pai. Meu pai é aquele nordestino bem tradicional, que ele sempre fala... a gente fala: “pai, vai no médico”. Ele: “ai eu vou morrer rapidinho”. Então é melhor não saber o que eu tenho. E esse é um medo mesmo. É uma barreira que a gente foi criando com o passar do tempo. Por um outro lado, têm as barreiras institucionais. Quando o homem, por exemplo, chega em um serviço de saúde... vamos pegar bem em Brasília. Não sei se você frequenta centro de saúde aqui. Quando a

gente entra num centro de saúde é raro você ver um cartaz de homem. Você de idoso, você vê de criança, você vê de gestante, agora de homem, poucos. Quando têm. Então essa é a primeira barreira institucional. O homem chega num serviço de saúde e fala: “não, espera aí, aqui não é meu lugar, não. Tô em casa não”. Então isso já causa uma distância. Um outro fator é o horário de funcionamento desse serviço de saúde. Geralmente funciona em horário comercial, que é o horário que o homem está no trabalho. E aí já junta uma outra barreira, que é essa dificuldade do homem de sair do trabalho para se cuidar.

Wagner: E ele como provedor não pode nem correr o risco de prejudicar o trabalho para estar se cuidando...

Michele Leite: É. Se ele, por exemplo, não está trabalhando de carteira assinada, vira para o chefe e fala: “ah, chefe, hoje eu vou ao médico porque eu quero fazer um *check up*”, que nem, geralmente, a gente sai uma vez no ano para ir no ginecologista. Aí o homem:” ué, você não está nem doente para ir num serviço de saúde”. E aí, se ele é autônomo, ele fala: “puxa! Vou perder um dia de renda para ir ao serviço de saúde. Aí chega lá tem fila. Aí chega lá eu vou ter que marcar. Aí tem outro dia para fazer exame, outro dia para voltar no médico. Então, só aí, são três dias. Então isso acaba fazendo com que ele também não tenha esse hábito de estar cuidando da saúde. Essa é uma outra barreira.

E aí a política vem nesse sentido de promover essas ações de saúde, de estimular que esse homem procure os serviços de saúde de forma mais preventiva também, e de promoção. Sensibilizar esse profissional de saúde para que...Ah, o homem está indo ao serviço de saúde, que ele não pare lá na porta. Muitas vezes o homem vai e fica conversando com o guarda. Não entra. Então se esse guarda, a gente até fala que quando a gente vai capacitar os profissionais, a gente capacita a equipe. Do guarda ao diretor da unidade, porque todos precisam estar sensibilizados para isso. E o objetivo da política é realmente de ampliar esse acesso com qualidade. [14:34 -35 não entendi] que a gente fala bastante. E aí a gente, atualmente, têm trabalhado com cinco grandes eixos dentro da política, que, na verdade, são eixos que a gente acabou delimitando mais como uma forma de trabalho, eles não estão na política, não sei você chegou a ler a política. Eles não estão instituídos na política, inclusive, esse é um planejamento futuro, de ter uma revisão dessa política.

Quando a política foi escrita, lá em 2008, a equipe que coordenava aqui, era basicamente com composta por médicos, então ela tem um viés muito biomédico, muito de mortalidade, muito de dados estatísticos, de morbidade, e, com o passar do tempo, a gente viu que o homem precisa mais que isso. Ah, isso é importante? É. A gente cuida disso? Cuida, mas tem um leque um pouco maior. E aí a gente tem trabalhado atualmente com os cinco grandes eixos. Não sei se você conseguiu ver alguma coisa. Um eixo de acesso e acolhimento, que aí a gente tem visto que ele é um pouco maior do que um eixo. Ele têm funcionado muito como uma diretriz, porque ele perpassa todos os outros. Nesse eixo o que a gente trabalha basicamente? Sensibilização do profissional de saúde e de gestor. Não adianta a gente só ir capacitar, qualificar esse profissional se esse gestor não tiver sensibilizado. A gente sugere adequação, por exemplo, de horário de funcionamento do serviço de saúde. Aqui em Brasília tem um que é em Sobradinho. Não se você chegou a ver. É um centro de ambulatorial de saúde do homem, que funciona lá. Tem um em Sobradinho e um em Ceilândia. Não sei se o de Ceilândia já está funcionando, mas posso conseguir essa informação para ti. Que é que funciona de cinco, se não me engano lá funciona de dezessete às vinte duas horas. E assim, por mais que seja voltado para atender este homem, é porta aberta. Atendem mulheres também, mas o foco é o homem. E isso têm sido feito em vários estados. Quando não têm esse horário noturno, o que

algumas localidades estão fazendo? Atendendo no final de semana. Então, um sábado por mês abre o serviço de saúde.

Wagner: E ele funciona desde quando o de Sobradinho?

Michele Leite: Se não me engano, ele está desde 2012. Por aí...

Wagner: Antes da política não existia nada disso, né? Um centro focado nessa.. [17:25-26- vc falou baixo, big boss...não entendi]

Michele Leite: Não. [ruído17:27-28] o atendimento básico mesmo, na atenção básica, que todo serviço de saúde, todo postinho lá têm essa qualificação para estar recebendo esse homem.

Mas a gente têm visto que, em algumas localidades, acaba que está tendo esse diferencial de ter um serviço mais específico voltado para esse homem. Em São Paulo, por exemplo, têm um hospital que é voltado para o atendimento do homem, que é mais especializado. Então esse é o primeiro grande eixo de acesso e acolhimento, que aí dentro, também, a gente trabalha todos os tipos de masculinidades. A própria questão dos homens trans, dos gays, do HSH, que são homens que fazem sexo com homens. Dessas formas de expressar essa masculinidade. Na verdade a gente trabalha com a ideia e com o conceito de que o ser homem, é um ser construído. Ninguém nasce homem, ninguém nasce mulher. A gente vai se construindo enquanto homem e mulher com o decorrer da vida. Então esse é um grande eixo que é uma diretriz.

O outro eixo é o de prevenção, violência e acidentes, que aí a gente trabalha principalmente com a questão de campanhas de prevenção voltadas para a prevenção de violências e acidentes. Agora, quarta-feira, a gente fez uma reunião de equipe, e a gente dividiu um pouquinho esse eixo. Então ele está separado por questões de violência, por questões de acidentes, que aí entra principalmente as questões de acidentes de carro, de veículos. A gente acabou de ter aí o Maio Amarelo, e questão do suicídio, que aí é uma pauta bem do departamento, porque os números justificam a necessidade de ter esse trabalho. Nos homens, por mais que as mulheres tentem, e muito mais, os homens são muito mais eficazes [19:35-36 achei confuso].

Wagner: No Canadá é exatamente isso...

Michele Leite: É isso também lá?

Wagner: É. As ações, as tentativas, no caso das mulheres. Até falam que, para as mulheres, é um pedido de socorro. Ela se medica, coisa que não necessariamente leva à morte. O homem se joga lá... acho que os maiores índices eram enforcamento e se jogar de algum lugar. [por favor, conferir 19:35-53]

Michele Leite: É, se eu não me engano, aqui também é enforcamento o maior.

[neste momento você fez um pequeno comentário, só que não entendi, pois ficou muuuuito baixinho.]

É. é bem curioso isso.

Então a gente dividiu isso, esse eixo nessas fontes. A gente acabou o ano passado com um curso que foi para três mil e quinhentos...não, foi mais. Acho que quase cinco mil pessoas, quatro mil e pouquinho. Era para três e quinhentos, mas acabou que a gente teve que abrir um curso online. Até posso te dar [20:20-25 ruído] totalmente em EAD, que aí trabalhou bem específico a questão de violência entre parceiros íntimos. De tentar introduzir um pouquinho aquela ideia de que nem sempre o homem é o agressor. Le também pode estar nesse papel de vítima. Nem sempre ele é o autor dessa violência. Tem o outro lado também.

E aí tem o eixo de doenças prevalentes, que a gente trabalha todas as questões de morbimortalidade, que tem maior incidência na população masculina. Então aí entram as doenças do aparelho circulatório: AVC, infarto. Entra a questão das neoplasias. E aí eu acho que aqui a gente pode falar um pouquinho do Novembro Azul.

A mídia divulga muito que o câncer de próstata é o que mais mata os homens. Isso é um dado real? É. Se a gente não fizer um filtro de idade, porque o câncer de próstata está mais incidente depois dos sessenta anos. Esses dias, conversando com um colega que até ouro [21:33-34], ele falou: “Michele, se a gente faz uma autópsia em homens que morrem depois dos sessenta anos de idade, praticamente todos vão ter alteração na próstata”.

E aí, de acordo com os últimos estudos, as últimas evidências, qual que é a posição do Ministério em relação ao câncer de próstata. A SBU lançou aí, em 2013 o Novembro Azul, que é aquela questão de fazer o rastreamento do câncer de próstata. O que é rastreamento? É pegar todos os homens. A gente fala: Ó, todos os homens daqui de Brasília que tem acima de quarenta anos vão passar pelo médico. Ele vai fazer toque retal, vai fazer PSA. E, muitas vezes, o problema é que não para aí. Geralmente o médico pede uma biopsia, pede uma ultrassonografia da próstata. E os estudos têm mostrado que esses exames mais invasivos, principalmente biopsia, a ultrassonografia, podem trazer mais malefícios do que benefícios. Por exemplo: pode causar uma infecção, pode gerar uma impotência no homem.

E aí os estudos junto como Ministério da Saúde e INCA, qual que é a nossa recomendação em relação ao câncer de próstata? Ao invés de fazer rastreamento, é fazer detecção precoce. Então assim, qualquer homem, de qualquer idade, começou a apresentar os sintomas: dificuldade para urinar, sangue, urgência em urinar, vai o serviço de saúde e o médico vai avaliar a necessidade de fazer os exames. Então é antecipar [23:18 ruído] essa é a grande confusão.

A gente têm tido uma articulação junto com a SBU. Ano passado eles já mudaram um pouco a visão um pouquinho essa visão. Já estão trabalhando um pouco mais com a questão da detecção precoce. A gente tem uma nota técnica sobre essa questão. Posso te mandar também, sem problemas nenhum, para você estar sabendo. E aí, no Novembro Azul, o que a gente têm feito é estimular todos os estados e municípios. Atualmente a gente têm coordenações da saúde do homem em todos os estados, nas capitais e têm alguns municípios. A gente não consegue, eu não consigo te precisar quantos municípios tem coordenação de saúde do homem, mas nos estados e nas capitais, todos têm. E a gente sempre estimula que nessa época do Novembro Azul, seja feito ações integrais. Ah, então vamos promover o novembro azul. Então vamos promover aqui circuito de saúde. O homem vai lá, vai passar pela questão de medir a glicemia, medir a PA, a receber orientação sobre IST [FOI O QUE EU ENTENDI -23:34] Então ter essa visão ideal, e não ser aquela coisa “Ah, Novembro Azul é toque e PSA.

Wagner: Uma questão que eu ia abordar com você, já que você falou aí da questão integral. Eu queria entender um pouco mais dessa questão da integralidade do Ministério da Saúde em relação à saúde do homem... das ações. Como essa integralidade se expressa efetivamente?

Michele Leite: Nesse sentido da gente promover ações que a gente consiga ter vários olhares. É tirar um pouquinho esse mito de que homem é próstata, por exemplo.

A gente tem parceria de ações mais concretas. Acho que fica mais fácil partir das ações para você entender. Têm o Circuito Saúde, que a gente faz nos portos do Brasil todo. Têm o Comando nas rodovias, que até têm aqui em Brasília, só não sei quando vai ser, ou se já teve esse ano. O que são? A gente monta, a gente apoia os estados, os municípios. Esse do comando nas rodovias é com a Polícia Rodoviária Federal. Então eles param os caminhoneiros, é muito legal essa ação, que eles param os caminhoneiros na BR, eles participam do que a gente chama de “Circuito Saúde”. São várias estações, que aí esse homem faz uma ficha básica de idade, nome, hábito de vida. Aí ele afere a pressão, ele vê a glicemia dele, ele faz teste rápido de ISP, ele conversa com nutricionista para ver sobre

a questão da alimentação. Então é nesse sentido que a gente fala de integralidade [26:12- parece que a fala dela foi cortada].

O comando nas rodovias é uma parceria entre Ministério da Saúde, PRF, SEST SENAT e Saúde do Trabalhador. Que aí é uma ação da gente junto com a Saúde do Trabalhador aqui do Ministério. A saúde nos portos, que é mais ou menos nesse mesmo formato, envolve Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador e o órgão que se chama, OGMO, que é como se fosse o organizador do posto. E aí, nessas ações também a gente aproveita para falar um pouquinho da saúde do homem, para ele conhecer um pouquinho da política. Já faz aquela sensibilização para esse homem estar indo ao serviço de saúde.

Wagner: Isso é constante, Michele? Ou acontece em momentos precisos? Como é que é?

Michele Leite: Esses são dentro de... não sei se é de dois em dois meses o Comando das Rodovias. Eu não sei precisar, porque como eu só tenho a visão geral, [27:33-34- não entendi o que ela falou] mas acho que é de dois em dois meses.

Wagner: E dura um dia? Uma semana?

Michele Leite: Um dia. Geralmente uma manhã, a do Comando. Dos portos, a última vez que a gente fez, eu até fui em um, foram dois dias. E aí a gente vê que tem procura mesmo. Outras ações que às vezes os estados promovem... aqui no DF mesmo, quando estavam construindo o estádio, eles fizeram o Circuito Saúde lá para os trabalhadores. Então assim, já que o homem não vai, o serviço vai até ele. Então aí teve teste rápido, teve vacina, teve aferição de **B.A.**, índice glicêmico. Teve medição de circunferência do abdominal, IMC. Lá, se eu não me engano, foram três dias. Lá e quando estava construindo o Centro Administrativo, ali na Ceilândia. Até foi eu que fui. E aí a gente aproveita esses momentos também para falar. Falar um pouquinho da política. Falar que eles têm que se cuidar.

Eu não se você chegou a ver um folderzinho azul que a gente têm.

Wagner: Eu li alguns materiais...

Michele Leite: Que tem esse rosto...

Wagner: Não, esse não.

Michele Leite: Acho que eu tenho um lá. Não sei se a gente tem...eu te mostro. Ele tem um teste atrás, que aí o homem vai medir mais ou menos como está a saúde dele. E é muito interessante quando a gente vai falar, por exemplo, para homens. A gente têm recebido alguns convites. Então aqui em Brasília eu já fui falar na Fiocruz, inclusive.

Wagner: É isso que eu ia falar. Eu te convidar para falar lá também.

Michele Leite: Eu fui falar. Mas lá na Fiocruz foi bem específico. Foi sobre paternidade. Acho que foi em agosto .

Wagner: Do ano passado?

Michele Leite: É.

Wagner: Ahh, eu estava fora.

Michele Leite: É..foi a ... como que é nome da menina?

Wagner: Dulce?

Michele Leite: Dulce.

Wagner: A Dulce está na Suíça agora.

Michele Leite: Sérioo? Olha que legal...fui falar lá também.

Wagner: É que agente tem um comitê de Equidade de gênero. Talvez tenha sido uma das ações.

Michele Leite: É... Que aí foi bem específico de falar de paternidade. E aí a gente...eu gosto de começar a roda de homens, por exemplo, pedindo para eles fazerem esse teste.

Wagner: Legal.

Michele Leite: A experiência da CAESB eu nunca vou esquecer na vida. Eu fui falar lá e tinha cem homens no auditório. Eu era a única mulher. Eu falei: nossa, vai ser difícil, né? Porque tem toda aquela coisa...Puxa, uma mulher falando para mim o que eu tenho que fazer. E foi muito legal, que ai eu usei um pouco da psicologia, quebrei um pouco o gelo e ai eu comecei com o teste, pedindo para eles fazerem esse teste. E foi interessante ouvir eles.

Eu lembro de um senhor, de uns cinquenta anos. Ele virou e falou assim: “nossa, Michele, é a primeira vez na minha vida que eu paro para pensar sobre a minha saúde”. Ai eu falei: nossa, que bom então que você parou agora para pensar. Agora vamos cuidar.

E ai você vê... tem aqueles, eu fui falar no Lacen também um dia desses, tem aqueles que ficam mais vergonhosos e no final chegam na gente: “ Ah, eu posso conversar com você?”. E ai abre o jogo mesmo: “Eu estou com dificuldade- por exemplo- de ereção. Estou tendo ejaculação precoce. Como eu posso fazer?”. E ai você e consegue ir sensibilizando. E é nesse sentido. As nossas falas, a gente fala pouquíssimo de câncer de próstata. Pouquíssimo. É mais essa visão mais geral. Claro que quando a gente fala das doenças, têm que falar.

Wagner: Você fala das ações. O Circuito Saúde ele engloba todas as ações, ou ele é o nome de uma das ações?

Michele Leite: É nome de uma das ações.

Wagner: Ah, tá! Ai tem o Comando das Rodovias, o Circuito Saúde, Saúde nos Portos.

Michele Leite: É. Na verdade, o Circuito é dentro da Saúde nos Portos. O circuito, na verdade, é o nome da dinâmica, que é um circuito mesmo, como se fosse várias tendinhas com os atendimentos.

Wagner: Então o Comando das Rodovias é uma ação, a Saúde nos Portos é outra...

Michele Leite: E ai têm essas ações mais específicas, que é as que as empresas demandam, ou que a própria coordenação estadual vai e faz. A gente têm trabalhado agora, têm começado a trabalhar nas universidades.

Wagner: Mas assim, as grandes ações são essas duas então?

Michele Leite: É...ações estruturadas que têm nome, têm parceiro fixo, sim. Mas isso acontece com frequência nos estados, nos municípios. Agora mesmo eu vi ali no *Facebook*, tem uma faculdade lá, que montou uma barraquinha lá na festa de São João para divulgar sobre saúde do homem. Então têm algumas ações bem interessantes. Ontem eu recebi no *Facebook*, de João Pessoa, no Facebook, não, no *watshapp*, em João Pessoa a coordenação lá fez uma ação no Corpo de Bombeiros de lá. Então levou essa estruturazinha de Circuito Saúde para dentro do Corpo de Bombeiro. Então, vai acontecendo essas ações.

Wagner: E dentro dessas ações, para a gente discutir um pouquinho ainda. As ações são tópicos da entrevista. A gente poderia dizer que essas duas são as principais. Mas existem também ações no sentido... ações como se fossem leis ou programas, ou alguns outros tipos de ações. Inclusive, comunicação? Você elencaria com os carros-chefe?

Michele Leite: Sim. A gente têm utilizado muito o *Facebook*. Não sei se você chegou a ver o *Facebook* nossa coordenação. A gente faz uma parceria com o *Facebook* aqui do Ministério, o mais geral, e ai, por exemplo, têm alguns meses para política que são estratégicos: o novembro e o agosto, principalmente.

Wagner: Por que agosto?

Michele Leite: Agosto por causa da questão da publicação da política, que é em agosto, e pela questão da paternidade, que ai a gente promove o mês de valorização da

paternidade, que aí é uma outra ação que está concreta já. Você vai ver que quando eu falar de paternidade, é o eixo que a gente têm mais ações concretas em exercício.

Wagner: É. Eu vi que na sala de vocês têm vários cartazes sobre paternidade.

Michele Leite: Esse eixo é o mais estruturado que a gente tem. Então por exemplo, agosto e novembro...Agora, maio, vamos pegar uma coisa mais recente, a gente estava trabalhando a questão dos acidentes. Então a gente divulgou muito *post no* nosso *Facebook*, no *insta* também. Tem uma pessoa de nós, um técnico, que cuida basicamente dessa parte de comunicação, que é o Juliano.

Wagner: Eu queria até conversar com ele, porque comunicação é a parte central do trabalho...

Michele Leite: Eu não sei se ele está aí hoje. Acho que ele está num curso hoje.

Mas aí a gente conversa ali e fala: “Não, espera aí. Vamos focar”. Então o mês de agosto, por exemplo, é todo da paternidade. A gente faz uma série de postagens sobre a questão da paternidade cuidado. Novembro: sobre Novembro Azul. E aí uma outra parte que é legal de comunicação, que isso é recente com a entrada da Angelita. [34: 50].

Recentemente saiu da licença paternidade. Não se se você acompanhou que aumentou. Aumentou para os funcionários da Empresa Cidadã. Aumentou para os servidores públicos federais. Aí tem algumas legislações que são dos próprios estados e municípios. A gente costuma fazer texto, o Juliano especificamente, costuma fazer um texto, e aí divulgar para nossas coordenações, para que elas divulguem a nível municipal. Então isso tem ficado. Se eu não me engano, tá um texto por semana, a frequência.

Sobre assuntos diversos: semana passada eu recebi do pessoal da IST algumas portarias sobre teste rápido e sobre a questão da penicilina. [é pericilina ou penicilina? Eu entendi ela falando peRICilina.. 35:46] Então a gente fez um texto pequenininho e encaminhou a legislação.

Wagner: O Juliano seria a pessoa com quem eu posso conversar tudo sobre a comunicação? As estratégias. Seria a pessoa que é referência?

Michele Leite: É. Mas é basicamente isso: *Facebook*, *Insta*, a comunicação via e-mail, e aí agora com *whatsapp*, algumas coordenações acabam se comunicando pelo *whatsapp*. Eu, por exemplo, tenho alguns estados de referência: Bahia, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte. Então assim, eu tenho um grupo com todos esses coordenadores no meu *whatsapp* e aí, tudo o que sai de novidade eu encaminho, eles me encaminham as ações que eles têm feito, as novidades que eles têm programado por lá, via *whatsapp*.

Wagner: Então, Michele, pelo que você está me dizendo, por exemplo, a saúde do homem, como você também sabe bastante sobre, ela têm uma questão cultural fortemente envolvida. Então eu imagino que a comunicação para se trabalhar a saúde do homem, ela é fundamental. Você fala um pouquinho sobre a importância da comunicação para esse trabalho?

Michele Leite: É, eu acho que assim, as mídias sociais hoje em dia... é impossível viver sem rede social, né? A gente têm visto que a gente têm conseguido atingir lugares o homem, que é o nosso objetivo. Então a estratégia, por exemplo, das postagens no *Facebook*, a gente viu que funciona, principalmente se é um assunto que chama a atenção desse homem e, de repente, ele não sabe onde ele busca, ele não sabe se isso é verdade ou se não é. Então a gente joga os dados estatísticos em algumas postagens: ah, de tantas pessoas que morrem, tantas são homens. E aí a gente vê os comentários, acho que depois é até legal depois você dar uma analisada lá nos comentários, [ruído37:53]...esclarecido dessa questão mesmo das postagens. Então isso tem dado certo. Claro que tem alguns assuntos que são muito mais acessados.

Falando um pouco da questão da paternidade pra ti, é o que é que a gente trabalha na paternidade, no cuidado. É envolver esse homem em todo o processo. A gente não quer

só estimular que esse esteja lá participando do parto. A gente quer que ele esteja desde a decisão “ah, eu quero ser pai agora”. Não, não está na hora. Vamos esperar”. Então desde esse planejamento reprodutivo, até o desenvolvimento desse filho. Então a gente estimula com uma estratégia que a gente denominou de “pré-natal do parceiro”. Não sei se você já.. Que é exatamente isso, envolver esse homem em todo esse processo. Então ele vai participar lá do planejamento reprodutivo: “Ah, ótimo, agora que a gente vai ter um filho”. Então ele vai acompanhar essa gestante no serviço de saúde e aí, nesse momento, ele também vai ser cuidado. Então nessa consulta vai ser pedido exames, e aí têm o roteirozinho dos exames básicos, que a gente acha que é necessário para que ele esteja fazendo. Ele vai atualizar a caderneta de vacinação dele, que muitas vezes o homem não liga para isso e fala: “Ah, eu não preciso de vacina, não”. Ou tem medo da injeção. Então eu não vou precisar disso. Ele vai estar participando das atividades educativas, que é uma das partes do pré-natal, que tem as rodas de conversa para esclarecer dúvidas. Então a gente estimula que tenha assuntos voltados para a questão do homem especificamente. Por exemplo: vamos fazer uma roda para falar o que o homem pode fazer para ajudar na amamentação. Ah, ele pode cuidar das coisas de casa enquanto a mulher está amamentando. Ele pode cuidar desse ambiente. A gente brinca que o homem é o cão de guarda. Ele pode cuidar desse ambiente para ela ficar mais tranquila para amamentar. Pode estar cuidando dos outros filhos. E aí ele também vai estar se preparando durante esse pré-natal para o parto. Até para tirar um pouquinho aquela questão de que assim, ah, o homem na sala de parto é uma pessoa a mais para dar trabalho. Que esse é um discurso de muitos profissionais da saúde: “não, aqui não pode entrar homem porque ele vai passar mal, vai desmaiar e vai ser mais uma pessoa para cuidar.” Tá, ele pode passar mal? Pode. Mas a chance dele passar mal se ele tiver feito todo o processo [ruído 40:46]. E ele pode estar ali, junto com essa parceira na hora do parto participando. A gente sempre fala e estimula que o pai não ajuda, o pai participa. Que quando você ajuda, “ah, a responsabilidade é sua, eu só estou de ajudando”.

Wagner: Como se fosse um favor...

Michele Leite: Exatamente. Agora quando o pai participa, ele puxa essa responsabilidade para ele.

Wagner: Ele compreende que é dele a responsabilidade também.

Michele Leite: Exatamente. E aí essa é uma porta de entrada positiva para esse homem no serviço de saúde. Então porque ele entra nesse momento de sensibilidade. “ah, eu vou ser pai”. Da paternagem, da coisa do cuidado, e aí ele se cuida.

Wagner: É importante que ele tenha saúde para cuida, inclusive, do filho.

Michele Leite: E aí alguns benefícios: a questão do próprio estabelecimento desses vínculos saudáveis entre mãe, bebê e pai, ou parceiro, no caso.

É, alguns estudos tem mostrado que, inclusive o nível de violência têm diminuído, tanto violência obstétrica...

Wagner: É, isso é até uma coisa que eu queria te perguntar também. Queria saber se vocês têm resultados de avaliações de impacto das ações do Ministério. Se você puder me passar....

Michele Leite: Posso te passar. E isso a gente têm escutado tanto de violência obstétrica, assim, se tiver um acompanhante, o profissional de saúde pensa duas vezes antes de cometer qualquer tipo de violência, mesmo que eu seja verbal, psicológica. E a própria questão dele estar sensibilizado, têm mostrado que níveis de violência no trânsito, de agressões têm diminuído. Que é aquela coisa: “não, eu preciso voltar para casa. Eu preciso cuidar do meu filho.”

Wagner: Eu preciso dirigir com mais cuidado.

Michele Leite: É. Eu vou beber menos porque eu sei que eu tenho um filho para criar. E ai, dentro da paternidade, que de ação concreta a gente já tem. Eu estava acabando de dar *ok* no guia de pré-natal do parceiro, que aí é um guia voltado para os profissionais de enfermagem e médicos falando um pouquinho disso que eu te disse, como é o passo-a-passo do pré-natal para fazer.

Algumas localidade já fazem o pré-natal no parceiro. Então, São Paulo têm muitos municípios. Bahia, Amazonas, Rio de Janeiro. Aqui está começando. Na Ceilândia têm um posto de saúde que têm feito. Temos um curso na comunidade de práticas, que é outro canal que a gente usa de comunicação. Eu não sei se você conhece esse a CDP aqui do Ministério.

É, a CDP é uma grande rede social, mas voltada para o profissional de saúde principalmente. Então a gente têm esse curso lá que chama [ruído 43:41-42] que está com quase dois mil participantes já, nesse curso. É um curso totalmente online, gratuito, de livre acesso.

A gente fez os conteúdos voltados para o profissional de saúde, mas gente viu que têm muitos pais fazendo o curso, principalmente porque com a publicação do aumento da licença-paternidade para os funcionários da Empresa Cidadã, eles precisam fazer um curso, ter um certificado. Um curso, ou participar de alguma atividade educativa para poder conseguir os outros quinze dias de licença. Então o que aconteceu? Eles estão fazendo esse curso para ter os seus o certificado. E ai, não é o ideal, porque o conteúdo é totalmente voltado para o profissional de saúde. E ai, diante dessa demanda, a gente está fazendo um outro curso, que, aí sim, é voltado para esse pai. E ai é um curso mais prático, tipo: “como que o bebê está se desenvolvendo?”. “ah, no começo da gravidez a mulher vai mudar de humor? Vai ter enjoo?”... dele entender um pouquinho do processo. O que ele pode fazer no momento do parto. O que ele pode ajudar na amamentação. Qual que é o papel dele no caso, por exemplo, de microcefalia.

