

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente

Yasmine Karina Sotomayor Torres

**PERSPECTIVA DE GÊNERO: Representações sociais sobre o homem no processo
da gravidez e do nascimento**

Diamantina-Minas Gerais-Brasil

2017

Yasmine Karina Sotomayor Torres

**PERSPECTIVA DE GÊNERO: Representações sociais sobre o homem no processo
da gravidez e do nascimento**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente

Orientadora: Prof.^a Dra. Sílvia Regina Paes-UFVJM

Coorientadora: Prof.^aDra. Rosane Luzia de Souza
Morais-UFVJM

Diamantina-Minas Gerais-Brasil

2017

Ficha Catalográfica - Sistema de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Rodrigo Martins Cruz – CRB-6/2886

S718p Sotomayor Torres, Yasmine Karina.
Perspectiva de gênero: representações sociais sobre o homem no processo da gravidez e do nascimento / Yasmine Karina Sotomayor Torres. – Diamantina, 2017.
103 p. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Regina Paes.
Coorientadora: Profa. Dra. Rosane Luiza de Souza Moraes.

Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2017.

1. Representações sociais. 2. Gravidez. 3. Masculinidade. 4. Estereótipos de gênero. 5. Paternidade. I. Paes, Sílvia Regina. II. Moraes, Rosane Luiza de Souza. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente. III. Título.

CDD 618.2

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

YASMINE KARINA SOTOMAYOR TORRES

**PERSPECTIVA DE GÊNERO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HOMEM
NO PROCESSO DA GRAVIDEZ E DO NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE - STRICTO SENSU, nível
de MESTRADO como parte dos
requisitos para obtenção do título de
MAGISTER SCIENTIAE EM SAÚDE,
SOCIEDADE E AMBIENTE

Orientador : Prof.^a Dr.^a Silvia Regina
Paes

Data da aprovação : 20/03/2017


Prof.^a Dr.^a ANA CATARINA PEREZ DIAS - UFVJM


Prof.^a Dr.^a DÉBORA FERNANDES DE MELO VITORINO - UFVJM


Prof.^a Dr.^a SILVIA REGINA PAES - UFVJM

DIAMANTINA

DEDICATORIA

O presente trabalho é dedicado a força interior de mulheres e de homens que, além das dificuldades e obstáculos que a vida coloca no caminho, encontram a força para continuarem e lutarem pelos próprios sonhos, pelo seu bem-estar e sua felicidade.

AGRADECIMIENTO

Em primeiro lugar agradeço a Deus e à Mama Huarina, que colocaram em meu caminho essa grande oportunidade de estudo e desenvolvimento; e que me iluminaram e cuidaram durante esses dois anos fora de meu país, longe de minha família.

Agradeço a Organização de Estados Americanos- OEA por fazer-me parte do grupo de jovens latino-americanos com ilusões de seguir adiante, de seguir estudando para serem melhores pessoas e melhores profissionais.

À Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM, e, em especial ao programa de Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente; por confiar em minha pessoa e em meu desenvolvimento estudantil e profissional, assim como pelo apoio financeiro nesse tempo como mestranda.

Agradeço profundamente a minhas orientadoras, as professoras Sílvia Regina Paes e Rosane Luzia de Souza Morais, pela acolhida, pelos ensinamentos, pela confiança e compreensão o que permitiram a elaboração e finalização do presente trabalho.

À família Lemos Meira. Um profundo e especial agradecimento ao senhor Teodoro, a senhora Nívia e a Andreza que me acolheram em sua casa, não como uma estrangeira, mais sim como uma amiga e integrante de sua família, me fizeram sentir como em casa.

Agradeço aos amigos e amigas que essa experiência do mestrado e a estadia em Diamantina me permitiram conhecer. Especialmente ao grupo de amigas latino-americanas, pela sua companhia e experiência de vida que me fortaleceram e também motivaram cada dia, assim como os momentos bons e não tão bons que fortaleceram a nossa amizade e que lembraremos sempre.

A Martha Luiza Dias pela sua amizade, seu acolhimento, empatia e por fazer a nossa estadia em Diamantina, uma experiência de intercâmbios culturais, gastronômicos e de contato com a natureza.

Agradeço ao Hospital Nossa Senhora da Saúde, em especial à maternidade e ao seu Núcleo de Ensino e Pesquisa, por permitir-me desenvolver a pesquisa dentro de suas instalações.

