

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JAMILE PEIXOTO PEREIRA

**DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL À PATERNIDADE PARTICIPATIVA?  
REPRESENTAÇÕES DE PATERNIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)**

Porto Alegre

2015

JAMILE PEIXOTO PEREIRA

**DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL À PATERNIDADE PARTICIPATIVA?  
REPRESENTAÇÕES DE PATERNIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar E. Estermann Meyer

Coorientadora: Profa. Dra. Carin Klein

Porto Alegre

2015

JAMILE PEIXOTO PEREIRA

**DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL À PATERNIDADE PARTICIPATIVA?  
REPRESENTAÇÕES DE PATERNIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Dagmar E. Estermann Meyer – UFRGS (Orientadora)

---

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel – UFRGS

---

Profa. Dra. Andréa Fachel Leal – UFRGS

---

Profa. Dra. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos – UFS

## AGRADECIMENTOS

Gratidão, palavra que resume este momento de vida, em que finalizo meu Mestrado, ensaiando uma nova etapa em minha caminhada, a maternidade.

A escolha da paternidade e das políticas públicas como tema da minha dissertação não foi mero acaso. Se, profissionalmente, sempre estive ligada à primeira infância e às vivências de maternidades e paternidades dos sujeitos e instituições em que circulei, atualmente desafio-me a experimentar esse processo (na prática), no crescente movimento de tornar-me mãe.

Minha inquietação em relação à paternidade na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instigada pela atuação profissional, mas também pelo forte desejo do meu marido, Murilo Ramos Pereira, pela paternidade e como essa vontade desencadeou melhores cuidados com sua saúde, diferente de meu pai, Jair Francisco Borges Peixoto – exemplo de vida, cuidado e zelo pela família, sem atender-se a si próprio, deixando sua saúde sempre para depois. Para eles dedico esta dissertação, ressaltando minha admiração pela forma como vivenciam, cada um de sua maneira, a paternidade.

Nossas vivências estão relacionadas ao modo como encaramos a vida e convivemos com ela. Sinto-me em constante movimento e rodeada de pessoas importantes. Por isso, dedico meu reconhecimento àquelas que me acompanharam durante todo o percurso do Mestrado, em especial...

Às minhas ex-colegas de trabalho, Cândida Kirst e Carolina Drügg, que estiveram sempre me incentivando e compartilhando minhas conquistas e meus escritos, com amizade, carinho e atenção.

À coordenadora do Primeira Infância Melhor no momento em que ingressei no Mestrado, Liése Gomes Serpa, que incentivou minha busca por qualificação e foi minha colega na Saúde Coletiva, durante o curso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na pessoa do Professor Doutor Ricardo Burg Ceccim, coordenador do PPGCol e sua equipe administrativa, Priscila Coronet e Marisa Behn Rolim, a quem agradeço, imensamente, a oportunidade de tornar-me bolsista a partir da defesa do projeto de Mestrado e focar meu investimento no estudo, possibilitando dedicação exclusiva, por meio do desligamento da atuação profissional.

Aos professores com quem tive o privilégio de conviver e aprender durante a trajetória do Mestrado, especialmente, à minha orientadora, Professora Doutora Dagmar Meyer, que não somente acompanhou todo o processo, mas investiu e acreditou no meu crescimento e amadurecimento ao longo de nossa convivência, com seu jeito, por vezes duro e direto, mas sempre comprometida e atenta aos avanços da minha trajetória.

Durante o percurso acadêmico, foi inspiradora a convivência com a Professora Doutora Andréa Fachel Leal, abrindo as portas de suas disciplinas para meu aprendizado, inclusive para realização do meu estágio docente, em que pude vivenciar a experiência da sala de aula, compartilhando o cotidiano e proporcionando uma convivência que foi disparadora e motivadora ao meu processo de escrita. O reencontro com a Professora Doutora Stela Meneghel, importante desde minha graduação em Psicologia, significou não só voltar ao tempo e repensar a Saúde Coletiva, mas aprofundar-me nas discussões de gênero. O interesse pelo tema gênero e saúde aproximou-me, mesmo que virtualmente, da Professora Doutora Michele Vasconcelos, que ativou minhas inquietações com aspectos da profissional de saúde que estavam acomodados em mim. Agradeço a elas, que compuseram a banca do meu exame de qualificação e seguiram disponíveis para a defesa final, pois auxiliaram-me a (re)organizar os rumos da minha pesquisa, ampliando a potência e a continuidade do meu estudo, com sugestões que contribuíram, e muito, para a condução das escolhas que realizei na elaboração desta dissertação.

Nesse processo de elaborar meu estudo, a coorientação da Professora Doutora Carin Klein, com o auxílio bibliográfico ofertado para ampliar meu olhar, foi fundamental. Ao trazer suas experiências acadêmicas, com sua frase “olha como eu fiz”, para exemplificar um modelo para a condução da minha escrita, foi me sinalizando que o processo era gradativo e a evolução acontecia aos poucos.

No amadurecimento gradativo do meu modo de escrever, destaco a importância e o apoio das minhas colegas de Mestrado, Catharina e Silvia, que acompanharam meu ingresso no grupo de orientação e daquelas que se agregaram ao longo do caminho, principalmente Patrícia, colega da Saúde Coletiva, que, com sua leveza e parceria, compartilhou comigo discussões na atuação profissional no campo da saúde e a implicação com nossos estudos.

Agradeço a atenção e o carinho da Doutora Jeane Félix, que me acolheu desde o princípio e muito me ajudou a acreditar que seria possível, e também à Professora Doutora Sandra Andrade que, com sua leitura minuciosa e exposição didática, auxiliou na organização da minha escrita.

Ao Márcio Gastaldo que, com seu olhar atento e comprometido, acompanhou a evolução do meu trabalho, desde o projeto até a finalização desta dissertação, um carinhoso “obrigada” pela disponibilidade e eficiência na realização da revisão final.

No percurso que me levou à produção escrita, destaco, com muito carinho, a dedicação, a disponibilidade e a amizade da professora de Português, amiga e madrinha de casamento, Rosina Helena Randazzo de Araújo, que me auxiliou na qualificação dos meus textos e esteve em minha vida nos momentos mais importantes, desde o colégio, conclusão da graduação, pós-graduação e, agora, no Mestrado. Passou pelas alegrias e dificuldades sempre ao meu lado, atravessando noites e dias, acompanhada de meus escritos e, algumas vezes, da minha presença.

Por falar em presença, agradeço, com muito amor, àqueles que se privaram dela, convivendo com minha ausência: minha família de origem e meus amigos, que sempre acreditaram no alcance de meus objetivos, torcendo por minhas conquistas.

Essa ausente presença foi o que, muitas vezes, ofertei ao meu marido, fiel companheiro, que suportou as crises, acompanhou-me nos momentos de angústia e ansiedade, estando sempre ao meu lado, acolhendo-me, incentivando e, por vezes, situando-me diante da realidade e conduzindo-me à maturidade para lidar com as dificuldades ao longo do caminho. Nesse caminho, planejamos o maior projeto de nossas vidas, nossa filha Geórgia, que vivenciou comigo a finalização desta dissertação, aguentando firme, respondendo com movimentos a cada emoção durante essa etapa final. Obrigada por tudo, meus amores! Para vocês, minha família, toda a gratidão pelo aprendizado, pela motivação e pela oportunidade de nos desafiarmos à maternidade e à paternidade, momento tão esperado por nós...

Grata por tudo que vivi, experimentei, acolhi, aprendi e, também, desaprendi com aqueles e aquelas com quem desfrutei momentos de convivência, alegrias, dificuldades e superação... Superar os obstáculos tornou-se possível pela presença de Deus, diariamente, em minhas orações e no meu constante pedido de Força, Foco e Fé! Esse pensamento acompanhou-me durante todo o percurso do Mestrado e seguirá como um dos muitos aprendizados que levarei por toda a vida, com entusiasmo e muita gratidão pelo alcance de mais um de meus grandes objetivos.

## RESUMO

Nesta dissertação, problematizo as representações de paternidade veiculadas, atualizadas e (re)produzidas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), política pública atual do governo federal brasileiro que tem como objetivo promover a melhoria da saúde de homens, facilitando o acesso aos serviços de assistência integral à saúde. O estudo inscreve-se no referencial teórico-metodológico dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais, situando-se no campo da Saúde Coletiva. Utilizo a pesquisa documental para reunir o conjunto de materiais examinados na perspectiva da análise cultural, a fim de descrever e analisar os ensinamentos da política aos homens-pais, operando com os conceitos de gênero, representação, cultura, poder, política pública, saúde e saúde coletiva. Analiso como os homens passam a ser convocados a participar e integrar as rotinas de cuidado com os/as filhos/as e como os profissionais de saúde, no âmbito do SUS, buscando-se promover e/ou incluir a participação dos homens-pais nos espaços de saúde. A PNAISH atua como um artefato cultural que incide sobre representações de paternidade, envolvendo-se com a nomeação, a classificação e a socialização dos homens-pais em meio às disputas travadas desde a construção, implantação e implementação de tal política. Discuto outros significados atribuídos à paternidade no âmbito da PNAISH, indicando um deslizamento analítico que permite uma provável ampliação de uma “Paternidade Responsável” para uma “Paternidade Participativa”. Desse modo, a investigação realizada permite-me argumentar que o direcionamento dado aos homens-pais, por meio dos materiais da política, busca consolidar a representação de um pai participativo, que necessita integrar-se às rotinas cotidianas dos/as filhos/as, compartilhando responsabilidades e assumindo atribuições, a fim de posicioná-lo como um sujeito integrante do processo de cuidado. Assim, os sentidos atribuídos à participação dos homens-pais vão sendo reconstruídos em redes de significados que reafirmam, atualizam e deslocam representações de paternidade vigentes no Brasil contemporâneo.

**Palavras-chave:** Gênero. Paternidades. Políticas públicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

In this essay I problematize the paternity representations transmitted, updated and (re) produced in the National Policy of Integral Attention to Men's Health - PNAISH, current public policy of the Brazilian federal government that aims to encourage improvements in the health of the male population, facilitating access to comprehensive health care services. The study is part of the referential theoretical methodological of Gender Studies and Cultural Studies, situated in the field of Collective Health. I use the documentary research to gather all materials examined from the perspective of cultural analysis in order to describe and analyze the lessons of politics men parents, operating with the concepts of gender, representation, culture, power, public policy, health and collective health. I analyze how men come to be called to participate and integrate care routines with the children and how health professionals, within the "SUS", seek to promote and / or include the participation of men parents in health space. The PNAISH acts as a cultural artifact that focuses on parenting representations, involving the nomination, classification and socialization of men parents among the disputes waged since its construction, deployment and implementation. I discuss other meanings attributed to paternity within the PNAISH, indicating an analytical slip that allows a likely extension of a "Responsible Parenthood" to a "Participatory Parenthood." Thus, the investigation allows me to argue that the direction given to men parents, through political materials, seeks to strengthen the representation of a participatory father, who needs to integrate the daily routines of the children, sharing responsibilities and assuming powers in order to position him as an integrant member of the care process. Therefore, the meanings attributed to the participation of men parents are being reconstructed in networks of meanings that reaffirm, update and move paternity representations prevailing in contemporary Brazil.

**Keywords:** Gender. Paternities. Public Policies. National Policy of Integral Attention to Men's Health. Collective Health



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Documentos analisados na investigação.....	46
Figura 1 – Fôlder Lei do Acompanhante.....	75
Figura 2 – Cartaz Lei do Acompanhante.....	79
Figura 3 – Fôlder PNAISH.....	81
Figura 4 – Fôlder Paternidade.....	83
Figura 5 – Fôlder Paternidade.....	86
Figura 6 – Fôlder do desdobramento PNAISH no estado do Rio Grande do Sul.....	91

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
<b>1 EMERGÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: APRESENTANDO A POLÍTICA E PROPONDO QUESTÕES.....</b>	<b>18</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
2.1 OPERADORES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	32
2.2.1 Conceito de Saúde no âmbito da Saúde Coletiva.....	32
2.1.2 Estudos Culturais.....	34
2.1.3 Estudos de Gênero.....	39
2.2 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	42
2.2.1 Procedimentos de investigação.....	43
2.2.2 Procedimento de análise.....	47
2.2.3 Procedimentos éticos.....	49
<b>3 PNAISH E PROFISSIONAIS DA SAÚDE: O QUE ISSO TEM A VER COM A PATERNIDADE?.....</b>	<b>51</b>
<b>4 DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL À PATERNIDADE PARTICIPATIVA?.....</b>	<b>67</b>
CONSIDERAÇÕES, REFLEXÕES E (DES)CAMINHOS.....	96
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE A – Catalogação de documentos da PNAISH.....	111

## INTRODUÇÃO

“Aprender é abrir-se e refazer os corpos, agenciar atos criadores, refazer a vida, encontrar a diferença de cada um e seguir um caminho que ainda não foi percorrido” (Marlucy PARAÍSO<sup>1</sup>, 2011, p.147). Início minha dissertação destacando essa citação, pois, no movimento de desafiar-me com a realização da pesquisa, muitas vezes foi preciso desaprender o que já foi apreendido para acolher o novo. Acolher no sentido de me afetar pelo que se estuda, aceitando o diferente e indo além do que está escrito para entender o que está enunciado nos documentos oficiais de uma política pública atual no campo da saúde. No intuito de discutir o tema da paternidade no âmbito das políticas públicas de saúde, escolhi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH<sup>2</sup>), por seu potencial de me desafiar e encaminhar à construção de um conhecimento por meio daquilo que ela veicula, (re)produz e atualiza acerca das representações<sup>3</sup> de paternidade no Brasil contemporâneo.

O contexto histórico atual vem demonstrando que há uma necessidade de promover uma “discussão social sobre a paternidade” (Maria Luiza Mello de CARVALHO, 2003, p.396). Nesse sentido, busco problematizar o tema dentro de uma política voltada para homens, visto que, “nos últimos anos, a saúde do homem vem se configurando como um emergente campo de estudos no âmbito da Saúde Coletiva” (Alberto MARTINS; Bernardo MALAMUT, 2013, p.429).

A Saúde Coletiva, campo de conhecimento interdisciplinar, vem, de acordo com Cristian Guimarães e Stela Meneghel (2003), se propondo a oportunizar o diálogo com outros campos do conhecimento, visando a inovar suas vivências e compartilhar experiências, no intuito de analisar as organizações de saúde, as concepções teóricas e intervenções em benefício da saúde dos sujeitos. Por isso, neste estudo, proponho articular ferramentas de análise dos campos dos Estudos de Gênero e Estudos Culturais, a fim de analisar uma política de saúde para homens,

---

<sup>1</sup> Mesmo que as normas oficiais de redação científica propostas pela ABNT exijam que nas citações deva constar unicamente o sobrenome do/a autor/a, optei por acrescentar também o nome, nas citações que estiverem no corpo do texto, para dar visibilidade às autoras, uma vez que, na língua portuguesa, utiliza-se o masculino como padrão.

<sup>2</sup> A PNAISH é uma política pública nacional, com execução estadual e municipal, lançada no ano de 2009 através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.

<sup>3</sup> O conceito de representação é central nesta investigação e será apresentado no capítulo do referencial teórico-metodológico.

com vistas a produzir um conhecimento que possa agregar valor aos estudos na Saúde Coletiva.

Estudos como os de Romeu Gomes (2008, p.53-54) têm argumentado que

[...] a socialização dos homens estaria mais associada à invulnerabilidade, força e vitalidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura por serviços de saúde, que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade.

O argumento apresentado pelo autor (*ibidem*), de que o distanciamento dos homens dos serviços de saúde vem conectado com a dificuldade de demonstrar sentimentos ligados à fragilidade – considerados, em nossa cultura, atributos de feminilidade –, aponta para a necessidade de ampliação de análises que se articulem a perspectivas de gênero. Isso me traz inquietações a fim de vincular a dimensão relacional do gênero com aspectos relativos às diferenças no acesso aos serviços de saúde entre homens e mulheres.

Neste estudo, importa considerar a estreita relação entre gênero e saúde. Conforme Joan Scott (1995), o gênero é um elemento que constitui as relações de uma sociedade ligadas às diferenças históricas, sociais e culturalmente construídas entre os sexos, e não somente determinadas pelas diferenças biológicas. Essas diferenças produzem desigualdades, sejam elas de gênero, sejam de raça/cor ou condição social, que interferem nos determinantes sociais de saúde<sup>4</sup> da população, pois as políticas de saúde, no âmbito do SUS, nem sempre reconhecem tais desigualdades.

Há uma convergência entre os/as pesquisadores/as, conforme mencionam Lilia Schraiber, Romeu Gomes e Maria Thereza Couto (2005), de que gênero tem que ser analisado como um aspecto de extrema relevância no *status* de riscos em saúde dos homens e no modo como eles percebem esses riscos sobre seus corpos. O gênero é produzido por meio dos processos educativos que a cultura coloca em movimento. As políticas públicas atuam como importantes instâncias educativas que não possuem resultados assegurados, pois são cercadas de conflitos e

---

<sup>4</sup> Rita Barata (2009, p.99) e Paulo Buss (2007, p.78) apresentam, em suas produções, um entendimento baseado na definição dos determinantes sociais em saúde pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), sendo, respectivamente, “o conjunto das condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham e que podem ser alteradas pela ação de políticas públicas” e, ainda, como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

contradições. Assim, o olhar da perspectiva relacional de gênero esteve presente ao longo do estudo.

O conceito de gênero foi utilizado nesta dissertação como uma importante ferramenta de análise voltada ao olhar sobre masculinidades e feminilidades como estruturantes dos modos de interação:

Voltar-se para uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento “homens”. Implica, ainda, tomar as masculinidades como seu eixo estruturador, construindo, assim, um leque novo de questões para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação. Se a tomada dos homens como objeto, para entendê-los e também às mulheres, representa o esforço empírico concreto de realizar a categoria gênero, o produto de tal esforço efetivamente constituirá uma contribuição da perspectiva de gênero para renovar o conhecimento e as práticas da Saúde Coletiva. (SCHRAIBER; GOMES; COUTO: 2005, p.15).

Essa renovação dos conhecimentos e das práticas no âmbito da Saúde Coletiva requer um entendimento da saúde como um fenômeno cultural, e não somente biológico. Ricardo Ceccim (2012) aponta para um entendimento de saúde como algo que potencializa nossas capacidades orgânicas, intelectuais e afetivas, capazes de proporcionar transformações individuais ou coletivas, referentes à manutenção, à qualidade e à produção da vida – condições permeadas pelas relações sociais e culturais de cada sociedade.

Na medida em que se atribuem significados à diferença sexual no âmbito da saúde, há uma categorização e hierarquização do que é considerado feminino e/ou masculino, em que diferentes culturas e sociedades produzem, a partir da diferença, a desigualdade, em distintas dimensões humanas, como as formas de adoecimento e morte. Portanto, o gênero está imbricado com a saúde, e essa relação vem sendo incorporada nas políticas públicas do SUS de distintas maneiras (Dulce FERRAZ; Juny KRAICZYK, 2010), sendo a PNAISH uma das formas que essa incorporação pode assumir.

A escolha pela investigação acerca das representações de paternidade na PNAISH deu-se pelo terreno fértil de possibilidades de análise que a política permitiu pensar e pela relação direta com a minha prática como gestora e profissional da saúde. Tais vivências e aprendizagens instigaram-me a estudar a paternidade no âmbito de uma política pública voltada à saúde do homem, por perceber que a temática se mostrava tímida e até mesmo invisível nas políticas públicas de saúde. Minhas indagações e conexões com a prática profissional foram sendo

(re)formuladas ao longo do processo, pelo qual fui me tornando uma “aprendiz de pesquisadora”<sup>5</sup>, ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS.

A trajetória profissional na qual ancorei meus interesses de estudo conectou-se à implementação de políticas públicas no âmbito da saúde, mais especificamente as políticas direcionadas à família, como a Atenção Básica em Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF<sup>6</sup>) e da Política Primeira Infância Melhor (PIM<sup>7</sup>), seja na gestão municipal, em que atuei por seis anos, seja na esfera estadual, em que integrei, nos últimos quatro anos, a coordenação e a consultoria técnica do PIM nos municípios da região metropolitana do Rio Grande do Sul. Deslocar-me dessa posição de gestora para assumir o papel de pesquisadora se constituiu em um dos maiores desafios no percurso como mestranda em Saúde Coletiva.

O movimento de colocar em suspenso os textos apresentados nos documentos oficiais da PNAISH serviu como importante elemento para conduzir a minha reflexão como pesquisadora. Essa postura de sentir-me desafiada foi capaz de modificar algumas das certezas até então ancoradas pela experiência profissional. O percurso da investigação oportunizou-me um espaço de entre lugares, ou seja, entre a pesquisadora e a profissional de saúde, entre o planejamento, a gestão e a execução, entre o monitoramento e a avaliação. Compus a análise a partir dos textos oficiais, especialmente naquilo que eles produzem, na tentativa de ir além dos processos de naturalização que podem interferir nos modos de olhar, deixar-se ver e sentir, impedindo ampliações e modificações/qualificações de práticas discursivas e não-discursivas para que os modos de olhar não sejam cristalizados a fim de que se possa intervir/interferir nessas

---

<sup>5</sup> Expressão utilizada por minha orientadora, Dagmar Meyer, em uma aula de Gênero, Sexualidade, Educação e Saúde: questões para a pesquisa, ministrada no segundo semestre de 2014.

<sup>6</sup> A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua em equipe multidisciplinar, incluindo os/as agentes comunitários/as de saúde que realizam visitas sistemáticas às famílias, com modelo que “visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica”. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

<sup>7</sup> Programa lançado no ano de 2003 e instituído como política pública a partir da Lei Estadual 12.544/2006. “Política Pública pioneira no Brasil, o Primeira Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento na primeira infância e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. Desenvolve-se através de visitas domiciliares comunitárias realizadas semanalmente a famílias”. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e->>. Acesso em: 10 jun. 2015.

naturalizações/cristalizações que acabam por influenciar o olhar, os dizeres e os fazeres em saúde.

Hoje, como pesquisadora, busco tornar provisórias muitas das minhas certezas, constituindo outros modos de pensar, indagar e argumentar, fazendo com que, conforme salienta Jane Felipe (2013, p.15), “nossa perplexidade seja maior do que nossas vãs certezas”. Ao utilizar essa frase, imprimo meu movimento de exercitar outras formas de olhar, escrever e apropriar-me das ideias se, assim, contribuir para imprimir, também, mobilidade às práticas de saúde, discursivas e não-discursivas, desnaturalizando-as. As certezas precisam ser colocadas em suspenso, a fim de se abrirem para o inusitado, produzindo um conhecimento que contribui para reduzir a dureza e a estabilidade da ciência clássica.

Busquei um entendimento que admitisse o “borramento entre as fronteiras disciplinares” (Guacira Lopes LOURO, 2007, p.239) e também que exigisse, de acordo com a autora, que os contextos fossem historicizados pela via da problematização daquilo que parece naturalizado, indiscutível, dado. Nesse sentido, Dagmar Meyer (2008, p.11) afirma que

[...] nada é ‘natural’, nada está dado de antemão, toda verdade – mesmo aquela rotulada de científica – é parcial e provisória e resulta de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura e pode, por isso, ser questionada.

Ao longo do exercício de questionar as verdades e mapear as disputas travadas em torno de significados da paternidade nas políticas públicas de saúde, ainda na fase de elaboração do projeto, realizei um movimento de articulação da PNAISH à Rede Cegonha, ações do governo federal relacionadas ao tema da paternidade e da maternidade, por entender que poderia haver disputas ali que me permitiriam investigar as representações de paternidade nas culturas de saúde vigentes. Contudo, a partir das considerações da banca no exame de qualificação do projeto de dissertação, a qual indicou que o estudo de uma das políticas já era suficiente e potente para a investigação, realizei um movimento de voltar-me, exclusivamente, à PNAISH.

Durante a elaboração desta etapa do estudo, em que as escolhas precisavam ser demarcadas para continuidade da pesquisa, os (des)caminhos foram acontecendo e fui me dando conta de que na PNAISH havia material empírico suficiente para a análise de representações de paternidade que propus realizar. Por

isso, dentre outras políticas públicas que, no vasto campo da saúde, poderiam ser tomadas para investigar e discutir as representações de paternidade que vão se (re)produzindo no contexto atual, escolhi a PNAISH não só por colocar os homens em cena no âmbito dos serviços de saúde, mas, também, porque ela pretende promover uma reflexão em relação à produção de masculinidades e paternidades na esfera do Sistema Único de Saúde.

Dediquei-me, então, aos objetivos deste estudo, sejam eles: a) problematizar como os materiais oficiais da PNAISH (re)produzem, atualizam e veiculam representações de paternidade nas culturas de saúde vigentes no Brasil contemporâneo; e b) analisar alguns dos modos pelos quais essas representações de paternidade são enunciadas nas orientações/recomendações direcionadas aos profissionais de saúde. Com esse refinamento do foco, foi necessário modificar as perguntas da pesquisa. Passo a apresentar, então, as questões que norteiam esta investigação: Que representações de paternidade são (re)produzidas, atualizadas e veiculadas no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem? De que forma os/as profissionais de saúde que atuam no SUS são incentivados pela política a promover e/ou incluir a participação dos homens-pais nos espaços de saúde?

Nesse contexto investigativo, para responder às perguntas da pesquisa, bem como para me aproximar dos objetivos propostos, ao analisar a PNAISH, produzi reflexões acerca do que foi veiculado em seus documentos oficiais, mas também busquei discutir quais representações e significados para a paternidade foram sendo, ao longo do tempo, construídos em nossa cultura e em nossa sociedade, por meio dos ditos e não ditos que a política pública é capaz de movimentar. Nesse movimento de análise e discussão, operei com os conceitos de gênero, representação, cultura e poder, oriundos dos Estudos Culturais e dos Estudos de Gênero, além dos conceitos de política pública, saúde e saúde coletiva, os quais indicam uma possibilidade, dentre tantas outras, de explorar a PNAISH, naquilo que ela produz sobre os homens e as paternidades.

Nesse sentido,

O conhecimento deixa de ocupar o lugar de verdade-absoluta para assumir a conotação de uma resposta-provisória para as questões que emergem em uma dada época e em um dado lugar. Os conceitos são invenções, são instrumentos de análise, também provisórios e também datáveis. Isto porque o mundo muda, porque as pessoas mudam, porque mudam seus



problemas, mudam suas indagações. (Leila Domingues MACHADO; Maria Cristina Campello LAVRADOR, 2010, p.122).

As respostas provisórias às minhas inquietações foram construídas a partir da análise cultural que serviu como procedimento de análise para discussão do material empírico, fruto da pesquisa documental nos textos oficiais da PNAISH, procedimento de investigação utilizado na pesquisa. O material empírico produzido a partir dos documentos da política estudada permitiu-me uma aproximação a um conjunto de ditos selecionados como encaminhamento a duas unidades analíticas, construídas com intuito de problematizar e analisar representações de paternidade na PNAISH.

As “análises feitas nos Estudos Culturais não pretendem nunca ser neutras ou imparciais” (Tomas Tadeu da SILVA, 1999, p.134) e, ainda, podem acabar funcionando como intervenções nos modos de pensar a política e a sociedade. Nesse sentido, foi importante dedicar atenção especial à conexão entre os interesses da pesquisadora com os documentos pesquisados para elaboração da dissertação, a qual está organizada em quatro capítulos que descrevem o movimento da pesquisa e o que foi possível *capturar* dentro dos esforços e do investimento que consegui realizar.