Wagner: Tem quantas horas esse curso?

Michele Leite: O de profissionais de saúde são sessenta horas, se não me engano. Ou são trinta horas. Agora eu não vou lembrar de cabeça quantas horas são. E esse dos pais, a gente quer fazer um curso rápido, então a ideia é que seja um curso de oito horas. Um curso bem didático mesmo, para ele estar fazendo. Então essas duas ações estão concretas. Na verdade, essas três, né? E o pré-natal também. É uma ação que já tem uma certa gordura [eu entendi gordura 45:43-44] já tem sido realizado.

A gente tem uma parceria, e ai também entra a questão da comunicação com a ouvidoria aqui do Ministério da Saúde. Ai são duas coisas com a ouvidoria. A gente tem uma parceria para a colocação de alguns *spots* quando liga no um, três, meia. Aquela mensagenzinha inicial. A gente fez em novembro, fez em agosto do ano passado, e a ideia é fazer esse ano de novo. Então coisa rápida: “homem, cuide da sua saúde”. Desse ano a gente está pensando em “pai presente é pai informado”, para a questão do agosto.

E ai, uma outra ação com a ouvidoria é pesquisa feita com esses pais. A gente já entrevistou mais de seis mil homens [ruído 46:36-37]... mas essa é bem específica de paternidade. Então é por telefone, com homens que as mulheres tiveram parto no SUS em dois mil e treze, que a gente fez como um piloto, que foram esses seis mil cento e poucos homens. E ai, a ideia é que essa pesquisa seja contínua. Então agora a gente está fazendo a competência de dois mil e quatorze e dois mil e quinze. E ai essa pesquisa, eu posso te passar o resultado do piloto para você ver, têm varias perguntas: Se ele vai ao serviço de saúde. Se sim, quando ele está nesse serviço de saúde, se esse profissional dá atenção para ele e para mulher, ou só da para a mulher. Se ele fez o pré-natal. Se ele fez os exames. Se ele atualizou a caderneta de vacinação. Se ele decidiu junto com a parceira sobre a opção de melhor tipo de parto. São vinte e poucas questões.

Wagner: Para mim isso vai ser sensacional. Se você puder passar esse resultado...

Michele Leite: Eu tenho o do piloto prontinho já

E ai, nessa amostra de dois mil e quatorze, já tinha quase mil homens entrevistado. Então é uma pesquisa grande. E a ideia é que a gente consiga fazer isso continuamente, até para ter esse comparativo.

E foi dai que eu te falei que a gente tem mudado essa percepção que o homem está indo ao serviço de saúde. Teve até uma questão que a gente teve de mudar um pouquinho do piloto para essa, porque a primeira questão da pesquisa a gente pergunta: o senhor vai ao serviço de saúde? Aí a gente viu que estava. Acho que deu sessenta por cento de sim. A gente falou: não, isso não é real. E ai falei: não, a gente vai ter que mexer nessa pesquisa, porque se de repente ele vai levar a parceira, ele vai. Aí a gente mudou. Essa competência de dois mil e quatorze já está mais específica. Ele vai ao serviço de saúde para cuidar da saúde.

Ai tem a especificidade de qual serviço ele mais procura. Se é a unidade básica de saúde. Se é um hospital mais especializado. É bem interessante.

Wagner: Essas respostas do resultado dessa pesquisa, eles refletem a realidade brasileira?

Michele Leite: Esse piloto, algumas questões a gente ainda acha que está enviesado. Mas algumas refletem, sim, a realidade. Por exemplo: a questão dos exames. A gente viu que ainda é muito pouco que é solicitado. A própria questão da [ruído 49:30-31]...a ideia de ter esse comparativo. Tem outra pergunta que essa a gente já quebrou a cabeça para ver se a gente melhora, porque para a gente é importante saber isso, mas a gente sabe que está vindo muito enviesado. A ultima pergunta da pesquisa, inclusive, se ele divide as tarefas com a parceira. Então assim, noventa e nove por cento dos homens dividem. A gente fala: não, não é a realidade. Aí agora a gente mudou um pouquinho e perguntou se ele divide essas atividades diariamente.

Então eu acho que essa pesquisa, você vai pegar algumas de comunicação que é interessante.

Wagner: E, de forma geral, para as ações que o Ministério desenvolve, as ações para a saúde do homem, quais são os fundamentos e os embasamentos teóricos com os quais vocês trabalham? Eles viabilizam as ações? São isso que estão por trás das ações? Como é que essas ações são definidas? Com que base?

Michele Leite: Muito com que a gente vai ver nos territórios, e muito também do que já tem escrito, que é muito pouco. Você deve ter lido muito Romeu Gomes. O Romeu é super parceiro. Inclusive, a gente está terminando um projeto com ele.

Wagner: Ah é? Eu preciso do contato dele. Estou mandando e-mail para ele há um tempão e ele não responde. Não sei se o e-mail esta errado...

Michele Leite: Eu passo. Ele é difícil. Agora ele está, se não me engano, no Sírio Libanês. Mas eu posso...ele é superdifícil de responder. Mas pode ser que você esteja com o e-mail equivocado. Mas te passo o contato dele.

A gente tem um projeto com ele, que esta acabando. Inclusive, esse mês...que é só sobre paternidade, saúde sexual e reprodutiva.

Então é um pouco disso. Um pouco do que a agente tem estudado. Por exemplo, no campo da paternidade, tem o Instituto Promundo, o Instituto Papai, que são instituições de sociedade civil que trabalham muito com essa temática. Então a gente pega o que eles já vinham estudando e vai fazendo ações. E tem muita coisa que a gente pensa aqui e ai leva para o território e vê que isso dá certo. Essa estratégia do pré-natal do parceiro começou mais ou menos assim: a gente via que tinha essa [ruído 52:26]

Wagner: Mas o que define essas ações que vocês vão fazer...então assim, a constatação, quase que epidemiológica, de uma realidade e também o referencial teórico com o qual vocês trabalham, né?

Michele Leite: É basicamente isso que vai delimitando as ações mais concretas. Deixa eu ver mais alguma coisa da paternidade que eu esqueci de falar... que esse é o eixo mais...

Wagner: Das perguntas que eu tinha você já respondeu todas...

Michele Leite: Já?

Wagner: Só a parte da comunicação, que como você falou, o Juliano que vai ser a pessoa mais apropriada, que vai poder me dar detalhes.

Michele Leite: É de repente a gente pode até ver isso, daí eu respondo sem problema nenhum.

A gente, em termos de comunicação, de produção, por exemplo, de material gráfico e educativo...

Wagner: Eu queria saber como é que funciona o fluxo aqui de vocês. Vocês concebem as ações de comunicação? Vocês tem parceria? É a Ascom do Ministério? Como é que funciona?

Michele Leite: É. Na verdade as duas coisas. A produção de material gráfico específico, por exemplo cartaz, folder, como que funciona. A gente pensa o que a gente quer...

Wagner: Vocês aqui na coordenação?

Michele Leite: Na coordenação. E aí entra em contato com a Ascom aqui do Ministério e fala: ó, a gente quer produzir tal material. Os últimos que a gente produziu, foi em 2012, porque tá uma dificuldade enorme de impressão aqui dentro do Ministério, que foram o verde, o lilás, o laranja, e o azul, que tem um rosto dos homens, e o folderzinho também. Então a gente falou: ó a gente quer um folder que tenha um pouco falando da política. Falando um pouquinho desse teste, que é para descontrair mesmo e sondar um pouquinho de como tá a saúde do próprio homem. E aí a Ascom monta essas peças, encaminha pra gente, e a gente válida, e aí é produzido.

Wagner: Ah, tá! Então a Ascom que elabora. Não tem nenhuma empresa terceirizada.

Michele Leite: Não. Agora não sei te dizer se a Ascom, eu acho que a Ascom faz um contrato com a gráfica.

Wagner: Mas o conteúdo, a arte, tudo é desenvolvido aqui pela Ascom?

Michele Leite: Sim. Na verdade o conteúdo é desenvolvido pela nossa área. A gente manda o conteúdo fechado.

Wagner: Vocês mandam o que? O texto? A Ascom vai trabalhar a questão da imagem, o visual. É isso?

Michele Leite: Isso. O melhor formato

Não sei o que **Michele Leite:** eu queria fazer que eles falaram que não dava. Ah, eu queria fazer a marca do “pai presente” e eles: não. Se é uma marca, não dá para transformar isso num cartaz, por exemplo.

Então é nesse sentido.

E aí a gente tem a questão da produção dos *posts*, que é o Juliano que faz [ruído 55:22]... a gente transformou o resultado dela em postagem para o *Facebook*. Então deu, eu não lembro, acho que vinte e sete postagens. Deu um bocado de postagens. Então eu passei para o Juliano em *PowerPoint*, bem amador mesmo. Tipo: Juliano, eu preciso passar essa informação nesse post. Aí ele trabalha um pouquinho no...como é aquele de imagem gratuita? Esse é um grande gargalo.

Wagner: Você fala do software?

Michele Leite: É...

Wagner: Illustrator, não...?

Michele Leite: Cavi..cavi...

Wagner: Não sei, mas tudo bem.

Michele Leite: Porque a dificuldade é conseguir imagem.

Wagner: Certo.

Michele Leite: Que muitas vezes a gente...igual dos materiais de paternidade, alguns a gente conseguiu cedido uma imagem. Duas imagens, na verdade, a gente conseguiu cedido. E as outras acabou que teve que usar do banco, que aí geralmente é um banco internacional. Você olha e fala: “não. Isso não é cara de brasileiro. Não dá”. Então essa é uma grande dificuldade. Tanto que a grande maioria das postagens que a gente faz no *Facebook*, quase que a gente não coloca foto mesmo por essa dificuldade.

Wagner: E vocês não conseguem produzir foto por aqui?

Michele Leite: Não. A gente nunca conseguiu isso. Na época eu lembro que, da produção desses materiais, a gente ainda tentou ir na casa de parto conseguir foto, mas não rolou.

Wagner: Aqui o Juliano é a pessoa que trabalha com isso. Mas ele é um profissional de comunicação?

Michele Leite: Não. Ele é médico veterinário

Wagner: Ah, certo...Vocês então não tem uma equipe de comunicação para a disponibilidade de vocês.

Michele Leite: Não. Da coordenação, não. Quando a gente precisa, igual agora para o mês de agosto, a gente pensou algumas coisas. Algumas postagens. A própria criação da marca. Aí a gente já entrou em contato com o pessoal da Ascom para marcar com eles essa reunião e falou: ó a gente quer isso. A gente precisa que vocês produzam isso.

Wagner: E existe aqui no Ministério, e principalmente na coordenação de vocês, alguma política, alguma diretriz de comunicação para a saúde do homem?

Michele Leite: Não. Em específico, não.

Wagner: E o Juliano pode me falar do detalhamento dos números também. Porque, por exemplo, essa utilização do *Facebook* de vocês é muito interessante.

Michele Leite: Pode.

Wagner: A saúde do homem então tem uma página no face?

Michele Leite: Isso, tem uma página no face. Ele pode te dar o número de acessos a cada uma das postagens. Eu até pedi para ele da pesquisa da ouvidoria, para ele me passar.

Wagner: Então por exemplo, ele, o Juliano, que é médico veterinário, ele usa muito da intuição para elaborar suas estratégias...

Michele Leite: Isso. Agora chegaram dois técnicos novos. Então nós éramos cinco, aí os meninos chegaram semana passada. Acaba que a gente faz muito no coletivo. Então, ah, eu quero postagem sobre a questão da violência, que aí quem coordena é a Renata. Então ela pensa o que ela quer. “Ah, isso aqui é legal”. Então ela faz um esboço e aí: “Juliano, melhora aí”. O Juliano melhora, manda pra gente e aí a gente valida e coloca no nosso face.

Wagner: E ninguém da equipe é da equipe é da área de comunicação?

Michele Leite: Ninguém. Eu sou psicóloga. A Renata é psicóloga. O Airton é enfermeiro. Francisco é de letras. O João, que entrou agora, é advogado. E a Lúcia é psicóloga.

Wagner: Vocês sentem falta de um profissional de comunicação?

Michele Leite: Muito.

Wagner: Já devem ter feito pedidos já....

Michele Leite: Eu não sei se, de repente, um profissional para ficar na coordenação.

Wagner: Mas mais próximo, né?

Michele Leite: É. Que esse fluxo fosse mais ágil, sabe? Porque acaba que a gente faz muita coisa, “tabajara”. Eu adora essa parte de mexer com imagem, de criação de post. Então eu acabo fazendo um bocado de esboço das coisas que eu preciso. Mas fica... por

exemplo, um gargalo, você falou, eu lembrei aqui... esse curso dos pais que a gente está montando, na verdade eu e o Airton, que cuidamos da paternidade, a gente tá montando esse curso. A gente queria muito um profissional, aí eu nem sei se é só da comunicação. Não sei se designer entra na comunicação...

Wagner: Entra.

Michele Leite: Para mexer. Porque a gente pensou: Ah, a gente tá aqui...tem uma historinha, por exemplo. O curso começa com um pai falando um relato de como ele descobriu que ia ser pai. Então a gente pensou: ó, aqui a gente não vai por um texto. Não vai ficar atrativo. A gente quer uma historinha em quadrinhos do cara contando. Mas quem vai fazer isso? Dentro do Ministério não tem.

Michele Leite: Aqui dentro do Ministério a gente tem a dificuldade, por exemplo, para ilustração. Os dois guias que a gente tem feito, que é os que eu estava validando, e o do pré-natal, por exemplo, do parceiro, ele está pronto desde 2013. Pronto o texto. Só que a gente não conseguia ninguém para ilustrar o guia. Aí agora, meses atrás, com a Fiocruz, com esse projeto que a gente tem ...aí o Romeu, a Lidiane falou: não, manda pra gente, que a gente consegue aqui uma pessoa pra fazer essa ilustração. Então se tivesse alguém mais próximo, tranquilo. Aqui dentro Ministério a gente não consegue ilustrar, nem diagramar nada. Tem que ir pronto pra gráfica só imprimir e distribuir.

Wagner: Nós estamos numa fase que a gente talvez possa colaborar de alguma forma.

Michele Leite: Aí a gente acionou alguns parceiros externos mesmo. MonteRio, Promundo, essas ONG's maiores, mas também tá todo mundo né...

Wagner: Michele, e a coordenação da saúde do homem aqui, como é que ela está localizada no Ministério, institucionalmente falando? Ela é de qual diretoria?

Michele Leite: A gente tá dentro da Secretária de Atenção a Saúde, da SAS. Aí dentro da SAS a gente tá dentro do departamento que chama Dapes. E aí, dentro do Dapes, é onde estão as áreas do ciclo de vida.

Wagner: Ahh...entre elas a do homem. Certo.

Michele Leite: Entra aí...

Wagner: E aí é chamado coordenação, né? Coordenação Nacional, que você falou, né?

Michele Leite: Isso.

Wagner: Perfeito. Bom Michele, acho que, por enquanto, é isso. Mas tem alguma questão que você considere relevante, que você acha importante ressaltar? Algo que a gente não tenha falado aqui e você ache que vale a pena...

Michele Leite: Não. Acho que a gente acabou... ah, tem uma EAD, que acho que é legal. Que é uma outra estratégia que a gente está validando, que vai ser um grande EAD de saúde do homem, voltado para...o público são três mil e quinhentos profissionais também. E esse EAD é em parceria com a Universidade de Santa Catarina, e vai ser um EAD que pega todos os eixos da política. Diferente um pouco desse da violência, esse vai abarcar tudo.

A previsão é que saia até o mês que vem.

Wagner: E ele é para os profissionais de saúde?

Michele Leite: Para os profissionais da saúde. Principalmente para os profissionais da atenção básica.

Eu acho que foi tudo.

Wagner: Qualquer coisa, eu posso tirar dúvidas com você por e-mail?

Michele Leite: Claro! Por e-mail, telefone.

Wagner: O que eu precisaria de você, seria os resultados das ações. Para mim isso é superimportante.

Michele Leite: Vamos lá...o que eu preciso te encaminhar. Resultados da ouvidoria, né?

Isso. Os contatos do Romero também.

Michele Leite: Ah, isso eu já posso te dar aqui.

Wagner: Ok. Esses resultados para mim são superinteressantes. Se você já puder passar. O que vocês tiverem dessas publicações que a gente possa avaliar os impactos, os benefícios que causaram...

Michele Leite: Sim...

Wagner: Institucionalmente, tem uma área de saúde do homem ... A criação dessa área gerou resistência? vocês perceberam resistência?

Michele Leite: Até hoje.

Wagner: Quais são essas resistências?

Michele Leite: Até hoje. A primeira pergunta é: para que? Por que precisa ter uma coordenação, uma política de saúde do homem.

Porque aí vem muito essa coisa do desconhecido. Porque quando a gente começa a falar “ah, porque o índice de morbimortalidade é maior. Porque os homens estão morrendo de questões que podem ser evitáveis. Porque o homem tá lá na oitenta, Oitenta do SUS falando que ele também já tem acesso.”

Quando a gente vai falar nos municípios, por exemplo, os gestores fala: “nossa, mas não tem recurso. A gente não tem recurso para investir na saúde do homem.” O recurso mais contínuo, por exemplo. Igual a saúde da mulher, que todo mês tem uma verba pra lá. E a aí a gente se justifica nisso. Não precisa, porque homem não é o extraterrestre que de dois mil e nove caiu na Terra e precisa de cuidado. O homem sempre existiu. Então assim, desde que se foi pensado lá na criação do SUS, na própria lei oitenta, oitenta, esse homem já está inserido no processo.

O que a gente tem feito é tirar esse homem da invisibilidade. Mas o direito ele já tem. E é aqui dentro do Ministério não é diferente. Hoje as pessoas já conhecem. A gente até brinca aqui. A gente deu muito a cara a tapa aqui. Eu fui uma que, de repente, escuto conversa no corredor, vou lá e me meto.

Eu goto muito de falar de uma experiência da Caderneta da Gestante, que, em dois mil e treze, quando a gente começou a trabalhar aqui a questão do pré-natal do parceiro, não tinha nada falando de pai, parceiro na caderneta da gestante. E aí uma colega que fez a ilustração, no corredor estava com uma boneca do...da caderneta. Eu falei: “Bia, e aí, o que é isso? Bonito. Achei bonito a caderneta...uma azulzinha, não sei se você já viu.

Wagner: Não, acho que não.

Michele Leite: E ela falou: “ah, é a caderneta nova da gestante”.

Eu falei: “posso dar uma olhar?”

Aí folhee rapidão. Ai eu falei: “nossa, não tem nada falando do pai aqui. Esse filho é filho de quem?” Do Espedito Santo? Porque eu não tem nada falando desse pai.”

Ela: “realmente, Michele, não tem nada. Você quer falar alguma do pai pra gente tentar por aqui?”

Eu falei: “claro! Na hora.”

Ai a gente fez um textinho. A primeira versão saiu e agora saiu uma nova versão, que tem uma parte que é só do pré-natal do parceiro na caderneta da gestante. Então as pessoas, até dentro do Ministério, quando a gente vai falar nos estados, estão começando a falar: “puxa, eu já ouvi falar disso”. Não é mais aquela coisa totalmente estranha.

Wagner: E aí a coordenação, ela não tem um orçamento próprio então? Vocês estão no orçamento da Secretaria.

Michele Leite: É. Da Secretaria.

Wagner: Eu lembro que quando eu conversei com o diretor do Departamento de saúde do homem, lá do Ministério da Saúde de Québec, ele me falou das resistências ainda... que muita resistência veio das áreas que trabalham com saúde da mulher, principalmente porque gerava aquela questão da divisão de recursos. Não sei se aqui vocês observaram isso também.

Michele Leite: Não na divisão de recursos, porque assim, a nível orçamentário, a gente até tem um recurso destinado para a política, que esse ano, se não em engano, foi de quatro milhões, que ainda não saiu até agora. Nem sei se ele vai sair. Mas esse recurso basicamente ele é pra capacitação e para a produção de material educativo. Só para isso que a gente pode usar esse recurso. Então isso é um dificultador. E isso se replica nos estados, nos municípios.

Wagner: Os recursos vão reduzindo, ou.... [03:55-56- não entendi o que vc falou]

Michele Leite: Não, ele tem... esse ano reduziu, porque reduziu o de todo mundo. Foi um corte de cinquenta e um por cento quase. Ele gira em torno de oito milhões. Nos últimos anos foi isso que veio. E aí isso se replica nos estados e municípios. Eles também não tem esse recurso. E aqui, com a saúde da mulher, depois que a gente começou a explicar um pouquinho de qual que era o trabalho, que na verdade é um trabalho de parceria, e não de confronto.

Wagner: Hmm. Foi essa estratégia que eles tiveram que usar.

Michele Leite: Né...não é aquela coisa: não, a gente não quer dar mais visibilidade para o homem do que para a mulher. Não. A gente quer que os dois sejam vistos. Os dois sejam atendidos.

Wagner: Até porque, é um impacto na saúde da mulher...

Michele Leite: Exatamente. Então assim, depois que a gente começou, a coordenadora da saúde da mulher hoje é defensora. Ela não fala de pré-natal, por exemplo, sem falar da presença do pai.

Então é sensibilização. A gente consegue muita coisa daqui, na conversa. E tem caminhado. Os frutos tem sido colhidos dessas conversas.

Wagner: Só uma dúvida: essas coordenações que existem nos estados, as quais você se referiu, elas são ligadas diretamente ao Ministério, ou elas são das secretarias estaduais de saúde?

Michele Leite: Elas são das secretarias estaduais, e aí, geralmente, elas estão ligadas dentro das secretarias á a atenção básica. A grande maioria...acho que quase todas. Que é essa coisa de estimular mesmo, que tem que começar na atenção básica. A gente tem que melhorar essa atenção básica para o homem não precisar chegar tanto lá na especializada.

Beleza?

Wagner: Obrigada mais uma vez

APÊNDICE 16

ENTREVISTA COM JULIANO RODRIGUES

- 1) Como está organizada a comunicação para a saúde do homem no MS? (composição e formação da equipe, atribuições, fluxos etc)

Hoje, eu sou o ponto focal da área de Comunicação, porém não há qualquer formação/treinamento ou fluxo pré-determinado. Temos um núcleo em cada nível: no Departamento (um representante focal, jornalista), na Secretaria (NUCOM – Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção à Saúde) e no Gabinete do Ministro (ASCOM – Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde). Eu procuro entrar em contato com eles para a produção de informações e materiais sobre saúde do homem. Porém, para publicar materiais nas mídias do Ministério (Facebook, Instagram, Blog da Saúde, Intranet, ...), é direto com a ASCOM mesmo. Eu envio as sugestões dos textos/postagens por e-mail e eles realizam a arte. Depois eles encaminham para nossa aprovação. Quanto ao nosso Facebook, somos nós mesmos que produzimos as postagens – ou eu mesmo produzo, ou alguém sugere alguma publicação e eu faço a arte.

Sobre a comunicação com estados e municípios, a equipe sugere ou solicita que algum texto, informação, convite ou notícia seja encaminhada, eu dou uma última apreciada e encaminho para nossa secretária Izabela, que encaminha para os estados pelo e-mail geral da Saúde do Homem.

- 2) Quais são as ações de comunicação atuais destinadas especificamente aos homens?

- Facebook da Saúde do Homem – postagens diárias.
- Instagram da Saúde do Homem (que está parado no momento, pois para publicar no Instagram do computador é mais difícil, tem que baixar um programa que a rede do Ministério não aceita).
- Comunicação com os estados e municípios: e-mails enviados às coordenações para compartilhar artigos, eventos e outras novidades sobre saúde do homem.
- Utilização das mídias do MS para divulgação de ações e eventos de saúde do homem.
- Campanhas nossas: Agosto: Mês de Valorização da Paternidade, Novembro Azul: Mês da Saúde Integral do Homem.
- Campanhas que apoiamos: Setembro Amarelo: Mês de Prevenção do Suicídio; Julho Amarelo: Mês de Combate às Hepatites Virais; Maio Amarelo: Mês de Prevenção de Acidentes de Trânsito; 16 dias de ativismo no combate à violência contra a mulher; 01 de dezembro: Dia Mundial de Luta contra a AIDS.

- 3) As ações de comunicação são baseadas na literatura (teorias, estudos etc) ou numa análise de campo? Se sim, quais? Teria alguns exemplos?

As ações não são baseadas em qualquer estudo de campo.

4) São feitas avaliações sobre as estratégias de comunicação para a SH? Se sim, quem as faz e sob quais critérios? Se não, por que não?

Eu fiz uma análise em maio/2016 sobre as postagens no Facebook de uma pesquisa realizada aqui na Coordenação. Não fiz sob qualquer critério, apenas cheguei a algumas conclusões e coloquei no relatório. Não fiz porque não conhecemos estes critérios e porque não temos uma infraestrutura nem recursos humanos suficientes para abordar a temática de forma abrangente.

5) Quem toma as decisões sobre comunicação para a saúde do homem, inclusive sobre seus lançamentos, encerramentos etc?

Quem toma a decisão final é o coordenador Francisco. Porém, os materiais geralmente passam pelos membros da equipe para validação e encaminham para mim para finalizar e encaminhar.

6) Existem períodos em que as estratégias de comunicação são mais enfatizadas? Se sim, quais e por que? Se não, por que?

Sim, durante os meses de agosto e novembro, nas campanhas nossas supracitadas.

7) A saúde do homem é influenciada por fortes questões socioculturais. Que estratégias de comunicação são adotadas diante dessas questões?

Como falado, estratégias maiores acontecem em agosto e novembro – mês dos pais e mês de saúde do homem. Geralmente, realizamos um evento nestes meses e produzimos mais textos e postagens sobre os temas. É feito um planejamento alguns meses antes, há um ponto focal em cada uma destas estratégias.

8) Como a promoção da saúde é incorporada ao desenvolvimento das estratégias de comunicação para a SH?

Nas campanhas e ao longo do ano também. Eventos realizados nos estados, municípios e por nós são divulgados. Além disto, eu tenho um calendário com as datas comemorativas do ano (dia mundial de combate à hipertensão, dia mundial de combate ao diabetes, dia nacional do homem, etc.) e, em cada um destes, uma publicação e/ou um texto para as coordenações sobre o tema são divulgados. Porém, não há um fluxo bem estabelecido – ou seja, quem é responsável por cada pauta não faz necessariamente estratégias de comunicação em seus planejamentos, é muito variável. Por exemplo, a Michelle que cuida da pauta da paternidade sempre me encaminha um planejamento das ações que ela irá desenvolver – mas só ela, o restante geralmente não faz isso.

APÊNDICE 17 ENTREVISTA COM ROMEU GOMES

1) Quais as principais questões (problemas e desafios) para a saúde do homem no Brasil?

Atualmente, o debate acerca da influência de modelos de masculinidade nas condutas dos homens vem crescendo. Nesse debate, vem se destacando que o homem – quando influenciado pelas ideias hegemônicas de que ele deve ser forte, invencível e dominador – pode não só colocar em risco a sua saúde como a de outros. Nesse sentido, sem perder a perspectiva relacional de gênero, a saúde do homem deve ser destacada não só para se discutir o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para enfatizar aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos masculinos.

Segundo a literatura internacional, dentre vários aspectos que podem trazer comprometimentos para a saúde masculina, destacam-se que os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres; morrem mais do que elas pelas principais causas de morte e, ao desenvolverem, comportamentos violentos podem se tornar um "fator de risco" contra os outros e contra eles mesmos. As pesquisas com amostras nacionais acerca dessa assunto ainda se encontram em desenvolvimento. Mas – com base em alguns estudos nacionais – podemos dizer que esses resultados da literatura internacional são observados no cenário brasileiro.

No Brasil, entendo que os desafios para a atenção à saúde do homem se inserem em problemas maiores de acesso aos serviços de saúde gratuitos de qualidade para a população brasileira em geral. Nesse sentido, para se focar nas questões específicas da saúde do homem, faz-se necessário enfrentar simultaneamente as demandas tanto masculinas como femininas. Não se deve planejar e desenvolver ações voltadas para os homens como se as especificidades das mulheres já estivessem sendo levadas em conta. Assim, as diferentes políticas de saúde devem ser interconectadas pelas questões de gênero. Levando em conta essas questões, observaremos que as

necessidades de saúde e as abordagens para o atendimento a essas necessidades podem variar entre os diferentes segmentos de homens e de mulheres.