Aos participantes da pesquisa (pais, mães e profissionais de saúde), os que gentilmente se disponibilizaram a contribuir e possibilitaram a construção deste trabalho.

A colaboração das estudantes bolsistas Ludmila Oliveira e Juliana Martins, que foram à conexão e viabilizaram a compressão entre mim e os participantes da pesquisa, assim como a sua importante colaboração nas transcrições das fitas.

A meu tio Elles, minha tia Raquel e meu priminho Enzo, que o destino quis que eu os conhecesse no Brasil, por terem-me acolhido com muito carinho e sinceridade em sua casa.

A meu Pai Abel e minha mãe Eutropia, por ser fonte de fortaleza e orgulho para mim. Que além da distância, e, de ficar em meu país, permaneceram sempre em meu coração e me motivaram a seguir adiante.

A meus irmãos Allen, Edú, Andy; e minha irmã Yoshi por estar sempre o meu lado e ser símbolo de união e coragem em minha vida. A toda minha família.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma maneira, direta ou indiretamente, contribuíram para esta conquista.

RESUMO

O processo da gravidez e do nascimento (PGN) é ainda considerado como uma função da mulher. Isso geralmente é influenciado pelo determinismo biológico que permite à mulher engravidar e ter filhos. Embora, é indispensável reconhecer que esse processo, desde o seu início, também envolve diretamente ao homem. Mas, além do biológico, aquela assinação feminina que se dá ao PGN, tem uma forte influência social, donde os estereótipos de gênero tradicionais cumprem um papel determinante. Neste sentido valorizando a importância do envolvimento do homem no dito processo, foi realizada a presente pesquisa de abordagem qualitativa. O presente estudo teve por objetivo analisar as representações sociais sobre o homem no processo da gravidez e do nascimento do filho (a), considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde. A pesquisa foi realizada na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde da cidade de Diamantina. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas nos 17 participantes, dos quais foram 5 mulheres/mães, 5 homens/pais e 7 profissionais de saúde; sendo esse número definido em cada grupo por o critério de saturação. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, juntamente com os dados obtidos pela observação participante que foi a segunda técnica de recollecção de dados. O análise de conteúdo permitiu identificar quatro grandes categorias: Estereótipos de gênero, profissionais de saúde e a participação do homem, fatores externos na participação do homem e benefícios da participação do homem, no PGN respectivamente. Em sentido geral o PGN tem ainda a representação de ser de responsabilidade e participação basicamente feminina. Isso é mais evidente em etapas relacionadas ao planejamento familiar e durante a gravidez, pois durante o parto e o nascimento percebe-se certa aproximação na participação do homem, mais enfatizando sua presença como símbolo de companhia, fortaleza e segurança para a mãe. Evidencia-se que os estereótipos de gênero tradicionais, aqueles que reforçam a ideia de que o processo em questão é de responsabilidade basicamente feminina e que desligam ao homem dos cuidados e da assistência sanitária que envolve esse processo, estão fortemente arraigados não só nos homens, mas também nas mulheres e nos mesmos profissionais de saúde participantes, que às vezes reforçam esses estereótipos no seu agir profissional. Um aspecto relevante que surgiu na presente pesquisa é que o trabalho de parto e o parto são cenários de confrontação, ambivalência e dualidade para os homens, pois convergem dois tipos de masculinidade. Assim por um lado é um cenário que replica algumas características da masculinidade hegemónica: o homem como símbolo de fortaleza e segurança. Por outro lado é uma etapa muito sensível, que permite

que os homens demonstrem alguns sentimentos como medo, dor e insegurança, características que vão à contra da masculinidade tradicional, mais que oferece uma janela de mudança da masculinidade hegemónica fortemente mantida na sociedade. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde, tornem-se agentes de mudança e promovam partos mais humanizados e acolhedores, considerando como ponto chave a perspectiva de gênero nesse processo, mas também na saúde sexual e reprodutiva em geral.

Palavras- chave: Gênero. Representações sociais. Gravidez. Nascimento.

Masculinidade. Estereótipos de gênero. Paternidade.