No primeiro capítulo, busquei contextualizar a emergência da PNAISH, no intuito de ir apresentando a política e mapeando algumas questões que fui percebendo ao me aproximar e me distanciar dela, nos tantos e diferentes momentos de estudo e reflexão. Tal movimento me permitiu apresentar a política, propondo algumas questões e situando meu entendimento acerca do conceito de política pública.

No segundo capítulo, optei por realizar uma discussão teórica acerca dos conceitos utilizados como ferramentas para ampliar o olhar analítico no entendimento da política, por meio da perspectiva da Saúde Coletiva, dos Estudos de Gênero e dos Estudos Culturais, elementos importantes para a realização da análise cultural. Neste capítulo, intitulado como *Referencial teórico-metodológico*, também fui delineando o caminho realizado durante o percurso investigativo da construção metodológica do estudo.

No terceiro e quarto capítulos realizo, então, as análises. Neles, apresento dois eixos analíticos elaborados durante a investigação: *PNAISH e Profissionais de Saúde: O que isto tem a ver com a Paternidade?*, em que busco mapear as orientações direcionadas aos profissionais de saúde como estímulo ao investimento

na participação dos homens-pais nos espaços de saúde e *Da paternidade responsável à paternidade participativa?*, no qual analiso como os materiais oficiais da PNAISH encaminham para representações de paternidade nas culturas de saúde vigentes no Brasil contemporâneo. Nele, analisei um deslizamento discursivo que indica uma composição entre uma *paternidade responsável* e uma *paternidade participativa*, estimulada, principalmente, pelos materiais de divulgação da política relativos ao tema da paternidade. Minha inquietação esteve alerta durante a pesquisa, permitindo a realização da análise cultural que possibilitou a elaboração e escrita desta dissertação.

## **1 EMERGÊNCIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: APRESENTANDO A POLÍTICA E PROPONDO QUESTÕES**

Neste primeiro capítulo, abordo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), política pública recente no cenário político do Brasil, que propõe o cuidado integral dos homens entre 20 a 59 anos<sup>8</sup>. De acordo com Sérgio Carrara e colaboradores (2009), é a primeira política de saúde da América Latina direcionada aos homens, perdendo apenas para o Canadá, se levarmos em conta os países do continente americano, o que eleva o Brasil ao topo das ações voltadas para a saúde de homens.

A institucionalização formal da política no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9</sup>, em todo território nacional, foi conferida pela Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Representante das políticas públicas emergentes na atualidade (BRASIL, 2008), a PNAISH constituiu princípios e diretrizes no ano de 2008, mas seu lançamento oficial pelo Ministério da Saúde deu-se em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde, na cidade de Brasília.

No lançamento da política, o ministro da saúde na época, José Gomes Temporão, salientou que homens entre 20 e 59 anos somavam, no ano de 2009, um total de 52 milhões de indivíduos com baixa visibilidade nas estratégias públicas de atenção à saúde, afirmando que: “Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde, orgulhando-se da própria invulnerabilidade” (BRASIL, 2009c, p.7).

De acordo com seus documentos oficiais, a política é pensada para aliar-se às demais políticas voltadas para a Atenção Básica em Saúde, no Brasil, que propõe uma mudança na lógica curativa, centrada na medicalização especializada e na

---

<sup>8</sup>Instituída para atender especificamente os homens, a PNAISH nasceu de um movimento da sociedade de urologia, o que acabou por direcioná-la à realização de exames e à prevenção de doenças como o câncer de próstata – da mesma forma que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nasceu muito voltado para ações materno-infantis, depois ampliado para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em uma abordagem integral. Da mesma forma, a PNAISH vem buscando ações integrais, lançando materiais voltados a questões como a paternidade.

<sup>9</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu na efervescência do movimento da reforma sanitária, adotando, na base de sua criação, a necessidade de criar políticas públicas para promover a saúde. Foi instituído pela Lei nº 8.080/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20. maio 2014.

visão hospitalocêntrica para práticas de promoção da saúde<sup>10</sup> e prevenção de doenças<sup>11</sup>.

A década de 1990, segundo José Noronha, Luciana Lima e Cristiani Machado (2012), vivenciou a transposição de um sistema centralizador para uma realidade que inclui os governos municipais visando a uma atuação importantíssima no âmbito da saúde. Por buscar aproximar a demanda de usuários/as com ações concretas no setor da saúde nas diferentes esferas de governo, partindo da atenção primária, o Brasil passou por um processo de descentralização, em que outorgou aos estados o critério de municipalização, conferindo aos municípios as decisões sobre seu território. Embora a política PNAISH, assim como o SUS, seja orientada pelos mesmos princípios e diretrizes, “a forma como o sistema de atenção se materializa no território (incluindo as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros) varia significativamente” (ibidem, p.461).

Essa variação de como o sistema de atenção se materializa no território faz-se presente na PNAISH, que atua nas três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Cada uma delas responsabiliza-se pelo planejamento de sua execução local. Os princípios e as diretrizes federais servem de base para o desenvolvimento das ações, mas a execução em si concretiza-se por intermédio dos estados e municípios brasileiros, que reorientam as ações de acordo com suas realidades socioculturais. O então ministro José Gomes Temporão declarava entender que

[...] para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Não se trata de reduzir a ênfase nos cuidados aos demais grupos populacionais, mas sim de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e propiciar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência. (BRASIL, 2009c, p.8).

A construção de uma política voltada à saúde dos homens foi inspirada na política de saúde das mulheres. A saúde das mulheres passa a ser foco de atenção

---

<sup>10</sup> A promoção da saúde, segundo Antonio Ivo de Carvalho (2008), deve ser entendida de forma integrada, tendo como principal ação a modificação de três importantes elementos: assistência à saúde, administração das políticas públicas locais, assim como proteção e crescimento social da população como um todo, no intuito de “promover a vida em suas múltiplas dimensões” (CZERESNIA, 2003, p.46), o que envolve a singularidade e autonomia dos sujeitos diante das intervenções do Estado.

<sup>11</sup> Para Dina Czeresnia (2003, p.45), as ações preventivas são definidas como “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”, com objetivo de controlar a transmissão de doenças infectocontagiosas, reduzir o risco de doenças, sejam degenerativas ou decorrentes de outros agravos.

do Estado no contexto do movimento de consolidação dos Estados nacionais, e passa a ser objeto de políticas específicas, no Brasil, ainda no governo de Getúlio Vargas, com as políticas maternalistas. Com esse formato de atenção integral é que ela se organiza a partir de 1984, quando o Ministério da Saúde propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcado, segundo Ana Maria Costa (2009), pela luta das mulheres nos movimentos feministas que reivindicavam a garantia do direito de acesso aos serviços, por via da criação de estratégias que pudessem dar conta de suas demandas e especificidades.

Ao longo desse processo, a saúde da mulher passa a ser entendida como prioridade, mais especificamente no ano de 1998, até passar por uma reformulação que pretendia garantir o atendimento integral da mulher na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004. Contudo seguiu refletindo a centralidade histórica das ações voltadas à saúde e cuidado das mulheres à esfera reprodutiva:

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50, 70 [do século XX], traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2004, p.15).

Os pressupostos centrais de ambas as políticas indicam articulação entre elas. Na *Metodologia de Construção da Política*, eixo primordial da PNAISH, há uma referência à metodologia da PNAISM, na busca de seguir “recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios, como em práticas” (idem, 2008, p.9). Porém Russel Parry Scott (2010) indica existir uma lacuna na falta de articulação da sexualidade masculina com a sexualidade feminina dentro da perspectiva relacional de gênero, em que os serviços de saúde teriam que estar organizados de modo que conseguissem romper com a lógica de espaços infantis e feminizados, com profissionais de saúde capacitados para o atendimento dos homens dentro de uma perspectiva de gênero. Os homens estiveram distanciados do cuidado com a saúde da família, visto que esta era (e ainda é, em muitos contextos) uma função atribuída à mulher. Para o autor, “a determinação explícita de privilegiar a saúde materno-infantil feminiza ainda mais os serviços de saúde, afastando o homem” (ibidem, p.90).

A relação histórica da mulher com os espaços de cuidado, sejam eles no âmbito da saúde, da família e/ou da sociedade, contribuiu para que os homens se afastassem do cuidado, até consigo mesmos, pois o cuidado com a saúde é uma prática considerada como feminina. Márcia Thereza Couto e outros (2010) identificaram uma tímida presença e pouca participação dos homens em grupos educativos de promoção de saúde nos serviços de atenção primária, porta de entrada do SUS. A maior incidência de presença de homens foi encontrada na vacinação e na farmácia, muitas vezes em busca de medicamentos para si e/ou para seus familiares.

Em atendimentos odontológicos, consultas médicas, fisioterapia e ações de cunho mais curativo, também era constatada a presença de homens. Todavia, percebeu-se um despreparo para o atendimento integral desses homens, o que sugere uma desqualificação de tais usuários dentro dessa lógica assistencial. Atividades e programas em prol da atenção aos homens não são desenvolvidos, principalmente na faixa etária de adultos jovens, homens em idade reprodutiva. Essa ausência de ações voltadas aos homens acaba impedindo o alcance da integralidade da atenção (COUTO et al., 2010).

O estudo de Lília Schraibere e outros (2010) indica que os homens, usualmente, buscam o serviço na lógica curativa, ainda vinculada à dor ou à doença aparente. A preocupação com a atividade laboral e a manutenção das relações de trabalho medicaliza os corpos masculinos que buscam interromper os sintomas por meio de uma ação mais rápida, o que possibilitaria seu retorno ao mercado de trabalho. Hélen Santos (2013, p.46), ao estudar quem é o homem que a PNAISH busca contemplar em suas ações, afirma que a política está inserida em uma zona tensa em relação a diferentes estratégias de medicalização dos homens e ações de prevenção de doenças que indicam certo poder dos serviços de saúde em governar corpos masculinos.

As estratégias direcionadas à saúde para homens indicam uma centralização da PNAISH nas doenças como câncer de próstata e do pênis, conforme colocam Jorge Lyra e Benedito Medrado (2009). No estudo etnográfico realizado em oito serviços de atenção primária de seis estados brasileiros em relação ao homem, Márcia Thereza Couto e outros (2010) discutiram a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Em seus diários de campo, foram observados, predominantemente, que os espaços de saúde estudados não favoreciam a

presença dos homens. Os cartazes, em espaços de grande circulação, estavam direcionados a aleitamento materno, pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando um modo de responsabilização das mulheres nos serviços. Foi constatada uma maior presença de mulheres tanto nas atividades quanto nos espaços físicos dos serviços, em consultas, salas de espera, filas – enfim, de um modo geral, em todas as áreas de circulação.

Na pesquisa realizada por Andréa Leal, Wagner Figueiredo e Geórgia Nogueira-da-Silva (2012), em relação ao percurso da PNAISH em sua formulação, implantação e implementação, nos serviços públicos de atendimento do SUS nos territórios, os profissionais de saúde percebem o homem como alguém que chega até o serviço para acompanhar ou fazer a mediação para alguém, no sentido de agendar consultas, exames e estar presente nos atendimentos da gestante, das crianças ou, até mesmo, dos pais idosos. Se analisarmos, é dessa mesma forma que a mulher é acolhida e acaba por frequentar os serviços. Porém, quando se trata de homens, conforme indica o estudo, o acolhimento como um usuário que busca atender a suas demandas de saúde ainda é raro.

Somente a partir do momento em que foi se percebendo que “muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária” (BRASIL, 2008, p.5), tornou-se viável e estratégico pensar em uma política para a população masculina. Nos princípios da PNAISH, destaca-se:

A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. (BRASIL, 2009c, p.47).

Em função disso, a PNAISH nasce em conformidade com a Política Nacional de Humanização (2003)<sup>12</sup>, que visa colocar em prática os princípios do SUS nas rotinas dos serviços de saúde, no intuito de produzir transformações nos modos de gerir e cuidar, estimulando o diálogo entre gestão, profissionais e usuários/as, por meio da construção de processos coletivos para lidar com as relações de poder, trabalho e afetividade, buscando práticas mais humanizadas que incentivem a

---

<sup>12</sup> Pensada para os modos de atenção e práticas de gestão em saúde, contando com equipes de apoiadores/as regionais, articulados/as às secretarias estaduais e municipais de saúde, que apostam na inclusão dos/as trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as na produção e gerenciamento do cuidado e dos processos de trabalho. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 maio 2015.

autonomia dos/as usuários/as no cuidado de si e responsabilização dos/as profissionais de saúde para com seu trabalho.

A PNAISH delinea, em seu escopo, estratégias de humanização em saúde bem como de promoção de saúde, conforme a Política Nacional de Promoção de Saúde<sup>13</sup>, recentemente definida, em 11 de novembro de 2014, pela Portaria nº 2.446, trazendo como base, em seu Art. 2º,

[...] o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Na PNAISH, as ações brevemente definidas estão alinhadas com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), revisada, em suas diretrizes e normas, em 2011 e aprovada por meio da Portaria nº 2.488. Essas políticas integram, junto com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as condições de possibilidade para a emergência de uma política voltada à saúde do homem.

Inserida na Atenção Básica em Saúde, no intuito de atender à demanda da população e estimular tanto a prevenção quanto a promoção da saúde, a PNAISH agrega-se à Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>14</sup>. No ano de 1994, o então Programa de Saúde da Família (PSF) funcionava como uma estratégia de reorganização da atenção primária<sup>15</sup>. Como não há previsão temporal para finalizar o movimento de reorganização dos processos de trabalho, ao invés de programa – que sugere uma atividade datada temporalmente – o PSF tornou-se uma estratégia de reorganização da atenção básica, intitulada Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo Jairnilson Paim e Lígia Silva (2004, p.20), foi “a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico”, creditando a reorganização da atenção básica à implantação da ESF.

A PNAISH utiliza, como eixo prioritário, a atenção integral às necessidades de saúde dos homens pela atenção básica, pois, nela, propicia-se aproximação e contato direto com os usuários. Tanto que, no documento oficial, essa importância é

<sup>13</sup> Aprovada pela Portaria nº 678 MS/GM, de 30 de março de 2006 e redefinida pela Portaria nº 2.466, em 11 de novembro de 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em 1º jun. 2015.

<sup>14</sup> A Estratégia Saúde da Família foi instituída a partir da Portaria nº 2.488/2011, que revoga a portaria anterior, a GM nº 648/2006, a qual havia instituído o então Programa de Saúde da Família (PSF).

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5290/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf#ixzz3brqAIQ4J>>. Acesso em: 1º jun. 2015.



ressaltada na promoção de acesso aos serviços de atenção básica pelo público masculino.

Rosângela Cotta e outros (2013) pontuam que, para a Organização Mundial da Saúde (2008), levar em consideração o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde incidiria em 70% do que poderia ser evitado em casos de doença. A PNAISH visa incentivar a parceria com a Atenção Básica em Saúde, estimulando seus usuários a imprimir um investimento sobre suas vidas. Regina Benevides e Eduardo Passos (2005) ressaltam a relevância da autonomia dos usuários, possibilitando interligar os processos de produção da saúde, com sujeitos protagonistas e capazes de inventar modos de cuidar e de gerir.

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem teve a intenção de qualificar a atenção integral à saúde dos homens, objetivando garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis, pois ficou evidenciado – pelos indicadores de saúde descritos nos princípios e nas diretrizes da política – que a população masculina acessa o SUS apenas por meio da atenção especializada, quando os agravos já estão instaurados. Os agravos instaurados desencadeiam 78% dos casos de óbito – em uma análise referente ao ano de 2005, dos homens entre 15 e 59 anos –, ligados a causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e respiratório. Os homens têm mais dificuldade de aderir a ações de prevenção, ainda mais necessárias num contexto em que os óbitos são predominantes entre os mesmos:

[...] de cada cem óbitos em acidentes de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina. No Brasil, a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens –, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens. (BRASIL, 2009c, p.8).

Romeu Gomes (2008) salienta que os agravos e as enfermidades seguem protagonizando o texto da política e suas propostas de intervenção. Como, então, elevar a expectativa de vida dos homens sem apontar para a multiplicidade de homens, distintos modos de viver e conviver, inclusive, modos de masculinidade e quais estratégias para acolher as diferenças? Alberto Martins e Bernardo Malamut (2013), em estudo sobre a análise do discurso da PNAISH, salientam que o texto-base da política utiliza 24 páginas do diagnóstico para apresentar o retrato do

panorama de morbidade e mortalidade dos homens. Os autores apontam que em todo o texto é destacada a culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento e pela ausência em serviços e ações de saúde, sem discutir como a organização dos processos de trabalho nesses mesmos serviços contribui para a baixa adesão dos homens.

Na medida em que o homem é culpabilizado, ele também é apresentado como vítima, o que vem sendo justificado, segundo Pedro Paulo Martins de Oliveira (2000), pelas estatísticas de homicídios, abuso de álcool e drogas, incidências de doenças, acidentes de trânsito e expectativa de vida. Tais circunstâncias posicionariam o homem como sexo frágil, no lugar da mulher, ressaltando-se as prescrições de masculinidade impostas na sociedade.

Para Benedito Medrado e outros (2010), o recorrente uso dos indicadores de mortalidade e morbidade não apenas constitui um entendimento dos homens como vítimas, mas “forjou um sujeito para as políticas públicas” que ultrapassa sua responsabilidade pelo adoecimento, impondo-o como obstáculo à sua saúde, à saúde das mulheres. Mais do que um sujeito na Saúde Pública, o homem é alguém que precisa de atenção especial.

O então ministro da Saúde José Gomes Temporão, no momento do lançamento da PNAISH, define-a como uma resposta às necessidades sociais em saúde, afirmando que “a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2009c, p.9). Como uma medida para dar conta de um problema da Saúde Pública, existiram tensionamentos e discussões por parte das sociedades médicas e da gestão federal para criação da política. Isso demonstra que o nascimento da PNAISH não se dá por meio de uma demanda constituída pelos homens, conforme afirmam Alberto Martins e Bernardo Malamut (2013).

A sensibilização para aproximar os homens aos serviços de saúde é uma das propostas da política que resultou de discussões realizadas em eventos que reuniram sociedades médicas (urologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, saúde da família), profissionais da saúde, pesquisadores/as, acadêmicos/as, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Nessa direção, o Ministério da Saúde elencou como prioridade, no ano de 2007, a discussão sobre a saúde do homem, por meio da Área Técnica de Saúde do

Homem, e foi emergindo a decisão política de investir na sua saúde nas propostas do então ministro Temporão, desde o dia da sua posse, em 19 de março de 2007<sup>16</sup>. Em 2008, os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foram lançados, a partir da divulgação de uma política de saúde destinada aos homens no programa *Mais Saúde: Direito de Todos*<sup>17</sup>. Esse documento foi reformulado para o lançamento do texto-base da PNAISH, no ano de 2009, com o mesmo título, porém com revisão em seu conteúdo e formato. O objetivo geral da política, identificado na seção *Princípios e diretrizes*, vem com o intuito de:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2009c, p.1).

Já os objetivos apresentados na portaria estão voltados para implantação da política, capacitação e qualificação de profissionais para o atendimento às demandas dos homens, porém com foco em medidas preventivas, ao enfrentamento do risco de doenças e agravos à saúde e ao alerta à prevenção de doenças cardiovasculares e cânceres, novamente sem destacar a singularidade das masculinidades em uma política de saúde para homens.

O então ministro da Saúde afirmou que o SUS vem priorizando, ao longo do tempo, mulheres e crianças, além dos idosos, nas propostas de atenção mais recentes, por considerá-las parcelas mais frágeis da sociedade. Na época do lançamento da PNAISH, Temporão enfatizou que a posição dos homens e os lugares que ocupam na sociedade estão em um processo de mudança, principalmente se observarmos a inserção das mulheres no mercado de trabalho e como responsáveis pela família junto às novas configurações familiares. Essa gradativa transformação, segundo ele, coloca em xeque a compreensão de que os homens precisariam estar afastados da cena do cuidado (BRASIL, 2009c). Desse modo, borra-se a noção e a tendências das mulheres, seja como mães ou parceiras,

---

<sup>16</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/805-sas-raiz/daet-raiz/saude-do-homem/l1-saude-do-homem/12325-apresentacao-saude-homem>>. Acesso em: 22 set. 2014.

<sup>17</sup> O Mais Saúde se iniciou em dezembro de 2007, a fim de ampliar as condições de saúde dos/as brasileiros/as e sua qualidade de vida, por meio da facilidade de acesso e qualidade dos serviços. Para cumprir as metas, ocorreram concursos públicos, fortalecimento do atendimento móvel de urgência (SAMU), implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ampliação da saúde da família etc.

dominarem “o campo do cuidado e, então, medeia a relação dos homens usuários com os serviços ou com a saúde de forma geral” (COUTO ET al., 2010, p.266).

Essa mediação das mulheres na relação dos homens com sua saúde tende a ser potencializada por uma representação dos homens que historicamente os define como fortes, provedores, comprometidos com a atividade laboral e invulneráveis. Exatamente por isso, tal representação tem contribuído para edificar e manter uma importante barreira que afasta os homens dos espaços de saúde, conforme ressalta a introdução do documento da PNAISH (BRASIL, 2009c). Inversamente, às mulheres é atribuída uma responsabilidade pelo cuidado como algo quase natural.

Venho percebendo que o afastamento dos homens dos espaços de saúde não é uma questão tão simples como menciona a política, pois, de um modo geral, os processos educativos –sobretudo os do senso comum<sup>18</sup>– veiculam um modelo de masculinidade viril, calcado na força e na vitalidade, contrárias à condição de adoecimento que também incide no modo como os homens vivenciam a paternidade. A preocupação com a saúde tem sido representada como um atributo feminino. Essa preocupação é reprimida ou negada nos processos educativos que investem na produção de posições de sujeito e funções reconhecidas como masculinas, fazendo com que os homens se afastem dos espaços de saúde e do acompanhamento das rotinas diárias com os/as filhos/as.

De acordo com a política, “a heterogeneidade das possibilidades de ser homem” deve ser considerada, afirmando-se que “as masculinidades são construídas histórica e socioculturalmente, como um processo em permanente transformação” (BRASIL, 2009c, p.15). Contudo, o entendimento da masculinidade como um produto da cultura e dos modos de subjetivação presentes na sociedade, utilizado neste estudo, amplia o olhar para o que a política opera. Seus materiais oficiais não sinalizam para uma concepção ampliada de masculinidade, e inclusive a PNAISH apresenta o artigo definido no singular para denominar a política, sendo intitulada como saúde *do homem*. Cabe destacar que esse *homem* contemplaria apenas homens adultos, heterossexuais, em idade produtiva e reprodutiva. Os demais modos de ser homem parecem não estar contemplados na política, de acordo com seu texto-base.

---

<sup>18</sup> Entre eles, podemos pensar na mídia como instância que educa os indivíduos como sujeitos de gênero. Os homens-pais, por exemplo, são representados como fortes, joviais e super-heróis (HENNIGEN, 2004).

Para Sérgio Carrara, Jane Russo e Livi Faro (2009), mesmo que a estratégia de formular uma política destinada aos homens tenha um caráter inovador, não há inovação na ampliação dos sentidos de masculinidade, visto que a saúde deles, ao longo da história, não foi alvo do planejamento e da execução de ações pelas políticas lançadas e implantadas na área da saúde no Brasil; e, quando é colocada em pauta, segue restrita a compreensões fechadas que tomam a masculinidade como uma condição universal. Isso indicou, para o autor e as autoras, que uma política para os homens como sujeitos de gênero e não como representantes universais da raça humana enfrentou – e ainda enfrenta – barreiras em sua implementação.

Em relação a isso, o documento-base da PNAISH indica que a política tem a intenção de ultrapassar as barreiras sociais, culturais e institucionais existentes, com ações no cuidado com a saúde dos homens. O texto apresenta brevemente as “barreiras institucionais” como a falta de acesso dos homens aos serviços de saúde e enfatiza as consideradas “variáveis culturais” como “barreiras socioculturais”:

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte dos homens, decorre de variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica. (BRASIL, 2009c, p.14).

Em função disso, no Pacto pela Vida, os gestores do SUS assumem um compromisso em considerar prioritárias as ações que tenham impacto sobre a saúde da população do país, tais como a saúde dos homens. Na mesma direção, na construção da metodologia da política, há uma preocupação em “garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir e recuperar a saúde da população masculina” (ibidem, p.17). A PNAISH repensou, de maneira crítica, uma única interpretação da masculinidade, buscando avançar nas discussões que trataram de “incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos de direito à saúde” (ibidem, p.21).

A incorporação da dimensão de gênero, a partir do entendimento de que as relações de gênero importam quando o assunto é a saúde, foi desencadeada pelo movimento feminista, conforme mencionam Andréa Leal, Wagner Figueiredo e Geórgia Nogueira-da-Silva (2012). De acordo com as autoras e o autor, nas últimas

décadas, o gênero, como categoria de análise, passou a ser tomado como ferramenta para avaliar as políticas públicas e para auxiliar na redução das desigualdades identificadas socialmente entre homens e mulheres.

Nesse sentido, a Coordenação Nacional de Saúde dos Homens (CNSH)<sup>19</sup>, em um de seus cinco eixos temáticos, inclui os homens na saúde sexual e reprodutiva, levando em conta a paternidade e o cuidado, conforme excerto abaixo<sup>20</sup>:

- **Saúde Sexual e Reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
- **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os).

Essa iniciativa é curiosa, segundo Sérgio Carrara, Jane Russo e Livi Faro (2009), visto que a inclusão dos homens na esfera reprodutiva é uma bandeira do movimento feminista, que vem exigindo dos homens a participação nas decisões reprodutivas como um dever do qual o homem normalmente tende a escapar. No documento da política e no próprio site da PNAISH, o que antes era encarado como um dever torna-se um direito, visando, justamente, promover uma mudança. Isso é reflexo dos diferentes momentos e caminhos que a sociedade vai permeando na construção de novos sentidos, que podem ser contraditórios e/ou antagônicos.

As diferentes maneiras que uma sociedade utiliza para construir modos de se relacionar com o mundo incidem, muitas vezes, nas formas de produção das políticas públicas, porém não se trata de um processo livre de contradições. Jéferson Mainardes e outros (2011) colocam que as políticas públicas resultam de interesses, tensões e disputas que definem tanto seus objetivos, como metas, órgãos, técnicos envolvidos, público-alvo, recursos etc. Elas também são um campo de disputas e tensionamentos que incidem sobre os modos como a sociedade se relaciona com o mundo.

Utilizo as palavras de Nalú Farenzena (2011, p.101) para definir a construção social impulsionada pelas políticas públicas:

---

<sup>19</sup> Órgão do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS).

<sup>20</sup> Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-do-homem>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

[...] as políticas públicas podem ser vistas como processos através dos quais são elaboradas as representações que uma sociedade constrói para compreender e agir sobre o real, tal qual ele é percebido. As políticas públicas, nessa percepção, são formas de uma sociedade construir sua relação com o mundo.

É importante (re)conhecer o contexto em que a política se manifesta para um entendimento ampliado de como ela acontece, quem são as vozes ouvidas, quais ficam silenciadas e, até mesmo, que leque de efeitos é produzido pelos diferentes componentes que disputam espaço na consolidação de uma política pública. Tal espaço é ocupado por diferentes atores, sejam eles indivíduos, grupos ou organizações que compõem a arena política, por meio das políticas públicas, como uma diretriz que pretende dar conta de uma demanda pública, orientando ações, com a intenção de solucionar um problema público que tenha relevância para algum coletivo.