Outra questão importante a se levar em conta é que, para pensarmos a saúde masculina, não pode partir de um homem genérico. Assim como as mulheres, os homens se diferenciam por classes sociais, orientações sexuais, etnias e grupos de afiliação. Isso deve embasar qualquer política da saúde ou de outro setor público.

2) O Brasil é um dos pioneiros na criação de uma política voltada à saúde do homem. Por que uma política como essa é importante? Qual a sua avaliação sobre esta política?

Na medida em que essa política consiga atender às especificidades masculinas de saúde sem perder a perspectiva relacional de gênero, ela pode se tornar muito importante para a saúde dos homens e das mulheres em geral porque trabalharia melhor as necessidades de saúde de forma genericada. Entretanto, tanto a política voltada para a saúde dos homens como a que focaliza a saúde das mulheres se inviabilizam caso as questões estruturais que impactam na área da saúde não sejam resolvidas ou minimizadas. Há ainda vários problemas que impedem homens e mulheres de conseguirem um atendimento de saúde com qualidade.

3) Qual o papel da Atenção Primária à Saúde na melhoria das condições de saúde do homem brasileiro?

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. Na medida em que essa atenção consiga melhor atender com os recursos necessários as necessidades de saúde de homens e mulheres, os problemas da atenção especializada podem ser reduzidos ou minimizados.

- 4) A política saúde do homem destaca a importância da integralidade de ações e estratégias para atingir seu público. Como essa integralidade deve se dar e por que ela é importante?**

As diversas dimensões da vida humana tanto influencia como é influenciada pela saúde das pessoas. Além disso, a saúde não se resume à ausência de doença, nem esta última se resume a uma parte do corpo. Levar em conta essa complexidade nas ações de saúde é uma das formas de assegurar a integralidade. Assim, uma forma de isso se concretizar é considerar a pessoa como um todo e não só parte de seu corpo, bem como desenvolver a atenção especializada sem perder de vista a promoção da saúde em geral.

- 5) Sendo o Brasil um país de grande população, dimensões continentais e significativa variedade sociocultural, como uma política para a saúde do homem deve ser conduzida?**

Acredito que já respondi isso quando elaborei a resposta à primeira pergunta. Qualquer política, seja da saúde ou de outro setor, seja para homens ou para mulheres, deve se libertar da ideia de que há um modelo genérico para se lidar com as pessoas em geral. Essas se diferenciam nos segmentos de gênero, etnia e grupos sócias, e – mesmo levando em isso conta – não podemos desconsiderar que os sujeitos podem subjetivar as ações a eles destinadas, percebendo-as de uma forma muito pessoal.

- 6) Em seus estudos, o senhor reforça que dar atenção à saúde masculina é importante não apenas para a saúde do próprio homem, mas também para a saúde da mulher. Poderia discorrer um pouco sobre isso?**

Também tratei disso na primeira resposta. Os homens vivem constantemente em relação com as mulheres, sejam em termos de parcerias sexuais, sejam em termos filiais, ou seja ainda em termos de amizade. Nesse sentido, os homens – tendo suas necessidades de saúde atendidas por ações que levem em conta a perspectiva

relacional de gênero – poderão partilhar da promoção da saúde das mulheres ou, em outra perspectivas, não se tornarem um “fator” que comprometa as saúde delas.

- 7) Segundo a PNAISH, o homem adentra o serviço de saúde já pelo nível secundário, e não pelo primário. Podemos deduzir, então, que temos a necessidade de ações de promoção da saúde do homem, além das ações de prevenção ou recuperação de sua saúde. O senhor acredita que o país, mesmo com a política, realmente investe em promoção da saúde do homem?**

As pesquisas mostram que os homens pouco cuidam da sua saúde e pouco procuram os serviços de saúde por vários motivos. Dentre eles, destacam-se os seguintes: os cuidados em geral são percebidos como femininos e não masculinos; os homens costumam ser vistos como fortes e invencíveis e, por isso, só buscam ajuda quando os problemas se agravam; os serviços de atenção básica costumam ser vistos como lugar de crianças, mulheres e idosos; a busca só ocorre quando não conseguem trabalhar e as ações de atenção básica voltadas para os segmentos masculinos ainda são tímidas.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária.

Essas questões, de certa forma, foram levadas em conta na promulgação da política da saúde do homem. Entretanto, como já me referi, ainda há vários problemas que impactam na área da saúde que fazem com que as ações de promoção da saúde, de homens ou de mulheres, ainda sejam tímidas ou não atinjam a todos como esperam atender.

- 8) Qual a sua opinião sobre o papel comunicação para a promoção da saúde do homem?**

Atualmente a área da saúde, assim como outras áreas sociais voltadas para a população em geral, vive sérios problemas que – de certa forma – inviabilizam atender plenamente suas demandas. Em meio a esse cenário, a comunicação para a promoção da saúde do homem pode ser vista como algo bem menor frente à necessidade de assegurar a saúde de todas as pessoas.

9) Como avalia as estratégias de comunicação (campanhas etc.) que são utilizadas para a saúde do homem? De que maneira elas seriam melhor aproveitadas pela população?

Ainda que haja a influência de modelos hegemônicos de ser homem e ainda que se reconheça a necessidade de se veicular valores que possam se relacionar a uma identidade nacional, as estratégias de comunicação voltadas para a saúde de homens deve ser focalizada especialmente e se dirigir a alvos específicos para que possa obter maior eficiência. Como já mencionei, não se pode partir da premissa que há um homem genérico. Os homens não só vivenciam especificidades em relação às mulheres, como também se diferenciam em segmentos. Nesse sentido, as estratégias também devem ser diferenciadas. O mesmo vale para as mulheres.

APÊNDICE 18

PARECER FINAL CO-ORIENTADORA NO EXTERIOR

Montreal, 17 de janeiro de 2016,

Declaro, para os fins que se fizerem necessários, que o doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos (matrícula UnB nº 130004227, Departamento de Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília), atendeu de forma consistente às expectativas referentes a sua jornada de doutorado sanduíche junto à Université du Québec à Montréal (UQAM).

Ao longo dos 12 meses em que atuou no Canadá, o aluno dedicou-se integralmente aos estudos vinculados a sua pesquisa, aprofundando-se no tema a ponto de hoje ter domínio e segurança sobre o assunto que explora.

Para isso, conheceu e interagiu com professores e pesquisadores desta e de outras universidades, criando uma rede de apoio e de troca de informações que lhe foi útil aqui em Montreal, bem como o será quando de seu retorno ao Brasil. Participou, ainda, de eventos diversos que colaboraram com essa ampliação de seus horizontes, como dois seminários de grande porte sobre a promoção da saúde do homem, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela Universidade de Montreal (UdeM), e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal (ROHIM). Em ambos os eventos, articulou-se com pesquisadores canadenses e estrangeiros de significativa importância para o desenvolvimento de sua pesquisa, e que reforçaram a sua rede de interação.

Destaco, ainda, o fato de o doutorando ter apresentado um trabalho, na modalidade Comunicação Oral, no “4^e Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs”, realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2015, na Université du Québec à Montréal. No evento, que reuniu alunos e pesquisadores de diversas universidades da província do Québec, o doutorando apresentou o trabalho intitulado **“Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)”**, que abrangeu, sobretudo, análises e resultados de parte de sua pesquisa. O trabalho integrará os anais do Colloque, ainda no prelo.

O doutorando Wagner Vasconcelos soube utilizar o período de sua permanência no Canadá para realizar entrevistas e encontros com agentes acadêmicos e institucionais de importância central para o seu trabalho, sejam estes agentes das universidades UQAM, UdeM e Université de Laval, bem como integrantes do Ministério da Saúde e de Serviço Social da província do Québec e de instituições como o ROHIM (já citada).

Produziu e participou da produção de artigos científicos, um deles já submetido e aguardando análise do periódico; um outro em colaboração com um grupo de pesquisadores (dentre os quais eu e a orientadora brasileira, Ana Valéria Machado Mendonça) e um terceiro, em fase de conclusão. Atuou também à distância, sendo o moderador, por vídeo-conferência, de uma oficina de comunicação em saúde realizada pela Universidade de Brasília, em 21 de julho de 2015, na qual apresentou o trabalho **“Promoção da Saúde do Homem: desafios para comunicação”**.

Também considero importante ressaltar a participação do doutorando nas atividades do Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal, mais especificamente em sete seminários realizados em 2015, e mais um, logo antes de seu retorno ao Brasil, no dia 14 de janeiro de 2016. Esses seminários fazem parte do rol de atividades acadêmicas do referido centro e reúnem professores, alunos e pesquisadores de diversas universidades do Canadá, sendo uma importante fonte de conhecimento e troca de saberes entre os participantes. Organizou dois desses seminários, com a presença de pesquisadores do Brasil em visita técnica a Montreal.

Tendo em vista o exposto, dou parecer favorável às atividades e à atuação do doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos junto à Université du Québec à Montréal, compreendidas entre 8 de fevereiro de 2015 e 30 de janeiro de 2016.

Atenciosamente,

Lise Renaud

APÊNDICE 19

PARECER FINAL ORIENTADORA NO BRASIL

Brasília, 29 de fevereiro de 2016,

Eu, Ana Valéria Machado Mendonça, professora doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), e orientadora do doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos (matrícula UnB nº 130004227, Departamento de Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília), venho, por meio deste, dar meu parecer quanto às atividades do referido aluno em seu período do doutoramento sanduíche junto à Université du Québec à Montréal (UQAM), em Montreal, no Canadá, com bolsa Capes.

Tendo mantido estreito contato com a orientadora canadense do doutorando, e também estando eu mesma presencialmente alguns dias na cidade de Montreal, pude constatar a dedicação e o consequente e significativo rendimento do aluno em sua jornada no exterior – o que colaborou de forma inquestionável e consistente com o avanço da pesquisa e do desenvolvimento acadêmico do aluno.

É perceptível a profundidade teórica e técnica que o doutorando atingiu a partir de sua experiência no Canadá, o que se reflete na produção de artigos, apresentação de trabalho em evento, participação em diversas atividades acadêmicas da universidade estrangeira, entrevistas com agentes-chaves para sua pesquisa e em articulações acadêmicas de cunho político-institucional relevantes para a UnB.

Seu intercâmbio internacional favoreceu o fortalecimento da pesquisa e da cooperação para pesquisa entre as universidades brasileira e canadense, em especial a partir de seus núcleos de estudos vinculados à pesquisa do aluno, qual sejam: Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (Comsanté-UQAM) e o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp-UnB).

Destaco, também, sua importante participação, à distância, como moderador de uma oficina de comunicação em saúde realizada pela Universidade de Brasília, em 21 de julho de 2015, na qual apresentou o trabalho “**Promoção da Saúde do Homem: desafios para comunicação**”.

Na universidade canadense, apresentou trabalho na modalidade Comunicação Oral, no “4^e Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs”, nos dias 21 e 22 de maio de 2015. O trabalho apresentado – **“Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)”** – expôs alguns resultados de parte de sua pesquisa, e integrará os anais do Colloque, ainda no prelo.

Foi, também, supervisor de duas bolsistas em saúde coletiva da Universidade de Brasília, dentro do Projeto **Comunicação promotora da saúde: Conceito e análise das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá – um estudo comparado**), cujos planos de trabalho foram por ele elaborados, coordenados e avaliados.

Outros eventos de que o aluno participou foram essenciais ao seu desenvolvimento, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela Universidade de Montreal (UdeM), e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição Regroupement des Organismes pour hommes de l’île de Montreal (ROHIM). Sua participação nesses eventos permitiu-lhe articular-se com pesquisadores canadenses e estrangeiros, favorecendo o desenvolvimento de sua pesquisa.

O doutorando entrevistou e teve encontros com agentes acadêmicos e institucionais essenciais para o seu trabalho, sendo tais agentes das universidades UQAM, UdeM (Université de Montréal) e Université de Laval, e também com integrantes do Ministério da Saúde e de Serviço Social da província do Québec e de instituições como o ROHIM.

Quanto à produção de artigos científicos, um deles já foi submetido e encontra-se aguardando análise do periódico; um outro foi produzido em colaboração com um grupo de pesquisadores (do qual tanto eu quanto a orientadora canadense, Lise Renaud, fazemos parte). Há, ainda, um terceiro, em fase de conclusão.

Destaque-se ainda a plena integração do doutorando nas atividades e rotinas do Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal, seja participando dos ciclos de seminários realizados em 2015, e em janeiro de 2016, seja organizando dois desses seminários junto à equipe canadense – e do qual eu fui uma das conferencistas. Os seminários em questão reúnem professores, alunos e pesquisadores de diversas universidades

do Canadá.

Dessa forma, analiso como altamente favorável e proveitoso o estágio de doutorado sanduíche realizado pelo doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos junto à Université du Québec à Montréal, compreendidas entre 8 de fevereiro de 2015 e 30 de janeiro de 2016.

Atenciosamente,

Ana Valéria Machado Mendonça

APÊNDICE 20

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO EM FRANCÊS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE ALTOS ESTUDOS
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO ESTUDOS COMPARADOS

Brasília- DF- Brasil

Déclaration de consentement

Madame, Monsieur,

Vous êtes demandé à participer à la recherche: **COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES HOMMES: UNE ÉTUDE COMPARATIVE BRÉSIL-CANADA**, qui fait partie du projet de recherche "**POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE LA DÉMARCHE DE SOINS: ÉTUDE COMPARATIVE SUR LA PRATIQUE DES ÉQUIPES DE PROMOTION DE LA SANTÉ PSF AU BRÉSIL ET SES SIMILAIRES À CUBA, CANADA, CHILI, PÉROU, VÉNÉZUELA, COLOMBIE ET PORTUGAL**". L'étude est en cours d'élaboration par le Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), de l'Universidade de Brasília (UnB), Brésil, à travers l'Unité d'études et de recherche ayant comme principale stratégie politique, la santé familiale.

La recherche vise à comprendre les principaux enjeux de la santé des hommes au Brésil et au Canada (Québec), connaître les stratégies et actions pour la promotion de la santé des hommes au Brésil et au Canada (Québec) et analyser et comparer les stratégies de communications pour la promotion de la santé des hommes dans ces deux pays.

Le but du projet de recherche est d'analyser les pratiques de promotion de la santé mis au point par les équipes des Programmes de Santé de la Famille (PSF) au Brésil et des stratégies similaires dans d'autres pays pour marquer les chemins pour surmonter les défis actuels. Votre choix est dû au rôle important dans la formulation, la mise en œuvre et/ou l'évaluation des stratégies sur les soins primaires du pays. Votre participation à cette recherche est d'accorder une entrevue pour les chercheurs responsables du projet, d'une durée d'environ 50 minutes.

Il est à noter que les résultats définitifs de l'analyse de cette étude sont la propriété intellectuelle du NESP, et seront considérés comme des renseignements provenant de diverses sources. Sont conservés tous les noms et les formes de l'identification des répondants. Dans certaines situations, il est nécessaire de se référer à une entrevue donnée en tant que source d'information. Il sera, de préférence, identifié par la source des personnes interrogées. Ainsi, vous êtes libre d'accepter de participer ou pas à cette recherche. Nous soulignons que, à titre de personne interrogée, vous apportez une contribution immense à la compréhension du sujet à l'étude.

Montréal, le 17 décembre 2015

Le chercheur

Wagner Robson Manso de Vasconcelos
Adresse: 406 SCLN bloc "A" Bureau 225
Asa Norte - Brasilia / DF
CEP: 70847-510
Téléphone: 55 61-3340-6863
Courriel: usfnesp@unb.br, nesp@unb.br

J'ai lu, compris et suis d'accord avec les objectifs et les conditions de ma participation à la recherche par la signature du présent formulaire de consentement comme suit:

Entretien enregistré;

- Entrevue écrit
- Interview photographié et filmé.

[Nom lisible du répondant avec la signature]

APÊNDICE 21 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PORTUGUÊS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE ALTOS ESTUDOS
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO ESTUDOS COMPARADOS

Brasília- DF- Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhor(a),

O senhor está sendo solicitado a participar da pesquisa : **COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM : UM ESTUDO COMPARADO BRASIL-CANADÁ**, que faz parte do projeto de pesquisa **DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR : ESTUDOS COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CUBA, CANADÁ, CHILE, PERU, VENEZUELA, PORTUGAL E COLÔMBIA – FASE 2**. O estudo está em curso pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB), por meio da Unidade de Estudos e Pesquisas, tendo como principal estratégia política a saúde da família, e tem aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB, sob o número 084/12.

A pesquisa visa a compreender as principais questões da saúde do homem no Brasil e no Canadá (Quebéc), conhecer as estratégias e ações para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá (Quebéc) e analisar e comparar as estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem nesses dois países.

O objetivo do Projeto de Pesquisa é analisar as práticas de promoção da saúde empreendidas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil e de

estratégias similares em outros países para marcar os caminhos para superação dos desafios atuais. A sua escolha deve-se ao seu importante papel na formulação, implementação e/ou avaliação das estratégias sobre os cuidados primários em saúde no país. Sua participação nesta pesquisa é de conceder entrevista ao pesquisador responsável do projeto.

Observe-se que os resultados definitivos da análise deste estudo são de propriedade intelectual do NESP, e serão considerados como informações provenientes de diversas fontes. Serão preservados todos os nomes e as formas de identificação dos entrevistados. Em certas situações, será necessário se referir a uma entrevista concedida enquanto fonte de informação. De preferência, será identificada pela fonte das pessoas entrevistadas.

Dessa forma, o senhor tem a liberdade de aceitar participar ou não desta pesquisa. Destaca-se que, como pessoa entrevistada, o senhor aporta uma imensa contribuição à compreensão do tema de estudo.

Brasília, 26 de junho de 2016.

Pesquisador

Wagner Robson Manso de Vasconcelos
Endereço: 406 SCLN bloco "A" Sala 225
Asa Norte - Brasília / DF
CEP: 70847-510
Telefone: 55 61-3340-6863
E-mail: wrmvasconcelos@gmail.com

Eu li, compreendi e estou de acordo com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa pela assinatura do presente formulário de consentimento como segue:

- Entrevista gravada;
- Entrevista escrita
- Entrevista fotografada e filmada.

[Nome legível do entrevistado e assinatura]

APÊNDICE 22 – TABULAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS POR CATEGORIA DE ANÁLISE

CATEGORIA: OLHAR SOBRE SAÚDE DO HOMEM

BRASIL		CANADÁ		
Romeu Gomes	Michelle Leite	Gilles Tremblay	Raymond Villeneuve	Michel Lavallée
Atualmente, o debate acerca da influência de modelos de masculinidade nas condutas dos homens vem crescendo. Nesse debate, vem se destacando que o homem – quando influenciado pelas ideias hegemônicas de que ele deve ser forte, invencível e dominador – pode não só colocar em risco a sua saúde como a de outros. Nesse	Acho que para falar das ações é bom a gente falar um pouquinho desse contexto de como a política foi criada (...). (...) E a justificativa de ter a necessidade de uma política voltada pra população masculina no Brasil é que, a metade da população, atualmente, são do sexo masculino. Então a gente está falando aí em torno mais ou menos de 100	De manière générale, la santé des hommes au Québec se porte relativement bien. Comme dans plusieurs pays développés, l'état de santé s'améliore constamment, et on le voit par ailleurs par l'espérance de vie des hommes, qui rattrape peu à peu l'espérance de vie des	C'est une grande question! Vous avez vu notre rapport? [...] C'est sûr que ce n'est pas un rapport complet et absolu, mais on a travaillé très fort, toujours avec notre 35 000 \$ par année. [...] L'essentiel de ce rapport-là, c'est de dire que premièrement, il manque énormément de données sur la	Le premier enjeu je dirais que c'est la reconnaissance d'un réel besoin de s'intéresser à la santé des hommes, de s'y intéresser davantage. Quand on analyse n'importe quel problème, la première étape c'est la reconnaissance du problème. Parce que s'il n'y a pas de reconnaissance du problème, il n'y a pas d'action pour aller vers des solutions, c'est du

<p>sentido, sem perder a perspectiva relacional de gênero, a saúde do homem deve ser destacada não só para se discutir o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para enfatizar aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos masculinos. Segundo a literatura internacional, dentre vários aspectos que podem trazer comprometimentos para a saúde masculina, destacam-se que os</p>	<p>milhões de homens. Então só por aí a gente já tem uma primeira justificativa para a existência da política. E aí a gente faz um recorte etário. A política trabalha com homens de 20 a 59 anos de idade. (...) Então essa era uma faixa que ficava descoberta no Sistema Único de Saúde, (...) E nessa faixa etária, estão em torno de quase 58 milhões de homens. 28% do total. Então de que homem a gente está falando? De todos os homens (...) Existem algumas causas específicas que é gritante.</p>		<p>femmes. On est actuellement à quatre années de différence entre les hommes et les femmes, alors qu'il y a une vingtaine d'années, on était autour de 7 années de différence entre les hommes et les femmes. Donc il y a vraiment des améliorations. Cela étant dit, sur plusieurs indicateurs de santé, on voit les hommes en surnombre pour 14 des principales causes de décès au Canada. Donc il y a quelque chose</p>	<p>santé des hommes. Au niveau populationnel, la disproportion entre les données sur la santé des femmes et la santé des hommes c'est effarant. Il y a très peu de choses que l'on sait. Donc déjà c'est un premier constat troublant. Et pour la recherche, on a interpellé la Santé publique de Montréal qui ne nous a pas aidés à faire la recherche. Il a fallu qu'on aille chercher les données par nous-mêmes, et</p>	<p>déni. Je pense qu'on a franchi l'étape de la reconnaissance du problème. Autrement dit, tout le monde aujourd'hui théoriquement va dire « oui il faut s'occuper aussi de la santé des hommes, il y a des enjeux là. » Cependant, c'est comme si on a des difficultés à accorder les ressources pour répondre aux besoins qui émanent des problèmes. Parce que quand il y a des problèmes, il faut trouver des solutions. Donc bref, je pense qu'il y a une difficulté à en faire une</p>
---	--	--	---	---	---

<p>homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres; morrem mais do que elas pelas principais causas de morte e, ao desenvolverem, comportamentos violentos podem se tornar um "fator de risco" contra os outros e contra eles mesmos.</p> <p>As pesquisas com amostras nacionais acerca dessa assunto ainda se encontram em desenvolvimento. Mas – com base em alguns estudos nacionais – podemos dizer que esses resultados da literatura internacional são observados no</p>	<p>Que a diferença de mortalidade e até de adoecimento a gente compara homem e mulher. Por exemplo: os homens morrem muito mais de causas externas. E aí estão todos os tipos de acidente, de violência. A própria questão que a gente tem dado um destaque esse ano, que é a questão do suicídio.</p> <p>(...) E aí, se a gente for pegar de cada três pessoas de 20 a 59 anos de idade que morrem no Brasil hoje, duas são homens. E aí, se a gente pega de 20 a 30 anos, que é a faixa mais produtiva, que é a que tá ali no</p>		<p>là qui se passe en matière de santé masculine, qu'il faut prendre le temps de regarder de près. On sait généralement que les hommes prennent plus de risques, ont plus d'accidents d'auto, au sport, au travail. Arrivent souvent aussi plus tardivement [pour consulter], une fois que les problèmes de santé se sont détériorés, et sont plus difficiles à corriger. Donc il y a vraiment là quelque chose à</p>	<p>qu'on se trouve un analyste par nous-mêmes pour faire l'analyse des données. Donc à la base, très peu de données.</p>	<p>priorité finalement, c'est le principal enjeu. On consent à faire des choses, mais ce n'est pas prioritaire, donc c'est minime.</p>
--	---	--	---	--	--

<p>cenário brasileiro. No Brasil, entendo que os desafios para a atenção à saúde do homem se inserem em problemas maiores de acesso aos serviços de saúde gratuitos de qualidade para a população brasileira em geral. Nesse sentido, para se focar nas questões específicas da saúde do homem, faz-se necessário enfrentar simultaneamente as demandas tanto masculinas como femininas. Não se deve planejar e desenvolver ações voltadas para os homens como se as especificidades das mulheres já</p>	<p>mercado de trabalho, de cinco pessoas que morrem, quatro são homens. (...) E os homens vivem em média 7,3 menos do que as mulheres. Essa diferença já foi maior, tem diminuído com o passar dos anos, mas (inaudível 5:51) aí adoecem. Principalmente doenças do coração, as doenças mentais, o sofrimento psíquico, as neoplasias. E entra a questão do câncer de pulmão, câncer de boca, de estômago, o próprio câncer de próstata e pressão alta. Então assim, os homens</p>		<p>regarder, et entre sur le rapport des hommes aux services, qui demeure un élément assez marquant. Quand on a fait la dernière enquête l'an dernier, auprès de 2 084 hommes québécois, on s'est rendus compte qu'il y a des différences importantes selon les âges, entre autres les plus jeunes hommes particulièrement commencent à se dégager davantage du modèle stéréotypé de l'homme fort à</p>		
--	--	--	---	--	--

<p>estivessem sendo levadas em conta. Assim, as diferentes políticas de saúde devem ser interconectadas pelas questões de gênero. Levando em conta essas questões, observaremos que as necessidades de saúde e as abordagens para o atendimento a essas necessidades podem variar entre os diferentes segmentos de homens e de mulheres.</p>	<p>brasileiros, eles estão adoecendo e morrendo de câncer, por causas que são totalmente evitáveis(...) Em termos de causa: vem as causas externas de mortalidade, em primeiro lugar aí, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho digestivo. E aí é interessante a gente fazer... Por exemplo, se a gente pega a mortalidade por faixa etária, os homens morrem mais do que as mulheres em todas as faixas etárias, a única faixa etária que ele não morre</p>		<p>tout prix. Mais en même temps, le rapport aux services lui reste le même, c'est-à-dire qu'il y a toujours des difficultés à demander de l'aide, même quand elle est requise.</p>		
--	---	--	--	--	--

	<p>mais é depois dos oitenta, que ele nem costuma chegar aos oitenta.</p> <p>(...) E aí a gente parte dos que, da faixa etária dos 15 aos 39 anos, a diferença é muito grande porque aí entram as causas externas, que são todos os tipos de violência.</p> <p>(...) O homem, culturalmente, não tem esse hábito de ir ao serviço de saúde. (...) A gente tem começado desde 2012, mais efetivamente pra cá, esses quatro últimos anos, questionando isso. Será que realmente é o homem que não vai ao serviço de</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>saúde ou é esse serviço de saúde que não está acolhendo esse homem?</p> <p>Então tá. Culturalmente, a gente sabe que eles não têm esse hábito. “ah, estou bem, vou lá no serviço de saúde ver. Só fazer prevenção e promoção.” Tem as questões do trabalho, que influenciam muito, a não liberação. Quando o homem vai à um serviço de saúde, geralmente o agravo está muito instalado. Já esta grave. Isso gera: maior dificuldade para resolver o problema, maior ônus, um maior</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>sofrimento também, devido ao problema já estar... E tem uma possibilidade mínima de resolução(...)</p> <p>A gente costuma falar que os homens não vão aos serviços de saúde, aí a gente faz uma divisão entre barreiras. Quais são barreiras sociais, socioculturais e quais são as institucionais. Então ali, de barreira sociocultural a gente tem: “Ah não, eu sou homem. Eu sou o superhomem. Eu nunca vou adoecer. Eu nunca vou precisar desse cuidado”. Esse</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>pensamento mágico de que vai acontecer com meu vizinho, mas comigo não vai acontecer, não. “eu tô imune a essas questões. Tem o papel de ser provedor. Então o homem tem muito essa coisa “ah, eu preciso trabalhar. Eu preciso sustentar a minha família. Eu preciso colocar dinheiro dentro de casa”. Então eu vou deixando... “ah, estou com uma dor de cabeça, eu vou ali numa farmácia, ele passam um remedinho e está tudo certo”. E ainda tem essa dificuldade de deixar ser cuidado.</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Que é aquela coisa: "não, você precisa de cuidado. Eu preciso cuidar da minha esposa. Eu preciso cuidar dos filhos. Eu preciso cuidar do pai, da mãe. Agora eu não" . (...)</p> <p>Então é muito cultural isso. E aí, um outro papel é aquele medo de descobrir que está doente. Eu sempre cito o exemplo do meu pai. Meu pai é aquele nordestino bem tradicional, que ele sempre fala... a gente fala: "pai, vai no médico". Ele: "aí eu vou morrer rapidinho". Então é melhor não saber o que eu tenho. E esse é</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>um medo mesmo. É uma barreira que a gente foi criando com o passar do tempo. Por um outro lado, têm as barreiras institucionais. Quando o homem, por exemplo, chega em um serviço de saúde... vamos pegar bem em Brasília. (...) Quando a gente entra num centro de saúde é raro você ver um cartaz de homem. Você vê idoso, você vê de criança, você vê de gestante, agora de homem, poucos. Quando têm. Então essa é a primeira barreira institucional. O homem chega num serviço de saúde e fala: "não,</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>espera aí, aqui não é meu lugar, não. Tô em casa não". Então isso já causa uma distância. Um outro fator é o horário de funcionamento desse serviço de saúde. Geralmente funciona em horário comercial, que é o horário que o homem está no trabalho. E aí já junta uma outra barreira, que é essa dificuldade do homem de sair do trabalho para se cuidar.</p> <p>Wagner: E ele como provedor não pode nem correr o risco de prejudicar o trabalho para estar se cuidando...</p> <p>Michele Leite: É.</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Se ele, por exemplo, não está trabalhando de carteira assinada, vira para o chefe e fala: “ah, chefe, hoje eu vou ao médico porque eu quero fazer um <i>check up</i>”, que nem, geralmente, a gente sai uma vez no ano para ir no ginecologista. Aí, o homem: “ué, você não está nem doente para ir num serviço de saúde”. E aí, se ele é autônomo, ele fala: “puxa! Vou perder um dia de renda para ir ao serviço de saúde. Aí chega lá tem fila. Aí, chega lá eu vou ter que marcar. Aí tem outro dia para fazer exame, outro</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>dia para voltar no médico. Então, só aí, são três dias. Então isso acaba fazendo com que ele também não tenha esse hábito de estar cuidando da saúde. Essa é uma outra barreira.</p> <p>(...) Muitas vezes o homem vai e fica conversando com o guarda. Não entra. Então se esse guarda, a gente até fala que quando a gente vai capacitar os profissionais, a gente capacita a equipe. Do guarda ao diretor da unidade, porque todos precisam estar sensibilizados para isso. (...)</p>				
--	---	--	--	--	--