ABSTRACT

The pregnancy and birth process (PBP) are still considered as women function. This generally is influenced by the biological determinism that has the woman during the pregnancy, of having children. Nevertheless, it is indispensable to admit that this process, from his beginning, also involves directly the man. But, besides the biological thing, the PBP has a strong social influence as feminine assignment, where the traditional gender stereotypes are still determinant. In this respect, valuing the importance of involving the man in this process, there was realized the present qualitative boarding investigation. The present study had as analyze the social representations of the man in the process of the pregnancy and the birth of his/her children, considering the prominent figures: man, woman and health professional. The investigation was realized in the Hospital Nossa Senhora da Saúde in the city of Diamantina, Brazil. There were realized semistructured interviews in 17 participants, of which they were 5 women / mothers, 5 men / father and 7 health professionals; being this number defined by the saturation criterion. The interviews were recorded, transcribed and submitted to the analysis of content, nitedly with the information obtain edby the observation participant, who was the second technique of compilation of information. The analysis of content allowed to identify four big categories: Gender Stereotypes, health professionals, external factors, and benefits of the men participation in the PBP respectively. In general sense the PBP it has still there presentation of being of feminine responsibility. This is more evident in stages related to the familiar planning during the pregnancy, so during the child birthand the birth certain men approximation is perceived, but emphasizing that presence as a symbol of company, strength and security for women. There is demonstrated that the traditional gender stereotypes, those that reinforce the idea of that the process in question is basically feminine responsibility and left men out of the care sand sanitary assistance involved in this process. These ideas are strongly deep-rooted not only in men, but also in women, and health professionals participants, who sometimes reinforce these stereotypes in their sanitary activity. One relevant aspect that emerged in the present investigation is that labor and delivery itself are scenarios of confrontation, ambivalence and duality for men, since two types of masculinity converge. Thus, on the one hand, it is a scenario that replicates some characteristics of hegemonic masculinity: man as a symbol of strength and security. On the other hand is a very sensitive stage, which allows men to show some feelings such as fear, pain, insecurity, characteristics that go against traditional masculinity, but offers a window of change of hegemonic masculinity that is Strongly maintained in society. In this

context, it is important that health professionals become agents of change and promote more humanized and welcoming deliveries, considering as a key point the gender perspective in this process, as well as in sexual and reproductive health in general.

Keywords: Gender. Social representation. Pregnancy. Childbirth. Masculinity. Gender stereotypes. Fatherhood

RESUMEN EN ESPAÑOL

El proceso del embarazo e del nacimiento (PEN) es considerado como función de la mujer. Esto está influenciado por el determinismo biológico que tiene la mujer del embarazo, de tener hijos. Pero, es indispensable reconocer que este proceso, desde su inicio, también involucra directamente al hombre. Además de lo biológico, aquella asignación femenina que se le da al PEN, tiene una fuerte influencia social, donde los estereotipos de género tradicionales cumplen un papel determinante. En este sentido, valorando la importancia de involucrar al hombre en ese proceso, fue realizada la presente investigación cualitativo. El estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales del hombre en el proceso del embarazo y el nacimiento del hijo(a), considerando a los personajes envueltos: hombre, mujer y profesional de salud. Se realizado en el Hospital Nossa Senhora da Saúde en Diamantina. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas en los 17 participantes, de los cuales fueron madres, 5 padres y 7 profesionales de salud; siendo ese número definido por el criterio de saturación. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas e sometidas al análisis de contenido, juntamente con los datos obtenidos por la observación participante. El análisis de contenido permitió identificar cuatro grandes categorías: *Estereotipos de género*, *profesionales de salud*, *factores externos*, e *beneficios*, de la participación del hombre en el PEN respectivamente. En sentido general el PEN tiene aún la representación de ser de responsabilidad femenina. Esto es más evidente en etapas relacionadas a la planificación familiar e durante el embarazo, pues durante el parto e el nacimiento se percibe cierta aproximación en la participación del hombre, pero enfatizando esa presencia como símbolo de compañía, fortaleza e seguridad para la mujer. Se evidencia que los estereotipos de género tradicional, aquellos que refuerzan la idea de que el proceso en cuestión es de responsabilidad básicamente femenina e que desligan al hombre de los cuidados e de la asistencia sanitaria que involucra ese proceso, están fuertemente arraigados no sólo en los hombres, sino también en las mujeres, e, en los mismos profesionales de salud participantes, quienes a veces refuerzan esos estereotipos en su actividad sanitaria. Un aspecto relevante que surgió en la presente investigación es que el trabajo de parto y el parto en sí, son escenarios de confrontación, ambivalencia e dualidad para los hombres, pues convergen dos tipos de masculinidad. Así, por un lado es un escenario que replica algunas características de la masculinidad hegemónica: el hombre como símbolo de fortaleza e seguridad. Por otro lado es una etapa muy sensible, que permite que los hombres demuestren algunos sentimientos como el miedo, el dolor, la inseguridad, características que van en contra de la