O Estado ocupa um espaço legitimado de poder no que se refere à constituição das políticas públicas direcionadas para o atendimento de demandas sociais de determinados grupos ou regiões. Ao se voltarem para o atendimento de demandas e necessidades vinculadas ao gênero, por exemplo, as políticas públicas também instituem ensinamentos que incorporam, reproduzem e modificam representações de masculinidade/feminilidade e paternidade/maternidade. Genilda Darc Bernardes (2004) afirma que as políticas públicas devem ser entendidas como práticas orientadas para um conjunto de sujeitos, e é interessante pensar nesses sujeitos enquanto produtos da cultura e das relações de gênero que nela se articulam.

Assim, colocar em suspenso as verdades instituídas e veiculadas no âmbito das políticas públicas tornou-se um critério fundamental para o desenvolvimento de uma análise no âmbito dos Estudos Culturais, tanto que as políticas também podem ser entendidas como instâncias culturais e educativas<sup>21</sup> que se materializam nos espaços de produção e/ou construção de sentidos que circulam em nosso meio, cotidianamente.

Isso me encaminhou para uma aproximação conceitual com Nalú Farenzena, (2011, p.97) que entende as políticas públicas como “espaços de construção de

---

<sup>21</sup> A educação, nessa perspectiva, é definida por Dagmar Meyer (2012, p.50) como “conjunto de processos pelos quais os indivíduos são transformados ou se transformam em sujeitos de uma cultura”.

sentido”, alertando que o termo política possui um caráter polissêmico. A tradução da língua inglesa para o idioma português não dá conta de diferenciar as dimensões que o termo política pretende designar: as palavras *polity*<sup>22</sup>, *politics*<sup>23</sup> e *policy* ou *policies*<sup>24</sup> são traduzidas como *política*, independentemente de seu significado, mas se referem a distintas dimensões, com seus respectivos significados.

Esses termos auxiliaram minha aproximação aos documentos, por entender a PNAISH, no sentido de *policy* ou *policies*, pensada e planejada com um direcionamento à implementação de suas ações, indo além da obtenção/manutenção de recursos e do sistema político em si, focalizando na execução de uma ação em prol da saúde de homens. A aproximação aos documentos que serviram como base de formulação, elaboração e planejamento no processo de implantação da política de saúde do homem permitiram-me demarcar os (des)caminhos que fui construindo, neste estudo, para problematizar pistas potentes, encontradas nos documentos, para as discussões realizadas nas análises.

---

<sup>22</sup> *Polity* diz respeito ao sistema político, ou seja, “sociedade política (*polity*) e as instituições que regem as decisões, os desenhos e a implementação das políticas públicas” (SOUZA, 2007, p.83).

<sup>23</sup> *Politics* é entendido por Bobbio (apud HOWLETT, 2013) como ação ligada a obter e manter recursos que exerçam poder sobre os sujeitos, incluindo os jogos políticos.

<sup>24</sup> Os termos *policy* ou *policies* estariam relacionados à tomada de decisão e ação orientadas por uma lógica de raciocínio que contempla as intervenções propostas pelas políticas públicas em suas ações (SECCHI, 2013).



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os aportes teóricos para a realização deste estudo, situado na área de atuação da Saúde Coletiva, contemplam um amplo e dinâmico entendimento do conceito de saúde e uma aproximação conceitual com os Estudos de Gênero e os Estudos Culturais. São esses campos do conhecimento que fornecem as ferramentas de análise que utilizo para produzir as discussões em torno do tema da (re)produção de paternidades no âmbito do SUS, mais especificamente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

### 2.1 OPERADORES TEÓRICO-CONCEITUAIS

#### 2.1.1 Conceito de Saúde no âmbito da Saúde Coletiva

Ao longo dos anos, os conceitos de saúde e doença vêm sofrendo modificações e transformações, resultantes do contexto histórico que interfere na maneira como a sociedade vai se organizando (COTTA et al., 2013), o que produz uma diversidade de entendimentos acerca desses conceitos.

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. A saúde não é objeto que possa se delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer. (CZERESNIA, 2003, p.42).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) define a saúde como completo bem-estar físico, mental e social dos sujeitos. Este conceito é ampliado neste estudo, ao acolher que a saúde está relacionada ao contexto da cultura e da sociedade, bem como aos sentidos que cada indivíduo imprime em seu modo de viver, conforme afirmam Bárbara Brezolin Dalmolin e outros (2011), ao entender a saúde como um amplo fenômeno que envolve diferentes maneiras de manifestar, (re)produzir e/ou (re)criar condições para vida em sua dimensão subjetiva. Nessa perspectiva, a completude proposta pela OMS é questionada, problematizada e, até mesmo, criticada.

Na história de cada sujeito, a manutenção, a qualidade e a produção da vida são condições permeadas pelas relações sociais e culturais de cada sociedade, de

acordo com Ricardo Ceccim (2012), as quais importam para o conceito de saúde deste estudo. A partir dele, entendo a saúde de um modo integral, não restrita à dimensão biológica e conectada à realidade sociocultural dos sujeitos e dos seus grupos. Dora Oliveira e Dagmar Meyer (2005) contribuem para essa reflexão ao destacar a relação entre saúde e os “fenômenos sociais” de uma cultura, que incluem as relações de gênero. Afinal,

[...] ser saudável é muito mais que não estar doente. Significa acima de tudo, a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde e sua própria história, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciam o seu meio – ações políticas para a redução das desigualdades, educação, cooperação intersectorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência. (COTTA et al., 2013, p.30).

É nesse movimento de ampliar o conceito de saúde que o campo da Saúde Coletiva, como espaço de saber e prática, conforme relata Everardo Duarte Nunes (1994), vai emergindo e se estruturando, marcado pela criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em dezembro de 1979, consolidando-se no início dos anos 1980.

Para Joel Birman (2005), o entendimento de saúde coletiva foi constituído pela oposição à universalidade imposta pelo conhecimento da medicina, no sentido de entender a concepção de saúde como algo mais amplo e complexo, não restrito ao determinismo biológico. Na medida em que “as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e linguística, torna-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina” (ibidem, p.13). Isso desencadeou um olhar crítico em relação à naturalização médica, ao destacar as dimensões simbólicas, éticas e políticas, o que possibilitou ampliar o entendimento biologicista, levando à produção do campo de estudos da Saúde Coletiva, que vem buscando ampliar a concepção de saúde pública.

O campo da Saúde Coletiva é multidisciplinar em sua construção, admitindo uma diversidade de objetos e abordagens e campos teóricos, incluindo a Saúde Pública, mas não se restringindo a ela. A Saúde Coletiva visa a ressignificar a posição dos sujeitos que até então assumiam e ainda continuam assumindo, na Saúde Pública, um lugar de *paciente*, aquele que espera pelo outro ou, ainda, espera do outro uma solução para produção de sua saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Essa posição de sujeito que pretende ser ressignificada pelo campo da Saúde Coletiva implica levar em conta as dimensões sociais e culturais que marcam a vida cotidiana. Por isso, minha aproximação com os Estudos Culturais – campo de estudos interdisciplinares que pretende produzir deslocamentos referentes às discussões acerca das relações entre cultura, conhecimento e poder – tornou-se um espaço de produção de sentidos nesta pesquisa.

### 2.1.2 Estudos Culturais

O campo de investigação dos Estudos Culturais nasceu na Inglaterra, na década de 1960. Na contemporaneidade, foi se ampliando para ganhar espaço e influenciar a teorização social, seja em estudos etnográficos ou em interpretações textuais, o que reflete dois lados de sua origem: a Sociologia e os Estudos Literários. Seu investimento na provisoriedade e na parcialidade do conhecimento proporciona, segundo Marisa Vorraber Costa (2000), uma inspiração crítica e um compromisso político, assumindo o caráter plural, contingente e provisório na produção acadêmica, buscando desfazer compreensões binárias e essencialistas tão presentes nas epistemologias tradicionais.

Em função de não almejar ser um campo homogêneo e disciplinar, os Estudos Culturais possibilitam a articulação de múltiplas abordagens, procedimentos de investigação e de análise, constituindo-se, conforme afirma Alfredo Veiga-Neto (2000), como um campo de conhecimento e militância que teoriza a cultura como sendo *constituída por* e *constituente de* determinadas representações culturais. Dentre elas estão as representações de maternidade e paternidade que circulam e passam a dar sentido às orientações e ações propostas por meio das políticas públicas.

Peter Spink (2013) enfatiza que a linguagem de uma política pública é repleta de alternativas, direcionamentos, articulações políticas e negociações que afetam a vida de sujeitos. Isso se dá a partir “das linguagens, dos discursos, dos textos, das representações, das enunciações, dos modos de subjetivação” (PARAÍSO, 2012, p.29) que circulam nas políticas públicas como produtos e produtoras de representações, inclusive de representações de masculinidade e paternidade. Nessa direção, o que precisa ser problematizado são as linguagens das políticas, das leis,

das campanhas, assim como de outros artefatos da cultura, que sustentam determinados regimes de verdades (VEIGA-NETO, 2000).

Dagmar Meyer (2004, 2012) aponta que é através da linguagem que aquilo que é dito, pensado e compartilhado, em determinado momento histórico, localizado em dado espaço e delimitado por uma cultura específica resulta em um meio de produção de sentidos, vivenciados na cultura. Além disso, “é na linguagem que se produzem e se colocam em ação os mecanismos e as estratégias de diferenciação/identificação que estão na base dos processos de particularização que constituem os diferentes grupos sociais” (MEYER, 2000, p.57).

Nessa direção, Meyer (2004, p.15) assume que a linguagem, em seu sentido amplo, “é o lócus central da produção dos nexos que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder”. Em seu caráter produtivo, a linguagem atua dentro de uma rede de significados ligados a características fluidas e indeterminadas (Carin KLEIN, 2003). Como domínio da significação, então, a linguagem não se reduz à língua falada e escrita. Múltiplas linguagens estão envolvidas com a produção de significados. É a multiplicidade das linguagens possíveis “que faz as coisas acontecerem, que produz efeitos de verdade e constrói realidades” (Sandra ANDRADE, 2008, p.69).

Esse entendimento nos remete a uma forma específica de compreensão da linguagem como instância de produção dos sentidos sobre o mundo, as coisas e os sujeitos. No âmbito da cultura, produzem-se modos particulares e distintos de nomear, classificar e organizar o mundo. Na perspectiva dos Estudos Culturais, a cultura é um espaço conflitivo, no qual diferentes grupos sociais, em meio a estruturas e relações de poder, lutam pela produção e imposição dos seus significados, em relação a outros grupos sociais.

Para Silva (1999), os significados são social e culturalmente produzidos, cabendo analisar as relações de poder que estão envolvidas nesse processo de produção que constitui representações e sujeitos de diferentes formas, por meio de distintos mecanismos:

O poder está situado nos dois lados do processo de representação: o poder define a forma como se processa a representação; a representação, por sua vez, tem efeitos específicos, ligados, sobretudo, à produção de identidades culturais e sociais, reforçando, assim, as relações de poder. A representação, entretanto, não é apenas um condutor do poder, um simples ponto na mediação entre o poder como determinante e o poder como efeito. O poder está inscrito na representação: ele está ‘escrito’, como marca

visível, legível, na representação. Em certo sentido, é precisamente o poder que está re-presentado na representação. (SILVA, 2001, p.48).

Na perspectiva foucaultiana, o poder funciona como um organizador de sistemas de classificação, sejam eles sociais, políticos, econômicos e/ou culturais. Para Michel Foucault (2001, p.88), o poder não é entendido como sujeição, como forma de regra, tampouco como sistema de dominação, ele é entendido como “multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização”. Assim, “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares” (FOUCAULT, 2001, p.89).

Segundo Roberto Machado (2006, p.XIV), a noção de poder proposta por Foucault sugere que ele não se localiza em um lugar específico da cena social, bem como não há um entendimento de que alguns detêm o poder sobre outros, mas que ele é uma força que circula por meio de uma “rede de dispositivos” ou “mecanismos” sutis. Isso indica que “o poder não existe; existem, sim, práticas ou relações de poder” (ibidem). Então, não é algo que se possui, mas algo que se exercita, ele é uma ação sobre outra ação e conforma um determinado campo de atuação possível para os sujeitos que estão envolvidos nessas redes de poder. Nessa perspectiva, o poder é produtivo: produz saberes, práticas, sujeitos e, também, resistências, ou seja,

[...] pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis. Da mesma forma que a rede de relações de poder acaba formando um tecido espesso que atravessa os aparelhos e as instituições, sem se localizar exatamente neles, também a pulverização dos pontos de resistência atravessa as estratificações sociais e as unidades individuais. (FOUCAULT, 2001, p.92).

Segundo Dagmar Meyer (2000), as relações de poder produzidas determinam como os sujeitos e objetos podem ou não ser representados. Os processos que se dão em meio ao social e à cultura são atravessados por “representações – sempre múltiplas, provisórias e contingentes – de feminino e masculino e que, ao mesmo tempo, produzem e/ou resignificam essas representações” (idem, 2004, p.15), por intermédio das correlações de poder que têm “caráter estritamente relacional”, conforme Foucault (2001, p.91).

Machado e Lavrador (2010, p.129) argumentam que “por meio dos exercícios de resistência cria-se a possibilidade de variações nos modos de vida, pois o

padecimento dá lugar à potência de agir”. Uma nova maneira de pensar e agir foi despertada pelo campo dos Estudos de Gênero, os quais também tomam esse conceito de poder para o entendimento de suas análises, pois ele “permite pensar a dominação de forma complexa e não mais estabelecida de forma exclusivamente unilateral, pelo polo dominante sobre o dominado” (MEYER, 1996, p.43). Essa forma de pensar relações de poder aponta para um prestar atenção no jogo de poder e resistência presente nas relações de gênero que as políticas públicas como a PNAISH colocam em movimento, legitimando verdades e produzindo identidades.

De acordo com Kathryn Woodward (2014), na medida em que os sistemas de classificação são construídos para nomear sujeitos, grupos e instituições, a cultura vai nos oferecendo maneiras de produzir sentidos para o mundo social e, em função disso, atua na construção de significados. É exatamente porque a cultura está implicada com os processos de significação – e, dentro deles, com a produção de posições de sujeitos – que esse conceito torna-se importante ferramenta para analisar as políticas públicas de educação e(m) saúde e, mais especificamente, para refletir sobre o caráter plural e conflitivo que envolve a constituição de paternidades e posições de sujeitos-pais. Esses modos pelos quais a cultura atua na produção e veiculação de representações de paternidade podem ser múltiplos e, muitas vezes, contraditórios.

Os significados em torno dos homens e das paternidades, produzidos por meio das linguagens das políticas públicas, geram impactos na cultura que resultam na produção de representações, conceito importante neste estudo, pelo interesse em investigar de que forma a paternidade vem sendo representada na PNAISH. Ou seja, de que modos a paternidade vai sendo descrita, nomeada e, até mesmo, qualificada no âmbito da saúde? Quem estaria autorizado a dizer o que, em que momento, dentro de quais espaços e como se legitimam determinadas representações de homens e de paternidades?

Tais inquietações guiam o andamento desta investigação, por buscar compreender como “os sistemas de representação constroem os lugares a partir dos quais os indivíduos podem se posicionar e a partir dos quais podem falar”, e “é por meio dos significados produzidos pelas representações que damos sentido à nossa experiência e àquilo que somos” (WOODWARD, 2014, p.18). Assim, o caráter produtivo da linguagem conecta-se à noção de representação.

Para Silva (2014), há um vasto percurso que liga o conceito de representação a múltiplos sentidos. Utilizo, neste estudo, a noção de representação que propõe, a partir da linguagem e dos sistemas de significação que ela propicia, indeterminação e instabilidade. A representação é produzida enquanto “inscrição, marca, traço, significante e não como processo mental” (idem, 2000, p.32). Desse modo, as representações que estão sendo analisadas neste estudo “rejeitam, sobretudo, quaisquer conotações mentalistas ou qualquer associação com uma suposta interioridade psicológica” (idem, 2014, p.90). Para estudar as representações de paternidade (re)produzidas, veiculadas e atualizadas na PNAISH, foi necessário aproximar-me da abordagem em que

[...] a representação é concebida unicamente em sua dimensão de significante, isto é, como sistema de signos, como pura marca material. A representação expressa-se por meio de uma pintura, de uma fotografia, de um filme, de um texto, de uma expressão oral. A representação não é, nessa concepção, nunca, representação mental ou interior. A representação é, aqui, sempre marca ou traço visível, exterior. (SILVA, 2014, p.90).

Essas marcas produzidas pela representação contemplam “as práticas de significação e os sistemas simbólicos através dos quais estes significados – que nos permitem entender nossas experiências e aquilo que somos – são construídos” (MEYER, 2000, p.58). A representação consiste, então, em uma relação social, independente se a olharmos como processo ou produto, sendo que “as representações circulam na esfera do social e legitimam o direito de capturar, nomear, enfim, de representar os sujeitos” (ANDRADE, 2002, p.27).

As representações de paternidade (re)produzidas, (re)atualizadas e veiculadas pelas políticas públicas, no âmbito da sociedade e da cultura, produzem identidades e diferenças. Todas as instâncias que envolvem a produção de diferenças e identidades, segundo Rosa Fischer (2001), estão relacionadas com os modos de representar.

Klein e Meyer (2008, p.128) afirmam que dentro de uma “sociedade podem conviver diversas (e, às vezes, divergentes) formas de ser pai ou mãe”. No caso desta dissertação, por exemplo, as representações culturais de paternidade incluem aquilo que as políticas públicas ensinam e (re)produzem por meio de suas prescrições e orientações. Nesse sentido,

É na representação [...] que o visível se torna dizível. É na representação que a visibilidade entra no domínio da significação. A visibilidade sem a representação realiza apenas a metade do percurso que liga a visão com a

linguagem: aqui as coisas visíveis são vistas, já, como dependentes do significado, como dependentes de representações anteriores. Só adquirem, entretanto, um significado adicional [...] quando se materializam num significado que exceda à visibilidade: quando se tornam representação. (SILVA, 2001, p.61).

Os modos pelos quais os homens estão sendo visibilizados como pais e as maneiras como a PNAISH educa-os para a paternidade, evidenciados nas relações de gênero estabelecidas pela cultura (de saúde) na sociedade, interessam ao meu estudo, particularmente por entender que são as representações de paternidade (re)produzidas, atualizadas e veiculadas pela PNAISH que capturam, nomeiam e demarcam modos de ser pai no contexto de saúde brasileiro da atualidade. Por isso, passo a discutir o conceito de gênero, sobretudo em sua dimensão relacional, a partir da emergência do campo dos Estudos de Gênero.

### 2.1.3 Estudos de Gênero

Os Estudos de Gênero emergem nos anos 1970, a partir de um grupo de feministas que passam a rejeitar explicações para as diferenças que envolvem homens e mulheres, calcadas nas diferenças anatômicas. No Brasil, o campo dos estudos se organiza, segundo Marta Farah (2004), no final dessa década, paralelo ao fortalecimento do movimento feminista no país.

Joan Scott (1995) justifica que a utilização do termo *gênero* é uma conquista das feministas contemporâneas, que buscam espaços para apontar a insuficiência das explicações para as persistentes desigualdades entre homens e mulheres, centradas, sobretudo, no determinismo biológico. No que se refere a essa discussão, Dagmar Meyer (2008) indica que as feministas se desafiaram a mostrar que as características biológicas, de modo restrito, não davam conta de explicar as diferenças impostas como resposta às desigualdades de gênero. Assim, criaram-se condições para o argumento de que

[...] são os modos pelos quais características femininas e masculinas são representadas como mais ou menos valorizadas, as formas pelas quais se re-conhece e se distingue feminino de masculino, aquilo que se torna possível pensar e dizer sobre homens e mulheres que vai constituir, efetivamente, o que passa a ser definido e vivido como masculinidade e feminilidade, em uma dada cultura, em um determinado momento histórico. (ibidem, p.14).



Na direção do que diz Meyer (ibidem), a utilização do conceito de gênero aliava-se a uma proposta que pretendia chamar atenção para a construção social das diferenças percebidas entre os sexos, discutindo como, a partir delas, atribuem-se sentidos e produzem-se hierarquias para as formas de viver as feminilidades e as masculinidades.

Michele Vasconcelos (2013, p.164), em sua tese de doutorado, que seguiu as pistas da construção de corpos que convivem em um CAPS Ad <sup>25</sup>(álcool e outras drogas), buscando seguir seus arranjos de masculinidade, aponta para a necessidade de desfazer a dicotomia natureza (sexo) e cultura (gênero), pois, para ela, o gênero, assim como o sexo, são entendidos como “construções político-culturais”. A autora problematiza pensamentos que fazem uma separação pela via da distinção e categorização dos corpos, para não sermos levados pela lógica da divisão binária que buscamos romper em nossos estudos.

O gênero se constitui como uma das formas de organização das relações sociais, mas um olhar transversal em relação a ele, muitas vezes, está ausente nas políticas públicas de educação e(m) saúde. As diferenças entre homens e mulheres são enunciadas, em muitas destas políticas, como se fossem *naturais*, por isso investir no entendimento de gênero pudesse promover, segundo Ferraz e Kraiczyc (2010), a igualdade de gênero, principalmente no caso da política de saúde elaborada na esfera do Sistema Único de Saúde. As relações de gênero que se materializam no terreno das políticas públicas, no âmbito da saúde, poderiam ser entendidas como

[...] conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1995, p.86).

Entendendo-se gênero como um modo de organização das relações sociais e como uma forma primária que atua na significação das relações de poder, pode-se afirmar que, nas culturas de saúde e cuidado vigentes, (re)produzem-se masculinidades e feminilidades aceitas e legitimadas, assim como constituem-se paternidades e maternidades que são fomentadas no âmbito das políticas públicas de saúde. O entendimento acerca das paternidades também diz respeito ao modo como se inscrevem as maternidades, na contemporaneidade, reforçando a produção

---

<sup>25</sup> Serviço especializado no cuidado e atenção integral a pessoas com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, com atendimento continuado e apoio a usuários e familiares.

de sujeitos generificados, visto que os “significados de masculino e feminino estão imbricados em toda rede de significações sociais” (Marília Pinto CARVALHO, 1999, p.36).

Segundo Joan Scott (1995, p.75), a utilização do termo *gênero* aponta para o entendimento do caráter relacional das definições que normatizam a feminilidade, sem que exista a compreensão de feminino e masculino de modo separado, mas sempre em uma relação, em que “um implica o estudo do outro”. A autora inclusive já indicava que *homem* e *mulher* são categorias ao mesmo tempo vazias e que transbordam, e explica: “Vazias, porque não têm nenhum significado último, transcendente. Transbordantes, porque mesmo quando parecem estar fixadas, ainda contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas” (ibidem, p.93).

Entendo que os meios pelos quais as feminilidades são vivenciadas incidem nas formas como elas se produzem e são permeadas pelos variados modos de vivenciar masculinidades no contexto social, político e histórico (KLEIN; MEYER; BORGES, 2013), onde se almeja

[...] um afastamento de análises que repousam sobre uma ideia reduzida de papéis/funções de mulher e de homem, para aproximar-nos de uma abordagem muito mais ampla que considera que as instituições sociais, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis, as doutrinas e as políticas de uma sociedade são constituídas e atravessadas por representações e pressupostos de feminino e masculino ao mesmo tempo em que estão centralmente implicadas com sua produção, manutenção ou resignificação. (MEYER, 2008, p.18).

A produção de masculinidades e feminilidades não se dá de modo linear e simétrico, mas passa por constantes modificações, constituindo-se por meio da educação, entendida aqui como conjunto de instâncias que ensinam os sujeitos a se reconhecerem como homens e mulheres, de acordo com o grupo a que pertencem e com a sociedade em que convivem, e envolve “estratégias sutis e refinadas de naturalização que precisam ser reconhecidas e problematizadas” (MEYER, 2008, p.17).

Nesse sentido, a desnaturalização de visões fechadas e contundentes sobre as características atribuídas, culturalmente, a homens e mulheres, atuaria para transformar os significados de masculinidade e feminilidade impostos pela cultura. Por entender que o corpo, em si, não contém uma essência feminina ou masculina, o gênero, por sua vez, não existe fora dos processos sociais e históricos de

construção de significados, sendo “uma maneira de enfatizar a dimensão socialmente construída das identidades individuais e das relações entre homens e mulheres e contrapor-se ao determinismo biológico” (CARVALHO, 1999, p.30).

Assim, não existe uma essência materna ou paterna, ambas são características construídas no âmbito da sociedade e da cultura, que impõe seus significados e (re)produz modos de ser mãe e pai num determinado tempo histórico e social. A política de saúde do homem que me propus a analisar parece impor significados, atuando na (re)produção, veiculação e atualização de paternidades e maternidades, como um mecanismo/instrumento de poder que produz saberes, orienta práticas e busca atuar na conformação de sujeitos de gênero, a partir de atualizações que veiculam representações culturais de masculinidade e de paternidade em nossa cultura.

Para me aproximar dessas representações, no intuito de problematizá-las e analisá-las, utilizei o procedimento de investigação da pesquisa documental a fim de mapear, organizar, categorizar e produzir o material empírico para o procedimento de análise cultural que me propus a realizar e que passo a detalhar na metodologia da pesquisa.

## 2.2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Os caminhos investigativos desta dissertação foram delineados, gradativa e constantemente, ao longo do estudo. Nesse contexto, foi importante ressaltar os motivos pela escolha da pesquisa documental como estratégia de produção do material empírico para o desenvolvimento da análise cultural.

Como já mencionado, a análise que busquei promover sobre a PNAISH tomou como foco as representações de paternidade que vêm sendo produzidas no âmbito de uma política pública no Brasil contemporâneo. As políticas públicas organizam-se por meio de sistemas, estruturas e relações, na medida em que passam a funcionar como “marcas linguísticas materiais, como tramas, redes de significantes, como tecidos de signos, como texto” (SILVA, 2001, p.18).

Neste estudo, foram analisadas essas marcas e esses significados materializados nos textos (de diferentes tipos) produzidos na PNAISH. Na presente pesquisa, de caráter qualitativo, a análise dos documentos ganha relevância por buscar uma aproximação com os textos que passam a (re)produzir, veicular e

atualizar determinadas proposições, saberes e ensinamentos que incidem sobre as representações culturais – neste caso, de paternidades, em nossa sociedade, na contemporaneidade. Por isso, a delimitação temporal da pesquisa é fundamental, por indicar em que momento histórico situa-se a investigação.

É importante pontuar que utilizei como material empírico os documentos compreendidos entre os anos de 2009 (data de lançamento da política) e 2014, momento de finalização, organização e categorização dos documentos pesquisados para produção do material empírico e delimitação do *corpus* da investigação e dos eixos analíticos, utilizados para construção desta dissertação. A seguir, detalho os procedimentos de investigação, os procedimentos de análise e os procedimentos éticos empregados nesta pesquisa.

### **2.2.1 Procedimentos de investigação**

Para elaboração desta dissertação, a pesquisa documental foi utilizada como procedimento de investigação, sendo considerada por Antônio Carlos Gil (2010) como um dos métodos mais utilizados nas Ciências Sociais, que se vale de documentos formulados com diferentes finalidades e estruturas. Nessa direção, a pesquisa documental permitiu a apropriação dos documentos que instituem, monitoram e, até mesmo, avaliam a política pública em foco.

Minha aproximação aos documentos oficiais da PNAISH permitiu acesso ao modo como a política foi pensada, sua estruturação, princípios, diretrizes, ensinamentos, conformação do público-alvo, dos/as técnicos/as envolvidos/as, dos materiais de apoio e divulgação, entre outros instrumentos utilizados para disseminar e fomentar intervenções em prol daquilo que a política pública deseja alcançar.