CATEGORIA: INTEGRALIDADE

BRASIL		CANADÁ
Romeu Gomes	Michelle Leite	Michel Lavallée
<p>As diversas dimensões da vida humana tanto influencia como é influenciada pela saúde das pessoas. Além disso, a saúde não se resume à ausência de doença, nem esta última se resume a uma parte do corpo. Levar em conta essa complexidade nas ações de saúde é uma das formas de assegurar a integralidade. Assim, uma forma de isso se concretizar é considerar a pessoa como um todo e não só parte de seu corpo, bem como desenvolver a atenção especializada</p>	<p>A gente tem parceria de ações mais concretas. Acho que fica mais fácil partir da ações para você entender. Tem o Circuito Saúde, que a gente faz nos portos do Brasil todo. Têm o Comando nas Rodovias, que até tem aqui em Brasília, só não sei quando vai ser, ou se já teve esse ano. O que são? A gente monta, a gente apoia os estados, os municípios. Esse do comando nas rodovias é com a Polícia Rodoviária Federal. Então eles param os caminhoneiros, é muito legal essa ação, que eles param os caminhoneiros na BR, eles participam do</p>	<p>Pour moi l'intégralité ça ne veut pas dire « intégration », ça veut dire que quelque chose est conforme, véridique. Je voulais être sûr de comprendre le bon terme, là je comprends mieux. C'est sûr qu'à l'intérieur du système de santé, il y a quand-même un arrimage entre d'abord le ministère et ses établissements. Les établissements sont dans des régions sociosanitaires et ont un mandat régional de compréhension des besoins, donc d'identifications des problèmes, et des services pour répondre à ces besoins là. Et on essaie qu'il y ait un arrimage entre les</p>

<p>sem perder de vista a promoção da saúde em geral.</p>	<p>que a gente chama de "Circuito Saúde". São várias estações, que aí esse homem faz uma ficha básica de idade, nome, hábito de vida. Aí ele afere a pressão, ele vê a glicemia dele, ele faz teste rápido de ISP, ele conversa com nutricionista para ver sobre a questão da alimentação. Então é nesse sentido que a gente fala de integralidade.</p> <p>O comando nas rodovias é uma parceria entre Ministério da Saúde, PRF, SEST SENAT e Saúde do Trabalhador. Que aí é uma ação da gente junto com a Saúde do Trabalhador aqui do Ministério. A saúde nos portos, que é mais ou menos nesse mesmo formato, envolve Ministério da Saúde, Saúde do Trabalhador e o órgão que se chama, OGMO, que é como se fosse o organizador do posto. E aí,</p>		<p>différentes politiques, en violence conjugale, agressions sexuelles, etc. Il est bien certain que des dossiers comme la santé et le bien-être des hommes, ou des femmes, ce sont des dossiers transversaux. Ce n'est pas un problème en soi, c'est-à-dire que c'est une population comme tel, et on ne peut pas mettre la population dans une petite boîte, et même, on ne peut pas mettre les hommes et les femmes chacun dans leur petite boîte. Il y a des réalités de genre qui font qu'il y a une multitude de masculinités de féminités, et il y a des personnes qui ne se définissent pas en fonction du genre, qui se définissent asexuées. Il y a des personnes qui se définissent transgenre, transsexuels et qui veulent changer de sexe [...] Donc ça devient complexe toutes ces notions-là, donc c'est transversal</p>
--	--	--	---

	<p>nessas ações também a gente aproveita para falar um pouquinho da saúde do homem, para ele conhecer um pouquinho da política. Já faz aquela sensibilização para esse homem estar indo ao serviço de saúde.</p>	<p>dans le sens ou ce sont des populations qui sont en lien avec à peu près toutes nos politiques et tous nos programmes. C'est sûr qu'on essaie que ce soit arrimé. Actuellement on est en train de refaire notre programme national de santé publique, on a fait des efforts pour essayer de sensibiliser les décideurs en santé publique, pour qu'il y ait des mesures qui ciblent spécifiquement les hommes, ou les pères. Parce que dans le programme national de santé publique, on a des services intégrés en périnatalité et en petite enfance. Actuellement on a beaucoup développé nos services pour les mères, avec raison car il y avait des besoins importants pour les mères en situation de pauvreté. La période de grossesse et de l'accouchement, c'est une période où la femme vit des</p>
--	--	--

			<p>transformations physiques qui nécessitent une surveillance accrue et des soins particuliers, la vie des personnes, de la mère et de l'enfant, peut être en jeu. Le père peut être d'un soutien important à la mère dans ce contexte-là, mais sa vie n'est pas en jeu comme tel. Mais en même temps, c'est important de réaliser que si on est inactifs auprès du père, c'est pour toute la vie de l'enfant qu'il peut y avoir compromission. Car on sait que le père est un facteur important du sain épanouissement de l'enfant, les études le disent. Et on sait que l'attachement pour le père [...] est plus fort quand il peut se réaliser dès le plus jeune âge. Donc si on laisse les hommes se débrouiller par eux-mêmes, inventer leurs stratégies, on peut leur faire confiance et espérer... Sauf qu'on se rend compte qu'on met beaucoup</p>
--	--	--	---

			de mesures de soutien pour les mères, mais peu pour les pères. Donc on a fait beaucoup de démarches pour qu'il y ait des cibles de soutien aux hommes, des cibles de soutien à l'engagement des pères.
--	--	--	--

CATEGORIA: POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM

BRASIL		CANADÁ		
Romeu Gomes	Michelle Leite	Gilles Tremblay	Janie Houle	Michel Lavallée
Na medida em que essa política consiga atender às especificidades masculinas de saúde sem perder a perspectiva relacional de gênero, ela pode se tornar muito importante para a saúde dos homens e das mulheres em	Então assim...a política de saúde do homem é supernova. A gente tá de 2009 tá de 2009 pra cá...ela foi instituída. (...) E a justificativa de ter a necessidade de uma política voltada pra população	En fait, une politique permet davantage de clarifier une position gouvernemental e sur un thème précis. En mettant une politique ne règle pas tout, car une	Bien oui! Ce serait tellement intéressant! Mais au plan politique c'est difficile parce qu'ici le mouvement des femmes est très très fort. C'est comme si le mouvement des femmes voit ça	C'est une très bonne question. Tout à l'heure je disais que ce n'est pas un mouvement social qui fait qu'on se préoccupe de la santé des hommes. Ce sont plus des constats. Je pense qu'internationalem ent, on s'est intéressé à la santé

<p>geral porque trabalharia melhor as necessidades de saúde de forma generificada. Entretanto, tanto a política voltada para a saúde dos homens como a que focaliza a saúde das mulheres se inviabilizam caso as questões estruturais que impactam na área da saúde não sejam resolvidas ou minimizadas. Há ainda vários problemas que impedem homens e mulheres de conseguirem um atendimento de saúde com qualidade.</p>	<p>masculina no Brasil é que, a metade da população, atualmente, são do sexo masculino. Então a gente está falando aí em torno mais ou menos de cem milhões de homens. Então só por ai a gente já tem uma primeira justificativa para a existência da política. E ai a gente faz um recorte etário. A política trabalha com homens de vinte a cinquenta e nove anos de idade. Por que disso? Antes dos 20 tem a política do adolescente, que já estava dando cobertura. E depois dos 59, política do idoso.</p>		<p>politique doit être assortie d'une volonté politique, non seulement une politique lorsqu'on établit une volonté théorique. Ce n'est pas parce qu'on établit des positions à travers une politique, qu'on les applique nécessairement. Il faut se donner aussi des moyens d'application de la politique, ce qui est l'autre élément fondamental qui n'est pas toujours évident. On le voit un peu avec l'Irlande par exemple qui a</p>	<p>comme une menace le fait qu'il y ait des revendications pour la santé des femmes. Parce que ce sont des femmes qui ont été très meurtries, qui ont été battues, violées, assassinées par leur conjoint. Donc il y a comme une vision de l'homme comme étant... toxique. Alors que ce n'est pas la majorité des hommes qui sont violents, maltraitants, pour leurs enfants et pour leurs conjointes. Je pense que</p>	<p>des hommes parce qu'on a vécu l'épidémie de sida. Et c'est à ce moment-là que les organisations internationales ont réalisé que toutes les interventions qu'elles faisaient auprès des femmes étaient importantes, mais ne donnaient pas les résultats souhaités parce qu'il y avait la moitié de la population qui n'était pas sensibilisée au problème, et il y avait la moitié qui n'était pas soutenue pour trouver des solutions au problème, et pour participer aux solutions. Pour que</p>
--	---	--	--	---	--

	<p>Então essa era uma faixa que ficava descoberta no Sistema Único de Saúde, por isso que a gente faz esse recorte. E nessa faixa etária, estão em torno de quase 58 milhões de homens. 28% do total. E aí a política vem para trabalhar com o homem de uma forma integral. (...) somos pioneiros. Só a Austrália e a Irlanda que têm uma política instituída mas, mas não têm ações concretas(...). Então assim, a gente fala do homem que é pai, do homem que não quer ser pai. Fala do esportista,</p>		<p>une politique intéressante, mais qui n'a aucun budget assorti à la politique. Donc ils avancent plus ou moins avec [leur] politique. Il y a l'Australie qui a établi une excellente politique, intéressante [...], qui a investi dans un premier temps et qui avancé des choses intéressantes, mais qui actuellement est en processus de restriction budgétaire un peu comme on connaît au Canada, avec la hache un peu partout. Donc</p>	<p>certains hommes se sentent un peu coupables pour ces hommes-là qui sont un peu plus déviants, ou qui ont des difficultés particulières. Ils se sentent mal de revendiquer sur la place publique, et quand ils le font, souvent ils se sentent rabroués. Disant qu'on est déjà dans une société où c'est le mâle qui a le plus de pouvoir, donc en demander plus encore c'est tout à fait inapproprié. Donc il y a encore du</p>	<p>quelqu'un participe à quelque chose, il faut qu'il se sente concerné, il ne faut pas seulement qu'il se sente responsable. Il faut qu'il sente que lui aussi, on se préoccupe de lui, de son vécu, de ses besoins de ses problèmes. Pour qu'il ait envie lui aussi dire « oups, c'est vrai il y a un problème. Je ne suis pas tout seul là-dedans et je peux moi aussi contribuer à résoudre le problème. » On l'a compris au niveau du sida et on s'est mis à faire des interventions auprès des hommes. Maintenant ce</p>
--	---	--	--	--	--

	<p>fala do sedentário, então assim, todo e qualquer homem está atendido dentro da política. Esse é um primeiro ponto. (...) Existem algumas causas específicas que é gritante. Que a diferença de mortalidade e até de adoecimento a gente compara homem e mulher. Por exemplo: os homens morrem muito mais de causas externas. (...)a política vem nesse sentido de promover essas ações de saúde, de estimular que esse homem procure os serviços de saúde de forma mais preventiva também, e de promoção. (...) E o</p>		<p>un des premiers coups de haches, bien sûr, viennent en matière de santé des hommes. Donc il y a énormément de services qui sont finalement coupés du côté de l’Australie. Donc c’est pas toujours acquis nécessairement. On l’inscrit dans une politique, mais aussi il faut que la politique soit elle-même prise en main par les instances gouvernementales, et aussi par la population de façon généralisée. Et c’est probablement</p>	<p>travail à faire. Tranquillement, le dossier de la santé des hommes, au plan politique, commence à être de plus en plus de crédibilité, il y a de plus en plus d’argent récurrent injecté là-dedans. Mais je pense que ça va prendre encore des années avant qu’il y ait un politique en santé et bien-être des hommes au Québec.</p> <p>Donc à votre avis, les avantages d’une politique pour la santé</p>	<p>n’est pas facile, parce qu’on s’attaque à des normes, à une culture, et on y va par secteur, par problème. On n’y va pas de façon globale encore. C’est comme intervenir auprès de conjoint ayant des comportements violents, le taux de succès est important. Il n’y a pas de récidives, les hommes font des prises de conscience. Mais par contre ça demeure isolé, ce sont des actions qui ont un effet sur les individus, mais socialement les choses ne changent pas si vite que ça, parce qu’il n’y a</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>objetivo da política é realmente de ampliar esse acesso com qualidade.(...) atualmente, a gente tem trabalhado com cinco grandes eixos dentro da política. Eles não estão instituídos na política, inclusive, esse é um planejamento futuro, de ter uma revisão dessa política.</p> <p>Quando a política foi escrita, lá em 2008, a equipe que coordenava aqui, era basicamente composta por médicos, então ela tem um viés muito biomédico, muito de mortalidade, muito de dados estatísticos, de</p>		<p>un des avantages du côté du Brésil, ou on sent à la fois une volonté gouvernementale, mais aussi les médecins et les organismes plus communautaire sont parties prenantes de cette politique.</p> <p>Je pense entre autres que les médecins sont peut-être plus impliqués dans cette politique, que cela n'a été le cas du côté de l'Irlande. Alors ça, ça peut aussi être un élément intéressant. En faisant attention pour ne pas que ça devienne non</p>	<p>des hommes?</p> <p>Ça permettrait une meilleure concertation des acteurs, avec des cibles et des objectifs communs. En général quand on a une politique, ça arrive avec un plan d'action et de l'argent.</p> <p>Donc ça, ça serait bien aussi. Donc l'idée d'une politique c'est de donner des grandes orientations, cibler des priorités, et mettre des gens ensemble pour arriver aux objectifs qu'on s'est fixés. Et une politique, il</p>	<p>pas de soutien pour voir les choses autrement, pour voir une valeur à vivre et à penser autrement, et à se donner des moyens pour ne pas sombrer dans ces problèmes-là. Tout à l'heure on parlait du Brésil qui était une société machiste, et bien il y a des raisons historiques en arrière de ça. Je ne suis pas en train de justifier le machisme. Je suis juste en train de dire qu'il faut comprendre les individus qui arrivent dans cette société-là avec une culture et qui doivent apprendre autre chose. Et si on fait juste les</p>
--	---	--	--	---	--

	<p>morbidade, e, com o passar do tempo, a gente viu que o homem precisa mais que isso. Ah, isso é importante? É. A gente cuida disso? Cuida, mas tem um leque um pouco maior. E aí a gente tem trabalhado atualmente com os cinco grandes eixos. (...) Um eixo de acesso e acolhimento, que (...) tem funcionado muito como uma diretriz, porque ele perpassa todos os outros. Nesse eixo o que a gente trabalha basicamente? Sensibilização do profissional de saúde e de gestor.</p>		<p>plus biomédical. Si on est axé uniquement vers le biomédical, on rate une grande cible importante.</p> <p>Et pourquoi il n'y a pas une politique pour la santé des hommes au Canada, à ton avis?</p> <p>Oh! La prise de conscience des problèmes et des réalités des hommes en matière de santé demeure relativement récente au Canada et au Québec. Ça demeure un phénomène récent, des</p>	<p>faut que ce soit évalué, que ce soit corrigé après quatre ou cinq ans. Une politique, ça met aussi le dossier sur la place publique.</p> <p>Si on fait une politique sur la santé et le bien-être des hommes, c'est que c'est quelque chose d'important, qu'on doit se préoccuper, etc.</p>	<p>« accuser de », ils vont être sur la défensive. On ne peut pas renier tous nos ancêtres, on ne peut pas jeter tout au complet. Il y a aussi des forces là-dedans, ça a permis de résister à l'adversité ... Alors il faut être conscients de ses forces, mais de ses faiblesses et de ses torts, et pour ça il faut aussi une reconnaissance de la partie valide.</p> <p>Est-ce que l'existence d'une politique de santé des hommes pourrait aider à améliorer la gestion de la santé de ceux-ci?</p> <p>Si on me demande</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>Não adianta a gente só ir capacitar, qualificar esse profissional se esse gestor não tiver sensibilizado. A gente sugere adequação, por exemplo, de horário de funcionamento do serviço de saúde. (...) E aí tem o eixo de doenças prevalentes, que a gente trabalha todas as questões de morbimortalidade, que tem maior incidência na população masculina. Então aí entram as doenças do aparelho circulatório: AVC, infarto. Entra a questão das</p>		<p>dernières années particulièrement. Avant, ce n'était même pas dans le radar, personne ne s'en préoccupait. Donc on a au moins cette préoccupation-là maintenant, contrairement à la santé des femmes, qui avec le mouvement féministe des années 1970 et 1980, a permis de pouvoir un certain nombre de politiques et de mécanismes sur le plan gouvernemental, qui a marqué des pas. Donc santé des</p>	<p>personnellement, je vais répondre oui. Mais si on me demande si le Québec et prêt, je vais répondre non. Moi je pense que ça aiderait, mais je pense qu'on n'est pas prêts, parce que socialement il n'y a pas une pression assez forte pour que ce soit accueilli favorablement. Il faut dire aussi qu'on rentre dans des enjeux plus politiques. C'est sûr qu'un gouvernement, pour qu'il décide de faire ça, il faut qu'il y voit des gains. C'est sûr aussi que ça prend les bons acteurs au bon moment. Chez-vous vous en avez</p>
--	--	--	---	--

	<p>neoplasias. E aí eu acho que aqui a gente pode falar um pouquinho do Novembro Azul.</p> <p>(...)A primeira pergunta é: para que? Por que precisa ter uma coordenação, uma política de saúde do homem?</p> <p>Porque aí vem muito essa coisa do desconhecido. Porque quando a gente começa a falar “ah, porque o índice de morbimortalidade é maior. Porque os homens estão morrendo de questões que podem ser evitáveis. Porque o homem tá lá na 8080 do SUS falando que ele também já tem</p>		<p>hommes relativement restreint de ce côté-là. L’autre volet aussi, c’est qu’on se rend compte, dépendamment des milieux auxquels on a affaire, parfois certains groupes on peur que cela nuise du côté de la santé des femmes, et donc vont s’opposer. C’est moins fréquent que ça ne l’a été il y a 10 ans par exemple, on sentait vraiment un tollé. Maintenant c’est beaucoup moins présent, mais il y a une toile de fond quand même</p>	<p>une, il y a une sommité un moment donnée qui a réussi à faire valoir aux autorités compétentes l’importance de ces enjeux-là. Et dans votre contexte chez-vous ça a été bien accueilli, et vous vous êtes retrouvés avec une politique. Mais si je vous demande : « Qu’est-ce que se fait avec cette politique-là? Quelles actions? Qu’est-ce qui est concret? » Là on va peut-être arriver à des conclusions qui se ressemblent entre chez-vous et chez-nous, parce que le nerf de la guerre ce n’est pas le texte qu’on écrit, ce sont les moyens</p>
--	---	--	--	--

	<p>acesso.” Quando a gente vai falar nos municípios, por exemplo, os gestores falam: “nossa, mas não tem recurso. A gente não tem recurso para investir na saúde do homem.” O recurso mais contínuo, por exemplo. Igual a saúde da mulher, que todo mês tem uma verba pra lá. E a aí a gente se justifica nisso. Não precisa, porque homem não é o extraterrestre que de 2009 caiu na Terra e precisa de cuidado. O homem sempre existiu. Então assim, desde que se foi pensado lá na criação do</p>		<p>d’une certaine frange un peu plus radicale, qui a quand même une certaine porte d’entrée qui n’est pas facile. L’autre volet, probablement encore plus fort que ça, c’est que parler de la santé des hommes, c’est parler aussi de modifications de comportements ou d’attitudes. C’est remettre en question aussi des vieux stéréotypes masculins, et pour un certain nombre d’hommes très stéréotypés, ou plus</p>	<p>qu’on se donne. Et actuellement, si on regarde internationalement, partout où il se fait des choses, on y va tous avec des moyens d’envergure qui se ressemblent. Parce qu’il n’y a pas de pression sociale pour obliger des décideurs à faire autrement. Donc c’est sur la bonne foi d’acteurs importants qu’on dit « ah oui oui, on va avancer, on peut avancer. » Et il ne faut pas se leurrer, il y a des résistances, notamment dans les groupes féministes. Il y a des craintes au niveau du partage des ressources. Si</p>
--	--	--	---	--

	<p>SUS, na própria lei 8080, esse homem já está inserido no processo.</p> <p>O que a gente tem feito é tirar esse homem da invisibilidade. (...) E é aqui dentro do Ministério não é diferente. Hoje as pessoas já conhecem. A gente até brinca aqui. A gente deu muito a cara a tapa aqui. Eu fui uma que, de repente, escuto conversa no corredor, vou lá e me meto. (...) Não (resistência) na divisão de recursos, porque assim, (...) a gente até tem um recurso destinado para a política, que esse ano, se não em engano, foi de</p>		<p>traditionnels, ça demeure très difficile. Et on l'a vu un petit peu dans le cas du rapport</p> <p>Rondeau, quand le rapport a été déposé en 2004 : deux types de position. On a eu effectivement la frange plus radicale du mouvement des femmes qui s'est opposée, de peur de perdre des sous au mouvement des femmes. Ce volet-là s'est beaucoup estompé avec les années. Et l'autre qui a été aussi très virulente</p>		<p>on reconnaît davantage les besoins chez les hommes, est-ce qu'on va couper davantage les ressources pour les redonner aux hommes? Et ça ce n'est pas moi qui l'invente, ce sont des choses qui nous ont été dites. Il faut être conscient des enjeux et des craintes que différents acteurs peuvent avoir. Moi je pense personnellement que si on accordait davantage d'attention aux réalités masculines et aux besoins que peuvent avoir les hommes, et qu'on articulait des réponses un peu</p>
--	---	--	--	--	---

	<p>quatro milhões, que ainda não saiu até agora. Mas esse recurso basicamente ele é pra capacitação e para a produção de material educativo. Só para isso que a gente pode usar esse recurso. Então isso é um dificultador. E isso se replica nos estados, nos municípios. (...)</p> <p>E aqui, com a saúde da mulher, depois que a gente começou a explicar um pouquinho de qual que era o trabalho, que na verdade é um trabalho de parceria, e não de confronto.</p> <p>(...) é aquela coisa: não, a gente não quer dar mais</p>		<p>comme critique, c'était ce que j'appelle les « néotraditionnalistes », les journalistes qui représentent un peu ce type de vision « on des guides [inaudible] » mais en même temps, il ne faut surtout pas que les choses changent. Se donner une image d'ouverture aux réalités des femmes, mais fondamentalement demeurer très macho dans leurs positions de base, et un inconfort majeur à changer ces positions-là. On</p>	<p>plus soutenues, je pense que ça aurait des répercussions positives pour toute la société, et particulièrement pour les femmes et les enfants. Des hommes plus en santé, ça va générer moins de problèmes.</p> <p>Souvent on accuse les hommes d'être la cause du problème, la source. Je pense qu'en travaillant à la source du problème, on a plus de chances d'éradiquer le problème qu'en travaillant seulement à la suite des problèmes, auprès des victimes. C'est important, il ne faut pas les</p>
--	---	--	---	--

	<p>visibilidade para o homem do que para a mulher. Não. A gente quer que os dois sejam vistos. Os dois sejam atendidos. (...) depois que a gente começou, a coordenadora da saúde da mulher hoje é defensora. Ela não fala de pré-natal, por exemplo, sem falar da presença do pai. Então é sensibilização.</p>		<p>le voit. Je donnais une conférence il y a une semaine dans un département de psychiatrie, je pense que l'intérêt est très grand généralement autour de la santé mentale des hommes, mais en même temps, il y a un psychiatre qui se lève : « Féminiser des hommes! » Alors on voit un inconfort de remettre en question les modèles masculins plus traditionnels chez certains, qui demeurent</p>	<p>délaisser, mais on va avoir moins de victimes si on travaille à la source. Donc c'est ce qu'on souhaite, et je pense que ce sera important d'arriver à une époque où on ne travaillera pas en fonction d'un militantisme quelconque, ou d'un discours quelconque, mais plus en fonction des besoins réels de la population, et des solutions les plus justes pour éliminer le problème. L'important ce n'est pas de garder sa <i>job</i>. Moi je disais souvent quand je travaillais dans le communautaire que mon objectif</p>
--	---	--	--	--

			<p>extrêmement présents. Donc c'est un inconfort qui reste là. Et ça, ça joue nécessairement, et ça demeure autant de freins. Alors il faut vraiment faire attention à notre manière d'amener les choses, pour à la fois ne pas trop heurter ces deux lignes d'opposition, et pour être en mesure de faire des percées de plus en plus. On travaille beaucoup dans ce sens-là, mais faire bien attention en même temps.</p>		<p>ce n'est pas que mon organisme grossisse, mon objectif serait de pouvoir fermer mon organisme. Parce que quand je vais pouvoir le fermer, ça voudra dire qu'il n'y en aura plus de problème. Je le sais que c'est utopique, ça n'arrivera pas, mais il pourrait avoir moins de problèmes. [...] Je travaillais dans un organisme généraliste qui travaillait auprès des hommes. J'avais le sentiment profond qu'on réduisait les conséquences des problèmes, qu'on améliorait la qualité de vie de toute leur famille,</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>Pensez-vous que le Canada et le Québec doivent avoir une politique de santé pour les hommes?</p> <p>Ce que je pense c'est que le fait de faire un débat autour d'une politique permet aussi en même temps de clarifier un certain nombre de positions, et on élimine un peu ces volets de résistance qui sont là, on émet une décision politique claire. À ce moment-là, ça clarifie un certain nombre de choses, et ça aide, nécessairement.</p>		<p>leur entourage, leur milieu de travail, etc. On n'avait pas 100% de succès, mais on avait du succès, parce qu'on faisait quelque chose. Et ce travail-là n'a pas cessé de progresser.</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>L'autre bout, c'est ce que je disais tantôt, c'est qu'il faut quand même, même si on a notre petite politique (ce que j'espère qu'on aura), ça ne fait pas que tout est gagné pour autant, il reste encore beaucoup à faire. Et notamment que la politique soit assortie de moyens de [réalisation], ce qui est souvent le gros débat des politiques.</p>	
--	--	--	--	--