masculinidad tradicional, pero que ofrece una ventana de cambio de la masculinidad hegemónica que es fuertemente mantenida en la sociedad. En este contexto, es importante que los profesionales de salud, se conviertan en agentes de cambio e promuevan partos más humanizados e acogedores, considerando como punto clave la perspectiva de género en este proceso, así como en la salud sexual y reproductiva en general.

Palabras clave: Género. Representaciones sociales. Embarazo. Nacimiento. Masculinidad. Estereotipos de género. Paternidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura1- Determinantes sociais da saúde.....	24
Quadro1- Critérios de inclusão e exclusão dos/das participantes do estudo	44
Quadro 2- Características das mulheres/mães.....	50
Quadro 3- Características dos homens/pais	51
Quadro 4- Características dos/das profissionais de saúde	52
Quadro 5 – Resumo do analise dos resultados.....	54

LISTA DE SIGLAS

APN	Atendimento Pré-natal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos.
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipes de Saúde da Família
MAC	Métodos anticoncepcionais
MH	Masculinidade Hegemônica
PF	Planejamento Familiar
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PG	Perspectiva de Gênero
PGN	Processo da Gravidez e do Nascimento
RS	Representações Sociais
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USB	Unidades de Saúde Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivo específico.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1 Representações sociais.....	21
3.2 Gênero, sociedade e saúde.....	23
3.2.1 <i>A desigualdade de gênero.....</i>	<i>25</i>
3.3 Perspectiva de gênero em saúde	28
3.4 Saúde Sexual e Reprodutiva numa perspectiva de gênero	30
3.5 Processo da gravidez e do nascimento	32
3.5.1 <i>Período pré-concepcional</i>	<i>35</i>
3.5.2 <i>Período da gravidez e do nascimento.....</i>	<i>36</i>
3.5.3 <i>Os profissionais de saúde no processo da gravidez e do nascimento.....</i>	<i>38</i>
3.6 Novas masculinidades: reflexo na sociedade e saúde	39
4 MATERIAIS E MÉTODOS	
4.1 Aspectos gerais do estudo	42
4.2 Local do estudo	42
4.3 Participantes do estudo	43
4.4 Instrumentos.....	45
4.5 Procedimentos	46

<i>4.5.1 Folder informativo</i>	47
4.6 Análise dos dados...	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 Descrição das características dos participantes	50
5.2 Apresentação das categorias e discussão	53
5.2.1 Estereótipos de Gênero no PGN	56
5.2.1.1 <i>O PGN como responsabilidade feminina</i>	56
5.2.1.2 <i>O homem como acompanhante/protetor no PGN</i>	59
5.2.1.3 <i>O nascimento como quebra de valores masculinos hegemônicos</i>	61
5.2.1.4 <i>Avançando numa visão de igualdade no PGN</i>	63
5.2.2 Profissionais de saúde e a participação do homem no PGN	65
5.2.2.1 <i>As UBS na participação do homem no PGN</i>	66
5.2.2.2 <i>Atitudes dos profissionais de saúde ao respeito da participação do homem no PGN</i>	67
5.2.2.2.1 <i>Atitudes negativas dos profissionais de saúde</i>	68
5.2.2.2.2 <i>Atitudes positivas dos profissionais de saúde</i>	69
5.2.3 Fatores externos na participação do homem no PGN	72
5.2.3.1 <i>Horário de trabalho do homem</i>	72
5.2.3.2 <i>Cenário da gravidez</i>	73
5.2.4 Benefícios da participação do homem no PGN	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
7 RECOMENDAÇÕES	81

REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O HOMEM/PAI.....	91
APÊNDICE B- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A MULHER/MÃE.....	92
APÊNDICE C- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O/A PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	93
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HOMEM/PAI.....	94
APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MULHER/MÃE.....	96
APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	98
APÊNDICE G- FOLDER INFORMATIVO.....	100
ANEXO 1- DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE-NUCLEO DE ESTUDO E PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE	102
ANEXO 2- APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP-UFVJ.....	103

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são importantes na vida das mulheres, dos homens e da família, mas pode-se evidenciar que estas etapas cruciais são associadas basicamente às mulheres, o que é perceptível em diferentes aspectos de nossa sociedade, na própria família, nos meios de comunicação, no trabalho e nos centros de saúde.