Nesse tipo de pesquisa, definir os documentos a serem pesquisados é um passo que demanda muito cuidado, principalmente para assegurar sua acessibilidade, o que Ann Bowling (2002) diz se constituir um dos aspectos fundamentais da pesquisa, pois escolher os materiais a serem investigados torna-se decisivo no momento da análise. O conjunto de documentos que respalda as ações de uma política pública é cercado de conflitos e contradições. Talvez por isso

[...] a análise de documentos de políticas não é algo simples, mas demanda pesquisadores capazes de identificar ideologias, interesses, conceitos

empregados, embates envolvidos no processo, e vozes presentes e ausentes, entre outros aspectos. [...] limites sobre o que é permitido pensar e o que tem efeito de distribuir “vozes”, uma vez que somente algumas vozes serão ouvidas como legítimas e investidas de autoridades. (MAINARDES; FERREIRA; TELLO, 2011, p.157).

Minha análise, interessada na política de saúde do homem, buscou estar atenta às orientações, mas também aos silêncios e às ausências nas legislações, debruçando-me sobre o material selecionado para produzir um *corpus* de investigação com pistas que me conduziram ao estudo das representações de paternidade (re)produzidas, veiculadas e atualizadas na PNAISH. Para isso, realizei uma série de movimentos de exploração, períodos de distanciamento e outros de imersão, a fim de mergulhar no material, em movimentos de permanência e retirada que me exigiram entrar, conforme afirma Rosa Fischer (2001, p.51),

[...] no universo da produção de significados, o que também implica mergulhar no estudo e na compreensão das lutas sociais e políticas muito específicas, relacionadas à afirmação de identidades e diferenças, bem como ao complexo cruzamento entre o político e o psicológico, entre o social e o individual.

Como coloca a autora citada, isso implica ampliar as inúmeras possibilidades de como olhamos, e também do que nos olha na linguagem do material selecionado. Dentro da multiplicidade do meu olhar e da percepção que tive sobre aquilo que me olhou, fui acessando, por meio das campanhas de divulgação, materiais em que, por meio da linguagem, conformam-se sujeitos; por meio do gênero, produz-se desigualdade, em que relações de poder produzem hierarquizações, fazendo com que deslocamentos entre aquilo que “deixamos de ser e o que vamos nos tornando” (MACHADO; LAVRADOR, 2010, p.124), direcionadas ao público-alvo da PNAISH, tornem-se possíveis.

Por isso, a pesquisa documental, envolvendo materiais oficiais lançados e/ou incentivados pelo Ministério da Saúde, por meio do financiamento destinado à implantação e implementação da PNAISH, foi utilizada como procedimento de investigação. Por se tratarem de documentos públicos, relativos ao lançamento e à implantação de uma política pública federal, utilizei o site do Ministério da Saúde como espaço de busca e fiz contato com o então coordenador-geral da política, Eduardo Chakora, após a defesa do projeto. Este disponibilizou materiais de divulgação impressos que foram (e continuam sendo) utilizados para implantação e implementação da política.

Além disso, realizei um breve mapeamento, via Portal da Transparência<sup>26</sup>, para conhecer quais estados e municípios haviam recebido o recurso financeiro disponibilizado pelo governo federal para ações da PNAISH, a fim de me aproximar de quais haviam sido utilizados em prol da paternidade. Essa busca nem sempre obteve sucesso, visto que o acesso aos documentos da PNAISH produzidos por intermédio dos estados e municípios dependia da pesquisa *on-line* e/ou da disponibilidade de gestores e profissionais encaminharem os materiais utilizados como um investimento em ações que estivessem ligadas ao tema da paternidade. O município de São Paulo disponibilizou material via correio, porém não abordava o tema da paternidade. Já a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul agendou um horário de visita à sede da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH), quando forneceu informações sobre o seu lançamento, a resolução<sup>27</sup> que a instituiu e os materiais de divulgação utilizados na disseminação da PNAISH no Estado, incluindo a paternidade em um de seus eixos. Outro importante material acessado – este por meio de informações acerca da premiação no I Seminário sobre Paternidade e Cuidado no SUS, mencionado no primeiro capítulo desta dissertação – foi a cartilha *Unidade Parceira do Pai*, lançada no município do Rio de Janeiro.

Tais meios de acesso aos materiais oportunizaram agilidade, por estarem disponíveis na internet, provenientes de diferentes instâncias governamentais, ou seja, federais, estaduais e municipais. A escolha por pesquisar os desdobramentos (projetos, campanhas, ações e orientações) da política, dentre os demais materiais acessados, como alguns produzidos por instituições e organizações não governamentais, os quais também investiam no tema da paternidade, deu-se pelo potencial da PNAISH em (re)produzir, veicular e atualizar representações de paternidade em sua implantação e implementação. Esses materiais, conforme salientou Carin Klein (2010), em sua tese de doutorado, acabam incorporando estratégias de atenção à saúde que indicam novos investimentos para a produção das formas de exercer a feminilidade/maternidade e a masculinidade/paternidade.

Durante a construção deste trabalho, debrucei-me sobre a política pública escolhida para me aproximar de seu desenho, seus movimentos e suas propostas.

---

<sup>26</sup> Disponível em: <<http://www.transparencia.gov.br/rede>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

<sup>27</sup> Resolução nº236/2014 – CIB/RS, Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2014. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1402422792\\_cibr236\\_14.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1402422792_cibr236_14.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

Nesse processo, fui buscando categorizar as pistas extraídas dos documentos, as quais possibilitaram minha análise sobre a política. Nessa direção, as dissertações de Carin Klein (2003) e Catharina Silveira (2014) foram inspiradoras para a elaboração da minha investigação, visto que ambas utilizaram a pesquisa documental como meio para a produção do material empírico, sem a utilização de métodos complementares.

Dentre o conjunto de documentos normativos, busquei, conforme salientam Elizabeth Peter e outros (2007), a análise de valores, conceitos e pressupostos tomados para condução das ações de execução da política, dividindo-os em documentos normativos, materiais de divulgação e desdobramentos, conforme indico no quadro a seguir:

Quadro 1 – Documentos analisados na investigação

<b>Documentos normativos: princípios e diretrizes</b>	<b>Materiais de divulgação</b>	<b>Desdobramentos</b>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes – Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, (BRASIL, 2009c).</p> <p>Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica (GOMES et al., 2013a).</p> <p>Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Plano de Ação Nacional PNAISH - 2009-2011 (BRASIL, 2009b).</p> <p>Relatório final – Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH(GOMES et al., 2013b).</p> <p>Avaliação das ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Relatório Final (GOMES et al., 2012a).</p>	<p>Fôlder PNAISH: <i>Pai - Uma nova vida precisa de você</i> (BRASIL, 2013c).</p> <p>Fôlder PNAISH: <i>Pai - Uma nova vida precisa de você</i>(BRASIL, 2014).</p> <p>Fôlder PNAISH: Não importa o tipo de homem que você é, seja do tipo que cuida da saúde (BRASIL, 2013b).</p> <p>Cartaz Tem momentos na vida que você tem todo o direito de ter alguém especial ao seu lado. Peça a companhia de seu parceiro (BRASIL, 2013d).</p> <p>Fôlder Lei do Acompanhante – Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja pai, esteja presente! Pai presente, cuidado e compromisso (BRASIL, 2013a).</p>	<p>Fôlder Estadual RS: Ninguém nasce pai, ninguém nasce mãe, torna-se(RGS, 2013).</p> <p>Resolução nº236/2014 – CIB/RS (RGS, 2014).</p> <p>Cartilha Unidade Parceira do Pai – Prefeitura Rio de Janeiro (BRANCO et al., 2009).</p>

Fonte: a autora (2015)

Após essa categorização dos materiais escolhidos, tive que elaborar indagações, feitas aos documentos da PNAISH, para deles extrair um conjunto de informações que me permitisse responder às perguntas da pesquisa. Tais questões serviram para direcionar meu olhar de pesquisadora, conforme exercício exemplificado no Apêndice A, para aquilo que busquei investigar – no caso, as representações de paternidade (re)produzidas, veiculadas e atualizadas na PNAISH.

Carin Klein (2003) já apontava, em seu estudo sobre as representações de maternidade no Programa Bolsa Escola, que foi preciso questionar-se sobre quem fala, o que fala, sobre o que e para quem fala, da mesma forma que me questionei sobre a PNAISH. Tais indagações e as respectivas respostas levantadas encaminharam-me para a consolidação de duas unidades analíticas, apresentadas em forma de capítulos finais desta dissertação, quais sejam: a) PNAISH e profissionais de saúde: o que isso tem a ver com a paternidade? b) Da paternidade responsável à paternidade participativa? Os dois eixos complementam-se nos espaços de saúde, visto que a política, de alguma forma, encaminha para o entendimento de que um pai vai se sentindo integrante e participante na vida de seus filhos/as na medida em que é acolhido nos espaços sociais da saúde.

Nesse sentido, utilizei alguns trechos dos documentos para visualizar permanências e rupturas nas orientações por eles apresentadas aos homens-pais e aos profissionais da saúde, no intuito de multiplicar os sentidos ali colocados.

[...] dar a ver um objeto discursivo é debruçar-se sobre o material, tentando visualizar as convergências e as regularidades daquilo que expõe, mas também procurando organizá-lo de maneira que se possa apreender as divergências e as rupturas que apontam. (SILVEIRA, 2013, p.40).

Destaco esse excerto, acima citado, por auxiliar-me no refinamento de um olhar interessado, fundamental para uma análise cultural, na medida em que são os sentidos produzidos na cultura que incidem sobre o modo como as políticas públicas atuam e vão compondo o objeto da minha investigação: representações de paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

## **2.2.2 Procedimento de análise**

A decisão pela análise cultural como procedimento de análise se deu por considerar a linguagem, expressa por meio dos documentos das políticas públicas,



um importante elemento de exame. De acordo com Carin Klein (2002), ao referir-se ao estudo das políticas de educação e(m) saúde, as análises podem funcionar como modo de intervenção política que nos permite produzir novos olhares acerca da cultura, do conhecimento, das políticas e dos programas governamentais:

As análises propostas pelos Estudos Culturais problematizam a noção de cultura como legado de um grupo ou, ainda, como conjunto de experiências humanas ligadas a costumes, conhecimentos, instituições. A cultura deixa de ser um produto dado, estático e, por isso, apenas transmitido para ser vista e pensada como um campo dinâmico e de luta que constitui o social. (ibidem, p.17-18).

Assim, a análise cultural se propõe a examinar os ditos, as permanências e as rupturas presentes na sociedade, em meio à cultura e às relações de gênero que nela se estabelecem e acabam por regular modos de ser pai e mãe nas políticas públicas da área da saúde, incidindo em representações de paternidade e maternidade presentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde. De acordo com Silva (1998)<sup>28</sup>:

As representações culturais não são simplesmente constituídas de signos que expressam aquelas coisas que supostamente "representam". Os signos que constituem as representações focalizadas pela análise cultural não se limitam a servir de marcadores para objetos que lhes sejam anteriores: eles criam sentidos. Esses sentidos são outros tantos objetos que, embora de natureza diferente, não são menos reais, em seus efeitos, que a pedra que nos atinge a cabeça. É precisamente, por parecerem "reais", por serem "reais", que esses sentidos têm efeito de "verdade".

Esses efeitos de verdade são produzidos e/ou veiculados, também, pelas políticas públicas, formuladas em um contexto social que justifica sua criação, por meio de elementos constitutivos e estruturas elementares que modelam seu desenho. Ao entender a PNAISH enquanto um artefato cultural que integra sistemas de significação que acabam definindo modos de ser pai na contemporaneidade, aproximamo-nos das representações de paternidade, por intermédio do modo de olhar proposto pela análise cultural, procedimento analítico que exige atenção quanto às implicações éticas que discuto a seguir.

---

<sup>28</sup>Material apresentado no trabalho selecionado para ser apresentado na 21ª Reunião Anual da ANPEd (1998), no GT Currículo. Disponível em: <<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Formação%20Continuada/Currículo/POÉTICA%20E%20A%20POLÍTICA%20DO%20CURRÍCULO%20COMO%20REPRESENTAÇÃO.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

### 2.2.3 Procedimentos éticos

O movimento de direcionar as escolhas que foram sendo feitas ao longo da pesquisa exigiu-me cuidado com os procedimentos éticos. Para a produção do material empírico, a pesquisadora deve ter clareza da habilidade que lhe será exigida na análise dos documentos, para que não fique apenas na conferência de informação, conforme afirmam Ceres VÍctora, Daniela Knauth e Maria de Nazareth Hassen (2000), passando a constituir um *corpus* de análise para investigação.

Assim, tornou-se necessário refletir acerca da minha subjetividade como pesquisadora. Percebi que alguns dilemas éticos foram surgindo, principalmente pelo exercício profissional na gestão de uma política pública, na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, lugar que, muitas vezes, impedia-me de ver ou trazer para discussão alguns tópicos relativos à paternidade no âmbito do SUS. O demasiado envolvimento com a implantação, o monitoramento e a avaliação de uma política pública de promoção do desenvolvimento infantil no decorrer da pesquisa foi impondo um distanciamento do contexto profissional para uma apropriação aos objetivos deste estudo, que me exigiram cuidado para problematizar e analisar sem julgar, nem denunciar, tampouco tomar como dadas as orientações e prescrições da política estudada.

Meu exercício de afastar-me das impressões trazidas pelo cotidiano da atuação profissional esteve muito demarcado na elaboração do projeto de dissertação e no momento de sua defesa e validação. Na ocasião, acolhi a demanda, indicada pela banca de qualificação do projeto, de ampliar o debate ético em minha pesquisa, aprofundando as particularidades da pesquisa qualitativa. Denise Gastaldo e Patricia McKeever (2002) indicam que pesquisas qualitativas podem não ser éticas, mesmo que sirvam para um debate importante para a produção do conhecimento, com caráter social e político, cabendo (re)pensar os impactos e as influências em relação às políticas públicas. Isso faz com que as preocupações com a ética precisem atravessar a pesquisa em todas as suas partes e etapas, e não só no trabalho de campo e na análise de pesquisas que envolvem seres humanos.

Minha reflexão sobre essa dimensão exigiu-me repensar minhas implicações éticas, suscitadas ao longo de toda a pesquisa. Muitas vezes questionei-me sobre os (des)caminhos que foram se fazendo necessários, indagando-me até que ponto

estava conseguindo me distanciar dos documentos da política para poder analisá-la, bem como busquei, em muitos momentos, um cuidado para não assumir uma postura dura, fechada e contundente, oposta ao tipo de análise que me propus a realizar. Não foram raras as vezes em que me políciei para não assumir demais os ditos da política como dados, tampouco julgar suas falhas, ausências, rupturas e contradições, inerentes ao processo de formulação, implantação e implementação de políticas públicas, principalmente na área da saúde, em que atuei cotidianamente.

Desse modo, minhas análises não vêm contra, nem a favor da política, mas implicadas a olhar de outras formas, problematizando o que está dito e veiculado. Nesse sentido, também foi preciso perceber e aceitar que nem tudo poderia ser capturado. Muitas coisas escaparam, e outras tantas vazaram em meio aos limites que foram surgindo na realização do estudo, dentre os quais destaco os limites temporais. Nem tudo pôde ser analisado no espaço de tempo do Mestrado, em que me propus realizar a pesquisa. A sensação de que não conseguiria dar conta de tudo que podia ter sido problematizado e analisado teve que ser trabalhada emocionalmente para não paralisar a continuidade do percurso da escrita.

As razões da emoção que me permitiram suportar, ou não, determinadas posições de sujeito diante das análises foram sendo trabalhadas para alcançar um preparo emocional e uma disposição psíquica suficientes para a construção, a elaboração e a delimitação na escrita da dissertação. Esses limites foram sendo demarcados para que metas exequíveis pudessem ser estabelecidas e levadas ao tempo da conclusão do Mestrado Acadêmico.

Passo, então, a apresentar, nos próximos capítulos, as análises que me permiti empreender e consegui alcançar.

### 3 PNAISH E PROFISSIONAIS DA SAÚDE: O QUE ISSO TEM A VER COM A PATERNIDADE?

A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) conta com a adesão dos gestores, dos profissionais da saúde e dos usuários para operacionalizar seus princípios e suas diretrizes, por meio de planos de ação que permitam repensar e qualificar a saúde dos homens brasileiros.

Nesta pesquisa, os documentos que compõem a PNAISH foram tomados como artefatos culturais, uma vez que veiculam ensinamentos produzidos em um determinado tempo e lugar. Os ensinamentos direcionados aos/às profissionais de saúde, no intuito de orientá-los/as para qualificar seu olhar e sua atenção para a saúde dos homens, e dentro dela, para a paternidade, compõem um importante eixo de análise nesta investigação, pois incidem sobre as representações de paternidade que são veiculadas e atualizadas pela PNAISH. Eles (re)produzem significados por meio da linguagem utilizada, que têm como objetivo a implantação e a implementação da política. Por isso, a análise da linguagem utilizada em materiais de divulgação, como os pôsteres, ajudou na compreensão de como a paternidade vai sendo (re)significada e como as representações vão se delineando por meio das orientações direcionadas aos/às profissionais de saúde.

O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Plano de Ação Nacional (2009-2011), direcionado a serviços e profissionais de saúde, inclui, no texto programático, orientações para a gestão da política, com indicações de como fazer, planejar ações e criar estratégias para alcançar os objetivos. O documento pretende ampliar ações de atendimento e acesso de homens na atenção básica, sugerindo o aumento de sua responsabilização pelo cuidado de si, o acompanhamento da gestante durante o pré-natal, a participação nas rotinas de saúde das crianças e a presença mais efetiva nos serviços do SUS, enfatizando que:

[...] as ações que são desenvolvidas no âmbito do SUS, com potencial benefício para a população masculina, assumem organização sistêmica. Dessa maneira, espera-se reverter o atual quadro de pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde. Os serviços de saúde passam agora a organizar-se com a finalidade de proporcionar, de maneira regular, os serviços preventivos, de educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica especificamente exigidos por parte deste grupo populacional, trilhando um caminho que, baseado no enfoque de gênero, certamente levará o país a modificar para melhor e de maneira acelerada seus padrões em termos de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais. (BRASIL, 2009d, p.5).

No Plano de Ação da PNAISH (BRASIL, 2009d, p.12), há orientação em relação à elaboração de “estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde, por meio de ações pró ativas de promoção e prevenção”. O Eixo II, *Promoção da saúde*, propõe intervenções no:

- Desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação (homens/mulheres/adolescentes/crianças) para a sensibilização e a conscientização visando à mudança de atitude da população masculina. (BRASIL, 2009d, p.12).
- Gerenciamento da oferta de serviços para: facilitar e ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, adequar/flexibilizar o horário de atendimento e melhorar o acolhimento nas unidades de saúde. (BRASIL, 2009d, p.13).

No Eixo III do Plano de Ação Nacional da PNAISH (2009-2011), intitulado *Informação e comunicação*, o objetivo geral é “estimular o autocuidado na população masculina, através de informação, educação e comunicação”. Nele, são propostas ações em relação ao autocuidado e à paternidade, tais como:

- Realização da Semana de Promoção da Saúde do Homem, com base em um estudo mais amplo sobre a cultura masculina e estratégias de marketing efetivas para atrair esse grupo, focando no autocuidado. (BRASIL, 2009d, p.13).
- Realização da campanha para sensibilizar o homem quanto ao seu papel na família: paternidade e planejamento da vida sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2009d, p.14).

Entretanto, as estratégias que os profissionais de saúde poderiam utilizar para promover a presença de homens dentro dos serviços de atenção básica, acolhendo-os integralmente, bem como estimulando sua participação, ainda não estão transformando a autonomia dos estados e municípios em distintas maneiras de executar ou, até mesmo, potencializar ou não as ações da política. O plano de ação da política também não apresenta uma proposta de avaliação referente aos seus resultados e impactos para que os/as profissionais de saúde possam ter parâmetros para implantação e acompanhamento de estratégias de atenção à saúde para homens.

Os textos da PNAISH apontam para algumas pistas de que o homem precisa “aprender” a cuidar, tanto de si quanto dos/as filhos/as, “tornando-se” presente, responsável e participativo. Para isso, aos/às profissionais da saúde é delegada a responsabilidade para “educar” homens, para que tenham maior visibilidade e frequência nos serviços de saúde. Márcia Thereza Couto e outros (2010) indicam que a invisibilidade dos homens nos serviços de saúde pode atuar, em certa medida,

para desqualificar sua presença e demarcar a não participação deles como uma importante dimensão de gênero a ser (re)discutida no âmbito da educação e(m) saúde.

Ao apresentar a fala de médicos/as entrevistados/as em seu estudo, Lilia Schraiber e outros (2010) apontam para um reconhecimento de que os homens apresentam demandas especiais de saúde, porém estas têm pouca visibilidade na atenção básica. Esse fato sinaliza que as relações entre gênero e saúde devem ser consideradas, visto que isso importa quando se trata da saúde de homens. Com isso, seria potencializada a proposição da política que vem como resposta aos desafios de ampliar a presença de homens nos espaços de saúde.

Todavia, uma análise crítica da política me permitiu discutir os limites da abordagem de gênero que ela assume, pois acaba por seguir demarcando as diferenças entre homens e mulheres, no sentido de mapear espaços que seriam entendidos como femininos e outros como masculinos, ressaltando, ainda mais, a desigualdade no meio social e cultural, quando produz significados e sentidos generificados para masculinidades/paternidades e feminilidades/maternidades.

Assim, essa pesquisa quer, a partir da perspectiva de gênero, pensar tais desigualdades e binarismos, auxiliando na renovação das práticas em Saúde Coletiva e nas relações que são estabelecidas entre homens, paternidades e políticas públicas no âmbito da saúde. Os modos como a paternidade vem sendo (re)significada na contemporaneidade a uma produção de significados no interior de processos educativos que a política pública coloca em movimento, seja por meio da vinculação de antigos conceitos de rupturas e/ou de incorporação de novos por parte dos/as profissionais de saúde e/ou dos usuários/as do SUS, incentivados pela PNAISH.

O compartilhamento de saberes entre gestão, profissionais e usuários/as atendidos nos serviços de saúde promove novos significados em torno da paternidade. Conformer-se com a invisibilidade dos homens nos espaços de saúde é promover sua ausência e não participação, pois,

[...] ao contrário do que se imagina, o pai geralmente está presente e, de alguma forma, passando pelas nossas unidades de saúde, embora ainda invisível para a maioria dos serviços. Nosso desafio é contribuir para que este homem se sinta valorizado como pai e tenha oportunidades de receber informações, trocar experiências, desenvolver habilidades de cuidado e formar vínculos significativos com os filhos. (BRANCO et al., 2009, p.6).

A valorização do homem como sujeito de direitos e, principalmente, como alguém que integra o processo de desenvolvimento dos/as filhos/as vai se constituindo em meio às desigualdades de gênero, aceitas e legitimadas no âmbito da nossa cultura, incluindo a cultura de profissionais e usuários/as de saúde. As diferenças entre o que se espera de homens e mulheres em relação ao cuidado dos/as filhos/as estão constantemente sendo marcadas no cotidiano dos serviços de saúde. Essa diferenciação está arraigada em um raciocínio generificado que atribui às mulheres a responsabilidade para com as crianças desde a gestação e invisibiliza os homens nas ações de cuidado.

Marlucy Paraíso (2011), em seu texto *Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender*, fruto da investigação de Projetos de Intervenção Pedagógica das escolas da Rede Municipal de Educação em Belo Horizonte, analisou de que modo os currículos das escolas produzem, por meio de ensinamentos e práticas, uma série de raciocínios generificados que atribuem aos meninos capacidades distintas das meninas, convidando-os/as a assumir “condutas adequadas” para cada gênero. Quando não assumem as condutas consideradas “adequadas”, alguns/algumas estudantes têm uma percepção de si mesmos como fora da regra, em falta e/ou inadequados/as.

Paraíso (ibidem), ao salientar essa diferenciação na educação de meninas e meninos, em seu estudo sobre os raciocínios generificados no currículo escolar, acaba por sinalizar diferenças no processo de aprendizagem. Essa ideia parece estar alinhada com o seguinte entendimento:

Os alicerces da masculinidade são lançados na infância do menino, na sua experiência com a família, na escola, e com os amigos da mesma idade. Estes formam no seu conjunto, o quadro primário da “socialização masculina”: o processo que orienta a conformação do que é ser homem em nossa sociedade. (PINTO; MENEGHEL; MARQUES, 2007, p.242).

Nesse sentido, Andréia Pinto, Stela Meneghel e Ana Paula Marques (ibidem) indicam que para o homem ser considerado “macho” precisa disfarçar e/ou distanciar-se da afetividade, mecanismo de resistência que se constrói pelo processo da educação diferenciada para cada gênero.

A discussão das autoras auxilia-me a pensar nos homens no âmbito da PNAISH, pois, ao mesmo tempo em que a política estimula os/as profissionais de saúde a acolher os homens-pais nas ações de cuidado consigo e com suas famílias, coloca-os como sujeitos que precisam aprender sobre algo que não possuem – esse

algo que falta está ligado às noções de afeto, o que poderia afastá-los de alguns sentimentos como se fossem unicamente permitidos e/ou vivenciados pelas mulheres. Isso acaba por reforçar que ser homem em nossa sociedade é distanciar-se das práticas de saúde, cuidado, carinho e atenção. Dessa forma, em muitos momentos, essas iniciativas seguem sendo pouco incentivadas nos homens, o que poderia desencadear resistência diante das intervenções das equipes de saúde. Ao seguir indicando ao homem uma posição de acompanhante (ou seja, secundária), seja da mulher, seja em relação aos/às filhos/as, ainda distante da posição de protagonista no ato de cuidar, tanto de si, quanto dos outros, inscrevem-se marcas materiais que produzem representações de um homem distante, desinteressado e alheio ao processo de cuidado.

Para romper com as representações que distanciam os homens dos serviços de saúde ou o colocam numa posição secundarizada no ato de cuidar de seus filhos e filhas, a PNAISH, em seu documento-base *Princípios e diretrizes* (BRASIL, 2009c), incentiva ações, visando a promover maior participação e inclusão dos homens nos espaços de saúde, locais em que os/as profissionais precisariam assumir uma postura diferenciada para:

“Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas” e “Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado da saúde.” (BRASIL, 2009c, p.55).
---

Na perspectiva da política, a promoção de ações educativas para esse grupo populacional precisa ser disparada e/ou estimulada pelos/as profissionais. Para isso, a equipe de saúde necessita desenvolver um olhar diferenciado sobre a dimensão de gênero, de forma a aproximar as demandas dos/as usuários/as às possibilidades do serviço e os profissionais de saúde precisariam focar o cuidado de maneira positiva em sua relação com os homens, conforme salientam Jorge Lyra e Ricardo Castro (2014), ao acreditarem que essa positividade pode se produzir a partir da mobilidade de dispositivos como a mídia e/ou nas políticas públicas.

O projeto de pesquisa *Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica* (GOMES et al, 2013a) compõe um dos documentos selecionados para esta análise. Tem como proposta fomentar essas práticas positivas nos serviços de saúde, com a



intenção de investigar se o compromisso de fortalecer a PNAISH, assumido pelos municípios, se consolidou nos serviços de atenção básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família. Foram selecionados para participar da amostra municípios que receberam recursos da PNAISH em 2009 ou 2010 e com o Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica (PMAQ-AB) homologado. O estudo é semelhante ao projeto de pesquisa *Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)* (GOMES et al. 2013b), que buscou verificar, por meio dos/as profissionais de saúde que atuam no território em que a política vem sendo implantada e implementada, a realização de alguns requisitos. No quadro a seguir, destaco aqueles que produziram pistas de análise em meu olhar sobre o material empírico:

Quadro 2 – Requisitos buscados pelo Projeto de Fortalecimento e Disseminação da PNAISH junto aos municípios que implantaram a PNAISH

- Cadastro atualizado da população masculina no território;
- Busca ativa de homens pela equipe de saúde para a realização de ao menos uma consulta/ano;
- Oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina;
- Incorporação dos homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar;
- Ampliação da participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança;
- Oferta de exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino.