CATEGORIA: COMUNICAÇÃO

BRASIL			CANADÁ				
Romeu Gomes	Michelle Leite		Juliano Rodrigues	Raymond Villeneuve	Gilles Tremblay	Janie Houle	Michel Lavallée
Atualmente a área da saúde, assim como outras áreas sociais voltadas para a população em geral, vive sérios problemas que – de certa forma – inviabilizam atender plenamente suas demandas. Em meio a esse cenário, a comunicação para a promoção da saúde do homem pode ser vista como algo bem menor frente à necessidade de	A gente têm utilizado muito o Facebook. Não sei se você chegou a ver o Facebook nossa coordenação. A gente faz uma parceria com o Facebook aqui do Ministério, o mais geral, e aí, por exemplo, têm alguns meses para política que são estratégicos: o novembro e o agosto, principalmente. (...) Esse eixo é o mais estruturado		Como está organizada a comunicação para a saúde do homem no MS? (composição e formação da equipe, atribuições, fluxos etc) Hoje, eu sou o ponto focal da área de Comunicação, porém não há qualquer formação/treinamento ou fluxo pré-determinado. Temos um núcleo em	C'est sûr qu'au niveau du terrain, ce que font les organismes c'est d'être sûrs que les hommes viennent pour les services. Au ROHIM on essaie d'être un peu plus larges, mais sur le terrain, chaque organisme est différent. Quand vous êtes venu à l'atelier <i>Comment rejoindre les hommes</i> , je trouvais ça	C'est un aspect important puisque dans le fond, il y a quelque part comment on s'adresse aux hommes, des messages entrent, on sait que nos méthodes plus traditionnelles. Par exemple je disais en <i>joke</i> : « il y a beaucoup de moyens implicites que les femmes prennent pour avoir de l'information en matière de	Ici au Canada, vous observez beaucoup d'expériences de communication, avec ce profil? Non. Non, mais je trouve qu'on est rendus à faire ça. De toute façon on ne fait pas beaucoup de campagnes de <i>marketing</i> social en santé des hommes. Ça a été beaucoup plus [focalisé] sur la prévention	Je dirais que c'est très important la communication pour la santé des hommes, parce que c'est la première étape la sensibilisation pour alerter la population à un problème, pour l'amener à adopter de saines habitudes de vie, des comportements plus acceptables. On a fait des grandes choses au niveau du

<p>assegurar a saúde de todas as pessoas. 9) Como avalia as estratégias de comunicação (campanhas etc.) que são utilizadas para a saúde do homem? De que maneira elas seriam melhor aproveitadas pela população? Ainda que haja a influência de modelos hegemônicos de ser homem e ainda que se reconheça a necessidade de se veicular valores que possam se relacionar a uma identidade nacional, as estratégias de comunicação</p>	<p>que a gente tem. Então por exemplo, agosto e novembro... Agora, maio, vamos pegar uma coisa mais recente, a gente estava trabalhando a questão dos acidentes. Então a gente divulgou muito <i>post no</i> nosso <i>Facebook</i>, no <i>insta</i> também. Tem uma pessoa de nós, um técnico, que cuida basicamente dessa parte de comunicação, que é o Juliano. Wagner: Eu queria até conversar com ele, porque</p>		<p>cada nível: no Departamento (um representante focal, jornalista), na Secretaria (NUCOM – Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção à Saúde) e no Gabinete do Ministro (ASCOM – Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde). Eu procuro entrar em contato com eles para a produção de informações e materiais sobre saúde do homem. Porém, para publicar</p>	<p>interessante, porque cada organismo a construir alguma coisa através do tempo. Mas para mim a grande lição que eu retiro de tudo isso, é que primeiro, eu estou sempre em serviços sociais, dentro de uma lógica de resposta a uma necessidade. E eu vejo, em todos os casos, que a constatação, é que quando os homens dizem que eles têm uma necessidade, e que eu posso oferecer</p>	<p>santé », ne serait-ce que les revues populaires que les femmes lisent de manière générale, comme <i>Elle Québec</i>, <i>Chatelaine</i>. Il y a plein d'informations de toutes sortes : « Vous passez une période difficile, vous avez les blues, voici ce que vous pourriez faire. Voici quand c'est le temps de consulter un médecin, ou un psychologue, ou un travailleur social. Voici des références sur des sites</p>	<p>du suicide, avec des discours comme « demander de l'aide c'est fort. » Donc ils ont beaucoup concentré ça sur la prévention du suicide, parce que le taux de suicide était 3 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [...]. Mais la promotion de la santé, comme étant un complet état de bien-être psychologique, physique, social... C'est ça la santé</p>	<p>tabac, au niveau de la conduite automobile, du port de la ceinture et de la sécurité. Ce sont des habitudes de vie qui ont changé radicalement. Au niveau de l'alimentation, on le voit, il y a une évolution, non seulement à cause de la communication, mais aussi de l'accessibilité des produits il faut dire. Mais je pense que la communication c'est hyper important pour sensibiliser, et aussi pour préserver les acquis. Parce que les</p>
--	--	--	---	--	---	---	---

<p>voltadas para a saúde de homens deve ser focalizada especialmente e se dirigir a alvos específicos para que possa obter maior eficiência. Como já mencionei, não se pode partir da premissa que há um homem genérico. Os homens não só vivenciam especificidades em relação às mulheres, como também se diferenciam em segmentos. Nesse sentido, as estratégias também devem ser diferenciadas. O mesmo vale para as mulheres.</p>	<p>comunicação é a parte central do trabalho... Michele Leite: Eu não sei se ele está aí hoje. Acho que ele está num curso hoje. Mas aí a gente conversa ali e fala: “Não, espera aí. Vamos focar”. Então o mês de agosto, por exemplo, é todo da paternidade. A gente faz uma série de postagens sobre a questão da paternidade, cuidado. Novembro: sobre Novembro Azul. E aí uma outra parte que é</p>		<p>materiais nas mídias do Ministério (Facebook, Instagram, Blog da Saúde, Intranet, ...), é direto com a ASCOM mesmo. Eu envio as sugestões dos textos/postagens por e-mail e eles realizam a arte. Depois eles encaminham para nossa aprovação. Quanto ao nosso Facebook, somos nós mesmos que produzimos as postagens – ou eu mesmo produzo, ou alguém sugere</p>	<p>une réponse à ce besoin-là, ils sont là. Le problème, c’est que souvent, ce qu’on propose, les hommes ne pensent pas que ça répond à leurs besoins. Comme on a donné l’exemple qui est tellement intéressant de [l’organisme] Pères séparés. Eux ils ont deux employés à temps partiel, le budget et de 67 000 \$ par année, et l’année passée ils ont reçu 1 500 appels téléphoniques. Et ils n’ont pas de publicités nulle part. Juste</p>	<p>internet, des lectures complémentaire s.» On donne plein d’informations. C’est la même chose pour la période de ménopause, il y a plein d’informations, de toutes sortes. Si on regarde un peu les revues populaires que les hommes peuvent regarder (ils en regardent déjà moins). Qu’est-ce que les hommes au Québec regardent généralement : <i>Le journal du VTT, Loisirs Chasse & Pêche,</i></p>	<p>hein! Ça, ça c’est très peu fait jusqu’à présent. (...) Et quel serait à votre avis le rôle du gouvernement pour stimuler les hommes à prendre soin de leur propre santé? Ben c’est un bon point... Je pense que des campagnes grand public de <i>marketing</i> social ça coûte très très cher, le gouvernement devrait payer pour ça. Au même titre qu’on voit des campagnes contre l’alcool</p>	<p>mauvaises habitudes ça peut revenir rapidement. Et on le voit quand il y a des mouvements sociaux qui se réveillent, ça peut ramener des mauvaises habitudes. On l’a vu avec certains courants de droite, où on était une société progressiste, et un moment donné on peut vivre certains reculs, avec des risques pour les populations plus vulnérables. Alors je pense qu’actuellement au Québec, ça se fait de façon</p>
---	--	--	---	---	--	--	--

	<p>legal de comunicação, que isso é recente com a entrada da Angelita. [34: 50 inaudível]. Recentemente saí da licença paternidade. Não sei se você acompanhou que aumentou. Aumentou para os funcionários da Empresa Cidadã. Aumentou para os servidores públicos federais. Aí tem algumas legislações que são dos próprios estados e municípios. A gente costuma fazer texto, o Juliano</p>		<p>alguma publicação e eu faço a arte. Sobre a comunicação com estados e municípios, a equipe sugere ou solicita que algum texto, informação, convite ou notícia seja encaminhada, eu dou uma última apreciada e encaminho para nossa secretária Izabela, que encaminha para os estados pelo e-mail geral da Saúde do Homem. Quais são as ações de</p>	<p>le bouche-à-oreille, le réseau. S'ils avaient de la publicité, il y en aurait 5 000 ou 10 000. Parce que les pères en séparation ont besoin d'aide, et d'aide juridique, et ils se sentent « tout croche », etc. Ils ont besoin d'aide. Et en période de séparation au Québec, les hommes appellent, ils cherchent de l'aide. Mais souvent l'aide qu'on leur offre ne répond pas à leur besoin. Si tu appelles au CLSC et que tu dis que tu as</p>	<p>le catalogue du <i>Canadian Tire</i>. Donc beaucoup de choses qui sont à certains égards intéressantes, mais pas du tout sur le plan de la santé, ni sur le plan de la santé mentale, encore moins. Donc ils n'ont pas passé par, je dirais de l'information de base, comme un certain nombre de femmes peuvent avoir. Ce n'est pas pour rien qu'un homme qui consulte sur le plan psychosocial par exemple va poser la question « Qu'est-ce qu'il</p>	<p>au volant, par exemple. Je pense que ça prendrait une grande campagne dans les médias. Le gouvernement pourrait aussi financer les organismes communautaires, ou des services particuliers qui visent la promotion de la santé chez les hommes. Par exemple à développer des programmes spécifiques pour ça, adaptés aux populations masculines. Ça, ça serait</p>	<p>ponctuelle. Donc il n'y a pas eu de grandes campagnes de sensibilisation nationales, c'est sûr que ça, ça demanderait un investissement assez substantiel. Par contre il y a eu plusieurs efforts au niveau de la communication, notamment pour essayer d'intégrer les hommes dans des professions traditionnellement plus féminines, de soins ou d'éducation. On a eu des campagnes ciblées qui visaient particulièrement</p>
--	---	--	--	---	---	---	---

	<p>especificament e, costuma fazer um texto, e aí divulgar para nossas coordenações, para que elas divulguem a nível municipal. Então isso tem ficado. Se eu não me engano, tá um texto por semana, a frequência. Sobre assuntos diversos: semana passada eu recebi do pessoal da IST algumas portarias sobre teste rápido e sobre a questão da penicilina. Então a gente fez um texto pequenininho e encaminhou a</p>		<p>comunicação atuais destinadas especificament e aos homens? Facebook da Saúde do Homem – postagens diárias. Instagram da Saúde do Homem (que está parado no momento, pois para publicar no Instagram do computador é mais difícil, tem que baixar um programa que a rede do Ministério não aceita). Comunicação com os estados e municípios: e-mails enviados</p>	<p>besoin d'un avocat, le CLSC ne va pas t'aider à te trouver un avocat. (...) Oui donc ce qu'on disait c'est qu'au niveau des organismes comme tels, chacun a développé sa stratégie, qui n'est pas systématisée. Mais ils ont comme trouvé les moyens. Comme Patrick disait, l'Internet fonctionne beaucoup. Souvent ce sont des références, des partenariats. Mais c'est peu formalisé.</p>	<p>faut que je te dise? » T'as aucune idée de ce qui va se passer, de comment ça va se passer, des ressources disponibles. Donc il faut beaucoup aller vers eux, en non pas attendre nécessairement qu'ils viennent consulter. Donc avoir des mécanismes pour leur transmettre des informations de base, information qu'ils n'ont pas entre les mains, contrairement à certaines femmes, dans plusieurs cas en tout cas. Alors il</p>	<p>une contribution intéressante. Je pense que par rapport aux politiques publiques en général, c'est sûr que, dans le fond ça s'applique aux hommes, mais ça s'applique aux femmes aussi, de faire en sorte que les quartiers dans lesquels on vit, que ce soit des quartiers favorables à la santé, que ce soit facile de faire de l'exercice physique autour de chez nous, que ce soit facile de</p>	<p>t les hommes. On a eu aussi des campagnes faites par le milieu communautaire, soutenues par le ministère. On a accordé du financement aux organismes pour la prévention du suicide auprès des hommes, aussi pour la prévention de la violence conjugale. On a soutenu en prévention du suicide et en prévention plus générale, une campagne pour encourager la demande d'aide des hommes. Mais ce sont de petites</p>
--	--	--	---	--	---	---	--

	<p>legislação. Wagner: O Juliano seria a pessoa com quem eu posso conversar tudo sobre a comunicação? As estratégias. Seria a pessoa que é referência? Michele Leite: É. Mas é basicamente isso: <i>Facebook, Insta,</i> a comunicação via e-mail, e aí agora com <i>whatsapp,</i> algumas coordenações acabam se comunicando pelo <i>whatsapp.</i> Eu, por exemplo, tenho alguns estados de referencia:</p>		<p>às coordenações para compartilhar artigos, eventos e outras novidades sobre saúde do homem. Utilização das mídias do MS para divulgação de ações e eventos de saúde do homem. Campanhas nossas: Agosto: Mês de Valorização da Paternidade, Novembro Azul: Mês da Saúde Integral do Homem. Campanhas que apoiamos:</p>	<p>Donc il n’y a pas de professionnel en communication ? Non, pas du tout. Comme je disais, Pères séparés ont 77 000 \$ par année. Maison Oxygène, qui est un des organismes les mieux financés qui font de l’hébergement père enfants, eux ils ont quelque chose comme 300 000 \$ par année, mais ils ont 12 chambres d’hébergement. Ils devraient avoir un million</p>	<p>faut donc trouver des mécanismes pour les rejoindre, et dans ce sens-là la communication joue un rôle extrêmement important. Trouver des messages percutants, qui vont aider à faire des prises de conscience et à déterminer par exemple « Voici j’ai tels symptômes, peut-être que je suis en train de faire une crise de cœur, faut que j’aïlle consulter c’est urgent. » C’est pas juste un problème</p>	<p>se procurer des aliments sains autour, c’est ça la promotion de la santé. De s’assurer que les personnes à faible revenu sont capables de se payer de la nourriture qui a du bon sens, l’équipement qu’on a besoin pour faire de l’exercice physique. Je pense que si on lutte contre les inégalités sociales, on fait la promotion de la santé. Ça, on n’en parle presque pas non plus, des hommes qui</p>	<p>campagnes, qui sont comme des projets. Mais chacune de ces petites campagnes-là a été un pas vers la reconnaissance des réalités masculines, vers l’importance de demander de l’aide. Et socialement il y a eu un grand changement au niveau de la perception des gens de la réalité masculine, des besoins qu’ils peuvent avoir et de la nécessité de ressources. Mais ça demeure modeste par rapport à ce</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

	<p>Bahia, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte. Então assim, eu tenho um grupo com todos esses coordenadores no meu <i>whatsapp</i> e aí, tudo o que sai de novidade eu encaminho, eles me encaminham as ações que eles têm feito, as novidades que eles têm programado por lá, via <i>whatsapp</i>.</p> <p>Wagner: Então, Michele, pelo que você está me dizendo, por exemplo, a saúde do homem têm</p>		<p>Setembro Amarelo: Mês de Prevenção do Suicídio; Julho Amarelo: Mês de Combate às Hepatites Virais; Maio Amarelo: Mês de Prevenção de Acidentes de Trânsito; 16 dias de ativismo no combate à violência contra a mulher; 01 de dezembro: Dia Mundial de Luta contra a AIDS.</p> <p>As ações de comunicação são baseadas na literatura (teorias, estudos etc)</p>	<p>par année, mais ils ont 300 000 \$. Donc personne de ces groupes-là ont des gens en communication.</p> <p>Mais vous qui faites partie du ROHIM, vous pensez que c'est important la communication pour la santé des hommes?</p> <p>Tout à fait! Sauf que la difficulté c'est que les membres du RHOIM sont tous des organismes de services sous-financés. Ils n'arrivent juste pas la plupart du temps à répondre à la</p>	<p>d'estomac. Alors voyez-vous il y a quand même des choses de base à apprendre, que les hommes ne savent pas généralement. Et pour ça la communication va être un élément assez fondamental. On a un bon exemple à mon avis au Québec là-dessus, autour du suicide particulièrement qui est devenu une des grandes priorités en matière de santé mentale au Québec. Depuis la fin des années 1990,</p>	<p>sont appauvris, en situation de pauvreté. Te préoccupes de ta santé quand tu te demandes juste où tu vas dormir ce soir ou qu'est-ce que tu vas manger?! Quand t'as juste 2 \$, c'est sûr que tu vas peut-être t'acheter un hamburger chez McDo, plutôt que pour t'acheter un sac de pommes, ce qui est bien moins nourrissant. Je pense que la promotion de la santé, si on</p>	<p>qu'on peut faire encore.</p> <p>Est-ce que je peux accéder de quelques façons à ces campagnes, parce que j'ai cherché sur le site internet du ministère et j'ai trouvé des campagnes générales, pas spécifiques sur la santé des hommes. Est-ce qu'il y a un site web, pour que je puisse connaître?</p> <p>Je vais essayer de voir ce que je peux faire. Parce que ce n'est pas nécessairement sur le site web du ministère, vu</p>
--	--	--	--	---	---	---	--

	<p>uma questão cultural fortemente envolvida. Então eu imagino que a comunicação, para se trabalhar a saúde do homem, é fundamental. Você pode falar um pouquinho sobre a importância da comunicação para esse trabalho?</p> <p>Michele Leite: É, eu acho que assim, as mídias sociais hoje em dia... é impossível viver sem rede social, né? A gente tem visto que a gente tem conseguido</p>		<p>ou numa análise de campo? Se sim, quais? Teria alguns exemplos?</p> <p>As ações não são baseadas em qualquer estudo de campo.</p> <p>São feitas avaliações sobre as estratégias de comunicação para a SH? Se sim, quem as faz e sob quais critérios? Se não, por que não?</p> <p>Eu fiz uma análise em maio/2016 sobre as postagens no Facebook de</p>	<p>demande. Alors ils vont intégrer la communication dans leurs actions, mais rarement il va y avoir une personne [dédiée]. Pères séparés ils ont un intervenant avec une expérience en communication, il a un talent à ce niveau-là. Mais c'est pour ça aussi que c'est important de se donner des organismes de regroupement, qui eux devraient avoir plus une pensée en communication. Donc au niveau</p>	<p>début des années 2000, on a mis une priorité sur le suicide, on a identifié que si on veut avancer en prévention du suicide, il faut aborder les hommes particulièrement. À l'époque il y avait 4 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes. Alors il fallait vraiment aborder cette question-là de façon particulière en ciblant les hommes. Il y a eu des campagnes très ciblées, probable la campagne</p>	<p>regarde ça <i>at large</i> aussi, il ne faut pas juste regarder le comportement individuel, mais aussi le contexte dans lequel l'homme est situé. Encourager aussi avec des crédits d'impôt les entreprises à mettre en place des stratégies de promotion de la santé. Des entreprises qui sont fortement masculines dans les employés, il y a toute sorte de choses</p>	<p>qu'on a financé. Par exemple le regroupement des ressources pour hommes qui interviennent avec les conjoints ayant des comportements violents qui s'appelle À cœur d'hommes pour une société sans violence. C'est eux qui ont fait la campagne sur la demande d'aide des hommes et la prévention de la violence conjugale. On a financé un centre de prévention du suicide il y a déjà vingt ans,</p>
--	---	--	---	--	---	---	---

	<p>atingir lugares, o homem, que é o nosso objetivo. Então a estratégia, por exemplo, das postagens no Facebook, a gente viu que funciona, principalmente se é um assunto que chama a atenção desse homem e, de repente, ele não sabe onde ele busca, ele não sabe se isso é verdade ou se não é. Então a gente joga os dados estatísticos em algumas postagens: ah, de tantas pessoas que morrem, tantas são homens. E</p>		<p>uma pesquisa realizada aqui na Coordenação. Não fiz sob qualquer critério, apenas cheguei a algumas conclusões e coloquei no relatório. Não fiz porque não conhecemos estes critérios e porque não temos uma infraestrutura nem recursos humanos suficientes para abordar a temática de forma abrangente.</p> <p>Quem toma as decisões sobre comunicação</p>	<p>régional, national, le RVP [Réseau pour la valorisation des pères], nous autres on peut plus travailler les communications. Et souvent les gens du terrain ont l'impression que de mettre de l'argent en communication, c'est l'enlever aux services. Ils se disent « je ne peux pas prendre un graphiste pour faire ça. » À moins que ce soit pour un projet spécial une fois, mais les communications ne sont pas systématisées à</p>	<p>« Demander de l'aide c'est fort » a été la plus connue, la plus largement répandue. Elle a aussi marqué des points importants : « Demander de l'aide c'est fort » c'était un slogan, mais c'était aussi la capacité d'aller faire de la promotion et de la prévention dans les milieux de travail majoritairement masculins. Donc il y a eu du travail en ce sens-là, d'aller vers les hommes en milieu rural aussi, les agriculteurs. Il y</p>	<p>qu'elle peut faire pour favoriser la santé des employés. S'assurer de mettre de la nourriture saine sur les lieux de travail, du temps dédié pour faire une activité sportive entre collègues. Il peut y avoir mille et une chose à faire sur les lieux de travail. On est trop dans des discours individuels, où « si tu n'adhères pas à mon discours, si tu ne fais pas ce que je dis,</p>	<p>pour une campagne de prévention du suicide qui visait particulièrement les hommes en situation de vulnérabilité. Ça s'est appelé « Demander de l'aide, c'est fort ». Ça été fait dans une région, au Saguenay – Lac-St-Jean, et après ça, ça été repris par d'autres acteurs dans les régions, mais qui produisaient eux-mêmes leur petit dépliant de communications. Ce sont des organismes communautaires, donc ils faisaient ça à faible budget, et</p>
--	---	--	---	--	--	---	---

	<p>aí a gente vê os comentários, acho que depois é até legal depois você dar uma analisada lá nos comentários, [37:53 inaudível]...esclarecido dessa questão mesmo das postagens. Então isso tem dado certo. Claro que tem alguns assuntos que são muito mais acessados. Falando um pouco da questão da paternidade prática, é o que é que a gente trabalha na paternidade, no cuidado. É envolver esse homem em</p>		<p>para a saúde do homem, inclusive sobre seus lançamentos, encerramentos etc? Quem toma a decisão final é o coordenador Francisco. Porém, os materiais geralmente passam pelos membros da equipe para validação e encaminham para mim para finalizar e encaminhar.</p> <p>Existem períodos em que as estratégias de comunicação são mais enfatizadas?</p>	<p>ce niveau-là. Rarement. (...) Je pense qu'au Brésil aussi. Nous avons des stratégies de communication qui sont surtout mises en œuvre au mois de novembre, à cause de la campagne de prévention pour le cancer de la prostate. Mais pendant le restant de l'année, il n'y a pas de communication pour la santé des hommes. En fait on parle de maladie, ça c'est le défi de mon travail, de montrer que la</p>	<p>a encore du travail à faire, mais il y a eu des avancées intéressantes. Donc on a fait des pas, avec des messages clairs, et aussi en parallèle de travailler avec des gens qui reçoivent des hommes, pour qu'ils soient beaucoup plus à l'aise d'intervenir auprès des hommes, de mieux détecter leur détresse, car ils ne s'expriment pas généralement de la même façon que les femmes. Et on le voit dans les centres de</p>	<p>c'est un peu de ta faute.</p>	<p>d'envergure régionale. Ce n'était pas d'envergure nationale. Il y a eu une région qui a eu un projet pilote sur les saines habitudes de vie, c'est la Côte-Nord, sur l'alimentation auprès des hommes. La campagne c'était un père et son enfant qui [cuisinent]. Il y avait une affiche, une petite pub télé, donc c'était assez ludique. Ce qui était pressenti c'est que ça allait rejoindre les pères. Ce qu'on nous disait dans</p>
--	--	--	--	---	--	----------------------------------	---

	<p>todo o processo. A gente não quer só estimular que esse esteja lá participando do parto. A gente quer que ele esteja desde a decisão “ah, eu quero ser pai agora”. Não, não está na hora. Vamos esperar”. Então desde esse planejamento reprodutivo, até o desenvolviment o desse filho. Então a gente estimula com uma estratégia que a gente denominou de “pré-natal do parceiro”. Não sei se você já.. Que é</p>		<p>Se sim, quais e por que? Se não, por que?</p> <p>Sim, durante os meses de agosto e novembro, nas campanhas nossas supracitadas.</p> <p>A saúde do homem é influenciada por fortes questões socioculturais. Que estratégias de comunicação são adotadas diante dessas questões?</p> <p>Como falado, estratégias maiores acontecem em agosto e</p>	<p>communication c’est important pour la santé des hommes, et stimuler les hommes à prendre soin de sa santé. Mais tout le temps, pas seulement dans le mois de novembre [...] C’est un défi qui je pense a lieu ici aussi. Absolument. Nous tranquillement on essaie de s’organiser au niveau provincial, mais c’est difficile. Le 19 novembre on a créé, au niveau provincial, une journée québécoise en santé et bien-</p>	<p>prévention du suicide, il y a eu beaucoup de formations [...] de telle sorte qu’on a maintenant à peu près 50 % des appels en centre de prévention du suicide qui sont des hommes, alors qu’à l’époque, au début des années 2000, on avait 80 % de femmes. Maintenant c’est 50-50, ce qui correspond au taux d’idées suicidaires sérieuses, qui [est] comparable chez les hommes et chez les femmes. Et</p>		<p>cette région-là c’est que ça avait été bien accueilli. Mais c’est toujours difficile à évaluer l’impact réel, surtout quand ça dure juste une saison.</p> <p>Il y a actuellement une campagne ciblée sur la santé des hommes? Actuellement, non il n’y en a pas.</p> <p>Il y a une politique de communication pour la promotion de la santé des hommes? Non.</p>
--	--	--	---	--	--	--	---

	<p>exatamente isso, envolver esse homem em todo esse processo. Então ele vai participar lá do planejamento reprodutivo: “Ah, ótimo, agora que a gente vai ter um filho”. Então ele vai acompanhar essa gestante no serviço de saúde e aí, nesse momento, ele também vai ser cuidado. Então nessa consulta vai ser pedido exames, e aí têm o roteirozinho dos exames básicos, que a gente acha que</p>		<p>novembro – mês dos pais e mês de saúde do homem. Geralmente, realizamos um evento nestes meses e produzimos textos e postagens sobre os temas. É feito um planejamento alguns meses antes, há um ponto focal em cada uma destas estratégias.</p> <p>Como a promoção da saúde é incorporada ao desenvolvimento das estratégias de comunicação</p>	<p>être des hommes. Les effets ne sont pas très grands encore, il y a des activités dans plusieurs régions du Québec. C’est-à-dire que des organismes dans les régions font des choses. Cette année il y a eu une vingtaine d’activités, si vous voulez je pourrais vous envoyer la petite brochure [...] On avait fait une petite brochure lors de la conférence de presse à Québec, puis on avait la liste des activités qu’il y</p>	<p>on le voit aussi avec un tiers de moins de suicides complétés au Québec, ce qui n’est quand même pas négligeable. C’est un des taux de suicide les plus élevés.</p>		<p>Quel est le processus que le ministère fait pour réaliser les communications pour les hommes (analyse de besoins, focus groupe, pre-test de spot, des affiches etc)?</p> <p>Le ministère comme tel n’a pas fait de campagne. En fait il y a celle des emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux. Moi je n’y participe pas, c’est la Direction des communications qui le fait. Mais normalement ils vont travailler</p>
--	---	--	--	--	--	--	---