É importante considerar que ambos, homens e mulheres, são seres sociais, que se desenvolvem em determinados ambientes e situações com múltiplas influências. Assim, cada pessoa vai criando e fortalecendo suas próprias representações sociais (RS). Segundo Minayo (2004, p.173), as RS são ideias, imagens, concepções e visão do mundo que os atores sociais têm sobre a realidade, manifestam-se em condutas e são institucionalizadas em diferentes entornos sociais e situações cotidianas. Estas RS são condicionadas e influenciadas por múltiplos fatores como familiares, sociais, psicológicos, educativos, econômicos, políticos, religiosos, culturais e de gênero, os quais se entrelaçam. As quais se expressam subjetiva e intersubjetivamente, influenciando todas as esferas da vida das pessoas, como o aspecto sexual e reprodutivo, e a vida familiar.

Nesse sentido é importante considerar como o gênero influencia no pensamento e no agir das pessoas nos diferentes aspectos de sua vida pessoal, na família e na sociedade em geral. Assim, o gênero, como conceito, envolve as masculinidades e as feminilidades, ao homem e a mulher, as relações entre eles e ao contexto estrutural que reforça e cria as relações de poder (AGUAYO; SADLER, 2011, p. 29). As pessoas aprendem a internalizar os estereótipos e papéis de gênero de seu entorno, no primeiro meio de socialização, que é a família, e paralelamente as diferentes instituições formais e informais da sociedade. Os papéis e estereótipos de gênero vão se consolidando e adaptando-se através do tempo, mas, lamentavelmente, ainda, com a constante de promover relações de poder e desigualdade, com uma clara desvantagem para as mulheres. Isso fundamentalmente a partir da divisão sexual do trabalho e fortalecido pela sociedade patriarcal (ainda predominante até hoje).

Nesse sentido um ponto relevante a considerar é que as relações entre o casal, à formação da família e o nascimento dos filhos e filhas, são cenários importantes para dar continuidade ou proporcionar mudanças nos estereótipos e papéis de gêneros tradicionais. Pois aqueles estereótipos fomentam relações de poder e desigualdade entre homens e mulheres.

A visibilidade e importância do gênero em nossa sociedade, assim como os consequentes avanços nos direitos da mulher e igualdade de gênero, foram resultado do complexo e constante compromisso e trabalho do movimento feminista que lutou pela equidade e a conquista de políticas que excedam o olhar da mulher como ser subordinada, sem direitos, atribuída ao espaço do lar e centralizada nas funções de reprodução biológica e social (AGUAYO; SADLER, 2011, p.13). Diferentes conferências internacionais vem sendo realizadas, a partir dos anos noventa até à atualidade, as quais promovem a igualdade de gênero, por meio do empoderamento e autonomia das mulheres, mas também mediante a participação de homens e meninas. Essas conferências ainda são norteadoras para criação de acordos nacionais e internacionais, assim como de políticas públicas e programas em prol da igualdade de gênero em diversos países como no Brasil (ONU, 2004).

Nesse sentido atualmente o trabalho através de intervenções para e com os homens está ganhando cada vez mais importância na sociedade. Estas intervenções dirigidas a eles como aliados e beneficiários fomentam uma esperança para por fim à desigualdade de gênero, pois essas ações incitam a transformar a valoração social da masculinidade tradicional ou hegemônica, que têm sido uma das principais causadoras da desigualdade. Há vários anos observa-se a necessidade de fomentar o desenvolvimento e a valoração de novas masculinidades, diferentes da tradicional, aquelas que favoreçam o respeito, a igualdade de gênero e com isso a justiça social (MENENGAGE 2015, p.16).