Fonte: Gomes (2013b, p.19)

Esse conjunto de orientações ao trabalho dos/as profissionais de saúde não destaca, em nenhum ponto, o quanto esses temas estão atravessados pela cultura de uma sociedade. Em uma sociedade na qual os homens não estão autorizados a se mostrarem frágeis e rejeitam – conforme a própria PNAISH indica – a possibilidade de adoecer, a abertura de horários alternativos de atendimento, por si só, levaria os homens até os serviços? Os espaços de saúde são, culturalmente, demarcados como femininos e seguem reproduzindo uma lógica de atenção generificada. Do mesmo modo, trazer os homens para as estratégias de planejamento reprodutivo parece contraditório, na medida em que, por exemplo, se

verificam muito mais métodos contraceptivos disponíveis às mulheres na rede básica de saúde do SUS do que se oferta aos homens.

Em relação à participação dos homens nas rotinas de pré-natal, parto, puerpério e no acompanhamento da criança, levantadas pelo projeto de pesquisa de fortalecimento da PNAISH(GOMES et al.,2013a),houve pouquíssimos relatos de participação dos homens-pais e, em oito unidades participantes, nenhuma atividade especial destinada para homens. Isso demonstra o quanto os/as profissionais necessitam ser qualificados/as para absorver as orientações do plano de ação da PNAISH, bem como precisam estar sensibilizados/as para dar visibilidade às questões que envolvem o gênero como um marcador social que, nesse caso, funciona inibindo a presença de homens nos serviços de saúde, bem como sua participação em práticas de cuidado em saúde. Da mesma forma, e como aponta a pesquisa em foco, para que homens utilizem, por exemplo, a oferta de exames do pré-natal, disponíveis a eles, ações de acolhimento e sensibilização não seriam suficientes, pois isso demandaria uma mudança cultural mais ampla que não está pautada na introdução do documento-base *Princípios e diretrizes* da PNAISH, onde a política segue afirmando que homens têm dificuldades de reconhecimento das suas demandas, reforçando que ações não são direcionadas a eles:

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde da criança, o adolescente, a mulher e o idoso. (BRASIL, 2009c, p.14).

Este excerto, extraído do documento-base da PNAISH, traz uma pista que sinaliza para o entendimento de que a resistência na adesão a ações direcionadas para homens também pode ser um reflexo da ausência de ofertas para esse público nos serviços de saúde, o que demandaria maior atenção dos/as profissionais de saúde. Porém muitas vezes a lógica de formação desses/as profissionais não os/as sensibiliza para esse olhar. Por isso, a relevância de situarmos, conforme Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (2004, p.42),

[...] a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos

epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Nesse sentido, Émerson Merhy e Rosana Onocko (1997) acreditam que são as formas como são estruturados e gerenciados os processos de trabalho que ocasionam os nós críticos nas tentativas de transformação do modelo tecnoassistencial no campo da saúde, no Brasil. Nesse sentido, no gerenciamento dos processos de trabalho, a sociedade tem o direito e o dever de participação das discussões e decisões na formulação execução e avaliação das políticas públicas, por meio do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No território em que a política vem sendo implantada, é necessário que o compromisso dos/as gestores/as e profissionais de saúde se alinhe, também, ao controle social para implementação das ações. Para se aproximar da execução dos estados e municípios em relação à política, foi realizada uma pesquisa avaliativa da PNAISH, material produzido em parceria com o Ministério da Saúde, portanto considerado como documento oficial e utilizado para a produção do material empírico desta dissertação, que investigou a PNAISH, em território nacional<sup>29</sup>, utilizando, como um de seus métodos, entrevistas com os usuários dos serviços. As principais queixas de saúde dos homens, de acordo com os entrevistados e as observações no âmbito das unidades de saúde, estão relacionadas a sintomas percebidos como sendo agudos, que dificultam as atividades de trabalho, doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes. São mencionadas, ainda, queixas vinculadas às infecções de transmissão sexual e impotência (GOMES et al., 2012a).

No texto da pesquisa avaliativa, em seu relatório final, foi possível perceber, entre as observações realizadas nos serviços de saúde – local em que homens começam a protagonizar os processos do cuidado em saúde –, uma significativa presença de homens, o que demonstra que eles não estão ausentes, mas, sim, pouco visibilizados nos espaços de saúde. No entanto, como indicado pelos estudos já mencionados, os homens ainda buscam o serviço na lógica curativa, e não para prevenção. Tanto que foram identificados, em alguns depoimentos, um entendimento de que a PNAISH está “reduzida a problemas urológicos, mais especificamente ao câncer prostático, em detrimento de outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens” (GOMES et al., 2012a,

---

<sup>29</sup> A avaliação investiu na “triangulação de métodos, de análises e de distintos aportes disciplinares, aumentando a complexidade de suas análises” (BRASIL, 2012a, p.9).

p.34), o que descaracterizaria a proposta de promoção da saúde e a atenção integral anunciada pela política.

O relatório final produzido pelo estudo propiciou uma aproximação com o entendimento dos/as profissionais de saúde acerca da PNAISH (ibidem), tornando-se um documento oficial importante para mapear os aspectos da política que precisariam maior investimento, em termos de sua implementação. Em seus achados, indica:

Os “objetivos dos planos de ação são genéricos, vagos e não podem ser traduzidos em resultados”. (GOMES et al., 2012a, p.22).

“A principal atividade em 2010 da maior parte dos gestores e equipes foi realizar a capacitação de profissionais de saúde nos estados e nos municípios”. (GOMES et al., 2012a, p.24).

“Entre os profissionais com alguma informação acerca da política, em geral ela é percebida com certa positividade. Isso necessariamente não anula a ampla polissemia que atravessa a discussão, nem algumas críticas a ela dirigidas.” (GOMES et al., 2012a, p.33).

Esse conjunto de relatos dos/as profissionais que atuam no território nos serviços, em relação à PNAISH, sinaliza que a capacitação ainda não atingiu a prática profissional cotidiana, visto que ainda existem resistências, polissemias e críticas que atravessam a execução da política nos estados e municípios do país. Os planos de ação não parecem muito claros e, por isso, são pouco operacionalizados, mas aqueles/as que conseguem se aproximar da proposta a acolhem com positividade.

Nos locais pesquisados, nenhum dos serviços de saúde soube informar o percentual de homens atendidos na atenção básica, na faixa etária entre 20 a 59 anos. Isso permitiria um mapeamento dos resultados de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças suscitadas pela PNAISH, já que foi constatado o interesse dos/as profissionais de saúde, em especial enfermeiros/as e agentes comunitários/as, em acolher as demandas dos homens. Um movimento de ampliar o número de homens, reduzido em relação às mulheres, torna-se um desafio para os/as profissionais da atenção básica.

Contudo, os/as gestores/as relataram, na mesma pesquisa de avaliação das ações iniciais da implantação da PNAISH (Gomes et al. 2012a), que percebem uma dupla resistência nas ações em prol da saúde dos homens: o próprio público-alvo,

que resiste em buscar os serviços do SUS, e os/as profissionais de saúde, que muitas vezes não estão abertos a se capacitarem para atuarem com a PNAISH. Na mesma direção, alguns/algumas dos/as profissionais de saúde que atuam no cenário dos serviços demonstram que todo o conjunto de orientações na política – de um acolhimento diferenciado para homens, de estímulo às ações de cuidado e de atenção integral – não consegue ser operacionalizado por eles/as. Talvez, por isso, mesmo existindo interesse de ampliar a participação de homens nas atividades desenvolvidas, ainda pouco se efetivou em termos de ações em prol da saúde dos homens, nos municípios que aderiram à PNAISH.

A investigação<sup>30</sup> de Gomes e outros (2012b), vinculada à pesquisa maior de avaliação das ações iniciais da implantação da PNAISH – Relatório Final –, se dedicou a estudar os sentidos atribuídos pelos sujeitos envolvidos em sua execução, no intuito de mostrar como uma política, elaborada em todo país, produziu significados nos contextos locais. Mostrou-se que ainda existem diferentes sentidos atribuídos à política, até mesmo pelo número de casos em que os sujeitos entrevistados relatam baixa familiaridade ou nenhum conhecimento sobre a PNAISH, o que permitiu entender que muitos/as profissionais de saúde atuantes no SUS desconhecem a PNAISH e aqueles/aquelas que têm algum tipo de informação consideram-na uma ação importante.

Como decorrência, e no intuito de aproximar tanto os/as profissionais de saúde quanto a população das ações propostas pelas PNAISH, materiais como pôsteres e cartilhas passaram a ser elaborados<sup>31</sup>. O conjunto de materiais de divulgação, considerado nesta pesquisa como integrante dos documentos oficiais, foi fundamental para construção das categorias analíticas, pois alicerça o movimento de disseminação da política, que tomo para ser problematizado e analisado ao longo da investigação.

Considerando a participação dos homens como algo positivo, a prefeitura do município do Rio de Janeiro elaborou uma cartilha intitulada *Unidade Parceira do Pai*, utilizada para sensibilizar gestores/as e profissionais a diferentes olhares acerca dos homens e da paternidade nos espaços públicos de saúde. Algumas afirmações

---

<sup>30</sup> A investigação utilizou o método de narrativas e entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde de cinco municípios de diferentes regiões do país. Os municípios foram Rio Branco (AC), Goiânia (GO), Petrolina (PE), Rio de Janeiro (RJ), Joinville (SC).

<sup>31</sup> Os pôsteres utilizados foram aqueles lançados entre o ano de 2009 e 2014, porém com circulação restrita em alguns serviços de saúde dos estados e municípios brasileiros.

apresentadas na cartilha são trazidas para a análise, visto que esse material é um desdobramento que explicita a importância da contribuição/adesão dos/as profissionais de saúde para a execução da PNAISH na capital carioca.

“Unidades de saúde podem se constituir num espaço privilegiado para a formação de um novo modelo de pai, mais afetuoso e participativo.” (BRANCO et al., 2009, p.3).

“A inclusão dos homens-pais nos serviços é um novo desafio.” (BRANCO et al., 2009, p.6).

Minimizem sua “distância histórica dos pais, com a formulação de novas práticas que implicam na revisão de concepções de gênero, família, paternidade e maternidade tradicionais”. (BRANCO et al., 2009, p.6).

Necessidade de “preparo dos gestores e de toda unidade de saúde, com reformulação de rotinas”. (BRANCO et al., 2009, p.6).

“A equipe de saúde pode desenvolver ações com diferentes setores da sociedade, promovendo a valorização do cuidado paterno.” (BRANCO et al., 2009, p.17).

Quando o material estimula que as unidades de saúde se tornem parceiras do pai, ou seja, atuantes na promoção do cuidado paterno, investem na direção de que esses espaços possam se tornar lugares potentes e constituidores para outras representações de paternidade, em que gestantes, mulheres e crianças possam viver cercadas de afeto e da participação dos homens. Assim, “o pai deixará de ser um mero espectador e se tornará atuante e parceiro no cuidado com a família” (BRANCO et al., 2009, p.7). Contudo, esse trabalho requer investimento e problematização, no sentido de considerar o contexto social e cultural em que estes homens-pais e seus/suas filhos/as estão inseridos/as.

A parceria do homem-pai, tão almejada nos textos da cartilha *Unidade Parceira do Pai*, exige maior envolvimento da sociedade, dos/das profissionais de saúde, das próprias famílias, das empresas públicas e privadas, pois o homem poderia se aproximar dos serviços de saúde ao sentir-se acolhido e levado em conta nas decisões em relação aos cuidados com os/as filhos/as, seja no âmbito familiar, seja no âmbito social.

O envolvimento dos/as profissionais de saúde para promoção de um pai mais parceiro e participativo requer uma incorporação do conceito de gênero que possibilite a compreensão de que “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais e institucionais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” (SCOTT, 1995, p.86). Ou seja, define-se, fundamentalmente, a partir das construções sociais e culturais que demarcam diferenças nas formas de viver de

homens e mulheres, constituindo o que entendemos como masculinidades e feminilidades. Assim, o gênero atua como um marcador social que define, de alguma forma, comportamentos esperados, in/desejados e in/adequados para homens e mulheres.

Portanto, se o/a profissional de saúde não consegue romper com representações hegemônicas de paternidade/masculinidade e maternidade/feminilidade, irá distanciar-se de orientações a homens e mulheres, em prol da igualdade de gênero na relação do cuidado com os/as filhos/as. Nessa direção, revisar conceitos e promover estratégias de educação e(m) saúde para homens e mulheres torna-se desejável a fim de destacar aspectos que merecem ser revistos. É preciso ampliar a discussão sobre a legislação que, praticamente, não fornece aos homens respaldo para ter mais disponibilidade de tempo com as crianças, maior período de licença-paternidade, apoio para sair do trabalho em prol do cuidado com os filhos/as, sem arcar com as possíveis consequências que atitudes em prol da participação e da maior presença no cotidiano doméstico possam desencadear. Se analisarmos, hoje, ainda existem poucas ou escassas ações no país em relação a tais demandas.

Pensando no gênero, de modo relacional, podemos afirmar que, ao constatar as poucas ações e possibilidades dadas aos homens-pais de cuidar, educar e participar mais da vida de seus/suas filhos/as, sobrecarrega-se a mulher da responsabilidade de dar conta disso. Assim, ela precisa trabalhar, faltar ao trabalho quando precisa cuidar de um/a filho/a doente (pois geralmente o pai não tem legitimidade para isso), comparecer nas reuniões da escola, fazer os serviços domésticos etc. Dessa forma, reproduzimos as desigualdades sociais e culturais, e cada um/a permanece ocupando os mesmos lugares, o que justifica a dificuldade de algumas políticas da atingir objetivos mais amplos, pois esse pensamento ainda rege os/as gestores/as das políticas, profissionais de saúde e, talvez, muitos/as dos/as usuários/as da saúde. Pouco vasa, pouco escapa desta lógica.

No folder *Pai - Uma Nova Vida Precisa de Você*, em sua primeira versão (BRASIL, 2013c, p.2), há orientações direcionadas às equipes de saúde, retiradas da cartilha *Unidade Parceira do Pai*, tais como:

- Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens.

- Incluir os homens e pais nas rotinas dos serviços e convidá-los para as consultas, exames e atividades de grupo relacionadas ao cuidado com seus filhos e parceiras, tais como contracepção, teste de gravidez e acompanhamento pediátrico.
- Incentivar a participação dos pais no pré-natal, parto e pós-parto e dar a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical e/ou dar o primeiro banho. Divulgar o direito de eles acompanharem o parto.
- Facilitar a presença dos pais nas enfermarias, acompanhando seus filhos internados.
- Promover com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero.
- Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.
- Propor adaptações no ambiente de modo a favorecer a presença dos homens, tais como cadeiras, camas, banheiros masculinos, divisórias, cartazes e revistas.
- Dar visibilidade ao tema cuidado paterno, incluindo-o nas diferentes atividades educativas realizadas pela unidade, como: contracepção, pré-natal, aleitamento, grupos de adolescentes, pais e idosos.
- Oferecer horários alternativos, tais como sábados e terceiro turno, para consultas, atividades em grupo e visitas a enfermarias, a fim de facilitar a presença dos pais que trabalham.
- Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.

Com a intenção de incluir os homens no cotidiano dos serviços de saúde, incentivando sua participação nas rotinas de pré-natal e divulgando seu direito de acompanhar o parto. A garantia de livre escolha da mulher sobre quem acompanhará o nascimento de seu/sua filho/a, quando ela opta por ser acompanhada pelo pai do/a filho/a, pode enfrentar barreiras institucionais, pois muitos e muitas profissionais de saúde ainda percebem a presença do homem como alguém que pode atrapalhar e/ou tirar a privacidade das demais mulheres dentro dos espaços de pré-parto e parto dos serviços de saúde.

Cátia Martins e outras (2014) sinalizam, por meio do acompanhamento dos relatórios produzidos pelos apoiadores institucionais de maternidades, que existe uma “moral de gênero” que sustenta a não participação dos homens na cena do parto, como acompanhantes. A livre escolha da mulher, muitas vezes, é deixada de lado quando esta escolhe ser acompanhada por um homem, e não pode ser atendida em função da privacidade das demais parturientes; isso acaba não respaldando o direito dos homens-pais de presenciarem o nascimento de seus/suas filhos/as.



Então, mesmo que o acompanhante para o momento do parto seja de livre escolha da mulher, esse direito não está totalmente assegurado nas maternidades brasileiras. A Lei do Acompanhante, nº 11.108, de 7 de abril de 2005, já completou 10 anos e ainda é, segundo Jorge Lyra e Ricardo Castro (2014), muito negligenciada, mesmo que o acompanhante para o momento do parto não seja, necessariamente, um homem. No Caderno HumanizaSUS – Volume 4 (BRASIL, 2014), tais autores relatam suas experiências e apresentam a frustração de que somente o estímulo à realização de grupos de pais em espaços de saúde, como maternidades e postos – para que esses mesmos pais enfrentassem negativas no momento de participar da cena do parto – levou-os à compreensão de que a inclusão dos homens-pais ultrapassa a educação e a sensibilização dos homens, necessitando de preparo institucional e reavaliação na execução das políticas públicas.

Maria Angélica Andrade e outros (2014), no intuito de garantir que os direitos da gestante sejam assegurados e respaldar o direito do acompanhante, para que esse acompanhamento seja encarado como uma prática que pode contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil, em sua experiência de apoio institucional em uma maternidade filantrópica, ao longo do ano de 2010, relatam:

Havia uma crença de que apenas os médicos e o enfermeiro eram os responsáveis pela efetivação das diretrizes dentro da instituição e também não viam ‘com bons olhos’ a inclusão do homem como acompanhante da parturiente desde o pré-parto e expressavam o medo de que qualquer acompanhante na cena do parto iria atrapalhar seu trabalho. (p.408).

Essa compreensão dos profissionais de saúde em relação à inclusão do homem como acompanhante reitera representações de paternidade que seguem um caminho inverso daquele que a PNAISH propõe. Esse entendimento da equipe de saúde priva as mulheres de seu direito, bem como pode contribuir para afastar as crianças de um ambiente seguro e com envolvimento afetivo do homem-pai, enquanto membro participativo da família na hora do nascimento.

Se a política segue estimulando a participação dos homens, como entender que homem atrapalha e não está autorizado a participar? Isso incidiria nas marcas e nos traços contraditórios em relação à paternidade dentro de um sistema de saúde que se propõe a ser único e universal. A garantia do direito ao acompanhante de livre escolha da parturiente, desde o trabalho de parto, o parto e o pós-parto

imediatamente, instituída por meio de legislação federal, segue enfrentando dificuldades em sua implementação.

Jorge Lyra e Ricardo Castro (2014) defendem a participação mais igualitária dos homens, entendendo o processo de parir como um momento familiar, independente do modelo de família, cujo protagonismo seja respeitado e não repassado à equipe de saúde. Contudo o lugar do pai, no momento do nascimento, ainda não é reconhecido. Além disso, existem impasses, no sentido de respeitar a mulher e garantir o seu direito de escolher outro acompanhante que não o pai, do mesmo modo que o direito do homem de não se sentir preparado para acompanhar o parto não deveria ser encarado como fragilidade e/ou inadequado para as características de força e coragem, ligadas à masculinidade.

Certamente, esses impasses são produtos de tensões, contradições e conflitos que cercam a temática dos direitos de homens e mulheres em sua vivência de paternidade e maternidade. Os direitos tidos como universais são multiplicados e, muitas vezes, fraturados, conforme indica Dagmar Meyer (2005, p.93), no sentido da conflitualidade entre direitos sexuais e reprodutivos, direitos da mulher, direitos da criança, do adolescente, e, até mesmo, do feto. Instituem-se novos sujeitos de direitos que entram em cena, por exemplo, os direitos do pai em estar e assistir à cena do parto:

Essa multiplicação e essa fratura nos colocam diante de um desafio muito difícil de dimensionar, problematizar e enfrentar, quando os direitos de alguns sujeitos incidem sobre, contestam, ou colocam em suspenso os direitos mútuos e/ou os de outros sujeitos com os quais estes se relacionam.

A autora ajuda a pensar no “caráter dinâmico, de construção histórica e social” dos sujeitos de direitos, no sentido de que eles acabam por incorporar conflitos e divergências difíceis de gerir, na medida em que, quando mais de um sujeito de direitos vivencia processos decisórios, o direito de um pode convergir, divergir ou, ainda, sobrepor-se aos direitos do outro.

Quando o pôster nacional sobre a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2013a) que destaca a importância do acolhimento dos homens pela equipe de saúde, desde a gestação, não questiona, nem mesmo problematiza essa noção de direito, estimulando a participação do homem, sem incluir a mulher em relação às demandas de inclusão do homem-pai, com o devido espaço que precisará permitir a ele, provavelmente não promoverá uma gestação saudável, mas seguirá reforçando

um olhar com diferenças nos direitos e nos deveres de homens e mulheres, pais e mães. Nesse sentido, as orientações da política deixam de considerar essa complexidade contida na noção de direitos envolvidos na vivência do nascimento de um/a filho/a, podendo desencadear dificuldades para que os/as profissionais de saúde atendam as demandas da PNAISH.

Assim, o conjunto de ofertas aos homens a serem operacionalizadas pelas equipes de saúde, muitas vezes, não consegue se concretizar na prática dos/as profissionais de saúde. Nem sempre o “trabalho vivo em ato”<sup>32</sup> (MERHY, 2002) e a configuração de sentidos nos modos de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2009) encontram lugar para tantas atividades voltadas a um entendimento mais amplo sobre a importância da participação dos homens nos espaços de saúde. A temática ainda necessitaria de um cuidado nas rotinas dos/as profissionais de saúde, com um olhar que levasse em conta a dimensão relacional do gênero. Portanto, a prática profissional, no campo da saúde, precisa abrir-se para apreender/reconhecer os diferentes significados que as mesmas palavras, prescrições e ensinamentos podem assumir, de forma a escapar de processos que seguem reforçando os binarismos entre homens e mulheres, pais e mães e a distância dos homens e de seu acolhimento nos serviços de saúde. Então, como promover no cotidiano uma paternidade mais participativa? Ou, ainda, potencializar uma paternidade responsável e participativa, no sentido de respaldar em direitos e assumir deveres para com os/as filhos/as, a fim de apropriar-se do desenvolvimento das crianças?

Esses questionamentos não vêm fechar a discussão proposta até aqui. Ao contrário, servem para provocar uma série de reflexões sobre a produção de paternidades apontadas pela análise em torno das representações de paternidade na PNAISH, no eixo analítico que segue no próximo capítulo da dissertação.

---

<sup>32</sup> Expressão utilizada por Émerson Merhy para designar o “trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY, 2002, p.282).

#### 4 DA PATERNIDADE RESPONSÁVEL À PATERNIDADE PARTICIPATIVA?

Muitas das orientações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem estão centradas no saber médico, mas os aspectos políticos têm sua presença demarcada, principalmente no que diz respeito ao estímulo e, até mesmo, ao chamamento do homem-pai a conhecer os seus direitos e as legislações atuais.

Na análise do documento-base que normatiza os princípios e as diretrizes da política (BRASIL, 2009c), fui localizando apenas pistas sobre a temática da paternidade, sendo que o diagnóstico geral dos indicadores que desencadearam a PNAISH direcionava maior ênfase a situações extremas, como a incidência de doenças e principais causas de morte. Ao se encaminhar para uma atenção em relação à paternidade, a política sugere buscar a inclusão dos homens nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, objetivando, de algum modo, responder a demandas e críticas feitas por estudos acadêmicos e por movimentos sociais que vinham sinalizando, reiteradamente, que planejamento sexual e reprodutivo não era coisa de homem. Para responder a tais demandas, a política busca um enfoque na paternidade responsável.

A política, ao referir-se à *paternidade responsável* utiliza a palavra *inclusive* como um recurso, a fim de estimular a inclusão e a participação dos homens, ao dizer “enfocando inclusive a paternidade responsável”, em um dos objetivos específicos da PNAISH (BRASIL, 2009c, p.54). A palavra *inclusive* é definida pelo dicionário<sup>33</sup> como uma “inclusão, de modo que fique compreendido ou incluído”, e *incluir* significa “encerrar, fechar (dentro de alguma coisa); compreender, abranger, inserir, introduzir, envolver, implicar” (RIOS, 1995, p.414). Então, a utilização de tal palavra potencializa a discussão sobre o tema da paternidade, que foi gradativamente se ampliando e se inserindo nos materiais de divulgação da política. Foi algo inserido, compreendido como importante e que se produziu como uma implicação essencial para promover a saúde para homens.

Nesse mesmo documento que estabelece os princípios e as diretrizes da PNAISH, a paternidade também foi brevemente mencionada, no tópico *Direitos sexuais e reprodutivos*, com as seguintes afirmações:

---

<sup>33</sup> Faço uso do dicionário como um recurso de análise, a fim de ampliar as discussões sobre os sentidos que as palavras vão assumindo no âmbito desta investigação. Com isso, não pretendo marcar ou fechar nenhum desses sentidos; pelo contrário, o que esse recurso evidencia é o quanto a linguagem é fluida.

“É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não ter filhos, como e quando tê-los, bem como de acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.” (BRASIL, 2009c, p.28-29).

Essa afirmação visa a respaldar o direito do homem em participar durante o processo de optar por ter filhos/as, em que momento e como garantir que ele acompanhe seus/suas filhos/as desde a gestação e ao longo da vida. Contudo, essa participação implica decisões consensuais, por se tratar sempre de dois indivíduos que podem ter seus direitos em conflito diante de assuntos referentes a temas como os direitos sexuais e reprodutivos. Meyer (2004) enfatiza que a definição de direitos reprodutivos inclui uma tensa questão entre o direito de cada casal e de cada um, ou seja, dois indivíduos e seus direitos de decisão individuais sobre a vontade ou não de ter filhos/as, o número planejado, o espaçamento entre eles/as, os meios para evitar a concepção – enfim, nem sempre tais decisões terão consenso e harmonia em relação às escolhas de cada um e à decisão de ambos. A autora defende:

As análises e intervenções que envolvem os domínios da reprodução humana e da sexualidade devem considerar as relações entre mulheres e homens e as muitas formas sociais e culturais que os constituem como “sujeitos sexuais e de gênero”. Como sujeitos de direitos reprodutivos que os homens também são, eles deveriam ser educados como seres capazes de cuidar de sua própria saúde sexual e reprodutiva, com a mesma intensidade com que se investe na educação das mulheres nessa direção. (MEYER, 2004, p.98).

A inclusão dos homens no momento do planejamento da vida sexual e reprodutiva também exige que a mulher disponibilize espaço e legitime seu poder de decisão. O uso do conceito de gênero supõe o entendimento de que os aspectos biológicos não se fazem determinantes nos modos de ser mulher e homem, tampouco constituem lugares fixos e permanentes às feminilidades e masculinidades. O conceito de saúde reprodutiva nasce, de acordo com Lucila Scavone (2004), no âmago da reivindicação por autonomia às mulheres em relação ao poder de decisão sobre a contracepção.