	<p>é necessário para que ele esteja fazendo. Ele vai atualizar a caderneta de vacinação dele, que muitas vezes o homem não liga para isso e fala: “Ah, eu não preciso de vacina, não”. Ou tem medo da injeção. Então eu não vou precisar disso. Ele vai estar participando das atividades educativas, que é uma das partes do pré-natal, que tem as rodas de conversa para esclarecer dúvidas. Então a gente estimula que</p>		<p>para a SH?</p> <p>Nas campanhas e ao longo do ano também. Eventos realizados nos estados, municípios e por nós são divulgados. Além disto, eu tenho um calendário com as datas comemorativas do ano (dia mundial de combate à hipertensão, dia mundial de combate ao diabetes, dia nacional do homem, etc.) e, em cada um destes, uma publicação e/ou um texto</p>	<p>avait dans les régions du Québec. Mais c’est très modeste, Gilles Tremblay était là aussi, et finalement il est venu un journaliste.</p> <p>Est-ce que les médias sont intéressés par ce sujet-là? Vous essayez de faire des contacts? C’est sur que le regroupement provincial est nouveau et est encore peu organisé à ce niveau-là. C’est sûr que la santé des hommes intéresse peu les médias. C’est sûr par</p>			<p>avec des experts en santé des hommes et une firme de communication. Et ils vont élaborer des messages. Souvent ça va être des affiches, des messages radiophoniques et télévisés.</p> <p>Je pense que la dernière question tu l’as déjà répondu. En fait je pense que c’est plus la Direction de communication qui pourrait répondre à cette question parce que c’est plus spécifique. Je demanderais : il</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>tenha assuntos voltados para a questão do homem especificament e. Por exemplo: vamos fazer uma roda para falar o que é que o homem pode fazer para ajudar na amamentação. Ah, ele pode cuidar das coisas de casa enquanto a mulher está amamentando. Ele pode cuidar desse ambiente. A gente brinca que o homem é o cão de guarda. Ele pode cuidar desse ambiente para ela ficar mais tranquila</p>		<p>para as coordenações sobre o tema são divulgados. Porém, não há um fluxo bem estabelecido – ou seja, quem é responsável por cada pauta não faz necessariamente estratégias de comunicação em seus planejamentos, é muito variável. Por exemplo, a Michelle que cuida da pauta da paternidade sempre me encaminha um planejamento das ações que ela irá desenvolver – mas só ela, o</p>	<p>exemplo que si l’université McGill sort une grosse étude sur le cancer de la prostate, il y aura une couverture, mais ce n’est pas un sujet qui est très très « couru ». La paternité est beaucoup plus populaire dans les médias, ça fonctionne. En février dernier lorsqu’on a sorti notre étude sur les pères dans les politiques publiques, ça a marché. On a eu quinze entrevues dans les médias nationaux. Le titre de notre</p>			<p>y a des initiatives de spot publicitaires à la télévision qui touchent les hommes, mais ne qui semblent pas émaner du MSSS. Par exemple le <i>spot</i> santé des hommes sur au travail (CSST), le <i>spot</i> sur l’alcool (Educalcool), le <i>spot</i> sur texto au volant, ou sur s’endormir au volant. Ai-je raison? Et si oui, comment est-ce arrimé avec des interventions terrains de votre ministère? C’est intégré ou non? En fait,</p>
--	--	--	---	---	--	--	--

	<p>para amamentar. Pode estar cuidando dos outros filhos. E aí ele também vai estar se preparando durante esse pré-natal para o parto. Até para tirar um pouquinho aquela questão de que assim, ah, o homem na sala de parto é uma pessoa a mais para dar trabalho. Que esse é um discurso de muitos profissionais da saúde: “não, aqui não pode entrar homem porque ele vai passar mal, vai desmaiar e vai</p>		<p>restante geralmente não faz isso.</p>	<p>communiqué c’était <i>Les pères peu présents dans les politiques publiques</i>. Ils ont accrochés, et on a fait toutes les entrevues avec notre chercheur, c’était crédible, il y avait du nouveau contenu, ça fonctionnait. Mais dans l’étude de Gilles, il n’y avait pas de gros scandale. C’était des choses qu’on savait, ce qui fait qu’il n’ya pas eu... Mais au niveau national, il y vraiment un</p>			<p>Éducalcool c’est intégré avec des actions du ministère de la santé. On a un établissement qu’il s’appelle le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux. Dans cet établissement-là qui est régional, ou local, il y a ce qu’on appelle des installations : Centres hospitaliers, Centres de réadaptations, etc. On a des centres locaux de santé communautaire (CLSC). Dans ces centres locaux de santé communautaire,</p>
--	---	--	--	---	--	--	--

	<p>ser mais uma pessoa para cuidar.” Tá, ele pode passar mal? Pode. Mas a chance de ele passar mal se ele tiver feito todo o processo [ruído 40:46]. E ele pode estar ali, junto com essa parceira na hora do parto participando. A gente sempre fala e estimula que o pai não ajuda, o pai participa. Que quando você ajuda, “ah, a responsabilidade é sua, eu só estou de ajudando”. (...) E aí, dentro da paternidade,</p>			<p>travail, qu’on arrive peu à faire. Nous autres pour les pères, on a maintenant une semaine québécoise de la paternité, qui fonctionne assez bien. On avait une centaine d’activités dans toutes les régions du Québec, on fait un lancement national. Souvent les médias accrochent, la première année on a eu une dizaine d’entrevues. C’est la semaine de la fête des Pères, alors les gens ont une</p>			<p>on a un programme d’intervention auprès des personnes aux prises avec des problèmes d’alcool. Et ça ne vise pas l’abstinence, parce qu’il en existe des programmes de thérapie qui visent l’abstinence. Nous on a voulu faire un programme complémentaire qui ne visait pas l’abstinence, mais qui voulait aider les buveurs qui ne sont pas encore définis comme alcooliques, mais qui sentent qu’ils ont une</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>que de ação concreta a gente já tem. Eu estava acabando de dar <i>ok</i> no guia de pré-natal do parceiro, que aí é um guia voltado para os profissionais de enfermagem e médicos falando um pouquinho disso que eu te disse, como é o passo-a-passo do pré-natal para fazer. Algumas localidades já fazem o pré-natal no parceiro. Então, São Paulo tem muitos municípios. Bahia, Amazonas, Rio</p>			<p>ouverture aux pères cette semaine-là. Et la paternité est plus « tendance ». Soit les journalistes sont pères eux-mêmes, et il y les conjointes qui sont préoccupées par les enjeux d'égalité et tout ça. Et les gens ne voient plus le lien direct. La santé pour le bien-être des hommes, c'est comme si on n'avait pas trouvé de façon suffisamment « sexy » ou attirante de la présenter. Et l'autre chose c'est qu'on ne</p>			<p>consommation exagérée et qui voudraient mieux contrôler leur consommation. Donc c'est un programme qu'on a, et il est arrimé aux campagnes de sensibilisation qu'on a faites avec Éducalcool. Il y a une analyse différenciée selon les sexes (ADS) qui a été faite, et il y a un message spécifique qui vise les hommes... Des fois c'est le même message, on va viser les hommes et on va viser les femmes. Alors</p>
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>de Janeiro. Aqui está começando. Na Ceilândia tem um posto de saúde que tem feito. Temos um curso na comunidade de práticas, que é outro canal que a gente usa de comunicação.</p> <p>Eu não sei se você conhece esse a CDP aqui do Ministério. É, a CDP é uma grande rede social, mas voltada para o profissional de saúde principalmente. Então a gente têm esse curso lá que chama [43:41-42 inaudível] que está com quase</p>			<p>veut pas aller non plus dans le sensationnalisme, le scandale. [Dire] « Les femmes ont plus de services que les hommes », au Québec, on est morts si on fait ça. Le féminisme est présent. Et ce n'est pas non plus notre pensée. Nous on veut de l'égalité, on veut travailler ensemble. Donc on ne veut pas de scandale, mais les médias n'aiment pas ça quand il n'y a pas de scandale. Donc comment avoir une pensée</p>			<p>on va dire pour un homme, ce n'est pas plus que deux consommations par jour, dix par semaine, et pour une femme c'est une consommation par jour et cinq par semaine. Ce ne sont pas les bons chiffres, il faudrait que je retourne voir la pub exacte [...] Parfois il y a des messages ciblés aussi. En violence conjugale, à chaque automne on a des messages qui visent la prévention. L'homme n'est même pas</p>
--	--	--	--	---	--	--	---

	<p>dois mil participantes já, nesse curso. É um curso totalmente online, gratuito, de livre acesso. A gente fez os conteúdos voltados para o profissional de saúde, mas a gente viu que têm muitos pais fazendo o curso, principalmente porque com a publicação do aumento da licença-paternidade para os funcionários da Empresa Cidadã, eles precisam fazer um curso, ter um certificado. Um curso, ou</p>			<p>positive et constructive, mais interessante pour les médias, il y a un défi là au niveau national qu'on n'a pas encore résolu. Par contre ce qu'on voit qui est intéressant [...], ça fait plusieurs fois qu'il y a des sondages au Québec et qu'on demande aux gens « est-ce que vous pensez que les hommes devraient avoir plus de services? » La majorité des gens dit oui. « Est-ce que vous pensez</p>			<p>présent, c'est le policier qui apparaît devant la femme victime, mais ça vise l'homme, pour sensibiliser aux conséquences de la violence. [...] Parfois ça vise les victimes avec le lien vers les ressources. Et au niveau des accidents d'automobile, ce n'est pas le Ministère de la santé, c'est plutôt le Ministère des transports. Là on a opté pour des publicités choc. On a eu des publicités dans lesquelles on a mis en scène des</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>participar de alguma atividade educativa para poder conseguir os outros quinze dias de licença. Então o que aconteceu? Eles estão fazendo esse curso para ter os seus o certificado. E aí, não é o ideal, porque o conteúdo é totalmente voltado para o profissional de saúde. E aí, diante dessa demanda, a gente está fazendo um outro curso, que, aí sim, é voltado para esse pai. E aí é um curso mais</p>			<p>qu'il devrait y avoir plus de services pour les hommes? » Les gens disent oui. Donc la population est comme prête à ça, mais il y a encore beaucoup de résistance de certains groupes communautaires, certains lobbys, certaines représentations . Le réseau public est très long à changer. Donc ça fait beaucoup de résistances, mais la population serait probablement relativement</p>			<p>hommes, mais aussi des femmes, parce qu'on se rend compte d'une augmentation d'accidents de la route chez les jeunes-femmes.</p>
--	---	--	--	---	--	--	---

	<p>prático, tipo: “como que o bebê está se desenvolvendo?”. “ah, no começo da gravidez a mulher vai mudar de humor? Vai ter enjojo?”... de ele entender um pouquinho do processo. O que ele pode fazer no momento do parto. O que ele pode ajudar na amamentação. Qual que é o papel dele no caso, por exemplo, de microcefalia. (...)</p> <p>A gente tem uma parceria, e aí também entra a questão</p>			<p>prête à entendre ce message-là. Et même elle est étonnée quand on lui dit qu’il y a aussi peu de services pour les hommes. Mais comment faire en sorte d’avoir une plate-forme respectueuse de tous, dans une perspective d’égalité, et de se rendre dans l’espace public? J’avoue que c’est quand même un défi. D’autant plus que les hommes eux-mêmes ne trouvent pas leur santé très importante... (...)</p> <p>C’est sûr</p>			
--	---	--	--	---	--	--	--

	<p>da comunicação com a ouvidoria aqui do Mistério da Saúde. Aí são duas coisas com a ouvidoria. A gente tem uma parceria para a colocação de alguns spots quando liga no 136. Aquela mensagenzinha inicial. A gente fez em novembro, fez em agosto do ano passado, e a ideia é fazer esse ano de novo. Então coisa rápida: “homem, cuide da sua saúde”. Desses anos a gente está pensando em “pai presente é pai informado”,</p>			<p>qu’il y a tout un enjeu au niveau communication pour la santé et le bien-être des hommes. Comme je disais au Québec la paternité, c’est « tendance », mais comment mobiliser pour la santé et le bien-être des hommes. En fait, le meilleur coup, Gilles Tremblay a dû vous en parler, c’est au Saguenay – Lac-Saint-Jean, la campagne « Il faut être fort pour demander de l’aide. » Ça c’était un bon slogan, c’est vraiment quelque</p>			
--	---	--	--	---	--	--	--

	<p>para a questão do agosto. (...)</p> <p>(...) Wagner: E, de forma geral, para as ações que o Ministério desenvolve, as ações para a saúde do homem, quais são os fundamentos e os embasamentos teóricos com os quais vocês trabalham? Eles viabilizam as ações? Como é que essas ações são definidas? Com que base?</p> <p>Michele Leite: Muito com que a gente vai ver nos territórios, e muito também do que</p>			<p>chose... Et comme je vous dis, moi-même je ne m'occupe pas de ma santé, vous non plus, et pourtant tous les jours on est là-dedans.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>já tem escrito, que é muito pouco. Você deve ter lido muito Romeu Gomes. O Romeu é super parceiro. Inclusive, a gente está terminando um projeto com ele.</p> <p>A gente tem um projeto com ele, que esta acabando. Inclusive, esse mês...que é só sobre paternidade, saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Então é um pouco disso. Um pouco do que a gente tem estudado. Por exemplo, no campo da</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>paternidade, tem o Instituto Promundo, o Instituto Papai, que são instituições de sociedade civil que trabalham muito com essa temática. Então a gente pega o que eles já vinham estudando e vai fazendo ações. E tem muita coisa que a gente pensa aqui e aí leva para o território e vê que isso dá certo. Essa estratégia do pré-natal do parceiro começou mais ou menos assim: a gente via que tinha essa [ruído</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>52:26] (...) Wagner: Eu queria saber como é que funciona o fluxo aqui de vocês. Vocês concebem as ações de comunicação? Vocês tem parceria? É a Ascom do Ministério? Como é que funciona? Michele Leite: É. Na verdade as duas coisas. A produção de material gráfico específico, por exemplo cartaz, folder, como que funciona. A gente pensa o que a gente quer... Wagner: Vocês</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>aqui na coordenação? Michele Leite: Na coordenação. E aí entra em contato com a Ascom aqui do Ministério e fala: "ó, a gente quer produzir tal material". Os últimos que a gente produziu, foi em 2012, porque tá uma dificuldade enorme de impressão aqui dentro do Ministério, que foram o verde, o lilás, o laranja, e o azul, que tem um rosto dos homens, e o folderzinho também. Então a gente falou:</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>“ó, a gente quer um folder que tenha um pouco falando da política. Falando um pouquinho desse teste, que é para descontrair mesmo e sondar um pouquinho de como tá a saúde do próprio homem”. E aí a Ascom monta essas peças, encaminha pra gente, e a gente válida, e aí é produzido.</p> <p>Wagner: Ah, tá! Então a Ascom que elabora. Não tem nenhuma empresa terceirizada.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Michele Leite: Não. Agora não sei te dizer se a Ascom, eu acho que a Ascom faz um contrato com a gráfica.</p> <p>Wagner: Mas o conteúdo, a arte, tudo é desenvolvido aqui pela Ascom?</p> <p>Michele Leite: Sim. Na verdade o conteúdo é desenvolvido pela nossa área. A gente manda o conteúdo fechado.</p> <p>Wagner: Vocês mandam o que? O texto? A Ascom vai trabalhar a questão da imagem, o visual. É isso?</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Michele Leite: Isso. O melhor formato.</p> <p>Michele Leite: Não sei o que eu queria fazer que eles falaram que não dava. Ah, eu queria fazer a marca do “pai presente” e eles: “não. Se é uma marca, não dá para transformar isso num cartaz, por exemplo. Então é nesse sentido.</p> <p>E aí a gente tem a questão da produção dos posts, que é o Juliano que faz [ruído 55:22]... a gente transformou o resultado dela em postagem</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>para o <i>Facebook</i>.</p> <p>Então deu, eu não lembro, acho que vinte e sete postagens. Deu um bocado de postagens. Então eu passei para o Juliano em <i>PowerPoint</i>, bem amador mesmo. Tipo: "Juliano, eu preciso passar essa informação nesse post". Aí ele trabalha um pouquinho no...como é aquele de imagem gratuita? Esse é um grande gargalo.</p> <p>Wagner: Você fala do</p>						
---	--	--	--	--	--	--

<p>software? Michele Leite: É... Wagner: Illustrator, não...? Michele Leite: Cavi..cavi... Wagner: Não sei, mas tudo bem. Michele Leite: Porque a dificuldade é conseguir imagem. Wagner: Certo. Michele Leite: Que muitas vezes a gente...igual dos materiais de paternidade, alguns a gente conseguiu cedido uma imagem. Duas imagens, na verdade, a gente</p>						
--	--	--	--	--	--	--

	<p>conseguiu cedido. E as outras acabou que teve que usar do banco, que aí geralmente é um banco internacional. Você olha e fala: “não. Isso não é cara de brasileiro. Não dá”. Então essa é uma grande dificuldade.</p> <p>Tanto que a grande maioria das postagens que a gente faz no <i>Facebook</i>, quase que a gente não coloca foto mesmo por essa dificuldade.</p> <p>Wagner: E vocês não conseguem</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>produzir foto por aqui?</p> <p>Michele Leite: Não. A gente nunca conseguiu isso. Na época eu lembro que, da produção desses materiais, a gente ainda tentou ir na casa de parto conseguir foto, mas não rolou.</p> <p>Wagner: Aqui o Juliano é a pessoa que trabalha com isso. Mas ele é um profissional de comunicação?</p> <p>Michele Leite: Não. Ele é médico veterinário</p> <p>Wagner: Ah, certo... Vocês</p>						
--	--	--	--	--	--	--

<p>então não têm uma equipe de comunicação para a disponibilidade de vocês.</p> <p>Michele Leite: Não. Da coordenação, não. Quando a gente precisa, igual agora para o mês de agosto, a gente pensou algumas coisas. Algumas postagens. A própria criação da marca. Aí a gente já entrou em contato com o pessoal da Ascom para marcar com eles essa reunião e falou: "ó, a gente quer isso. A gente precisa que vocês</p>						
---	--	--	--	--	--	--

<p>produzam isso".</p> <p>Wagner: E existe aqui no Ministério, e principalmente na coordenação de vocês, alguma política, alguma diretriz de comunicação para a saúde do homem?</p> <p>Michele Leite: Não. Em específico, não.</p> <p>Wagner: E o Juliano pode me falar do detalhamento dos números também.</p> <p>Porque, por exemplo, essa utilização do <i>Facebook</i> de vocês é muito interessante.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Michele Leite: Pode.</p> <p>Wagner: A saúde do homem então tem uma página no face?</p> <p>Michele Leite: Isso, tem uma página no face. Ele pode te dar o número de acessos a cada uma das postagens. Eu até pedi para ele da pesquisa da ouvidoria, para ele me passar.</p> <p>Wagner: Então por exemplo, ele, o Juliano, que é médico veterinário, ele usa muito da intuição para elaborar suas estratégias...</p> <p>Michele Leite:</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

<p>Isso. Agora chegaram dois técnicos novos. Então nós éramos cinco, aí os meninos chegaram semana passada. Acaba que a gente faz muito no coletivo. Então, ah, eu quero postagem sobre a questão da violência, que aí quem coordena é a Renata. Então ela pensa o que ela quer. “Ah, isso aqui é legal”. Então ela faz um esboço e aí: “Juliano, melhora aí”. O Juliano melhora, manda pra gente e aí a gente valida e</p>						
---	--	--	--	--	--	--

	<p>coloca no nosso face.</p> <p>Wagner: E ninguém da equipe é da área de comunicação?</p> <p>Michele Leite: Ninguém. Eu sou psicóloga. A Renata é psicóloga. O Ailton é enfermeiro. Francisco é de letras. O João, que entrou agora, é advogado. E a Lúcia é psicóloga.</p> <p>Wagner: Vocês sentem falta de um profissional de comunicação?</p> <p>Michele Leite: Muito!</p> <p>Wagner: Já</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>devem ter feito pedidos já....</p> <p>Michele Leite: Eu não sei se, de repente, um profissional para ficar na coordenação.</p> <p>Wagner: Mas mais próximo, né?</p> <p>Michele Leite: É. Que esse fluxo fosse mais ágil, sabe? Porque acaba que a gente faz muita coisa, "tabajara". Eu adoro essa parte de mexer com imagem, de criação de post. Então eu acabo fazendo um bocado de esboço das coisas que eu preciso. Mas fica... por</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>exemplo, um gargalo, você falou, eu lembrei aqui... esse curso dos pais que a gente está montando, na verdade eu e o Airton, que cuidamos da paternidade, a gente tá montando esse curso. A gente queria muito um profissional, aí eu nem sei se é só da comunicação. Não sei se designer entra na comunicação...</p> <p>Wagner: Entra.</p> <p>Michele Leite: Para mexer. Porque a gente pensou: Ah, a gente tá</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>aqui...tem uma historinha, por exemplo. O curso começa comum pai falando um relato de como ele descobriu que ia ser pai. Então a gente pensou: “ó, aqui a gente não vai por um texto. Não vai ficar atrativo. A gente quer uma historinha em quadrinhos do cara contando”. Mas quem vai fazer isso? Dentro do Ministério não tem.</p> <p>Michele Leite: Aqui dentro do Ministério a gente tem a dificuldade, por exemplo, para</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>ilustração. Os dois guias que a gente tem feito, que é os que eu estava validando, e o do pré-natal, por exemplo, do parceiro, ele está pronto desde 2013. Pronto o texto. Só que a gente não conseguia ninguém para ilustrar o guia. Aí agora, meses atrás, com a Fiocruz, com esse projeto que a gente tem ...aí o Romeu, a Lidiane falou: "não, manda pra gente, que a gente consegue aqui uma pessoa pra fazer essa</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>ilustração". Então se tivesse alguém mais próximo, tranquilo. Aqui dentro Ministério a gente não consegue ilustrar, nem diagramar nada. Tem que ir pronto pra gráfica só imprimir e distribuir.</p> <p>Wagner: Nós estamos numa fase que a gente talvez possa colaborar de alguma forma.</p> <p>Michele Leite: Aí a gente acionou alguns parceiros externos mesmo. MonteRio,</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

	Promundo, essas ONG's maiores, mas também tá todo mundo né....						
--	---	--	--	--	--	--	--

ANEXOS

Universidade de Brasília – UnB
Centro de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico – CDT/UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM/UnB
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP/UnB

**DA POLÍTICA INSTITUCIONAL AOS PROCESSOS DO CUIDAR: ESTUDOS
COMPARADOS SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS
EQUIPES DO PSF NO BRASIL E SEUS SIMILARES EM CANADÁ, CUBA,
COLÔMBIA, CHILE, PERU, PORTUGAL, VENEZUELA.**

Brasília, novembro de 2009.

1- Título: Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela.

2- Duração Prevista: 18 meses

3- Coordenadora do Projeto: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

4- Equipe Responsável pelo Projeto

4.1 - Pesquisadores:

- Ana Valéria Machado Mendonça- Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP-UnB
- Dais Gonçalves Rocha - Departamento de Saúde Coletiva – NESP – FS
- Edgar Merchan Hamann - Departamento de Saúde Coletiva e NESP - FS
- Maria Fátima de Sousa - Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP-UnB

4.2 - Auxiliares de Pesquisa:

- Juliana Álvares Cardoso
- Andréia Cristina da Silva Cardial

5- Experiências da Instituição e dos Pesquisadores

Ana Valeria Machado Mendonça.

Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília, mestre em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialista em Administração da Comunicação com graduação em Jornalismo e em Relações Públicas. Professora universitária e pesquisadora colaboradora da Universidade de Brasília, junto ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) e ao Departamento de Ciência da Informação e Documentação (CID). Atualmente coordena a Unidade de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da



UnB. Consultora em projetos de inclusão digital para o Ministério das Comunicações atuou como coordenadora científica do Projeto Nacional de Avaliação do Programa GESAC de Inclusão Digital (2008-2009). Atua nas áreas das Ciências da Informação e da Comunicação com ênfase em Comunicação da Informação, principalmente nos seguintes temas: inclusão digital, alfabetização em informação e em comunicação, cibercultura, tecnologias inclusivas, educação à distância e Informação, Educação e Comunicação (IEC) em Saúde.

Dais Gonçalves Rocha

Professora-pesquisadora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Doutora e mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Especialista em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás. Coordena projetos nacionais e internacionais na área de Promoção da Saúde e Gestão de Políticas Públicas para o Desenvolvimento Local. Experiência de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia no período de 1993-2003 e consultora do Ministério da Saúde de 2004-2005

Edgar Merchan Hamann

Possui graduação em Medicina pela *Universidad Javeriana de Colombia* (1983), mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1989), mestrado em *Master In Public Health Epidemiology pela University of California Los Angeles* (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: HIV-AIDS, risco, vulnerabilidade, adolescente.

Maria Fátima de Sousa

Doutora em Ciências da Saúde pela UnB (2007), mestre em Ciências Sociais pela UFPB (1994), Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFPB (1990), habilitada em Saúde Pública (UFPB-1986) e graduada em Enfermagem (UFPB-



1986). De 1991 a 2001, assumiu a gerência nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e assessorou o Programa de Saúde da Família – PSF, Ministério da Saúde - Brasília – DF, atuando na montagem da rede de apoio a implantação dessas estratégias junto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e seus órgãos colegiados (CONASS e CONASEMS), as Instituições de Ensino Superior e entidades de classe na saúde. No período de 2001 a 2003 prestou assessoria no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo, tendo participado do processo de formulação e implementação dessa estratégia naquela cidade. De 2003 aos dias atuais atua como coordenadora da Unidade de Estudos e Pesquisas, junto ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP/CEAM/UnB, participando de projetos de pesquisa apoiados pelos Ministérios da Saúde e Ciência e Tecnologia. Coordena o Curso de Especialização em Saúde da Família, no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Compõem a equipe que vem estruturando a Faculdade de Saúde da Ceilândia, Campi avançado da UnB, no Distrito Federal.

Andréia Cristina da Silva Cardial

Graduada do Curso em Pedagogia pela Faculdade Juscelino Kubistchek – JK. Tem experiências em gerenciamento de projetos na área da saúde, e atua como auxiliar de pesquisa nos projetos do NESP desde novembro de 2007.

Dedicação ao Projeto: 40 horas semanais

Envolvimento na pesquisa: Cuidará do acompanhamento e evolução das metas progressivas do projeto, assim como do monitoramento das ações, atividades e resultados esperados da pesquisa.

Juliana Cardoso Álvares

Possui graduação em Psicologia pela UniCEUB (2004), especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Aluna Especial do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, com linha de pesquisa na área de Informação



Educação e Comunicação em Saúde. Tem experiência em saúde mental como estagiária pelo Instituto de Saúde Mental (2003).

Dedicação ao Projeto: 40 horas semanais

Envolvimento na pesquisa: Auxiliará no acompanhamento e evolução das metas progressivas do projeto, assim como do monitoramento das ações, atividades e resultados esperados da pesquisa, além de desenvolver pesquisa e acompanhar os pesquisadores em determinados trabalhos de campo.

6- Entidade Proponente:

Universidade de Brasília, por intermédio do Centro de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico – CDT/UnB.

7- Entidades Executora:

Universidade de Brasília, por intermédio do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) - Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP).

8- Entidades Parceiras:

- Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção á Saúde/departamento da Atenção Básica
- Secretárias Municipais de Saúde dos 22 municípios da Região de Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal.

9- Apresentação

O Centro de Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico da Universidade de Brasília – CDT/UnB, criado em 1986, é uma unidade gestora vinculada à reitoria, responsável pela transferência de tecnologia, prestação de serviços especializados e interação da universidade com empresários, empreendedores e sociedade em geral. Os programas, produtos e serviços do centro oferecem apoio



ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e criação de novos negócios, visando o estabelecimento de parcerias estratégicas em nível local, regional e internacional.

O CDT/UnB possui autonomia para negociar e gerir os contratos, acordos e convênios dentro de sua área de atuação. Dessa forma, apresenta agilidade e flexibilidade para executar projetos com eficiência e eficácia. A equipe do centro é multidisciplinar, composta por mais de 70 profissionais envolvendo doutores, mestres, especialistas, graduados e de nível médio, com formação em diversas áreas do conhecimento.

No ano de 2006 o CDT/UnB foi contemplado pela FINEP como Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT) da Universidade de Brasília. Já no ano de 2009, o centro foi o 1º colocado no Prêmio FINEP de Inovação Tecnológica, categoria Instituição de Ciência e Tecnologia da região Centro-Oeste.

Os principais programas de PD&I e empreendedorismo do CDT/UnB são: Multincubadora de Empresas, Escola de Empreendedores, Disque-Tecnologia e Serviço Brasileiro de Resposta Técnicas. O CDT/UnB conta ainda com um Núcleo de Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia, Núcleo de Pesquisa, Desenvolvimento e Comunicação e Gerência de Projetos.

Os principais projetos do CDT/UnB são: Parque Científico e Tecnológico da UnB (PCT/UnB), Telecentros de Informação e Negócios (TIN's), e Projeto de Extensão Industrial Exportadora (PEIEX).