Desse modo, um aspecto fundamental nessa nova abordagem das masculinidades é a participação do homem na esfera da saúde sexual e reprodutiva (SSR), pois a masculinidade tradicional oferece um envolvimento limitado e muitas vezes ausente do homem, associando esse aspecto da saúde como responsabilidade exclusivamente feminina. No que tange ao panorama da SSR com a participação do homem, no Brasil, vem-se dando avanços na procura de integrar eles em processos histórica e culturalmente assinados à mulher. Assim a partir do ano 2000 vão se aprovando portarias e leis, que direta ou indiretamente promovem o envolvimento dos homens nesse processo. Assim se tem o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no SUS” e a Lei N° 11.108 conhecida como a lei do parto com acompanhante.

A motivação para o desenvolvimento deste estudo relaciona-se, especialmente às questões que serão destacadas a seguir. Primeiro, por ser profissional obstetra no Peru (com

equivalente a enfermeira obstétrica no Brasil), tenho particular interesse em trabalhar na SSR das pessoas, dentro dela o processo da gravidez e do nascimento (PGN). Segundo, minha experiência profissional e a preparação acadêmica após a graduação, me fizeram perceber a grande necessidade de envolver aos homens naquele processo, pois isso poderia ser o ponto de partida para uma série de mudanças em prol da igualdade de gênero. Terceiro, ao ser parte dos jovens latino-americanos que tiveram a oportunidade da experiência do mestrado no Brasil, me interessei por conhecer qual era o panorama da participação do homem na SSR e basicamente no PGN, aqui em Diamantina. Consequentemente surgiu o questionamento que norteia esta pesquisa: Por quê o processo da gravidez e do nascimento ainda tem caráter eminentemente feminino, e qual, de fato, a importância da participação do homem neste processo?

Diante disso, considera-se importante a iniciativa de analisar as representações sócias da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento, mas considerando os sujeitos envolvidos: homem, mulher e profissional da saúde. Para tal fim a pesquisa se desenvolve na maternidade do Hospital Nossa Senhora de Diamantina, pois permite fazer o estudo num contexto de serviço de saúde que atende as demandas em SSR da população.

A pretensão é que mediante o estudo e análise das possíveis limitações e/ou avanços que vêm acontecendo na participação do homem na SSR, se possa fomentar a discussão sobre mudanças nos estereótipos e papéis tradicionais da masculinidade e feminilidade, e, assim, contribuir na igualdade entre homens e mulheres.

Neste sentido, após estas considerações, apresentar-se-á primeiro os objetivos da pesquisa. Posteriormente o referencial teórico que tratará das representações sociais, seguidamente, do de gênero, sociedade e saúde; da perspectiva de gênero em saúde; da saúde sexual e reprodutiva, também, numa perspectiva de gênero; do processo da gravidez e do nascimento e das novas masculinidades: reflexo na sociedade e saúde. Em seguida abordar-se-á os materiais e métodos da pesquisa.

Após a apresentação dos resultados e discussão chegaremos ao último capítulo com as considerações finais e as recomendações da pesquisa.

2 OBJETIVOS

De acordo com o estabelecido durante o desenvolvimento do presente trabalho, a respeito da necessidade de compreender o envolvimento do homem no PGN do filho/a e, ainda com a intenção de contribuir nas mudanças dos padrões tradicionais de gênero, a pesquisa procura esclarecer os seguintes objetivos:

2.1 Objetivos geral

- Analisar as representações sociais do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho/a; considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde, na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde da cidade de Diamantina.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as representações sociais do homem a respeito da participação masculina no processo da gravidez e do nascimento do filho/a.
- Conhecer as representações sociais da mulher, a respeito da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho/a.
- Identificar as representações sociais do/da profissional de saúde a respeito da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho/a.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Representações Sociais

A teoria das RS nasceu em meio às contradições dicotômicas entre indivíduos que marcavam a teoria e o método em Psicologia Social, e propõe um lugar para o mundo social e seus imperativos, sem perder de vista a capacidade criativa e transformadora dos sujeitos sociais (JOVCHELOVITCH, 1994, p.65).