Para Maria Betânia Ávila (2003), a relação que os homens estabelecem com a sexualidade e com a reprodução está marcada pelo padrão das relações sociais desencadeadas a partir das desigualdades de gênero. O distanciamento dos homens dos assuntos ligados à reprodução e aos cuidados paternais, ao mesmo

tempo, provém e incide sobre relações diferenciais de poder que conferem ao homem o “direito” de delegar à mulher a responsabilidade com a prevenção da gravidez indesejada e, até mesmo, de doenças sexualmente transmissíveis. Alterar esse modelo hegemônico demanda uma mudança cultural, na busca em atribuir outros sentidos sociais para a contracepção, a paternidade e a maternidade, buscando constituir relações mais igualitárias no trabalho doméstico, na constituição de políticas públicas de educação e(m) saúde e, especialmente, nas rotinas diárias de cuidado com os/as filhos/as.

O movimento de responsabilizar o homem para que ele possa se tornar um sujeito participativo em relação à paternidade se desenha, na política, como uma transição que demandaria a mudança de um descompromisso para um dever e, simultaneamente, um direito. De acordo com Maria Siqueira (2000), as premissas utilizadas para o planejamento das ações em saúde reprodutiva traziam consigo um entendimento de que os homens não assumiam suas responsabilidades, considerando que seguir com propostas de intervenção que considerassem o homem como auxiliar da mulher tornava-se pouco efetivo, perdendo-se nesse processo a dimensão relacional do gênero. Levar em conta a perspectiva de gênero significa focalizar a reprodução como

[...] um processo relacional e não como evento isolado na trajetória de homens e mulheres, recuperando-se as especificidades de gênero. Ademais, problematiza-se a participação dos homens como atores sociais com necessidades concretas que devem ser consideradas não apenas nas suas relações com as mulheres mas, também, no próprio processo de constituição das masculinidades e suas vicissitudes, incluindo aqui a sexualidade, a relação com o próprio corpo, a saúde e a reprodução. (SIQUEIRA, 2000, p.162).

Para isso, o campo da saúde precisaria, segundo Ávila (2003), propiciar um deslocamento do espaço de sustentar práticas que apostam no poder e saber médicos, por meio do controle, da produção e da regulação da vida sexual e reprodutiva, para a promoção integral da garantia de direitos como um compromisso com a democracia da vida social e familiar dentro e fora dos serviços de saúde. Isso remete, nesta pesquisa, ao entendimento de que os saberes que se articulam nos campos da saúde sexual e reprodutiva e dos seus direitos dizem coisas para mulheres e homens de maneiras distintas.

Mesmo com a inserção das mulheres na vida pública, conforme aponta Siqueira (ibidem), as responsabilidades na vida privada, como a divisão das tarefas

domésticas, o cuidado com os/as filhos/as e o planejamento familiar são atribuições ainda consideradas femininas, o que as coloca em situação de desigualdade em relação aos homens e dificulta ainda o compartilhamento da responsabilização na esfera da reprodução. Dessa forma, é necessária uma problematização do pensamento de que as mulheres estão naturalmente preparadas para a criação dos/as filhos/as e que, com isso, a paternidade seria substituível ou pouco valorizada/visibilizada. Esse entendimento, segundo a autora, legitima os homens-pais ausentes no cotidiano familiar e direciona as responsabilidades pelas crianças exclusivamente às mulheres. Nesse sentido, é importante a desnaturalização da relação mulher/reprodução, permitindo ampliar a relação entre educação e cuidados das crianças para os homens e a paternidade.

Contudo o documento *Direitos sexuais e direitos reprodutivos – uma prioridade do governo* (BRASIL, 2009b), que apresenta as “diretrizes do Governo para garantir o direito de homens e mulheres, adultos/as e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar” (p.5), pouco trabalha acerca dos homens e suas masculinidades, focando na saúde da mulher, como se a saúde reprodutiva e o planejamento familiar ainda dependessem, unicamente, dela.

Tal documento é dirigido aos/às gestores/as de políticas públicas, a profissionais da saúde e à sociedade civil. Nele, são mencionadas algumas conferências, entre elas: Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Nessas conferências, os governos de vários países, incluindo o Brasil, assumiram o compromisso de basear, nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos, todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar (BRASIL, 2009b, p.7).

Nos programas e planos de ação construídos nas conferências, há uma ênfase no investimento de homens e mulheres em buscar o “efetivo envolvimento dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva” (ibidem, p.7), em prol de melhores condições de vida e saúde da população. Nessa perspectiva, o estímulo para a elaboração de materiais de divulgação que possam sensibilizar o público-alvo da política, no caso, os homens, também demanda um olhar atento que inclua as mulheres nesse processo de transição em que vai se demarcando a

importância de aproximar os homens de seus direitos e deveres dentro do planejamento familiar, bem como no cuidado com os/as filhos/as. A intenção de responsabilizar os homens, apontada inicialmente pela PNAISH, abre um leque de possibilidades que vai ampliando os significados do termo responsável e encaminha para a noção de participação. Com isso, um pai participativo seria um dos sentidos para pai responsável.

O lugar do pai poderia ir além da noção de uma paternidade responsável, presente no discurso médico e governamental, pois ser responsável implicaria participar. Essa participação vai sendo inserida pela PNAISH, na medida em que incentiva os homens a se integrarem, de forma ativa, desde o planejamento familiar, no sentido de definir, inclusive, quando se está pronto para ser pai, o que vai produzindo, no contexto dessa discussão, diferentes ou outros sentidos à paternidade.

Assim, proponho a análise de um deslizamento cuja intenção é mapear os sentidos relacionados a uma representação da paternidade responsável, para uma representação de paternidade participativa. Ou seja, em um primeiro movimento, tratei de identificar os sentidos que se conjugam a uma representação de *paternidade responsável*, lançada na proposta geral da PNAISH, com objetivo de incluir os homens no planejamento da vida sexual e reprodutiva do casal como pais responsáveis pela decisão da concepção e, por isso, mais próximos às relações estabelecidas com os/as filhos/as. No segundo movimento, busco investigar os sentidos atribuídos à *paternidade participativa*, na qual os homens são convidados/convocados a se integrar a cada fase do desenvolvimento da vida de seus/suas filhos/as, a fim de despertarem sentimentos, ou melhor, aprenderem com a política a se inserir nas ações voltadas à promoção de homens-pais cuidadores.

Os materiais produzidos pela política vão apontando para um movimento transitório em que, inicialmente, falam da responsabilidade em relação à paternidade, como um meio de integrar o processo do planejamento familiar, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o cuidado com a sua saúde e outras orientações sobre o (re)conhecimento em relação aos seus direitos como homens-pais, para depois posicioná-los como sujeitos com potencial de compartilhar o protagonismo na gestação, no parto, no puerpério e ao longo da criação e educação das crianças. Assim, a paternidade responsável vai assumindo outros sentidos e ampliando-se, na medida em que a política busca, também, aproximar os



homens dos espaços de cuidado, no intuito de estimular o ato de compartilhar, vivenciar junto e estar presente, de modo ativo, no cotidiano dos/as filhos/as.

Quando a PNAISH descreve, e assim trata de nomear a paternidade participativa, ao mesmo tempo mantém o que prescreve para a paternidade responsável, porém amplia os sentidos, ao buscar integrar o homem não como um mero apoio à mulher, mas como alguém que deseja estar presente. Quero dizer com isso que os ensinamentos para que o pai se responsabilize pelos seus atos continuam sendo valorizados, mas também ampliados para demandas que proporcionem maior afinidade dos homens com os espaços de saúde, despertando que tragam consigo suas inquietações e o desejo de participar.

Desse modo, quando a política busca introduzir sentidos à paternidade responsável, trata de nomear ou caracterizar o homem como alguém “que tem responsabilidade, que deve responder pelos seus atos ou pelos de outrem”, conforme nos sinaliza Dermival Ribeiro Rios (1995, p.670), em relação aos significados da palavra responsável no dicionário da língua portuguesa. Isso o encaminha para uma responsabilização em termos de assumir a paternidade e/ou se responsabilizar pela decisão de optar por ter filhos/as e de mantê-los/as, como provedor. Nesse contexto, transitar para uma paternidade participativa significa assumir a paternidade como algo que vai além da provisão da família, uma forma que, culturalmente, sempre esteve ligada com a responsabilidade dos homens para com os/as filhos/as. Para além do sustento, a PNAISH investe em um homem-pai que divida as decisões e o trabalho do cuidado, atuando de modo conjunto com a mulher-mãe.

São justamente os sentidos em torno das representações de paternidade que me permitem discutir a transição de uma representação de *paternidade responsável* para uma representação de *paternidade participativa* que foi, inicialmente, fomentada pelo movimento do I Seminário Nacional de Paternidade e Cuidado na Rede SUS, realizado no ano de 2013, que representou um marco para inclusão das discussões acerca das paternidades no SUS, após quatro anos de lançamento da política. A inclusão da temática da paternidade no site oficial da PNAISH, do portal do Ministério da Saúde, disparada a partir desse momento, foi considerada por Eduardo Chakora – coordenador da área técnica de saúde do homem do Ministério da Saúde – como um evento que serve de marco para a valorização da paternidade

no âmbito do sistema de saúde do país, reconhecendo, no que se refere a essa temática, que ainda existem inúmeros desafios<sup>34</sup>.

A palavra *participar*, no dicionário, significa “fazer saber, anunciar, comunicar, ter ou tomar parte” (RIOS, 1995, p.560); *participação* quer dizer “ato de partir ou dividir, ato ou efeito de participar” (ibidem, p.559). As palavras trazem sentidos e conferem ao homem o direito de decidir e o efeito de participar da decisão de ter ou não filhos. Desse modo, poderá escolher, junto à mulher, quando e como será compartilhada não somente a decisão, mas também a operacionalização do processo, na direção de tomar parte de todos os momentos que representam a criação e a educação dos/as filhos/as, o que (re)produz outras representações de paternidade no âmbito da PNAISH.

Essa transição, entre duas diferentes representações, não se dá de modo estanque nem predefinido, pois se constitui num processo em que marcas materiais imprimem seus significados por meio da linguagem. Para Meyer (2000), nessa perspectiva analítica que utilizei para repensar as representações de paternidade colocadas aí, o que interessa não é delimitar o que está fora, ou o que mesmo significa a representação em si, mas decodificar os modos pelos quais a materialidade da paternidade tem vazão e expressão nas representações presentes em textos, imagens, campanhas e materiais da PNAISH, os quais acabam fixando e regulando modos de ser pai na cultura de saúde do país.

A noção de representação que adotei é definida como um conjunto de traços, marcas materiais que resultam de processos de significação do mundo, produzidos com diferentes códigos linguísticos, que se materializam como ideias possíveis de serem pensadas e como marcas/marcadores atribuídos às coisas e sujeitos. Representação e linguagem são marcadas por aspectos de fluidez e indeterminação que constituem os sistemas de significação produzidos pela linguagem e manifestados por meio das representações. Portanto, quando utilizamos uma palavra, como *participativa*, para nomear a paternidade e orientações/ações associadas a ela, atuamos com determinados sistemas de representação (re)produzindo e/ou atualizando modos de ser e de viver que definem o que é um pai participativo no contexto de uma política de saúde no Brasil contemporâneo.

---

<sup>34</sup> Disponível em: <<https://elosedasaude.wordpress.com/2013/08>>. Acesso em: 20 maio 2014.

No que se refere à paternidade e à participação, ainda no conjunto de documentos normativos, o *Plano Nacional PNAISH - 2009-2011* enfatiza em seu eixo III, *Informação e comunicação*:

- “Sensibilizar os homens e suas famílias” (BRASIL, 2009d, p.8)
- “Estimular os homens a participarem efetivamente do planejamento da vida sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2009d, p.14)
- “Realização da campanha para sensibilizar o homem quanto ao seu papel na família: paternidade e planejamento da vida sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2009d, p.14).

Pode-se dizer, a partir do excerto, que os sentidos relacionados à paternidade participativa dizem respeito a que os homens ocupem um lugar efetivo na família em relação à paternidade e ao planejamento da vida sexual e reprodutiva.

O Plano Nacional (BRASIL, 2009d) propõe tais ações em virtude de um contexto de demandas para que a política seja executada, produzindo um sistema de significação no âmbito do qual os sentidos se (re)articulam para produção de uma paternidade que consiga modificar e multiplicar representações do que é ser pai e de como se exerce a paternidade no âmbito da saúde. A sensibilização dos homens em relação à sua saúde e à de suas famílias implica não focalizar as ações somente nos homens, mas também nas mulheres e crianças. Os sistemas de significação produzem representações, e essas incidem sobre a produção de sujeitos. Então, é preciso multiplicar representações de paternidade para multiplicar formas de exercício da paternidade, principalmente em sua relação com o exercício da maternidade, naturalizada em nossa cultura como algo inato da mulher.

Para fomentar o tema da paternidade e instituir representações que transitam entre a paternidade responsável e a paternidade participativa, a política lança materiais de divulgação, principalmente cartazes e pôsteres com assuntos relacionados à participação dos homens na vida de seus/suas filhos/as desde a gestação.

No intuito de aproximar os homens do processo da gestação e do parto, a PNAISH lançou o pôster *Lei do Acompanhante – Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja pai, esteja presente!*, que enfatiza a aproximação dos homens com a cena do parto e do cuidado com os/as filhos/as, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Fôlder Lei do Acompanhante



Fonte: BRASIL (2013a)

O fôlder sobre a Lei do Acompanhante busca ensinar e aproximar os homens de sentidos que, hegemonicamente, ainda pertencem ao feminino, como estar próximo, cuidar, demonstrar carinho, afetividade, sensibilidade, enfim, emoções relacionadas ao momento da chegada de um/a filho/a. Há uma orientação aos homens para que sejam amigos, estando presentes, com compromisso e diálogo com sua parceira. A demonstração do desejo de participar no parto e ter ciência de seus direitos ajudaria nesse momento. O material traz, em um tom imperativo, uma linguagem dirigida ao homem, indicando a ele participar do pré-natal e conhecer, com antecedência, a maternidade onde acontecerá o parto, além de sugerir a forma mais adequada de conhecer e garantir seus direitos.

"Ser pai é compartilhar. Participe de todas as etapas da vida de seu(sua) filho(a). Esse envolvimento começa no teste de gravidez e deve se estender ao pré-natal, parto e pós-parto. Exercer o direito à licença-paternidade, estimular o aleitamento materno, e apoiar a sua parceira, compartilhando os prazeres e os afazeres relacionados à chegada de um bebê, são atitudes que podem gerar vínculos afetivos saudáveis e maior qualidade de vida para todos.

Ser pai é se informar. Participe das consultas de pré-natal para saber o que é esperado de um acompanhante, quais são os seus direitos e como você pode aproveitar ao

máximo essa experiência intensa e transformadora, contribuindo positivamente para esta parceria." (BRASIL, 2014, p.3).

"A espera de um filho ou filha é um acontecimento único, vivido intensamente por homens e mulheres. A participação no momento do parto – sendo o pai biológico ou não – pode trazer benefícios para a mulher, a criança e o próprio pai." (ibidem, p.3).

O excerto acima, extraído do pôster referente à Lei do Acompanhante, pretende desencadear/produzir a presença de homens mais participativos na vida de seus/suas filhos/as desde o pré-natal, com apoio à mulher, mas, sobretudo, dividindo o protagonismo nesse processo. Na medida em que a paternidade vem sendo marcada por novas experiências culturais que criam as condições de aproximar os homens do cuidado, do afeto e das responsabilidades – ainda, predominantemente, consideradas atributos femininos –, torna-se mais fácil demarcar a presença dos homens, de modo mais igualitário, em relação às crianças e aos espaços de saúde.

Pode-se pensar aqui que os sentidos relacionados à paternidade participativa, mais especificamente ao que se refere à Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108), tratam de aproximar a gravidez, o parto, o cuidado e o ser amigo à presença de “alguém especial”, ou seja, do homem na cena do parto, além de dizer explicitamente que essas “também são coisas de homem”. Porém, embora o pôster tenha como mote a discussão da Lei do Acompanhante e da paternidade, ele é dirigido às mulheres, para que elas interfiram em uma cultura de participação dos homens no nascimento das crianças.

O conceito de gênero, como ferramenta analítica, é utilizado para mapear as representações de paternidade reproduzidas, atualizadas e veiculadas pela PNAISH nos pôsteres que compõem o conjunto de materiais de divulgação. A paternidade, nesta dissertação, é tomada como uma marca de gênero, produzida pela política e apresentada, em seus desdobramentos, como os pôsteres, veiculados no tempo histórico atual e circulando em espaços públicos, como os serviços de saúde que acessam instituições como a família. Esses espaços sociais permeiam as práticas de cuidado exercidas pelos homens-pais, que podem ser de provisão, proteção e/ou cuidado integral de seus filhos e suas filhas. Com esse entendimento, foi se tornando importante discutir a PNAISH como um produto da cultura e como espaço que constitui, é constituído e atravessado pelo conceito de gênero. Nesse sentido, Klein (2005, p.44) afirma: “O pressuposto de que o feminino e o masculino e,

portanto, também maternidade e paternidade são construções relacionais e interdependentes é uma das implicações teóricas e políticas do uso do conceito de gênero”.

Por isso, minhas análises, realizadas nesse campo teórico, dedicaram-se a perceber as estratégias utilizadas pela PNAISH para significar, em nossa cultura de saúde, modos de educar os homens e também as mulheres como “sujeitos de gênero”, pois as orientações dirigidas aos homens-pais precisam chegar até as mulheres-mães para que ambos consigam dividir o espaço de cuidado dos/as filhos/as.

Nos pôsteres e cartazes da PNAISH, os homens-pais são representados como aqueles que necessitam acompanhar a mulher no pré-natal, começam a negociar com elas a sua participação no parto e nas consultas de puericultura, acompanham a saúde dos/as filhos/as a fim de incorporar ações e sentimentos de um “pai cuidador”. Dessa forma, a política vai instituindo sentidos ao que é considerado pela PNAISH ser um “pai participativo e cuidador”.

A PNAISH vai demarcando que participar é sinônimo de cuidar. O significado da palavra participação já foi discutido nesta dissertação e não inclui, necessariamente, o ato de cuidar. O cuidado vai além de participar, é algo que precisa ser compartilhado. Quando entendido como tomar parte, aí o ato de participar aproxima-se de cuidar. Então, um pai cuidador seria aquele que participa? A PNAISH parece entender dessa forma, mas é preciso salientar que cuidar também é “terna atenção, pensar, meditar, cogitar, julgar, supor, tomar cuidado, tratar” (RIOS, 1995, p.232), ou seja, os significados são mais amplos do que unicamente participar. O pai pode participar sem cuidar, pode estar presente, demonstrar sua opinião, sem assumir a função do cuidado, delegando-o a outras pessoas. Mas ser um pai cuidador implica, sim, participar. É essa junção de cuidado com participação que a política vai demarcando quando busca sensibilizar homens para que sejam mais do que pais responsáveis, mas afetivos, presentes e participantes do dia a dia de filhos e filhas.

A PNAISH, por meio de seus materiais de divulgação, busca atuar na (re)configuração de representações maternas/paternas, operando na constituição da subjetividade de mulheres e homens no sentido de investir na produção de uma paternidade mais presente e participativa. Porém nem todos os homens identificar-

se-ão com tais identidades, o que pode, em certa medida, distanciar alguns homens da política de saúde ou fazer com que não se sintam convocados a participar.

Isso acontece porque a política está, de muitas e variadas formas, indicando um público-alvo que exclui a diversidade de modos de ser homem que ela mesma diz buscar acolher. Quando direciona seus materiais apenas a homens que vivem relações heterossexuais, que necessitariam dos serviços de saúde, bem como de uma aproximação com o SUS, excluem homens de classes sociais mais elevadas, mas também gays, trans, jovens e idosos. Isso demonstra que, embora a política seja nacional e que em seu texto haja um compromisso em atender a população masculina de 20 a 59 anos, acaba por fazer, por suas propostas de ação, uma seleção dos homens, excluindo uma gama de masculinidades em detrimento de outros.

Vale dizer que se torna importante problematizar o caráter hegemônico de algumas representações de paternidade e maternidade veiculadas no âmbito de materiais de educação e(m) saúde, a fim de atribuir e/ou evidenciar a polissemia presente em nossas formas de viver, sentir e educar, enfatizando que em uma sociedade podemos conviver com formas plurais e, às vezes, divergentes de cuidar, participar e amar. As imagens utilizadas, tanto no fôlder (Figura 1), quanto no cartaz da Lei do Acompanhante (Figura 2), ilustrado a seguir, parecem reiterar uma noção de família consanguínea, heteronormativa e mononuclear, que precisa e vem sendo problematizada em diversos campos e movimentos sociais.

Figura 2 – Cartaz Lei do Acompanhante



Fonte: BRASIL (2013b)

A noção de casal veiculada pelo cartaz ainda está centrada em uma ideia hegemônica de família, de matriz heteronormativa e consanguínea, com pai, mãe e filho/a. O cartaz busca representar uma família constituída pela união conjugal heterossexual, incentivando a mulher a solicitar a companhia do parceiro, por meio do enunciado “Tem momentos na vida que você tem todo o direito de ter alguém especial ao seu lado. Peça a companhia de seu parceiro.” (BRASIL, 2013d).

Pode-se dizer que, em uma cuidadosa incursão nos documentos formulados pela PNAISH, a masculinidade toma um caráter heteronormativo, também presente nas políticas de saúde destinadas à família. Novos modelos de sexualidade, parentalidade e amor ainda não conseguem dar conta de desfazer a lógica de que “haveria apenas um modo adequado, legítimo, normal de masculinidade e feminilidade e uma única forma sadia e normal de sexualidade, a heterossexualidade” (LOURO, 2008, p.44). Desse modo, “afastar-se desse padrão [ainda] significa buscar o desvio” (ibidem, p.44).

Guacira Lopes Louro (ibidem) coloca-nos que gênero e sexualidade seguem sendo sustentados por uma visão reducionista, em que mesmo que se admitam



distintas formas de vivenciá-los, um determinado padrão ainda é nomeado como regra nas instituições escolares, e eu diria nas instituições públicas em geral, que tomam a família heterossexual como referência e modelo educativo, como é o caso da PNAISH. Nas políticas públicas de saúde não é diferente, em que ações e intervenções propostas voltam-se a um padrão heteronormativo<sup>35</sup> de família, sendo que a “identidade masculina, branca, heterossexual [seria], supostamente, uma identidade sólida, permanente, uma referência confiável” (LOURO, 2008, p.44).

Nesse sentido, Analídia Petry e Dagmar Meyer (2011, p.195) salientam:

A heteronormatividade visa regular e normatizar modos de ser e viver os desejos corporais e a sexualidade que definiria uma coerência “natural” e “inerente” entre sexo-gênero-sexualidade; isto é, cada sexo só poderia interessar-se pelo sexo oposto (sexualidade heterossexual) e este interesse seria ratificado pela possibilidade procriativa.

Dessa forma, escapar de determinado padrão implica processos de diferenciação nos quais, segundo Louro (2008, p.46), a “identidade ‘marcada’ continua representada como diferente”. Entendendo, como nos mostra a autora, que a diferença é ativamente produzida no interior de determinada cultura, algumas características que eram percebidas como excêntricas podem não adquirir o mesmo sentido em outro tempo ou em uma distinta sociedade, mas, de qualquer forma, é sempre “a demarcação de uma fronteira”. Contudo, cabe salientar que as fronteiras não são naturais e fixas, movem-se de acordo com as invenções, marcadas pelo contexto cultural vigente, que conduzem a novas configurações na sociedade.

Se observarmos as formas de visibilidade que a PNAISH tem dado aos homens-pais, por exemplo, também podemos pensar que existem lutas por visibilidade, travadas por diferentes grupos sociais que parecem ainda não estar contemplados pela política pública no âmbito nacional, como os pais gays (ou idosos), que se desviam da norma heterossexual para a qual normalmente se direcionam as políticas públicas de saúde.

O pôster com o enunciado “Não importa o tipo de homem que você é. Seja do tipo que cuida da saúde.” (BRASIL, 2013b), ilustrado pela próxima imagem (Figura 3), tenta fazer um movimento de ir além daquilo que é fixado como representativo de um homem, sempre ao lado da mulher, utilizado nas imagens de casal apresentadas pelas figuras 1 e 2. Isso vem sinalizando que a PNAISH, uma política ainda muito

---

<sup>35</sup> Termo usado para descrever a marginalização de situações que escapam a norma da heterossexualidade. Disponível em: <<http://www.pt.m.wikipedia.org>>. Acesso em: 2 jun. 2015.



ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos” (BRASIL, 2009c, p.8).

A realidade de vida de cada homem e o contexto em que convive refletem nas estratégias e/ou intervenções propostas pela política, pois uma adaptação no cotidiano dos homens que trabalham e não conseguem facilmente liberação nos horários de atendimento que o SUS oferece pode estar relacionada às barreiras socioculturais que a PNAISH aponta quando discute o distanciamento das masculinidades nos cuidados com sua saúde. Ao assumir, com frequência, “um papel dependente quanto à atenção de sua saúde (primeiro por suas mães e, logo, por suas esposas e companheiras)” (KORIN, 2001, p.72), há um afastamento de homens da esfera do cuidado, fazendo aqueles que demonstram interesse em participar serem considerados inadequados.

Para aproximar homens, cuidado e paternidade, foi lançado o fôlder intitulado “Pai, uma nova vida precisa de você”. A linguagem expressa no documento que integra o conjunto de materiais de divulgação da PNAISH parece sugerir que o homem-pai precisa aprender e tornar-se alguém capaz de cuidar de si mesmo, para que possa participar do cuidado dessa “nova vida”, quando em seu texto “convoca” os homens-pais para a necessidade que um/a filho/a tem de sua presença, carinho e atenção e busca demonstrar, em sua capa, afetividade na relação pai/bebê, conforme imagem a seguir:

Figura 4 – Fôlder Paternidade



Fonte: BRASIL (2013c)

O fôlder acima tem sido utilizado para divulgar aos homens-pais o conhecimento sobre seus direitos e algumas recomendações em relação à paternidade e sua saúde, tais como:

- Participe do período pré-natal, do parto e do puerpério;
- Faça testes de HIV, sífilis e hepatites virais;
- Esteja em dia com a sua saúde: realize os exames de rotina e siga os tratamentos recomendados;
- Divida as tarefas de cuidados e atividades domésticas;
- Brinque com seu filho e participe ativamente da sua educação;
- Demonstre afeto e crie seu filho sem violência;
- Ensine para seu filho que todos são iguais e merecem respeito;
- Tenha orgulho de ser um pai cuidador. (BRASIL, 2013c, p.1)

O mesmo material também apresenta uma sessão para que homens-pais conheçam direitos, como a licença-paternidade. As políticas de licença-maternidade e paternidade são definidas de acordo com cada país e demarcam diferenças para

homens e mulheres em relação ao cuidado inicial com os/as filhos/as. A licença pós-parto foi criada, segundo Sheila Kamerman (apud TREMBLAY; BOIVIN; PETERS,2012), inicialmente para suprir as necessidades da mãe, e não como uma preocupação com as demandas da criança, em virtude do aumento da força de trabalho da mulher a partir dos anos 1960. Contudo, mais recentemente, a demanda por uma licença parental, em prol do bem-estar da criança e com intuito de apoio à igualdade de gênero, proporcionou a ampliação de licenças, como a licença-paternidade.