O CDT/UnB possui vasta experiência na gestão de projetos em diversas áreas do conhecimento. Na área da saúde destaca-se a execução do “Projeto de Inclusão Digital dos Agentes Comunitários de Saúde na RIDE-DF e no Distrito Federal”, em parceria com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o projeto “Sistema de Gestão do SAMU – SGSAMU”, em parceria com o Ministério da Saúde e a empresa SIEMENS do Brasil, o projeto “Oficinas de Atualização Teórica e Metodológica em Saúde Coletiva” em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde e o projeto “Estudo, Conceituação e Desenvolvimento de um Ambiente de Exploração de Dados Multidimensionais



para Avaliação de Políticas Públicas de Saúde” também com o Ministério da Saúde.

O Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP é uma unidade da Universidade de Brasília, vinculada ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, que representa o elo entre a academia e as demandas mais emergentes do setor, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, extensão e assessoria, as quais objetivam promover a difusão e o intercâmbio de conhecimentos.

O NESP foi instituído em 1986 e desde sua criação vinculou-se à Faculdade de Ciências da Saúde de onde se desligou após contribuir para a criação do Departamento de Saúde Coletiva no final da década de 80 do século passado. Desde então, encontra-se no Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) onde privilegia a intervenção interdisciplinar para o campo da saúde.

Composto por equipe multiprofissional, com formação e experiência coerentes com o seu propósito, o NESP conta com um banco de consultores e especialistas para colaboração em projetos específicos, que juntos, mobilizam recursos através de projetos de pesquisa, assessoria ou de capacitação de RH que são apresentados a órgãos e entidades financiadoras com objetivos afins, de caráter nacional como o Ministério da Saúde e internacional como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundação Ford entre outras. A Universidade assegura a infra-estrutura e a manutenção.

Historicamente, por sua localização estratégica no Distrito Federal, o NESP tem acumulado uma experiência de ação nacional, regional e local. Em capacitação de recursos humanos foram desenvolvidas ações com essa abrangência em áreas como planejamento, desenvolvimento de recursos humanos, vigilância sanitária, política de medicamentos, saúde do trabalhador, administração de serviços e epidemiologia. No campo de estudos o enfoque foi essencialmente o desenvolvimento de investigações operacionais no âmbito do



SUS, incluindo a área de controle social e tendo também realizado atividades de pesquisa sobre questões de nutrição e fome.

Em assessoria o Núcleo acompanhou os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte e subsidiou a formulação da Lei Orgânica da Saúde. Reafirmou assim, sua vocação para atuar na área de direitos, com a efetiva implantação e consolidação de uma política voltada para as demandas da sociedade, sob o primado da ética, com o estabelecimento de uma estratégia destinada a melhorar a assistência à saúde da população brasileira.

Atualmente, atuando através de linhas programáticas, busca-se maior organicidade interna, ao mesmo tempo em que promove ampla articulação entre as equipes dos projetos implementados em suas redes internacional e nacional já instaladas em virtude das iniciativas desenvolvidas em sua trajetória em formato de seminários, oficinas, fóruns, congressos, workshops, cursos, mini-cursos e mesas dialogadas. Desta forma, vem privilegiando a realização de estudos, pesquisas, desenvolvimento de recursos humanos, assessoria técnica e informação e comunicação em saúde. Da mesma forma, estas atividades são desenvolvidas em permanente articulação com outros campos de conhecimento e de trabalho da própria UnB e outras Instituições congêneres para as quais fazem-se necessárias o Projeto Jornadas do Conhecimento

Esta proposta de investigação insere-se no âmbito das Unidades de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família e Tecnologias da Informação, Educação e Comunicação em Saúde, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública-NESP, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar-CEAM, com a participação de Docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva.

Caracteriza-se como um projeto de estudo de casos múltiplos para analisar as práticas da promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia. O desenho do projeto vem sendo feito de forma conjunta pelos professores e pesquisadores com a finalidade de assegurar:

- a) A construção de consenso no entorno dos valores, princípios, categorias, subcategorias analíticas e indicadores (meios de verificação da aplicabilidade da política nos processos de cuidar) definindo assim os aspectos conceituais que justifiquem os objetivos e metas do estudo;
- b) A sustentação da pesquisa como um estudo de múltiplos casos, ancorada na profundidade das categorias e subcategorias analíticas, buscando as relações explicativas que caracterizam a gestão e a organização das práticas de promoção da saúde.
- c) O diálogo crítico sobre os instrumentos e técnicas junto aos pesquisadores de outras Instituições de Ensino e Pesquisa, como forma de articulação e troca de experiências no sentido de aperfeiçoar os procedimentos de coletas de dados.

Para elaboração desse estudo, foram considerados os desafios atuais das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, estratégia que vem sendo adotada no Brasil, por mais de 15 anos, com a finalidade de reorganização a Atenção Básica à Saúde e de contribuir na mudança do modelo assistencial no âmbito do SUS, materializando assim seus objetivos:

- a) Possibilitar o acesso universal e, em consonância, com o princípio da equidade;
 - b) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos¹;
 - c) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
 - d) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
 - e) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados;
- e

¹ Integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (Portaria nº 648, de 28 de março de 2006).

- f) Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, MS - Portaria nº 648, de 28 de março de 2006).

Com base nos desafios de realizarmos análises explicativas de como as políticas de promoção da saúde estão presentes nas práticas das Equipes do PSF ao longo dos 15 anos de implantação dessa estratégia, esta se constituindo em um novo paradigma para o conceito ampliado de saúde, considerando-se o contexto social, político, econômico e institucional do caso brasileiro. As categorias e subcategorias analíticas propostas pretendem estabelecer as inter-relações entre os atores indutores da (s) política(s) nacional de saúde, assistência social, educação e ambiente, como condições ampliadas da “rede de proteção social”.

10- Introdução

Nas últimas décadas o Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pela Constituição de 1998², que no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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 sua promoção, proteção e recuperação”.

E no artigo 198 define o SUS como sendo “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

² Pela primeira vez o país viu acontecer um sistema de saúde público, fruto de sucessivas mudanças na política de saúde, iniciado ainda na década de 70 e acelerado a partir da década seguinte, mais especificamente a partir de 1983, quando da criação das **AIS (Ações Integradas de Saúde)**, um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas. As razões dessas mudanças guardam íntimas relações com a conjuntura da década 80, marcada pela crise econômica e pelo esforço da sociedade em seu processo de redemocratização, culminando na Constituição Cidadã de 1988.

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Em seu parágrafo único afirma: “O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, o SUS é regulamentado, definindo e o modelo operacional do Sistema, propondo a sua forma organizativa e funcionamento. No conceito de saúde afirma:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como **princípios doutrinários do SUS:**

- a) **UNIVERSALIDADE** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- b) **EQUIDADE** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

- c) **INTEGRALIDADE** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.
- d) **PARTICIPAÇÃO POPULAR** - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde.

Destes derivaram algumas diretrizes organizativas:

- a) **DESCENTRALIZAÇÃO** POLÍTICA ADMINISTRATIVA - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;
- b) **HIERARQUIZAÇÃO** - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- c) **REGIONALIZAÇÃO** - expresso como uma rede de serviços de saúde, em que a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização de forma regionalizada e hierarquizada dentro do sistema, em articulação com a sua direção estadual.

Quanto aos **objetivos e as atribuições** do SUS a Lei 8.080/90 destaca:

- a) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) Formular as políticas de saúde;
- c) Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- d) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- e) Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- f) Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- g) Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;

- h) Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- i) Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- j) Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- k) Controle e fiscalização de serviços , produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- l) Fiscalização e a inspeção de alimentos , água e bebidas para consumo humano;
- m) Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- n) Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- o) Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

A direção do SUS, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e, no âmbito municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu artigo 1º, que o SUS, "*contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde*".

É importante mencionar que o texto constitucional inovou, ainda, no desenho federativo brasileiro, atribuindo autonomia aos três entes federados, competências tributárias e descentralização política e administrativa para as unidades de governo. Os municípios passaram a adquirir *status* de ente da federação, similar ao dos Estados e da União. E, com a intenção de manter uma relação de equilíbrio e interdependência fundamental à integração nacional e à

redução das desigualdades territoriais, atribuiu também responsabilidades comuns e partilha de recursos para a execução descentralizada das ações governamentais.

Mas, há que se reconhecer nos dias atuais o desafio que representa cumprir estes preceitos constitucionais num país com dimensões continentais, desigualdades regionais profundas e um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas, em que cerca de 70% dos 5.564 municípios apresentam uma grande dependência financeira dos entes estadual e federal.

É neste contexto que a política de saúde foi marcada na década de 90, pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs 91, 93 e 96 - serão mencionadas em outras partes deste texto) do Ministério da Saúde, cujo intuito era regulamentar a implementação do SUS no plano nacional. Apresentando inovações importantes no campo das relações intergovernamentais, como uma das estratégias fundamentais à implantação do Sistema.

Para isso, foram concebidos “sofisticados” mecanismos de articulação e integração das ações e serviços sob a gestão dos distintos entes federados, apoiando-se na diretriz constitucional de direção única em cada esfera de governo para a operacionalização do sistema de saúde. Ao perseguir tal recomendação, estabeleceu fóruns de negociação para que os agentes governamentais envolvidos no processo de gestão do sistema promovessem o alinhamento de concepções e pactuassem uma efetiva unidade na condução do SUS.

As deliberações emanadas desses fóruns se traduziram em inúmeros regulamentos favoráveis ao fortalecimento do poder local, enfatizado na idéia força de que *“a municipalização é o caminho”*. Simultaneamente, elaborou-se um complexo arcabouço normativo destinado a regular a aplicação uniforme das decisões pactuadas em âmbito nacional, nas Comissões Intergestoras Tripartite e BIPARTITE.

Estes avanços, nos processos de implantação do SUS, fazem com que a política de saúde brasileira se destaque no cenário nacional e internacional pelo

legado inquestionável à saúde e à cidadania dos brasileiros. De fato, podem ser atribuídos à experiência de implantação do SUS:

- a) A radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações;
- b) A democratização do setor, com ampliação da participação social;
- c) A melhoria do acesso às ações e serviços, devido à expansão da cobertura assistencial, tanto de atenção básica quanto de serviços mais complexos;
- d) Êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

Entretanto, um grande desafio que ainda se encontra posto para todos os níveis de gestão que integram o sistema (governos federal, estaduais e municipais) é a urgência de se traduzir os avanços obtidos no campo da descentralização, da gestão e do financiamento em mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde. Uma vez que o modelo assistencial que ainda predomina no país é caracterizado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico³ médico, no risco e atenção individual - de explicar e responder aos processos de saúde e doença de uma população, na supervalorização das especialidades médicas. Modelos estes que vêm gerando custos crescentes, alto grau de insatisfação para os gestores do sistema, para os profissionais de saúde e para os indivíduos, famílias e comunidades.

Diante do reconhecimento desta “demanda”, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família⁴, visando,

³ A evolução tecnológica e científica desenvolveu-se muito no campo biomédico e é inegável a sua contribuição na atenção e no controle do risco individual. Terminamos o século com algumas doenças erradicadas, como a varíola e a poliomielite, e aumento na sobrevivência. Vivemos a expectativa que se abre no campo genético para o controle de doenças. Todas estas conquistas não apagam o debate que se dá no início do novo milênio sob o imperativo ético da vida e de sua qualidade.

⁴ Segundo Sousa, ao comentar os princípios orientadores do PSF, sugere que a denominação de **Programa** no âmbito dos gestores do SUS, quando de seu início em 1994, “pegava mais rápido e de forma “palatável”, chegando até a parecer uma personalidade simbólica, jurídica; todos a conhecem e sabem do que se trata” (SOUSA, 2001, p.37). Contudo, esta autora enfatiza que o PSF é muito mais que um Programa – na idéia de caráter temporário -, devendo ser concebido enquanto uma *estratégia* para a alterar a lógica anterior de prestação de assistência à saúde, incentivando a constituição de um novo modelo de atenção à saúde.

enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo de atenção à saúde das famílias brasileiras, tendo na atenção básica sua base organizativa.

11- Caracterização do Problema/Questão do Estudo

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema.

Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como

a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Nesse sentido, essa política nacional diz respeito ao conjunto das ações e projetos, e deve considerar os distintos níveis de complexidade da gestão e da atenção à saúde, sua inserção nos sistemas nacionais, bem como as possibilidades de sua organização e financiamento, dirigidas às práticas de promoção da saúde desenvolvidas em diferentes territórios pelas equipes do PSF no Brasil e modelos similares em países objeto dessa pesquisa nas iniciativas.

A despeito dos consensos e das críticas ao conceito de promoção da saúde, uma das lacunas que se coloca como desafio em tempos atuais, para a produção científica em torno dessa temática, está a construção de indicadores⁵ que considerem a intersectorialidade, os conhecimentos acumulados pela epidemiologia e os avanços em estudos sobre políticas públicas, de uma maneira geral.

No caso brasileiro, sobremaneira, as políticas de promoção da saúde⁶ têm sido vistas como indissociáveis da reflexão, sistemática e continuada, do Sistema Único de Saúde. Além disso, a realização de estudos sobre a promoção da saúde no país, dadas a desigualdade de oportunidades e as iniquidades existentes - constatadas e retratadas nas condições de saúde de distintos segmentos populacionais - nos coloca diante da possibilidade de uma melhor apreensão sobre outras formas de produzir modos de viver mais saudáveis e de favorecer a construção de novas realidades.

12- Justificativa do Estudo

⁵ Em Lefevre (2004) são encontradas algumas críticas de conceitos, de estratégias e de processos de promoção da saúde, dentre as quais se podem destacar aquelas colocadas às políticas públicas ditas saudáveis.

⁶ De acordo com Campos, Barros e Castro (2004) uma política de promoção da saúde, além de deslocar o olhar e a escuta dos profissionais da doença para os sujeitos, ela é comprometida com serviços e ações de saúde nos quais os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) organizam o processo produtivo em saúde.

Passados 20 anos desde que a sociedade brasileira consagrou em sua Constituição e na Legislação a idéia do Sistema Único de Saúde, seus princípios finalísticos, que são a universalidade, a equidade e a integralidade, vinham sendo consensuados por uma maior participação social e pelo crescimento da consciência sanitária no país. Desde então houve notáveis avanços, garantidos especialmente pelo aumento progressivo do controle social e da descentralização. Entretanto, mesmo com esses avanços jurídico-institucionais, persistem insuficiências e problemas que colocam ao SUS ainda um grande desafio: consolidar um modelo de atenção a saúde focado na qualidade de vida.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde – representado pela medicalização, centrado no hospital e crescentemente dependente de tecnologia não pode dar conta dos desafios propostos. Neste ínterim verificou-se que as metas propostas de *“saúde para todos no ano 2000”*, não foram atingidas. Os valores e princípios expressos na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, cujos compromissos coincidem com os ideários do Sistema Único de Saúde brasileiro continuam desafiando a contemporaneidade.

No Brasil, a reorganização da atenção básica – materializada pela implantação das equipes da saúde da família, onde a presença dos ACS faz a diferença, acumulou conhecimentos e experiências colocando em evidencia um conjunto problemas a serem enfrentados e superados no processo de desenvolvimento do SUS.

É chegado o momento onde é necessário identificar as ricas experiências espalhadas por todo o Brasil e fazer dessas, ponto de encontro de lições aprendidas e trocas de possibilidades - para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil – onde a família seja o alicerce e a promoção da saúde, a possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida.

Nessa direção, é destacada a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica assumiram no contexto da política de saúde

nacional nos últimos anos. No entanto, parte de sua agenda - especificamente a de promoção da saúde - precisa ser reafirmada para que tenha lugar no contexto de transformações sociais mais gerais e para que se possa ter, por um lado, o incremento esperado nos investimentos e na qualificação dos profissionais para atuarem nesse nível de atenção, e, por outro, adequações e/ou melhorias na gestão e na oferta de serviços e de ações intersetoriais de forte apelo para a promoção da saúde de sujeitos e de coletividades.

Portanto este estudo justifica-se pela necessidade de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação.

13- Objetivos do Estudo

13.1- Objetivo Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, tomando com referencia os trabalhos premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, no caso brasileiro e por estratégias similares em outros países no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

13.2- Objetivos Específicos

- a) Verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF no Brasil, tomando com referencia os trabalhos premiados na III Mostra Nacional dessa estratégia;
- b) Identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias similares em Canadá, Cuba, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia;
- c) Sistematizar e analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e nos países acima mencionados a partir de seus valores, princípios orientadores e base organizativa.

14- Proposta Metodológica do Estudo

A pesquisa será realizada durante 18 meses, no período de Novembro de 2009 a Maio de 2011 no Brasil, Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia.

- **Tipo de estudo:**

Estudo qualitativo de múltiplos casos onde cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirão unidades de análise. A justificativa pela opção do tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. No presente estudo, como se trata de um fenômeno complexo, cada caso único pode envolver mais de uma unidade de análise.

- **Critérios de inclusão das experiências:**

No Brasil, serão selecionadas 10 experiências exitosas (boas práticas) premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em Agosto de 2008.

Nos países Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia, utilizar-se-á na seleção das experiências exitosas (boas práticas) os seguintes critérios:

- a) Experiência formulada pelo aparelho do Estado;
- b) Experiência desenvolvida no âmbito dos serviços públicos na atenção básica;
- c) Experiência desenvolvida por equipes multiprofissionais com a vinculação de “agentes comunitários de saúde”.

- **Técnicas e instrumentos de coleta de dados:**

Os dados serão oriundos de diferentes fontes: documentos, observação direta do contexto e entrevistas.

- **Etapas de realização do estudo:**

Primeira etapa: pesquisa bibliográfica visando a identificação das experiências exitosas (boas práticas) no contexto do Brasil; para tanto será realizada uma seleção dos trabalhos a partir dos documentos da premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em Agosto de 2008, que serão objetos de análise na segunda etapa do estudo.

Segunda etapa: será realizada a análise das experiências exitosas (boas práticas) brasileiras onde buscar-se-á identificar e selecionar as unidades de análise (casos) com o objetivo de verificar *in loco* as práticas (ações/projetos estratégicos) desenvolvidas nas equipes de saúde da família, segundo suas formas de gestão e organização sustentados pelos seus valores e princípios orientadores.

Terceira etapa: será realizada a análise das experiências semelhantes nos outros países onde buscar-se-á identificar e selecionar as unidades de análise (casos) com o objetivo de verificar *in loco* as práticas (ações/projetos estratégicos) desenvolvidas nas equipes de saúde da família, segundo suas formas de gestão e organização sustentados pelos seus valores e princípios orientadores.

Quarta etapa: análise e consolidação dos dados com vistas à elaboração dos relatórios parciais e final.

15- Questões a Serem Investigadas

- a) A promoção da saúde é hoje, parte integrante da agenda política dos países investigados?
- b) Qual tem sido o papel do gestor federal na política nacional de promoção da saúde e da AB/PSF?

- c) Quais políticas e estratégias de expansão da atenção básica/PSF estimulam as praticas de promoção da saúde?
- d) Quais as principais estratégias previstas para integração dessas políticas?
- e) A regulação dessas políticas pelo gestor federal tem sido pelo marco normativo? E/ou pela indução financeiros e de apoio técnico?
- f) Quais são os principais problemas e possibilidades relacionados a integração dessas estratégias?
- g) A questão da redução das desigualdades/ iniquidades têm sido um eixo norteador para integração dessas politicas ?
- h) Como o gestor federal tem se relacionado com os demais gestores do SUS e outros atores sociais para a formulação e implementação dessas políticas?
- i) Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução dessas politicas?
- j) Em que medida as comissões intergestores contribuem para a implantação e ou implementação dessas politicas?
- k) Que lições as experiências internacionais podem trazer para a definição de estratégias junto a política nacional da AB/PSF , no que se refere as praticas das equipes nas ações da política de promoção da saúde?/
- l) Qual tem sido o papel e participação dos Conselhos de Saúde na formulação e ou implantação dessas políticas?
- m) Qual tem sido o papel da Conferência Nacional de Saúde na formulação dessas políticas?
- n) Há outros mecanismos de participação social na formulação, implantação e implementação dessas políticas, que não seja a institucionalizada pelo SUS?

16- Estratégias Operacionais

A seleção e busca das experiências exitosas no Brasil dar-se-á por meio de 10 experiências consideradas exitosas, uma vez que as mesmas já foram premiadas na



oportunidade da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada pelo Departamento da Atenção Básica - SAS/MS.

As experiências a serem “comparadas” em outros países como Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia serão analisadas caso a caso como roteiro prévio de questões orientadoras à análise com base na Política Institucional e nos Processos do Cuidar, tendo nas práticas das equipes do PSF e seus similares o eixo central do estudo para verificar o desenvolvimento das ações e ou projetos de promoção da saúde.

Será realizado seminário nacional e internacional para apresentação dos resultados parciais e final do estudo e elaborado relatórios parciais e final do estudo.

17- Resultados Esperados

O conhecimento gerado pela pesquisa propiciará:

- a) A identificação de características/elementos semelhantes e diferentes nas políticas nacionais propostas pelo Brasil, Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia, na AB/PSF que indicam melhor estratégia para as práticas de promoção da saúde pelos profissionais;
- b) A identificação de brechas nas políticas nacionais de AB/PSF e promoção da Saúde que dificultam a prática dessas equipes de saúde;
- c) Debate coletivo e o desenho de estratégias para a construção de uma agenda política no âmbito nacional, voltada para a formação das equipes de saúde nas práticas de Promoção da Saúde;
- d) A oferta de subsídios para a revisão das formas de relacionamento entre gestor federal e outros atores (gestores estaduais e municipais, conselhos, Legislativo, Judiciário) na formulação e implementação dessas políticas;
- e) Com os resultados preliminares e final do estudo, ampliar e qualificar o debate acerca dos avanços e desafios identificados nos países pesquisados;

- f) Divulgar a experiência do projeto e dos resultados da pesquisa no meio acadêmico, mediante a publicação de artigos em revistas especializadas nacionais e/ou internacionais e a apresentação dos resultados em seminários/congressos;
- g) Divulgar na internet e publicar os resultados com ampla divulgação no território nacional para gestores e técnicos estaduais e municipais, conselheiros, profissionais de saúde, representantes do Legislativos estaduais e municipais, pesquisadores das várias instituições, usuários, cidadãos em geral.

18- Metas

- a) Selecionar as experiências exitosas no Brasil e em outros Países, no intervalo de quatro meses (Novembro de 2009 a Janeiro de 2010);
- b) Elaborar os critérios de seleção de experiências exitosas, nos meses de dezembro de 2009 a janeiro de 2010;
- c) Definir metodologia para análise de experiências exitosas selecionadas no Brasil e em outros Países, no intervalo de dois meses (de dezembro de 2009 a janeiro de 2010);
- d) Realizar visitas de estudos exploratórios acerca das experiências aos países de Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia, entre os meses de fevereiro a abril de 2010;
- e) Realização de Oficina de Trabalho para definição de metodologia para análise comparada entre diferentes experiências, entre os meses maio a agosto de 2010;
- f) Estruturar o banco de dados com as informações e resultados do estudo, a partir de setembro de 2010 até o final da pesquisa;
- g) Realizar os estudos de casos, por amostragem (municípios premiados) no Brasil e em outros Países no período de dezembro de 2010 a março de 2011 (dados primários no Brasil e secundários para os outros países);

- h) Realização de Seminários nacional e internacional para apresentação dos resultados parciais e final do estudo em abril de 2011 e
- i) Elaboração do relatório final, maio de 2011.

19- Indicadores

- a) Número de experiências rastreadas;
- b) Total de visitas realizadas no Brasil e em outros países;
- c) Número de estudos de casos realizados;
- d) Total de seminários realizados na vigência do projeto;
- e) Numero de relatórios parciais e final produzido, analisado e aprovado.

20- Cronograma de Execução das Atividades

Pesquisa com duração prevista de 18 meses - de novembro de 2009 a maio de 2011.

Atividades	Mês /Ano
Seleção e busca das experiências exitosas no Brasil e em outros países.	Novembro de 2009 a Janeiro de 2010
Elaboração de critérios de seleção de experiências exitosas em outros países.	Dezembro de 2009 a Janeiro de 2010
Definição de metodologia para análise das 10 experiências premiadas na III Mostra Nacional de Saúde da Família.	Dezembro de 2009 a Janeiro de 2010
Realização de Oficina de Trabalho para definição de metodologia para análise comparada entre diferentes experiências.	Maio a Agosto de 2010
Realizar visitas de estudos de casos acerca das experiências aos países de Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia.	Dezembro de 2010 a Fevereiro de 2011

Estruturação do banco de dados com as informações e resultados do estudo.	Durante a execução do projeto, a partir de setembro de 2010
Realização de visitas aos 10 casos brasileiros (Experiências premiadas)	Dezembro de 2010 a Março de 2011
Realização de Seminários para apresentação dos resultados parciais e final do estudo;	Abril de 2011
Elaboração do relatório final.	Maior de 2011

Referências

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 134 p.

BRASIL. Lei n. 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**, Brasília, DF 24 set. 1990^a.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 28 dez. 1990^b.



BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Lex:** Diário Oficial da União 29 de mar de 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner, BARROS, Regina Benevides de e CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. 2004, vol. 9, no. 3, pp. 745-749.

LEFEVRE, Fernando e LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EducS, 2003.

SOUSA, M. F. de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

YIN ROBERT K **Estudo de caso. Planejamento e métodos.** Porto Alegre. Bookman, 2001.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **084/12**

Título do Projeto: "Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela".

Pesquisadora Responsável: **Maria Fátima de Sousa**

Data de Entrada: 11/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamentou a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do conteúdo técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **084/12** com o título: "Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela", analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2012.

Prof. Nadya Moraes
Cocodenaador do CEP/FS/UnB



CERTIFICAT

Le Centre d'études et de recherches sur le Brésil de l'Université du Québec à Montréal (CERB-UQAM) certifie que **Wagner Vasconcelos** a présenté la communication orale « **Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)** » dans le cadre du 4^e colloque étudiant « **Le Brésil sous la loupe de jeunes chercheurs** » réalisé les 21 et 22 mai 2015.

CERTIFICADO

O Centro de Estudos e de Pesquisas sobre o Brasil da Universidade do Québec em Montreal (CERB-UQAM) certifica que **Wagner Vasconcelos** apresentou a comunicação oral intitulada « **Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)** » no âmbito do IV colóquio "Le Brésil sous la loupe de jeunes chercheurs", realizado entre os dias 21 e 22 de maio de 2015.

Anne Latendresse
Directrice du CERB / Diretora do CERB

ANEXO 4 – PROJETO DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Comunicação promotora da saúde: Conceito e análise das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá – um estudo comparado

Projeto de pesquisa para tese de doutorado em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Pesquisador-aluno: Wagner Robson Manso de Vasconcelos

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

BRASÍLIA, MAIO DE 2015

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil têm, nos últimos anos, lançado um olhar cuidadoso e sistemático sobre os grupos populacionais mais vulneráveis do país. Mulheres, idosos, indígenas, crianças, população negra etc estão estes grupos recentemente transformados em alvo de tais políticas.

No entanto, um olhar mais criterioso sobre os dados epidemiológicos do Brasil revela uma inquietação que tem se tornado cada vez mais frequente no universo dos sanitaristas: a saúde do homem.

Historicamente resistente ou avesso aos cuidados com sua própria saúde, o homem, sobretudo aquele entre os 20 e 59 anos, conforma um contingente que ultrapassa 52 milhões de pessoas, ou 27% da população brasileira (BRASIL, 2009).

Analisados sob a ótica das causas externas de morte, esses dados trazem informações alarmantes, como, por exemplo, o caso da violência, que acomete duas vezes mais o homem que a mulher. Considerada a faixa etária dos 20 aos 39 anos, essa relação passa a ser três vezes maior. Sem considerar que a expectativa de vida ao nascer dos homens é significativamente menor que a das mulheres (69,11 contra 76,71, respectivamente), as mortes por acidentes de trânsito têm neles 82% de suas vítimas.

Não sem razão, o país conta, desde 2009, com uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Enfrentar essa realidade, porém, trará aos gestores públicos desafios superiores àqueles de ordem epidemiológica ou financeira, especialmente por envolverem aspectos sócio culturais demasiadamente enraizados nos indivíduos de sexo masculino.