Ainda assim, no Brasil existe uma discrepância entre os direitos concedidos à mulher em relação àqueles direcionados ao homem, quando o assunto se refere à maternidade e à paternidade. Se analisarmos a legislação brasileira, a licença-maternidade de quatro meses concedida à mãe é reduzida para apenas cinco dias em relação ao pai. A licença-paternidade foi instituída pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e, desde então, nunca passou por nenhuma reformulação. Jorge Lyra e Benedito Medrado (2000) apontam, no país, uma tendência jurídica de atribuir o cuidado dos filhos à mãe; mesmo que o pai comprometa seus esforços para obter a guarda de seus/suas filhos/as, esta usualmente é concedida à mulher.

Segundo Scavone (2004), ainda existe um vasto percurso a ser percorrido, visto que a igualdade de gênero que se busca indica a necessidade de redesenhar a estrutura e os modos de relação familiar na contemporaneidade. Isso exige um processo de transição que vem se instalando, ao longo do tempo, acerca da família da maternidade e paternidade, com uma constante luta pela igualdade na responsabilidade parental.

Em termos de igualdade, a questão racial é outra temática recentemente mobilizada pela PNAISH. Nesse sentido, a política pública de saúde do homem vem ampliando seu olhar quando (re)edita um fôlder, com o mesmo título do anterior, *Pai, uma nova vida precisa de você*, colocando na capa um homem-pai da cor negra. Isso demonstra um investimento da política em pluralizar as representações de paternidade para que diferentes grupos sociais possam se reconhecer fazendo parte dela.

Para Rita Barata (2009), no Brasil, a população negra ainda sofre maior desvantagem social. Mesmo que não tenha sido declarado nenhum mecanismo oficial/formal de segregação racial, esse grupo populacional está concentrado em

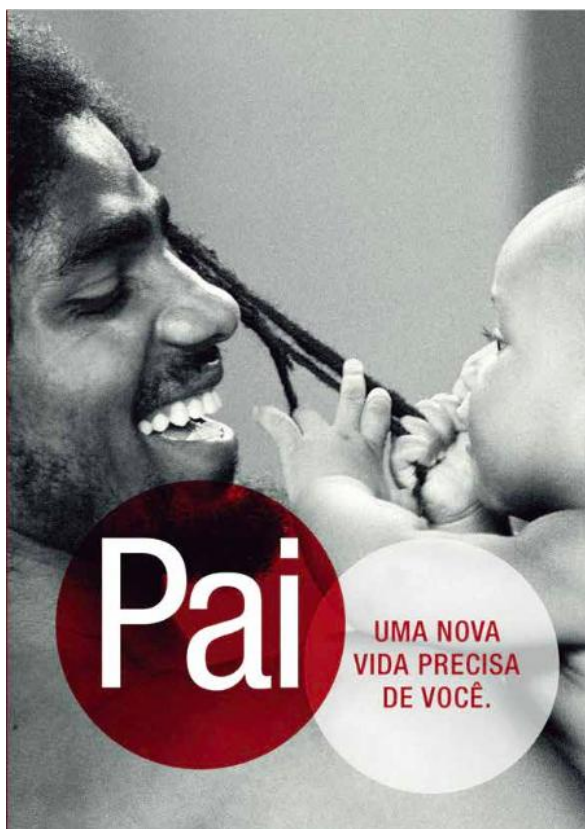
áreas mais pobres, com menor nível de desenvolvimento humano, em relação à população em geral e com menos acesso à saúde, à educação, ao saneamento básico e aos cargos de trabalho. Além disso, desde o nascimento, há, segundo a autora, condições de desigualdade, pois no país a chance de haver um recém-nascido de baixo peso, pequeno ou prematuro é maior entre as mães negras e/ou mulatas em comparação às mães brancas, além do maior número de mortes maternas e neonatais.

De acordo com o estudo *Vidas perdidas e racismo no Brasil*, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2013), além de a população negra enfrentar a desigualdade no acesso às políticas públicas e condições socioeconômicas desiguais, o racismo também influencia diretamente as mortes violentas de negros, sendo a maioria por armas de fogo, o que diminui a expectativa de vida, principalmente de homens, jovens e de baixa escolaridade.

Assim, torna-se possível perceber que a sociedade significa e valoriza de maneira distinta ser negro e não ser. Na medida em que a maioria dos materiais de divulgação, inclusive das políticas públicas de saúde, é protagonizada por sujeitos brancos, os negros podem não se sentir interpelados, convidados e integrantes desses espaços coletivos. Talvez se torne importante pensar que, se a PNAISH inclui uma representação de homem-pai negro, o faz justamente com o propósito de interpelar uma parcela da população tomada como mais vulnerável socialmente e, por isso, lançar mão de movimentos que buscam ensinar conhecimentos sobre saúde, contracepção, participação familiar, cuidado com os/as filhos/as, acesso aos serviços da rede pública de saúde etc.

A seguir o pôster “Pai, uma nova vida precisa de você”(BRASIL, 2014):

Figura 5 – Fôlder Paternidade



Fonte: BRASIL (2014)

A capa do fôlder vai além da marcação da diferença em relação a raça/cor, pois acaba por pluralizar a forma de representar a paternidade, demarcando identidades que, segundo Stuart Hall (1998, p.48), não nascem com os sujeitos, são “formadas e transformadas no interior da representação”. Afinal, só sabemos o que é ser negro pelo modo como a negritude e seu conjunto de significados esteve representada em nossa cultura.

Quando o fôlder (BRASIL, 2014) atualiza, por meio de uma imagem, uma representação de paternidade do pai negro, remete às formas de interpelação e aos meios de chamar diferentes homens-pais à adesão das práticas de saúde incentivadas pela PNAISH. Além disso, a nova versão do fôlder traz outras orientações, com uma linguagem que busca vincular a paternidade a uma fase de mudança na vida do homem, que precisa assumir “ser um cuidador”, e isso assume os sentidos de participação dos homens no pré-natal, no parto e no puerpério, como possibilidade de melhorar a qualidade de vida e os vínculos afetivos saudáveis, visando a despertar a sensação de orgulho de ser um homem-pai cuidador.

Os sentimentos de afeto e orgulho, por exemplo, que o homem necessita incorporar para se tornar um *pai cuidador* demarcam um movimento discursivo, indicado nos documentos da PNAISH, de (re)produção, atualização e veiculação de representações de paternidades responsáveis para paternidades participativas e/ou cuidadoras. Esse movimento acolhe o entendimento de que a vivência da paternidade pode transformar a vida do homem, principalmente nos casos em que ele se permita ampliar os cuidados consigo mesmo, estimular as demonstrações de afeto com a família e adentrar os espaços de saúde como um sujeito de direitos que pode se beneficiar com as novas vinculações e relações que estabelecer, ou seja, simbolicamente, com o *novo homem* que se tornará. Isso minimizaria a resistência e o acesso dos homens aos serviços de saúde e a muitas esferas antes vivenciadas apenas pelas mulheres e permitiria maior igualdade de gênero, pois tais atributos, até então considerados femininos, estariam sendo experimentados pelos homens:

“A paternidade pode representar um momento de grandes transformações para a vida dos homens”, entendida como um período de transição, “novas dúvidas e medos podem surgir, em especial, relacionados às novas responsabilidades. Porém, os desafios desse momento também podem contribuir para o crescimento pessoal dos homens, uma vez que se aproximam mais da esfera do afeto, do cuidado e da saúde.” (BRASIL, 2014, p.1).

Na sessão de recomendações aos pais (BRASIL, 2014), editada em dezembro de 2014, também há uma ampliação de possibilidades em relação à versão anterior, lançada em março de 2013<sup>36</sup>, relativas ao diálogo com a parceira, demonstração da vontade de participar do parto, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, bem como orientação para demonstração de afeto, brincadeiras com os/as filhos/as, criação sem violência e com direitos e deveres igualitários para meninos e meninas e um alerta à presença do pai, independentemente do relacionamento afetivo com a mãe:

“Relacionamentos acabam, mas a relação, entre pais e filhos, não. Seja um pai presente mesmo se não estiver em um relacionamento afetivo com a mãe de seu filho ou filha.” (BRASIL, 2014).

---

<sup>36</sup> Os dois pôsteres foram lançados com o mesmo título, porém com orientações diferentes e imagens distintas em suas capas.



Essa mudança e/ou ampliação nas orientações dos fôlderes, com sua (re)edição, mostra o caráter dinâmico das relações sociais e do próprio conhecimento, assim como da vida. Com isso, promove a ampliação dos sentidos em torno da construção de representações de pais-cuidadores.

Nesse material, há um avanço na discussão das relações de gênero, pois é oportunizado um espaço para a ampliação de orientações e apresentação de novos conceitos, mais integrados e/ou atravessados pela transversalidade de gênero, que agora, no âmbito de uma política de saúde, incluem e convocam os homens a viver masculinidades que deem lugar ao envolvimento com a gestação e práticas de cuidado afetivo com os/as filhos/as. A paternidade é tomada de modo mais ampliado, como uma construção cultural e que, portanto, incide sobre as representações vigentes de paternidade desresponsabilizadas do cuidado e da atenção com a saúde.

Compreendo que as representações de paternidade divulgadas nos fôlderes também pretendem promover a ampliação do diálogo entre mulheres e homens para tomada de decisão conjunta – protagonismo compartilhado e continuidade do vínculo afetivo paterno nas novas configurações familiares. Nesse sentido, também acontece uma ampliação do conceito de família consanguínea para outras composições familiares, enfatizando que a participação dos homens está relacionada a melhorias na qualidade de vida da família e na construção de vínculos afetivos saudáveis, destacando, pela primeira vez, os pais não biológicos (BRASIL, 2014).

“[...] a PNAISH valoriza todas as relações de afeto e cuidado dos homens com seus filhos e filhas, sejam eles pais biológicos ou não.” (BRASIL, 2014, p.1).

Há razões históricas e culturais que vão permeando os diferentes modos da vida em família, derivada de arranjos bastante distintos e com diversas peculiaridades. De acordo com Louro (2010, p.10), “adolescentes experimentam, mais cedo, a maternidade e a paternidade; uniões afetivas e sexuais estáveis entre sujeitos do mesmo sexo se tornam crescentemente visíveis e rotineiras; arranjos familiares se multiplicam e se modificam”.

Nessa transição, fica cada vez mais nítido, para Cláudia Fonseca (2002), que as compreensões “modernas de família”, pautadas por escolhas e afetos, permitiram

maleabilidade às amarrações que ligavam a família a fatores estritamente biológicos. Uma relação familiar que se constitui pelo afeto permite que a descontinuidade do vínculo, em função da falta desse sentimento, não seja um evento traumático, tampouco com reflexos negativos, passando a ser um “desfecho” pertinente aos valores das famílias modernas. Nesse sentido, também vem sendo ampliada a gama de possibilidades e configurações familiares, como refere a autora (FONSECA, 2002, p.272): “parceiros do mesmo sexo ganharam um espaço importante; se a afeição é a verdadeira base do relacionamento, por que o casal seria limitado a um relacionamento heterossexual centrado em torno da reprodução biológica?”.

A cartilha *Unidade Parceira do Pai* busca promover orientações para sensibilizar os homens-pais a efetivarem sua participação junto à família, ampliando a lógica da família com laços de consanguinidade, ao afirmar que:

[...] a paternidade afetiva tem um impacto importante no desenvolvimento físico, emocional e social dos filhos, trazendo benefícios para toda sociedade.” (BRANCO et al., 2009, p.3).

Nesse mesmo sentido, o pôster da Lei do Acompanhante, mencionado anteriormente, mesmo com a imagem de um homem e uma mulher, formando um casal na capa, amplia a matriz heterossexual, de família heteronormativa, para uma paternidade afetiva que poderia propiciar um estímulo para homens em relação ao apoio emocional de suas parceiras, se bem acolhidas pelos serviços de saúde, independentemente do parentesco com os/s filhos/as das companheiras:

“Uma equipe que acolhe e estimula o envolvimento dos homens desde o descobrimento da gravidez contribui para uma gestação mais saudável. Ao receber essa atenção, eles podem se preparar para oferecer apoio físico e emocional que as suas parceiras precisam durante todas as fases de gestação.” (BRASIL, 2013b, p.3).

De qualquer forma, ainda que se possa dizer que a crença de que o “parentesco é uma questão de sangue e ‘destino’” (ibidem, p.274) segue ativa e funcionante em nossa cultura, a PNAISH também permite entender que o foco na consanguinidade vai se dissipando, e novos modelos de paternidade se constituindo, em que os laços afetivos são valorizados. A política ressalta que, independentemente de estar ou ter sido um casal, o compromisso com a paternidade deve permanecer, e a relação estabelecida com seus/suas filhos/as

deve ser estimulada, sejam quais forem os laços que unem ou distanciam o casal que gerou a criança.

É nesse contexto que o termo “pai afetivo” vai sendo utilizado em materiais, como o desdobramento da PNAISH no município do Rio de Janeiro, ampliando a noção de paternidade para além da restrição à paternidade biológica. Nessa direção, aos poucos, os documentos ampliam os significados da responsabilização do homem-pai, buscando abrir espaços para um pai mais ativo, que começa a participar da vida e das atividades das crianças, inserindo-se nas decisões cotidianas, mais próximo afetivamente, mais presente e integrante no processo de educar, cuidar, acolher, dar afeto, independentemente do vínculo biológico e/ou conjugal com a mulher-mãe.

A ampliação do leque de paternidades para além de uma limitação biológica e inscreve outros modos de ser pai na atualidade que instituem representações culturais de paternidade ligadas a instâncias educativas, colocadas em movimentos pelas políticas públicas, conduzindo a uma série de prescrições, lugares e espaços para que as masculinidades possam exercer uma paternidade *responsável, participativa e presente* na vida das famílias brasileiras.

É nessa direção que a PNAISH segue reforçando e promovendo que os pais precisam aprender, e investe em processos educativos que conduzem os homens para vivenciar uma paternidade mais ativa na direção do cuidado e da participação “em todas as fases da vida do filho”. Tanto que, em relação à construção do vínculo afetivo dos homens-pais com as crianças, o Rio Grande do Sul lançou um pôster, em 2013, como um dos desdobramentos da PNAISH na esfera estadual, no qual se apresenta o conceito da maternidade e da paternidade seguida dos sentidos de *tornar-se pai e mãe*, conforme seu título: *Ninguém nasce pai, ninguém nasce mãe, torna-se...*

Figura 6 – Fôlder do desdobramento PNAISH no estado do Rio Grande do Sul



Fonte: RIO GRANDE DO SUL (2013)

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ao lançar o referido fôlder (RIO GRANDE DO SUL, 2013), utiliza-se de um título bem emblemático, frase de Simone Beauvoir, publicada em 1949, com a publicação do livro *O segundo sexo*, o que é indicativo de uma incorporação e/ou alinhamento ao discurso feminista e a uma dada compreensão de gênero. Com isso, a PNAISH acaba, também, por incorporar reivindicações de movimentos feministas, dentre outros, como o conceito de gênero. Assim, realinhamentos vão acontecendo nessa incorporação, de modo que algumas coisas se ampliam e/ou se tornam mais visíveis, como no caso do fôlder produzido e lançado no Rio Grande do Sul.

Nesse fôlder, os ensinamentos sobre os direitos de ser pai e mãe dão-se com ênfase nas sete consultas de pré-natal no SUS e orientações para conhecer o parto normal. Também se apresenta a representação/afirmação de que “Pai não é visita”, como um ensinamento ou uma orientação para o homem-pai participar do processo antes, durante e depois da gestação.

O fôlder estadual buscou evidenciar o caráter cultural da maternidade e da paternidade. A partir desse entendimento, maternidades e paternidades podem ser entendidas como plurais e estão inscritas em um determinado contexto histórico-cultural, que imprime, em mulheres e homens, determinados sentidos, relacionados com interesses mais amplos das vivências maternas e paternas. O incentivo a uma experimentação da paternidade que consiga compartilhar o protagonismo com a maternidade também levou o estado do Rio Grande do Sul a investir em uma representação de “paternidade participativa” a partir da Resolução nº 236/14 – CIB/RS, que institui:

[...] incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) no âmbito da rede SUS do Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase no fortalecimento da atenção básica em saúde.” (RIO GRANDE DO SUL, 2014, p.2).

Para receber esse incentivo financeiro, os municípios que optarem pela adesão à proposta necessitam assinar um termo de compromisso, que tem como ações propostas, em seus eixos prioritários, a “sexualidade e reprodução, com estímulo à paternidade participativa”. O investimento em uma “paternidade participativa” evidencia que, a partir da linguagem utilizada na resolução, os sistemas de significação são criados, propiciando um reforço da representação que – mesmo carregada por instabilidade e indeterminação, uma vez que disputa espaço com outras representações – busca inscrever seus sentidos como uma marca, um traço que caracteriza uma representação de paternidade, no caso a participativa.

Essa participação do homem o conduz ao processo de planejamento, concepção e criação dos/as filhos/as, de modo que esteja implicado em todas as etapas do desenvolvimento das crianças. De acordo com Márcia Elisa Jager e Cristiane Bottoli (2011), a implicação com a paternidade faz com que o homem saia da posição de somente procriar para envolver-se com todo o processo. Porém nem

sempre são criadas as condições necessárias para que ele realmente possa participar.

Jager e Bottoli (2011), em seus estudos com quatro pais que vivenciaram a primeira quinzena de vida de seus filhos/as, constataram que há uma similaridade nas vivências de paternidade, fruto de elementos sociais relacionados ao gênero, como responsabilidade de o homem apoiar a provisão da família, ser amoroso com a companheira, educar os/as filhos/as, preocupando-se com seu futuro, atribuições delegadas, historicamente, ao masculino. A própria (re)discussão desse espaço paterno na família remete à existência de diferentes masculinidades que se modificam e vão se multiplicando à medida em que novas configurações se processam, seja no âmbito da família, seja da sociedade ou, até mesmo, das políticas públicas e dos direitos de cidadania.

Na trama dos processos sociais, políticos e históricos, a paternidade vai se produzindo como uma marca de gênero, conforme venho buscando argumentar, atravessada por relações de poder que, muitas vezes, desresponsabilizando o pai em detrimento da mãe, legitimam formas de viver a paternidade e a maternidade em certa sociedade. As políticas públicas, de alguma forma, também incidem nessas relações por meio de uma dinâmica de regulação dos corpos, prescrição de condutas, incentivando determinados modos de ser ou não ser; quando incentiva o homem a ser um pai cuidador, acaba por indicar que essa é uma característica que precisa ser incorporada no cotidiano dos homens. Isso demonstra que existe um movimento para que a paternidade seja (re)significada na contemporaneidade.

Na cartilha *Unidade Parceira do Pai*, do município do Rio de Janeiro, há um entendimento em relação à “figura do homem no mundo contemporâneo”, ligada às “transformações ocorridas ao longo dos tempos na construção social da paternidade” (BRANCO et al., 2009). Nesse sentido, quando se remetem ao pai ou ao cuidador, incluem-se todas as “figuras masculinas que são uma referência de cuidado e afeto para crianças e adolescentes, tais como: padrastos, avós, tios e namorados das mães” (BRANCO et al., 2009, p.6). Conforme excerto da cartilha:

“Todos sabem que a família mudou. Homens e mulheres são levados a repensar seus papéis em busca de maior simetria nos trabalhos com a casa e com os filhos.” (BRANCO et al., 2009, p.5).

Quando a cartilha alarga e pluraliza as possibilidades de viver a masculinidade/paternidade, acaba por trabalhar, também, com um conceito de família mais amplo. Algumas informações apresentadas na cartilha Unidade Parceira do Pai remetem a questões que já discuti brevemente, tais como:

“Os pais costumam estar mais abertos a receber informações e desenvolver habilidades de cuidado antes do nascimento do primeiro filho.” (BRANCO et al., 2009, p.11).

Historicamente, os homens foram afastados das chamadas “habilidades de cuidado”, não se conectando à sua *essência* o ato de cuidar. Isso se dá de modo diferente das mulheres, que foram sendo, conforme Klein (2005, p.45), “re/posicionadas como as melhores ‘cuidadoras’ das crianças”, a partir dos sentidos atribuídos à maternidade nos discursos teóricos e políticos que, de alguma forma, distanciam a paternidade do cuidado relacionado ao cotidiano dos/as filhos/as, colocando-a como responsável por outros modos de cuidar, tais como sustentar, exigir, impor limites. Esse entendimento retoma a discussão do quanto os homens-pais conseguem acompanhar esse momento de receber seu primeiro filho se têm apenas cinco dias de licença-paternidade, pois precisam retornar ao trabalho para garantir o sustento da família. Além disso, nem sempre ele integra o processo do nascimento das crianças e dos cuidados diários com os/as filhos/as, visto se entende que o cuidado e a educação das crianças são imperativos irrefutáveis para o exercício adequado da maternidade.

A ampliação dos sentidos em torno da paternidade e dos atributos relacionados ao homem pode produzir potentes sentidos ao que as políticas públicas entendem como importantes para o exercício da paternidade, problematizando afirmações como a que segue:

“O pai motivado pode se tornar um ótimo cuidador e peça fundamental na vida de seus filhos. Como parceiro auxilia toda a equipe de saúde, e contribui para um tratamento eficaz.” (BRANCO et al., 2009, p.16).

A afirmação orienta que o pai precisa se motivar a cuidar, indicando que ele não traz, em sua *essência*, essa característica. Em contrapartida, culturalmente, às mulheres já estão vinculadas as características maternas, antes mesmo de optarem

por vivenciar a maternidade. Nesse sentido, o gênero, como uma forma de organização das relações sociais (SCOTT, 1995), demarca que há uma dimensão relacional que opera essa diferenciação e, até mesmo, uma dicotomia entre as características que normatizam a feminilidade/maternidade e a masculinidade/paternidade.

Mesmo que o homem-pai venha sendo estimulado a desenvolver características de afeto e cuidado que sempre foram atribuídas às mulheres, ele pode enfrentar dificuldades no exercício cotidiano ao buscar transitar de uma paternidade responsável para uma paternidade mais participativa, como demonstra a cartilha quando afirma:

“[...] apesar do interesse em participar, alguns pais ficam presos ao trabalho, perdendo oportunidades únicas em sua história de paternidade.” (BRANCO et al., 2009, p.16).

“[...] o envolvimento do pai nas ações de cuidado é um dos recursos mais importantes e, no entanto, mais mal aproveitado na promoção da saúde e do desenvolvimento das crianças e adolescentes.” (BRANCO et al., 2009, p.3).

De qualquer forma, essas considerações precisam ser problematizadas e pensadas no sentido de entender os motivos pelos quais os homens-pais seguem sendo secundarizados e vistos como aprendizes que precisam ser incluídos, acolhidos, convidados a responsabilizar-se e a participar da gestação, da amamentação e da criação das crianças.



## CONSIDERAÇÕES, REFLEXÕES E (DES)CAMINHOS

A finalização deste processo vem carregada de muitas emoções, sentimentos de superação, amadurecimento, gratidão às parcerias que foram se produzindo ao longo da caminhada, ansiedade de separação no momento de concluir a escrita e muitas expectativas de continuidade, não deste texto, mas da vida, com as surpresas que ela pode proporcionar e das reflexões que seguem conduzindo a novas produções, vivências e experiências de aprendizagem.

As aprendizagens foram possibilitadas pelo exercício e pela permissão para inquietar-me, buscando o distanciamento e o estranhamento em relação a uma política pública de saúde que se propõe a educar os homens para uma mudança de atitude em relação ao compromisso com a paternidade, o cuidado e a participação nos espaços do SUS. Esse processo não se paralisa pela finalização do percurso do Mestrado Acadêmico, tampouco cessa em relação a conseguir alcançar as possibilidades da escrita, realizada em um curto espaço de tempo, mas admite seus avanços e recuos, permitindo algumas considerações como fechamento de um ciclo na finalização desta dissertação.

A aproximação e a familiarização com um novo modelo de escrita foram meus maiores desafios no percurso do Mestrado, o que me colocou diante de momentos de intensa reflexão. Esse movimento de refletir, repensar e ampliar meu olhar levou-me, muitas vezes, a lutas internas, gerando algumas angústias e desconfortos no meu fazer profissional no campo da saúde, como alguém atuante no cenário das políticas públicas, inserida no âmbito da Saúde Coletiva, fazendo-me vislumbrar novos caminhos e tantos outros descaminhos, todos implicados com as minhas marcas como profissional de saúde que investiu na árdua caminhada de uma aprendiz de pesquisadora e, hoje, autora desta dissertação.

Por isso, encerro esta investigação retomando, sob a forma de síntese, alguns pontos importantes das análises desenvolvidas e, quem sabe, propondo alguns (des)caminhos a partir do que continua me afetando em relação ao tema da paternidade. Ao longo da dissertação, argumentei que a paternidade é uma construção social em permanente movimento e transformação, que requer a desconstrução e desnaturalização de processos que investem e encaminham para a vivência de uma paternidade ainda hegemônica, qual seja, aquela centrada na

noção de família conjugal heterossexual, em que ao homem caberia disponibilizar meios como recursos financeiros (e em alguns momentos emocionais). Ao mesmo tempo, tal compreensão posiciona a mulher para que ela exerça as funções maternas fundamentalmente relacionadas ao cuidado, à educação, à sensibilidade e à doação em tempo integral, produzidas em nossa cultura e em nossa sociedade como características inatas e instintivas. Esse olhar não me faz ir em busca de uma paternidade idealizada; pelo contrário, amplia minhas condições de vislumbrar novos modos de compreensão, capazes de desejar, educar e investir em diferentes formas de viver as paternidades.

Durante o investimento de análise das representações de paternidade apontadas pela PNAISH, aproximei-me de uma política pública no âmbito da saúde direcionada aos homens e fui mapeando os sentidos que a política constitui, a fim de interpelá-los em relação à paternidade. Nesse movimento, argumentei que os modos pelos quais a política em foco se envolve com a nomeação, a classificação e a socialização dos homens-pais foram sendo construídos e disputados durante a trajetória de sua concepção, implantação e implementação. Inicialmente, a PNAISH estabelecia muito mais uma relação de culpabilização de homens por sua ausência nos serviços de saúde e, conseqüentemente, por sua procura somente em casos de doença já instalada, em que já necessitariam atenção especializada e/ou hospitalar. A invisibilidade masculina na atenção básica, porta de entrada dos serviços no SUS – os quais poderiam fornecer orientações a fim de prevenir maiores agravos de saúde –, não era colocada em pauta como uma questão relacionada às marcas de gênero e aos serviços de saúde se constituírem como ambientes generificados e demarcados como espaços femininos.

No intuito de acolher e aproximar os homens da atenção básica, foram sendo criadas estratégias para *educar* seus usuários a frequentarem os serviços de saúde. A participação nas rotinas de pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento das crianças foi utilizada como um estímulo à maior participação de homens nos espaços de saúde. Isso visou a aproximá-los do cuidado com suas famílias, o que desencadeou a produção de outros significados para sua presença, atribuindo outros valores ao que é ser pai na atualidade, além da ideia, também vinculada pela PNAISH, de que é preciso cuidar de si para cuidar de seus/suas filhos/as.

As vivências de paternidade produzem-se em meio a uma cultura determinada em um tempo histórico definido, fazendo com que os sentidos atribuídos a elas possam ir sendo reconstruídos em redes de significados, que reafirmam, atualizam e deslocam representações de paternidade vigentes. A partir do meu estudo, consigo argumentar que o direcionamento dado aos homens-pais, por meio dos materiais da política, busca consolidar a representação de um pai participativo, que se integra nas rotinas cotidianas dos/as filhos/as, que não somente deve estar presente, mas necessita compartilhar responsabilidades, assumindo atribuições significativas que o posicionem como um sujeito integrante do processo de cuidado.

Ao longo das análises, fui delineando um movimento emergente na política, que diz respeito ao deslocamento e/ou ampliação dos significados de *pai responsável* para *pai participativo*, presentes em distintos momentos da política, o que foi encaminhando a produção de outros sentidos para a paternidade. A PNAISH busca veicular significados articulados à representação de um pai que, além de ser responsável, no sentido de assumir seus deveres, colocados nas prescrições jurídicas, médicas e governamentais, também exige seu direito de participar. Essa participação vai sendo inserida pela política, na medida em que se ampliam os meios de incentivo para que homens possam se integrar, de forma ativa, desde o planejamento familiar, definindo inclusive quando estão prontos para ser pais. Isso produz, no contexto desta discussão, diversos e múltiplos sentidos para a paternidade.

O mapeamento de quando os homens-pais passaram a ser orientados a ocupar espaços que até então eram (e muitas vezes ainda são) considerados femininos foi uma pista importante para me aproximar das representações de paternidade que estavam sendo produzidas no interior da política e quais condutas escapavam desse ensinamento maior, presente em muitos dos documentos. Quero dizer com isso que a PNAISH, em muitas de suas dimensões, vai além do movimento que busca conformar os sujeitos em relação ao cuidado com o seu corpo pela via da medicalização, rasurando a normatividade que vem sendo demarcada, segundo Cristian Guimarães e Stela Meneghel (2003, p.358) em relação à saúde e ao corpo, quando se “reproduz um conjunto de regras, de estilos de vida, que impedem o sujeito de agir com autonomia sobre si mesmo e sobre seu corpo”.

Para ir desfazendo essa lacuna entre autonomia de homens e constituição de demandas de saúde na vida de homens, a política também buscou, por intermédio dos materiais de divulgação direcionados aos homens-pais, aproximar homens, cuidado e família como um estímulo à paternidade participativa, ampliando os sentidos da responsabilidade do pai para os direitos de homens em relação ao desenvolvimento integral de seus/suas filhos/as, para que se autorize a demandar o envolvimento nesse processo tão importante para as crianças, as famílias e a sociedade.

Na busca por ampliar os sentidos com que as palavras eram utilizadas pela política, em sua aproximação com homens em idade reprodutiva, público-alvo das ações propostas e planejadas pela PNAISH, consegui perceber outros significados para os termos *responsável* e *participativo*, analisando, assim, um deslizamento não necessariamente intencional e explícito na política. Localizar e mapear esse deslizamento foi possibilitado pela perspectiva teórica que permite que encaremos um objeto de estudo como algo que se encontra em constante movimento, transforma-se diariamente, construindo outros significados e renovando as práticas em Saúde Coletiva.

Isso não significa que busquei avaliar a eficácia da política, tampouco julgar sua proposta. Utilizei como pressuposto o entendimento da PNAISH enquanto uma política formulada em função de determinadas demandas, em um momento histórico que permitiu a uma política pública, no âmbito da saúde, atuar como um artefato cultural que constitui e é constituída pelo social. Como um importante elemento de exame em meio às políticas de educação e(m) saúde que buscam transformar e/ou (re)significar sentidos que nos encaminham à constituição de representações de paternidade, a análise cultural me permitiu entender os processos de significação que se constituem no interior de uma determinada cultura, nesse caso de profissionais e usuários/as de saúde, que carregam consigo marcas de gênero e disputas de poder, resultando naquilo que a política consegue alcançar e, também, nos silenciamentos que se interpõem dentro do que ela precisaria dizer/fazer.

Perceber as sutilezas presentes nessas representações, discutindo os processos por meio dos quais se constroem e modificam, foi um exercício que demandou atenção, capacidade de ver por entre as linhas e, principalmente, romper com compreensões fechadas e contundentes. Assim, fui afastando-me de processos de naturalização instalados em nossa sociedade para buscar caminhos e, também,

descaminhos que nos acabam levando a buscar outros percursos e posições diante do que conseguimos ver, sentir, captar, dentro de um movimento permanente de apropriação, seja de conceitos, da capacidade de olhar, fazer ver e nomear em palavras quais os rumos que nos conduzem a analisar.

A própria análise constrói-se a partir daquilo que somos. São nossos interesses de investigação que sugerem seguir as pistas que influenciam e, até mesmo, determinam esse caminho. Porém, na medida em que outros olhares nos apontam novas possibilidades, como aquelas sugeridas nas orientações, coletivas ou individuais, vamos nos desestabilizando e aprendendo a desacomodar nosso olhar. Nesse sentido, considero que um dos meus grandes aprendizados, no percurso do Mestrado, foi aprender a lidar com minha desacomodação, fazer com que ela pudesse movimentar minha capacidade de produção e não de paralisação, como muitas vezes – não o nego – foi o que realmente aconteceu. Com isso, também aprendi a lidar com os avanços e recuos do processo da pesquisa, vendo-me hoje como uma pesquisadora que foi gestada, nasceu, ensaiou seus primeiros passos, conseguiu proferir suas primeiras palavras e quer seguir, aprendendo a caminhar, crescendo e ampliando, a cada dia, seu olhar.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho et al. A garantia do acesso ao acompanhante: uma experiência prática no cenário do apoio institucional – relato de experiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e do Nascimento. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v.4, p.401-416, 2014.

ANDRADE, Sandra dos Santos. “**Uma boa forma de ser feliz**”: representações de corpo feminino na revista Boa Forma. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. **Juventudes e processos de escolarização**: uma abordagem cultural. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ÁVILA, Maria Bêtnia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.2, p.S465-469, 2003.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.561-571, 2005.

BERNARDES, Genilda Darc; RABELO, Francisco Chagas Evangelista (Org.). **Políticas públicas e sociedade civil**. Goiânia: Cênone, 2004.

BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p.11-16, 2005.

BOWLING, Ann. **Research methods in health**: investigating health and health services. New York: Two Penn Plaza, 2002.

BRANCO, Viviane Manso Castello et al. **Unidade Parceira do Pai**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90**. Brasília: Congresso Nacional: 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização** Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007**. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>> Acesso em: 24 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos reprodutivos e sexuais** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes – Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – Série B Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** – Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** – Série B – Textos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem.** Seja pai, esteja presente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (fôlder).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Não importa o tipo de homem que você é – Seja do tipo que cuida de sua saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013b (fôlder).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pai: uma nova vida precisa de você.** Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013c. (fôlder).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tem momentos na vida que você tem todo o direito de ter alguém especial ao seu lado.** Peça a companhia de seu parceiro. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2013d. (cartaz).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.**  
Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 1º jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pai: uma nova vida precisa de você.** Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2014. (fôlder).

BUSS, Paulo. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009.

CARVALHO, Marília Pinto. **No coração da sala de aula:** gênero e trabalho docente nas séries iniciais. São Paulo: Xamã, 1999.

CARVALHO, Maria Luiza de Mello. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl.2, p.S389-S398, 2003.

CARVALHO, Antonio Ivo. Princípios e práticas da Promoção da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. O que é saúde? O que é doença? In: MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann et al. **Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens.** Porto Alegre: Mediação, 2012. p.29-40.

CERCEIRA, Daniel; MOURA, Rodrigo Leandro. **Vidas perdidas e racismo no Brasil.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Brasília, novembro de 2013 (nota técnica).



COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA, Marisa Vorraber. Estudos culturais: para além das fronteiras disciplinares. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Estudos culturais em educação**: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.p.13-36.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Políticas de saúde**:desenhos, modelos, paradigmas. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n.33, p.257-270, 2010.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.).**Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-53.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**(impr.),Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.389-394, abr./jun. 2011.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p.360, jan./abr. 2004.

FARENZENA, Nalú. Responsabilidade pública para com as políticas públicas de educação: algumas reflexões. **Políticas Educativas**, v.5, p.96-112, 2011.

FELIPE, Jane; GUIZZO, Bianca Salazar; BECK, Dinah Quesada. **Infâncias, gênero e sexualidade**: nas tramas da cultura e da educação. Canoas: Ed. ULBRA, 2013.

FERRAZ, Dulce; KRAICZUK, Juny. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.9, n. 1, 2010.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Televisão e educação**: fruir e pensar a TV. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FONSECA, Cláudia. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: FFC: Ed. 34, 2002.p.267-293.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber, v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GASTALDO, Denise; MCKEEVER, Patricia. Investigación Cualitativa, ¿Intrínsecamente Ética?. In: MERCADO, Francisco J.; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos. **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica – Métodos, análisis y ética**. Universidad de Guadalajara, 2002.p.475-480.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_ (Coord). **Avaliação das ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Relatório Final**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), 2012a.

\_\_\_\_\_ et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p.2589-2596, 2012b.

\_\_\_\_\_ (Coord.). **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), 2013a.

\_\_\_\_\_ (Coord.). **Relatório final – Fortalecimento e Disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), 2013b.

GUIMARAES, Cristian Fabiano; MENEGHEL, Stela Nazareth. Subjetividade e Saúde Coletiva: produção de discursos na re-significação do processo de saúde-doença no pós-moderno. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p.353-371, set. 2003.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra; VÍCTORA, Ceres GOMES; KNAUTH, Daniela. RIVA. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

HENNIGEN, Inês. Modos de ser homem e ser pai na mídia. In: STREY, Marlene Neves et al. (Orgs.). **Gênero e cultura: questões contemporâneas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.101-128.

JAGER, Márcia Elisa; BOTTOLI, Cristiane. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 1, p.141-153, 2011.

KAMERMAN, Sheila. Políticas de licença maternidade, licença paternidade e licença parental: impactos sobre a criança e sua família. In TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. D. V. (Orgs.). **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância** [on-line]. Montreal: Quebec, 2012. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/documentos/kamermannPRTxp1-Licenca.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

KLEIN, Carin. “**As mães dos estudantes brasileiros**”: o Programa Bolsa-Escola e a produção de maternidade. Proposta de Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

\_\_\_\_\_. “**...Um cartão que mudou nossa vida**”? Maternidades veiculadas e instituídas pelo Programa Bolsa-Escola. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

\_\_\_\_\_. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.31-52, jan./abr. 2005.

\_\_\_\_\_; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Paternidades e maternidades nas propostas da política para uma "Primeira Infância Melhor". In: STREY, M.N. et al. **Encenando o gênero**: cultura, arte e comunicação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.p.93-132.

\_\_\_\_\_. **Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma “Primeira Infância Melhor”**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

\_\_\_\_\_; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; BORGES, Zulmira Newlands. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 150, p.906-923, set./dez. 2013.

KORIN, Daniel. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.67-79, mar. 2001.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p.2607-2616, 2012.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Estudos Feministas**, v. 8, n. 1, p.145-158, 2000.

\_\_\_\_\_; CASTRO, Ricardo. O homem na cena do parto – vivências, direitos e humanização em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e do Nascimento – **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v.4., p.215-231, 2014.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever... **Educação, Sociedade e Culturas**, n. 25, p.235-245, 2007.

\_\_\_\_\_; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. Pedagogias da sexualidade. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.p.7-34.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.p.VII-XXIII.

MAINARDES, Jefferson; FERREIRA, Márcia Santos; TELLO, César. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: BALL, Stephen; MAINARDES, Jefferson. **Políticas educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.p.143-172.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. 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.

MARTINS, Cátia Paranhos. et al. Humanização do parto e nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e do Nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília, v.4, p.9-18, 2014.

MEDRADO, Benedito et al. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: MEDRADO, B. et al. **Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas**. Recife: Instituto Papai, 2010. p.53-78.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.41-51.

\_\_\_\_\_. **Identidades traduzidas**. Cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul. Santa Cruz/RS: EDUNISC, Sinodal, 2000.

\_\_\_\_\_. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p.13-18, 2004a.

\_\_\_\_\_. Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva. In: FONSECA, C. et al. **Antropologia, diversidade e direitos humanos: diálogos interdisciplinares**. Editora da UFRGS: Porto Alegre, 2004b.

\_\_\_\_\_. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p.81-104, 2005.

\_\_\_\_\_. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2008. p.9-27.

\_\_\_\_\_. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: \_\_\_\_\_; PARAÍSO, M. A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. v. 1, p.47-62.

\_\_\_\_\_; PARAÍSO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisas pós-críticas ou Sobre como fazemos nossas investigações. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Metodologias de**

**pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. v. 1, p.15-22.

MERHY, Émerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F.L. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro:EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 1º jun. 2015.

NORONHA, José; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2012.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p.5-21, 1994.

OLIVEIRA, Dora Lúcia; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Gênero e saúde das mulheres. In: OLIVEIRA, D.L. (Org.). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p.9-30.

OLIVEIRA, Pedro Paulo Martins. Crises, valores e vivências de masculinidade. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 56, p.89-110, 2000.

PAIM, Jairnilson. Atenção à saúde no Brasil. In: GUIMARÃES, Reinaldo; ANGULO-TUESTA, Antonia (Orgs.). **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.15-44.

PARÁISO, Marlucy. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas no currículo**. Porto Alegre: Porto Editora, 2011. p.147-160.

PETER, Elizabeth et al. Neither seen nor heard: children and homecare policy in Canada. **Social Science & Medicine**, 64, p.1624-1635, 2007.

PETRY, Analídia Rodolpho. MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.10, n.1, p.193-198, jan./jul. 2011.

PINTO, Andréia Dioxopoulos Carneiro Pinto; MENEGHEL, Stela Nazareth; MARQUES, Ana Paula Maraschin Karwowski. Acorda Raimundo! Homens discutindo violências e masculinidade. **PSICO**, Porto Alegre, v. 38, n.3, p.238-245, set./dez. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Programa Primeira Infância Melhor**: guia da gestante para o visitador. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde/RS, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Ninguém nasce mãe, ninguém nasce pai, torna-se...** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde/RS, 2013. (fôlder).

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 236/2014 – CIB/RS.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde/RS, 2014.

RIOS, Dermival Ribeiro. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Edipar, 1995.

SANTOS, Hélen Barbosa. **Um homem para chamar de seu:** uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) –Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismos e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.7-17, 2005.

\_\_\_\_\_ et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.961-970, maio 2010.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, Russel Parry. Homens, domesticidade e políticas públicas na saúde reprodutiva. In: MEDRADO, B. et al. **Homens e masculinidades:** práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto Papai, 2010. p.53-78.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas:** conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A poética e a política no currículo como representação. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 21., Caxambu-MG, set. 1998. **Anais...** Rio de Janeiro: Anped, 1998.

\_\_\_\_\_. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

\_\_\_\_\_. **O currículo como fetiche:** a poética e a política do texto curricular. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

\_\_\_\_\_. A produção social da identidade e da diferença. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Identidade e diferença:** a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2014. p.73-103.

SILVEIRA, Catharinada Cunha. **Uma análise cultural sobre o Programa Saúde na Escola**. Projeto Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

\_\_\_\_\_. **Escola e docência no âmbito do Programa Saúde na Escola: uma análise cultural**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SIQUEIRA, Maria Juraci Toneli. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso? **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 1, 2000.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.p.65-86.

SPINK, Peter K. Psicologia social e políticas públicas: linguagens de ação na era dos direitos. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2013. p.155-180.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. **A infâmia de Quincas: (re)existências de corpos em tempos de biopolítica**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e os estudos culturais. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.p.37-69.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T.T. (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2014.p.7-72.

### APÊNDICE A – Catalogação de documentos da PNAISH

MATERIAL	REFERÊNCIA PUBLICAÇÃO	QUEM DIZ	PARA QUEM DIZ	O QUE DIZ E SOBRE...	POSSÍVEIS EFEITOS
<p>FOLDER PNAISH: Pai - Uma Nova Vida Precisa de Você(Março, 2014)</p> <p>Homem branco na capa</p>	<p>SUS, Ministério da Saúde -Governo Federal</p> <p>Apoio do ProMundo, Rede Cegonha, Você é meu pai e Unicef</p>	<p>Saber Médico</p>	<p>Homens-pais de cor/raça branca que a Política visa acolher nos serviços de saúde.</p> <p>Equipes de Saúde da atenção básica, profissionais de saúde em geral</p>	<p><b>HOMENS E MASCULINIDADES:</b></p> <p>Conheça seus direitos- Legislações sobre planejamento familiar, acompanhante dos filhos e da esposa gestante, indicado pela mulher, licença-paternidade e portaria que institui a PNAISH.</p> <p>Apresentação da PNAISH como política que “visa facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade e a melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2013, p.1).</p> <p>Conheça seus direitos, legislações (BRASIL, 2013, p.2).</p> <p><b>PATERNIDADE:</b></p> <p>“A paternidade é um momento de mudança na vida do homem”.</p> <p>"Ser um cuidador", participação dos homens no pré-natal, parto e puerpério como possibilidade de melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. “A PNAISH tem como um dos seus principais objetivos propor</p>	<p>Apresentar a PNAISH;</p> <p>Homem que acompanha a saúde dos filhos pode sentir-se um “pai cuidador”.</p> <p>Ampliação dos sentidos em torno da construção de representações de pais-cuidadores.</p> <p>Equipes mais alertas ao acolhimento das demandas da população masculina;</p> <p>Homens-pais cientes de seus direitos;</p> <p>Orgulho de ser um homem/pai cuidador.</p> <p>Identificação limitada a um modelo de família heterossexual;</p> <p>Ensinamentos direcionados aos profissionais da saúde que necessitam incorporar “novas” posturas em relação a paternidade/masculinidade.</p> <p>Ações bastante calcadas na informação, tanto dos profissionais como dos</p>



			<p>estratégias para que isso seja garantido” (BRASIL, 2013, p.1).</p> <p>Recomendações aos pais e seus direitos “Para que todo pai seja um cuidador” (BRASIL, 2013, p.1), tais como participação no pré-natal, parto e puerpério, testes de doenças infectocontagiosas, realização de exames de rotina, divisão de tarefas de cuidados e atividades domésticas, brincar com seus filhos e participar da educação dos mesmos, demonstrando afeto e comportamento não violento, ensinar o filho a respeitar as pessoas e ter orgulho de ser um pai cuidador.</p> <p><b>PROFISSIONAIS SAÚDE:</b></p> <p>Estimular a equipe uma reflexão acerca de temas relativos à masculinidade, cuidado paterno e metodologias de trabalho com homens, incluir os homens nas rotinas dos serviços, convidando-os para participar das consultas dos filhos e da parceira, participar do pré-natal, parto e puerpério. Divulgar o direito de eles acompanharem o parto e dar a eles tarefas significativas como cordão umbilical ou o primeiro banho, acolher, preparar atividades educativas numa perspectiva de gênero, dar visibilidade ao tema cuidado paterno, oferecer horários alternativos (BRASIL, 2013, p.2)</p> <p>(Espaço retirado da Cartilha “Unidade Parceira do Pai” – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/RJ.</p>	homens.
--	--	--	---	---------

MATERIAL	REFERÊNCIA PUBLICAÇÃO	QUEM DIZ	PARA QUEM DIZ	O QUE DIZ E SOBRE...	POSSÍVEIS EFEITOS
<p>FOLDER PNAISH: Pai - Uma Nova Vida Precisa de Você (Dezembro de 2014)</p> <p>Homem negro na capa</p>	<p>SUS - Ministério da Saúde, Governo Federal</p> <p>Rede Cegonha, Promundo, Você é meu pai e Unicef</p>		<p>Homens-pais de cor/raça negra que a política visa a acolher nos serviços de saúde e passa a incluir na nova edição do folder.</p>	<p><b>HOMENS E MASCULINIDADES:</b></p> <p>Participação dos homens são relacionadas à “melhor qualidade de vida para toda a família e para a construção de vínculos afetivos saudáveis” (BRASIL, 2014, p.1).</p> <p>Há a afirmação de que: “A PNAISH valoriza todas as relações de afeto e cuidado dos homens com seus filhos e filhas, sejam eles pais biológicos ou não” (BRASIL, 2014, p.1). É a primeira vez que se menciona pais não biológicos.</p> <p>No item “Conheça seus Direitos”: Licença-Paternidade, Lei do Acompanhante, Portaria 2.418/05 relacionada às acomodações adequadas ao acompanhante, Lei Federal nº 8.069/90 sobre o direito de acompanhante a crianças e adolescentes internados, Portaria nº 48/99 do Ministério da Saúde sobre Planejamento Familiar, fechando com um alerta em destaque: “Se algum desses direitos não for respeitado, entre em contato com a Ouvidoria do Ministério da Saúde”, indicando o contato telefônico.</p> <p><b>PATERNIDADE:</b></p> <p>“A paternidade pode representar um momento de grandes transformações para a vida dos homens”.</p> <p>Paternidade como período de transição, “novas dúvidas e medos podem surgir, em especial, relacionados às novas responsabilidades. Porém, os desafios desse</p>	<p>Paternidade como uma construção, processo de transição e constituição de identidades que incidem sobre as representações de paternidade vigentes.</p> <p>Ampliação do diálogo entre mulheres e homens para tomada de decisão conjunta – Protagonismo compartilhado;</p> <p>Continuidade do vínculo afetivo paterno nas novas configurações familiares que tendem a ser restringir à guarda materna.</p> <p>Acesso à legislação que regulamenta alguns direitos dos homens no cenário familiar.</p>

				<p>momento também podem contribuir para o crescimento pessoal dos homens, uma vez que se aproximam mais da esfera do afeto, do cuidado e da saúde.” (BRASIL, 2014, p.1).</p> <p>Nas “Recomendações para os pais” também há uma ampliação de possibilidades em relação à versão anterior, relativas ao diálogo com a parceira, demonstração da vontade de participar do parto, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, bem como orientação para demonstração de afeto, brincadeiras com os filhos/as, criação sem violência e com direitos e deveres igualitários para meninos e meninas e um alerta à presença, independentemente do relacionamento afetivo com a mãe dos mesmos, com a seguinte afirmação: “Relacionamentos acabam, mas a relação, entre pais e filhos, não. Seja um pai presente mesmo se não estiver em um relacionamento afetivo com a mãe de seu filho ou filha.”</p>	
--	--	--	--	---	--

MATERIAL	REFERÊNCIA PUBLICAÇÃO	QUEM DIZ	PARA QUEM DIZ	O QUE DIZ E SOBRE...	POSSÍVEIS EFEITOS
Unidade Parceira do Pai	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1ª Edição, agosto de 2009	Gestão Movimento Valorização da Paternidade (universidades, ONGs e voluntários).	Profissionais da saúde e famílias	<p><b>HOMENS MASCULINIDADE:</b></p> <p>“Os homens, ao contrário das mulheres, raramente têm oportunidades de receber informações, trocar experiências ou desenvolver habilidade de cuidado.” (RIO DE JANEIRO, 2009, p.5).</p> <p>Homens considerados, socialmente, como “fortes” e provedores... “Impedidos de se envolver com o cuidado em geral, com consequentes prejuízos para sua saúde, da sua família e da comunidade” (p.5).</p> <p>“Homens comprometidos com relações cuidadoras diminuem os riscos de seu envolvimento com alcoolismo e violência, contribuindo para o bem-estar da família e da sociedade” (p.5).</p> <p>“Figura do homem no mundo contemporâneo”, “transformações ocorridas ao longo dos tempos na construção social da paternidade” (p.8).</p> <p>“Preconceitos sobre a masculinidade” e “benefícios da inserção dos homens no mundo dos cuidados” (p.12).</p> <p>“Muitas vezes, homens enfrentam questionamentos acerca de sua sexualidade porque cuidam de seus filhos.” (p.17).</p> <p>“Pode-se incentivar a inclusão do tema da paternidade e das diferentes formas de ser homem em todas as atividades educativas, inclusive naquelas frequentadas basicamente pelas mulheres.” (p.17).</p> <p><b>PATERNIDADE:</b></p> <p>“Paternidade afetiva tem um impacto importante no desenvolvimento físico, emocional e social dos filhos,</p>	<p>“Conjunto de recomendações” (p.3)</p> <p>Habilidade para cuidar?</p> <p>Novas configurações familiares X paternidade e maternidade tradicionais</p> <p>Homens precisariam ser (re)educados?</p> <p>Revisão de legislação que respaldem ao pai maior período de licença, justificativa para sair do trabalho em prol do cuidado com os filhos/as, ainda não existem ações no país em relação a tais demandas...</p>

			<p>trazendo benefícios para toda sociedade.” (p.3).</p> <p>“O envolvimento do pai nas ações de cuidado é um dos recursos mais importantes e, no entanto, mais mal aproveitado na promoção da saúde e do desenvolvimento das crianças e adolescentes”(p.3)</p> <p>“A atenção dos pais cuidadores e afetivos contribui positivamente para toda a família” (p.5).</p> <p>“Os pais constroem suas formas particulares de cuidar, com diferentes estilos pessoais no desempenho das atividades com os filhos” – Relato de um homem de 37 anos, viúvo, desempregado, filha de 5 anos (p.5).</p> <p>“No início da vida, ao contrário do que se imagina, o pai geralmente está presente e, de alguma forma, passando pelas nossas unidades de saúde, embora ainda invisível para a maioria dos serviços. Nosso desafio é contribuir para que este homem se sinta valorizado como pai e tenha oportunidades de receber informações, trocar experiências, desenvolver habilidades de cuidado e formar vínculos significativos com os filhos.”(p.6).</p> <p>Ao falai de “pai”, incluem-se todas as “figuras masculinas que são uma referência de cuidado e afeto para crianças e adolescentes, tais como: padrastos, avós, tios e namorados das mães” (p.6).</p> <p>“O pai deixará de ser um mero expectador, e se tornará atuante e parceiro no cuidado com a família” (p.7).</p> <p>“Os pais costumam estar mais abertos a receber informações e desenvolver habilidades de cuidado antes do nascimento do primeiro filho.” (p.11).</p> <p>“O pai motivado pode se tornar um ótimo cuidador e peça fundamental na vida de seus filhos. Como parceiro auxilia toda a equipe de saúde, e contribui para um tratamento eficaz.” (p.16).</p> <p>“Apesar do interesse em participar, alguns pais ficam</p>	
--	--	--	--	--

			<p>presos ao trabalho, perdendo oportunidades únicas em sua história de paternidade.” (p.16).</p> <p><b>SITUAÇÕES ESPECIAIS</b></p> <p>Pais adolescentes, pais separados, pais solteiros e viúvos, pais homossexuais, pais ausentes, homens autores de violência doméstica.</p> <p><b>PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE:</b></p> <p>“Unidades de saúde podem se constituir num espaço privilegiado para a formação de um novo modelo de pai, mais afetivo e participativo.” (p.3). Acabam reforçando que as ações de cuidado são de responsabilidade exclusiva das mulheres.</p> <p>“A inclusão dos homens-pais nos serviços é um novo desafio.” (p.6).</p> <p>Minimizem sua “distância histórica dos pais, com a formulação de novas práticas que implicam na revisão de concepções de gênero, família, paternidade e maternidade tradicionais”. (p.6).</p> <p>Necessidade de “preparo dos gestores e de toda unidade de saúde, com reformulação de rotinas” (p.6).</p> <p>“A equipe de saúde pode desenvolver ações com diferentes setores da sociedade, promovendo a valorização do cuidado paterno.” (p.17).</p> <p><b>RECOMENDAÇÕES PARA A UNIDADE PARCEIRA DO PAI</b></p> <p>Preparar a equipe de saúde, incluir os pais nas rotinas dos serviços, incluir os pais no pré-natal, parto e pós-parto, incluir os pais nas enfermarias – “Pai é cuidador, não é visita” (p.14). Promover atividades educativas</p>	
--	--	--	---	--

				com os homens, acolher e cuidar dos homens, preparar o ambiente, dar visibilidade ao tema do cuidado paterno, criar horários alternativos e fortalecer a rede de apoio social.	
--	--	--	--	--	--