Vitimizada em grande escala do público masculino, a violência é, igualmente, elemento do exercício de poder social e historicamente conferido ao homem, assim como a sua *invencibilidade* e o seu papel como provedor (GOMES E NASCIMENTO, 2006), que compõem, assim, uma espécie de tripé sobre o qual se sustenta a questão da masculinidade.

Cornnell (1995) já chamava a atenção para o que classificou de masculina hegemônica, que pressupõe a supressão das emoções, a violência, a competição, o uso abusivo de álcool, as proezas atléticas e sexuais, o sucesso, a exposição ao risco (Cornnell, 1995; Oliffe 2006, e Trujillo, 2000) e tantas outras formas de demonstração de poder sedimentadas ao longo do tempo.

Falar de saúde, então, para este público, necessariamente vai exigir um olhar de comunicação demasiadamente cuidadoso e, em certa medida, inovador, porque haverá de perscrutar os dados e nuances da saúde masculina e, ao mesmo tempo, desenvolver estratégias comunicacionais até então não ou muito pouco usadas para abordar o público em questão, dentro da complexidade em que ele está envolvido.

Haverá, especialmente, que se combinar a comunicação com a promoção da saúde, ressaltando-se que esta última não se faz sem a primeira. Para isso, uma investigação e uma atualização conceituais sobre a promoção da saúde precisará ser posta em prática – sendo esta uma das tarefas a que se propõe o presente projeto.

De forma sintética, a relevância da comunicação para a saúde, e, mais especificamente para a promoção da saúde, se manifesta pelo fato de que é por ela que se torna possível compreender, assimilar, aceitar e engajar-se em prol dos objetivos de uma política pública. Em grande parte, isso se dá pela visibilidade que alcançam e por sua conversão em saberes correspondentes àqueles das populações a que pretende atingir (ARAÚJO E CARDOSO, 2007). Ou seja, a comunicação é um dos fatores determinantes do sucesso de uma dada política pública.

Quanto à promoção da saúde, é importante notar que desde a década de 1980 – quando da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (CANADÁ, 1986) – a discussão sobre este conceito tem se intensificado, especialmente para destacar sua diferença quanto ao de prevenção de doenças.

Buss (2009), ao estabelecer algumas diferenças entre os dois conceitos e avaliá-los sob uma perspectiva histórica, informa que a promoção da saúde é uma reação aos intensos processos de medicalização que se impunham à sociedade e no interior dos sistemas de saúde. Se o termo

caracterizava um nível de atenção da medicina preventiva, com o passar do tempo ele foi-se alterando, incorporando um sentido técnico-político envolvido no processo saúde-doença-cuidado. O termo está associado ainda, a um conjunto de valores tais como a vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria.

Rabello (2010) também destaca a mudança de paradigma que o termo promoção da saúde conforma, ao questionar a hegemonia do modelo flexneriano, caracterizado pelo individualismo da especialização, tecnologização e curativismo na atenção à saúde – ainda predominantes nas práticas de saúde.

Este projeto de pesquisa, que compreende a tese de doutoramento de seu autor, no âmbito do departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), busca avançar num estudo comparado Brasil-Canadá sobre as estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem. Os dois países, embora distintos sob aspectos socioeconômicos e culturais, aproximam-se por sustentarem sistemas universais de saúde em cuja base os cuidados primários de saúde ganham destaque, em especial a promoção da saúde.

O desafio é instigante por diversas razões, mas sobretudo pela temática ainda pouco explorada no que diz respeito à promoção da saúde do homem, que, como demonstram os dados já apresentados, urge em ser aprofundada. O seu desdobramento, portanto, permitirá gerar reflexões que sustentem e orientem o desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas para este público, reventando-se, seus achados, em prol da saúde pública brasileira e mesmo canadense.

Objetivo geral:

Desenvolver um conceito de comunicação promotora da saúde e avaliar, à luz deste conceito, as estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá.

Objetivos específicos:

- Atualizar o conceito de promoção da saúde
- Discutir a saúde do homem sob as abordagens epidemiológicas e sócio culturais
- Identificar, selecionar e analisar as estratégias de comunicação para a saúde dos homens no Brasil e no Canadá

Metodologia:

A pesquisa vale-se de uma abordagem qualiquantitativa. Inicialmente, adotará uma revisão de literatura que consistirá no levantamento dos conceitos mais relevantes sobre promoção da saúde, de forma a se poder desenvolver um conceito atual sobre o tema e, posteriormente, aquilo que se tem como objetivo geral do trabalho, qual seja, desenvolver um conceito de comunicação promotora da saúde.

No que diz respeito à abordagem quantitativa, mapeará a produção e execução de estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá, levantando-se tais informações junto às instâncias oficiais federais (no caso do Brasil) e federais/provinciais (Québec), no caso do Canadá. Uma série de instrumentos de categorização dos dados será definida, devendo-se observar a mesma correlação entre as informações coletadas nos dois países, permitindo-se, assim, a sua devida comparação.

Esta etapa subsidiará a etapa qualitativa, que procederá à análise das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem. Além da coleta dos dados em bases e documentos, a pesquisa irá a campo conhecer as estratégias desenvolvidas e entrevistará agentes estratégicos, também nos dois países, responsáveis pela condução das atividades elencadas.

Agentes de apoio à pesquisa:

A realização da referida pesquisa requer apoio operacional, uma vez que será realizada concomitantemente em dois países: Brasil e Canadá. O autor do projeto já encontra-se no Canadá e será o responsável pela coleta de dados no referido país, bem como pelas análises subsequentes dos dados colhidos tanto no Canadá quanto no Brasil. No entanto, faz-se necessária a contratação de dois auxiliares de pesquisas, para o Brasil, com os perfis e atribuições descritas a seguir:

BRASIL

PERFIL ACADÊMICO	ATIVIDADE	PRAZO
a) Estudante de graduação (*)	Participação em oficinas de capacitação para desenvolvimento dos instrumentos de coleta e sistematização dos dados	julho de 2015
	Participação em ações de validação dos instrumentos	Agosto de 2015
	Seleção, junto ao Ministério da Saúde, das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem	Agosto de 2015
b) Estudante de graduação (*)	Atividade de campo sobre as estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem com aplicação	Outubro de 2015

dos instrumentos

desenvolvidos

Sistematização dos dados
Novembro de 2015

(*) Desde que comprovada capacidade, os estudantes a serem selecionados poderão ser de quaisquer cursos das grandes áreas de saúde coletiva e ou comunicação, e cursando a partir do quarto semestre da faculdade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO I, CARDOSO JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 10 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS. P. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. IN: Czeresni D e Freitas CM. (Org). Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências. 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 19-42.

CANADÁ. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986

CONNELL W, MESSERSCHMIDT J. - Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Gender & Society, v. 19, n. 6, p. 829-859, Dec. 2005

COURTENAY WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's wellbeing: a theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000, 50:1385-401

CZERESNIA D. Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. IN: IN: Czeresnia D e Freitas CM. (Org). Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências. 2. Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2012. p. 43-57.

DUARTE M. Comunicação e cidadania. In: Duarte J (Org). Comunicação Pública: Estado, governo, mercado, sociedade e interesse público. São Paulo: Atlas, 2007. p.95-115.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciência Saúde Coletiva 2003, 8:825-9.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. 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, vol.23, nº 3, Rio de Janeiro, Março 2007.

GOMES, R & NASCIMENTO, EF do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, Maio, 2006.

HABERMAS J. Mudança estrutural da esfera pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HANSEN JH. Como entender a saúde na comunicação? Ed. Paulus, 2004. São Paulo

MINAYO, M., SANCHES O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993

RABELLO LS. Promoção da Saúde. A construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013

SIGERIST H. The social sciences in the medical school. In: Sigerist H. (org.) Sigerist H. The university at the crossroads. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.

POLISTCHUCK I, TRINTA AR. Teorias da comunicação: o pensamento e a prática da comunicação social. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

WHO. Men, Ageing and Health. World Health Organization. Geneva, 2001
BIZOT D. L'apprentissage transformationnel de la masculinité Département de psychopédagogie et d'andragogie. Tese de doutorado. Faculté des sciences de l'éducation. Université de Montreal. 2011

WINSLOW CE. The Untilled Fields of Public Health. Science. 1920 Jan 9;51(1306):23–33.

ANEXO 5 – TERMO DE APROVAÇÃO E DE RESPONSABILIDADE

TERMO DE APROVAÇÃO E DE RESPONSABILIDADE - PDSE



CAPES

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
SBN, Quadra 02, Lote 06, Bloco L
70.040-020 Brasília – DF

Pelo presente termo eu, Ana Valéria Machado Mendonça, de nacionalidade Brasileira, residente e domiciliada no SCEN Trecho 1 Cond. Ilhas do Lago – Bloco C – ap. 110 – Asa Norte, na cidade de Brasília/DF, portador do CPF 336.355.605-53, orientadora da tese de Wagner Robson Manso de Vasconcelos em programa de Doutorado na Universidade de Brasília, aprovo o plano e o cronograma de atividades a serem realizadas pelo orientando Wagner Robson Manso de Vasconcelos, na Universidade de Brasília, no período de 17 de fevereiro de 2015 a 15 de fevereiro de 2016, como parte dos estudos que desenvolve no Brasil sobre o tema Comunicação Promotora da Saúde: um conceito de comunicação para a promoção da saúde a partir de um estudo comparado Brasil-Canadá.

Assumo o compromisso de manter a orientação e o acompanhamento do estudante, durante o período de realização do estágio no exterior, em conjunto com o coorientador da instituição estrangeira, na condução das atividades propostas no plano e cronograma ora aprovados, emvidando esforços para que o estudante apresente o empenho desejado, visando tornar proveitosas as atividades desenvolvidas no exterior, que serão avaliadas por meio de relatórios periódicos.

Caso o estudante obtenha bolsa da CAPES, assumo também a responsabilidade de realçar a relevância de atendimento pelo doutorando dos compromissos e obrigações assumidos quando da assinatura de termo próprio perante essa agência, à época da implementação dos benefícios.

Local: Brasília/DF Data: 11/09/14 Assinatura do Orientador: Ana Valéria Machado Mendonça

ANEXO 6 – TERMO DE COMPROMISSO FIRMADO COM A CAPES

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SBN, Quadra 02, lote 06, Bloco L
70.040-020 - Brasília, DF
Brasil



TERMO DE COMPROMISSO FIRMADO COM A CAPES PELA OUTORGA DE BOLSA PELO PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE DOUTORADO SANDUÍCHE NO EXTERIOR - PDSE

Nº do Processo: BEX 8827/14-1
Técnico: Tania Gonçalves Felipe
E-Mail: tania.felipe@capes.gov.br

Pelo presente Termo de Compromisso, eu
WAGNER ROBSON MANSO DE VASCONCELOS brasileiro(a) residente e
domiciliado(a) SGCV LOTE 11 COMD PARK STUDIOS BLOCO B APTO 523 na
cidade de BRASÍLIA - DF, CEP: 71215100, portador do CPF nº
898.144.794-20 tendo em vista o seu afastamento do País, para
realizar Estágio de doutorando junto a(ao)
UNIVERSITE DU QUEBEC A MONTREAL, CANADÁ com apoio da CAPES, assumo,
em caráter irrevogável, os compromissos e obrigações que se seguem:

1. dedicar-me integralmente e exclusivamente ao desenvolvimento do plano de atividades relacionadas ao estágio no exterior, consultando previamente a CAPES sobre quaisquer alterações que alicje ou que possam ocorrer por motivos alheios;
2. não interromper ou desistir do programa sem que sejam fornecidas e acolhidas pela Diretoria Colegiada da CAPES as justificativas para análise do caso;
3. quando na condição de servidor público da União, Estado, Município, Autarquias ou Fundações públicas, observar o disposto do Decreto nº 91.800, de 18/10/1985, bem como os parágrafos 1º e 2º do artigo 95 da Lei 8.112, de 11/12/1990;
4. não acumular, bolsa, auxílio ou qualquer complementação de outra agência nacional ou estrangeira ou ainda salário no País de destino, exceto os auxílios recebidos a título de contribuir para o desenvolvimento das atividades inerentes ao estágio de doutorando, sem prejuízos no prazo estabelecido para a conclusão dos trabalhos, desde que comunicado e autorizado previamente pela CAPES. O acúmulo indevido é causa para a imediata rescisão da concessão da bolsa;
5. aceitar o montante pago a título de seguro saúde pela CAPES, desobrigando-a de qualquer responsabilidade relativa a eventual despesa médica, hospitalar e odontológica;
6. informar a CAPES, de imediato, mudanças de endereço residencial, profissional ou eletrônico, tanto durante a vigência da bolsa quanto após o retorno ao Brasil;
7. destacar a bolsa recebida nos trabalhos que publicar, no local destinado pelo periódico, mencionando: "Bolsista da CAPES - Proc. nº.....". No caso de publicação em periódico ou livro internacional, a indexação do Brasil como país de autoria ou co-autoria deve ser identificada no campo de filiação institucional do autor (affiliation), nos seguintes termos: a) se houver vínculo empregatício com instituição brasileira, sua filiação à mesma; ou,

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SBN, Quadra 02, lote 06, Bloco L
70.040-020 - Brasília, DF
Brasil



b) se negativo, a seguinte filiação: CAPES Foundation, Ministry of Education of Brazil, Brasília - DF 70.040-020, Brazil;

8. retornar ao Brasil no prazo de até trinta dias após a conclusão do estágio, com a devida conclusão dos trabalhos propostos inicialmente, e permanecer no país após a defesa da tese, por período, no mínimo, igual ao que esteve no exterior;

9. atender às convocações da CAPES para participação de avaliação de cursos, de candidatos, de acompanhamento de bolsistas ou bolsistas egressos do exterior e de outras atividades relacionadas com a atuação da Fundação;

10. apresentar até sessenta dias, após o término do estágio: bilhete aéreo utilizado no retorno, relatório final, pareceres do(a) orientador(a) brasileiro(a) e do(a) co-orientador(a) estrangeiro(a) sobre o trabalho desenvolvido, manifestação da coordenação do programa de pós-graduação sobre o regresso do bolsista;

11. enviar para a CAPES, até sessenta dias após a defesa no Brasil, a cópia da ata de defesa da tese de doutorado;

12. ao publicar ou divulgar, sob qualquer forma, descoberta, invenção, inovação tecnológica ou outra produção, passível de privilégio decorrente da proteção de direitos de propriedade intelectual, obtida durante os estudos realizados com recursos do Governo brasileiro, comunicar à Capes, e prestar informações sobre as vantagens auferidas e os registros assecuratórios dos aludidos direitos em seu nome;

13. restituir o investimento apurado pela CAPES, atualizado pelo câmbio disponível na data da restituição, se identificado: pagamento indevido; interrupção dos estudos não autorizada; acúmulo indevido; revogação ou rescisão da concessão da bolsa, em face de infração às obrigações assumidas; inexactidão das informações fornecidas; não regresso ao Brasil no prazo fixado (item 8) ou não conclusão do programa de doutorado que permitiu o estágio.

Ao firmar o presente Termo, declara ciência de que a bolsa poderá ser suspensa, se houver indícios de inobservância aos termos do compromisso aqui assumido; e, cancelada, quando comprovados tais indícios; podendo, a juízo da Diretoria Colegiada da CAPES, ser cominada multa moratória de 10%.

Brasília, 01 de outubro de 2014

Bolsista

Obs.: Remeter cópia do termo - datado e assinado - para o processo pela internet, e via original para a CAPES via correio tradicional.

ANEXO 7 – CARTA CONFIRMAÇÃO DE ATIVIDADES NA UNIVERSIDADE ESTRANGEIRA, JUNTO AO CENTRO DE PESQUISA COMSANTÉ

UQAM Université du Québec à Montréal

Montreal, 14 de janeiro de 2016

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)
Setor Bancário Norte (SBN)
Quadra 2, Bloco L, Lote 06
Edifício Capes - CEP: 70.040-020 -
Brasília, DF.

A quem de direito,

Eu, Christine Thoër, diretora do Centre de recherche sur la communication et la santé (ComSanté- UQAM), confirmo que nós acolhemos o doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos, no período de 8 de fevereiro de 2015 a 30 de janeiro de 2016, no referido centro.

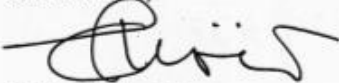
Wagner desempenhou um papel ativo em nosso centro, participando especialmente de todos os seminários que nós organizamos (7 seminários). Igualmente, ele organizou dois seminários com a presença de pesquisadores brasileiros: Denise Oliveira e Silva e Ana Valéria Machado Mendonça. O doutorando também apresentou seu projeto de pesquisa de grande interesse dos membros do ComSanté. Um outro seminário está previsto com Wagner para março de 2016, e que será realizado por vídeo-conferência.

O doutorando igualmente participou da organização de um simpósio envolvendo nossa equipe para o congresso da União Internacional de Promoção da Saúde, que será realizado em maio de 2016, no Brasil.

Acrescento que Wagner está perfeitamente integrado ao nosso centro de pesquisa e que tem se apropriado das reflexões que conduzimos sobre a comunicação e a saúde.

Foi, então, um prazer acolher este pesquisador. Nós lhe desejamos muito sucesso na continuação de seu projeto de doutorado.

Atenciosamente,



Christine Thoër, Ph.D
Diretora do Centro de Pesquisa sobre Comunicação e Saúde (ComSanté)
Professora do Departamento de Comunicação Social e Pública
Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Qc) CANADA H3C 3P8
Tel : (514) 987-3000, ramal 3295
E-mail : thoer.christine@uqam.ca

Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3P8 CANADA
Téléphone : 514 987-3000
www.uqam.ca

ANEXO 8 – PARECER FINAL DA ORIENTADORA DO BRASIL



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

Brasília, 29 de fevereiro de 2016.

Eu, Ana Valéria Machado Mendonça, professora doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), e orientadora do doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos (matrícula UnB nº 130004227, Departamento de Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília), venho por meio deste, emitir parecer quanto às atividades do referido aluno em seu período do doutoramento sanduíche junto à *Université du Québec à Montréal* (UQAM), em Montreal, no Canadá, com bolsa Capes.

Tendo mantido estreito contato com a orientadora canadense do referido doutorando, e também estando eu mesma, presencialmente, na cidade de Montreal, pude constatar a dedicação e o conseqüente e significativo rendimento do aluno em sua jornada no exterior – o que colaborou de forma inquestionável e consistente com o avanço da pesquisa e do desenvolvimento acadêmico do aluno.

É perceptível a profundidade teórica e técnica que o doutorando atingiu a partir de sua experiência no Canadá, que se reflete na produção de artigos, apresentação de trabalho em evento, participação em diversas atividades acadêmicas da universidade estrangeira, entrevistas com agentes-chave para sua pesquisa e em articulações acadêmicas de cunho político-institucional relevantes para a UnB.

Seu intercâmbio internacional favoreceu o fortalecimento da pesquisa e da cooperação para pesquisa entre as universidades brasileira e canadense, em especial a partir de seus núcleos de estudos vinculados à pesquisa do aluno, qual sejam: *Centre de Recherche sur la Communication et la Santé* (Comsanté-UQAM), o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECOS/UnB) e o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UnB).

Destaco também, sua importante participação, à distância, como moderador de uma oficina de comunicação em saúde realizada pela Universidade de Brasília, em 21 de julho de 2015, na qual apresentou o trabalho "**Promoção da Saúde do Homem: desafios para comunicação**".

Na universidade canadense, apresentou trabalho na modalidade Comunicação Oral, no 4º *Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs*, nos dias 21 e 22 de maio de 2015. O trabalho apresentado – *Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)* – expôs alguns resultados de parte de sua pesquisa e integrará os anais do *Colloque*, ainda no prelo.

Foi também, supervisor de duas bolsistas em saúde coletiva da Universidade de Brasília, dentro do Programa de Iniciação Científica (ProlC), **Comunicação promotora da saúde:**



conceito e análise das estratégias de comunicação para a promoção da saúde do homem no Brasil e no Canadá - um estudo comparado, cujos planos de trabalho foram por ele elaborados, coordenados e avaliados. Outros eventos de que o aluno participou foram essenciais ao seu desenvolvimento, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela Universidade de Montreal (UdeM), e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição *Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal* (ROHIM). Sua participação nesses eventos permitiu-lhe articular-se com pesquisadores canadenses e estrangeiros, favorecendo o desenvolvimento de sua pesquisa.

O doutorando entrevistou e teve encontros com agentes acadêmicos e institucionais essenciais para o seu trabalho, sendo tais agentes das universidades UQAM, UdeM (*Université de Montréal*) e *Université de Laval*, e também com integrantes do Ministério da Saúde e de Serviço Social da província do Québec e de instituições como o ROHIM.

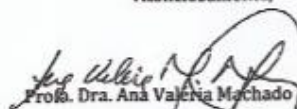
Quanto à produção de artigos científicos, um deles já foi submetido e encontra-se aguardando análise do periódico; um outro foi produzido em colaboração com um grupo de pesquisadores (do qual tanto eu quanto a orientadora canadense, Lise Renaud, fazemos parte). Há, ainda, um terceiro, em fase de conclusão.

Destaque-se ainda a plena integração do doutorando nas atividades e rotinas do *Centre de Recherche sur la Communication et la Santé* (ComSanté), da *Université du Québec à Montréal*, seja participando dos ciclos de seminários realizados em 2015, e em janeiro de 2016, seja organizando dois desses seminários junto à equipe canadense - e do qual eu fui uma das conferencistas. Os seminários em questão reúnem professores, alunos e pesquisadores de diversas universidades do Canadá.

Dessa forma, analiso como altamente favorável e proveitoso o estágio de doutorado sanduíche realizado pelo doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos junto à *Université du Québec à Montréal*, compreendida entre 8 de fevereiro de 2015 a 30 de janeiro de 2016.

Sem mais para o momento, coloco-me a disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça
Orientadora - Mat. 1030299

Prof. Dra. Ana Valéria M. Mendonça
Universidade de Brasília
Mat. 1030299

ANEXO 9 – PARECER FINAL DA ORIENTADORA DO CANADÁ

Montreal, 17 de janeiro de 2016,

Declaro, para os fins que se fizerem necessários, que o doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos (matrícula UnB nº 130004227, Departamento de Ciências da Saúde, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília), atendeu de forma consistente às expectativas referentes a sua jornada de doutorado sanduíche junto à Université du Québec à Montréal (UQAM).

Ao longo dos 12 meses em que atuou no Canadá, o aluno dedicou-se integralmente aos estudos vinculados a sua pesquisa, aprofundando-se no tema a ponto de hoje ter domínio e segurança sobre o assunto que explora.

Para isso, conheceu e interagiu com professores e pesquisadores desta e de outras universidades, criando uma rede de apoio e de troca de informações que lhe foi útil aqui em Montreal, bem como o será quando de seu retorno ao Brasil. Participou, ainda, de eventos diversos que colaboraram com essa ampliação de seus horizontes, como dois seminários de grande porte sobre a promoção da saúde do homem, sendo o primeiro nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, organizado pela Universidade de Montreal (UdeM), e o segundo, em 19 de novembro de 2015, organizado pela instituição Regroupement des Organismes pour hommes de l'île de Montreal (ROHIM). Em ambos os eventos, articulou-se com pesquisadores canadenses e estrangeiros de significativa importância para o desenvolvimento de sua pesquisa, e que reforçaram a sua rede de interação.

Destaco, ainda, o fato de o doutorando ter apresentado um trabalho, na modalidade Comunicação Oral, no "4^e Colloque Le Brésil sous la loupe des jeunes chercheurs", realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2015, na Université du Québec à Montréal. No evento, que reuniu alunos e pesquisadores de diversas universidades da província do Québec, o doutorando apresentou o trabalho intitulado "Promotion ou prévention? Analyse des stratégies communicationnelles du Ministère de la Santé du Brésil (2006-2013)", que abrangeu, sobretudo, análises e resultados de parte de sua pesquisa. O trabalho integrará os anais do Colloque, ainda no prelo.

Adresse postale
Université du Québec à Montréal
Case postale 6082, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3P8
CANADA

Adresse géographique
Université du Québec à Montréal
Pavillon Judith-Jasmin, 7^e étage
3405, rue Saint-Denis, local J-1775
Montréal (Québec) H3X 3J1

Téléphone: 514 267-3621
Télécopieur: 514 987 7804
faccom@uqam.ca
190006.uqam.ca

O doutorando Wagner Vasconcelos soube utilizar o período de sua permanência no Canadá para realizar entrevistas e encontros com agentes acadêmicos e institucionais de importância central para o seu trabalho, sejam estes agentes das universidades UQAM, UdeM e Université de Laval, bem como integrantes do Ministério da Saúde e de Serviço Social da província do Québec e de instituições como o ROHIM (já citada).

Produziu e participou da produção de artigos científicos, um deles já submetido e aguardando análise do periódico; um outro em colaboração com um grupo de pesquisadores (dentre os quais eu e a orientadora brasileira, Ana Valéria Machado Mendonça) e um terceiro, em fase de conclusão. Atuou também à distância, sendo o moderador, por vídeo-conferência, de uma oficina de comunicação em saúde realizada pela Universidade de Brasília, em 21 de julho de 2015, na qual apresentou o trabalho "Promoção da Saúde do Homem: desafios para comunicação".

Também considero importante ressaltar a participação do doutorando nas atividades do Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal, mais especificamente em sete seminários realizados em 2015, e mais um, logo antes de seu retorno ao Brasil, no dia 14 de janeiro de 2016. Esses seminários fazem parte do rol de atividades acadêmicas do referido centro e reúnem professores, alunos e pesquisadores de diversas universidades do Canadá, sendo uma importante fonte de conhecimento e troca de saberes entre os participantes. Organizou dois desses seminários, com a presença de pesquisadores do Brasil em visita técnica a Montreal.

Tendo em vista o exposto, dou parecer favorável às atividades e à atuação do doutorando Wagner Robson Manso de Vasconcelos junto à Université du Québec à Montréal, compreendidas entre 8 de fevereiro de 2015 e 30 de janeiro de 2016.


Atenciosamente,

*Faculté de Communication
UQAM*
Lise Renaud

Lise Renaud

ANEXO 10 – Comprovante submissão à revista Ciências e Saúde Coletiva


14/10/2016 ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2016-2847

Title
Saúde do homem no Brasil e no Québec: contextualização e comparações a partir de uma revisão da literatura Men's health in Brazil and Quebec: context and comparisons from a literature review

Authors
Vasconcelos, Wagner
Tremblay, Gilles
Renaud, Lise
de Souza, Maria Fatima
Mendonça, Ana Valéria

Date Submitted
14-Oct-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,383,655.

<http://mc.manuscriptcentral.com/csc>

12

ANEXO 11 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



Início | Autor | Consultor | Editor | Mensagens | Sair

CSP_0431/17

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Saúde do homem no Brasil e na província de Quebec (Canadá): contextualização e comparações
Título corrigido	Saúde do homem no Brasil e na província de Quebec (Canadá): contextual
Área de Concentração	Políticas Públicas de Saúde
Palavras-chave	Homem, Saúde, Política, Saúde do Homem, Masculinidades
Fonte de Financiamento	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)
Autores	Wagner Robson Menso de Vasconcelos (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ) Gilles Tremblay (École de service social Université Laval) Lise Renaud (Université du Québec à Montréal - UQAM) Maria Fátima de Souza (Universidade de Brasília - UnB) Ana Valéria Machado Mendonça (Universidade de Brasília - UnB)

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1				

Em avaliação. Artigo enviado em 13 de Março de 2017.

ANEXO 12 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA INTERFACE

06/02/2017

Gmail - Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2017-0043



Wagner Vasconcelos <wrmvasconcelos@gmail.com>

Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2017-0043

1 mensagem

Interface - Comunicação, Saúde, Educação 6 de fevereiro de 2017
<onbehalfof+intface+fmb.unesp.br@manuscriptcentral.com> 11:00
Responder a: intface@fmb.unesp.br
Para: wrmvasconcelos@gmail.com
Cc: wrmvasconcelos@gmail.com, liserenaudmontreal@gmail.com, fatimasousa@unb.br, valeriamendonca@gmail.com, valeriamendonca@unb.br

06-Feb-2017

Prezado (a) Mr. Vasconcelos:,

Seu manuscrito intitulado "A saúde do homem no Brasil e em Quebec a partir da percepção de sujeitos estratégicos" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2017-0043 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais.

Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Editor-chefe
Interface – Comunicação, Saúde, Educação