Desde o ponto de vista sociológico, o primeiro em trabalhar as RS foi Durkheim, as quais o autor chamava de representações coletivas, justamente para as diferenças das representações individuais que eram basicamente ligadas à psicologia. Assim, considerava as RS como categorias de pensamento que expressam a realidade, podendo explicá-la, justificá-la ou questioná-la. As RS são ligadas a fatos sociais, os quais são passíveis de observação e de interpretação. Mas a visão extrema e positivista das RS feita por Durkheim, dentro da corrente sociológica da fenomenologia, foi criticada depois por autores como os marxistas, basicamente porque para os fenomenologistas o poder de coerção atribuído à sociedade sobre os indivíduos, era de maneira quase absoluta (MINAYO, 1994, p.90). Para os marxistas, por seu lado, é indispensável considerar o pluralismo da realidade social, em particular influenciadas pelas lutas e antagonismos de classe. A categoria chave, para Marx, para tratar o campo das ideias é a consciência. Para ele as representações, ideias e os pensamentos são o conteúdo da consciência, e essa última está determinada por uma base material. Para ele, a vida determina a consciência e não ao contrário; então a consciência é um produto social, é aquele produto social se encontra em um processo constante de luta de classes; em consequência as representações e ideias serão diferentes para as pessoas, dependendo de sua realidade ou classe social (MINAYO, 1994, p.98). Ainda na linha do marxismo, Gramsci percebe que o senso comum como RS tem um papel transformador e deve ser recuperado criticamente, uma vez que corresponde espontaneamente às condições reais da vida das pessoas (GRAMSCI apud MINAYO, 1994, p. 101).

Todas as pessoas, homens e mulheres, atuam, interagem e desenvolvem-se em sociedade. Primeiro na família, que é o agente socializador básico e depois no público, com os outros agentes socializadores como a escola, a universidade, o trabalho, os meios de comunicação, entre outros; no dia a dia, as pessoas vão criando, consolidando diferentes sociabilidades e podem ir mudando as suas RS. Segundo Minayo (2004, p.173), as RS são ideias, imagens, concepções e visão do mundo que os atores sociais têm sobre a realidade.

E manifestam-se em condutas e são institucionalizadas em diferentes entornos sociais e situações cotidianas. Segundo Vigotsky citado por Spink (1994), o homem é sempre uma entidade social e, conseqüentemente um símbolo vivo do grupo que ele representa, portanto, considerando uma compreensão adequada do contexto social por ele habituado, se terá maior acesso a seus significados e RS.

Para fornecer essas representações, intervém então o contexto familiar, com seus fatores sociais, psicológicos, educativos, econômicos, políticos, religiosos, culturais e de gênero; todos estes se entrelaçam simultânea e permanentemente. Como referem Couto e Schraiber (2005, p.665), é importante reconhecer que, em quanto às relações sociais, as de gênero juntamente com a de classe, de etnia é fundamental nas relações entre homens, entre homens e mulheres e mulheres entre si. Assim, é necessário ressaltar que as RS se expressam subjetiva e intersubjetivamente - socialmente e influenciam todas as esferas da vida das pessoas, como no aspecto da saúde, da sexualidade, da saúde sexual e reprodutiva e da vida em família.

Complementarmente, as RS, são entendidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. Cada ator e grupo social possui uma representação particular de acordo com a sua posição no conjunto da sociedade. As RS permeiam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das condições coletivas e dos grupos. Porém, significam núcleos de transformação e resistência na forma de conceber a realidade, razão pela qual devem ser analisadas criticamente tomando em consideração seu aspecto complexo (MINAYO, 2004, p 174).

É importante considerar que a realidade social onde aquela pessoa se desenvolve é espaço da gênese de suas RS, e dela mesma, como sujeito individual. Assim, as RS são consideradas fenômenos psicossociais, pois se desenvolvem naquela realidade, no espaço público e privado e nos processos onde os personagens desenvolvem uma identidade, criam símbolos em interação e permitem olhar à diversidade das outras pessoas, é um processo mesmo que tem que ver com subjetividades e intersubjetividades. Os processos que engendram as RS estão embebidos na comunicação e nas práticas sociais, práticas que acontecem no dia a dia (JOVCHELOVITCH, 1994, p.79). Mas, é crucial compreender que as RS possuem núcleos positivos de transformações e de resistência na forma de conceber a

realidade, então, pode-se entender que as RS não são estáticas, podem mudar no tempo, influenciados por fatores que intervêm naquela realidade, por exemplo; o social, o familiar, fatores de concepção de gênero e etnia, entre outros (MINAYO, 1994, p.109). As RS perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das condições coletivas e dos grupos. Nas RS estão presentes elementos tanto de dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo (MINAYO, 2004, 174).

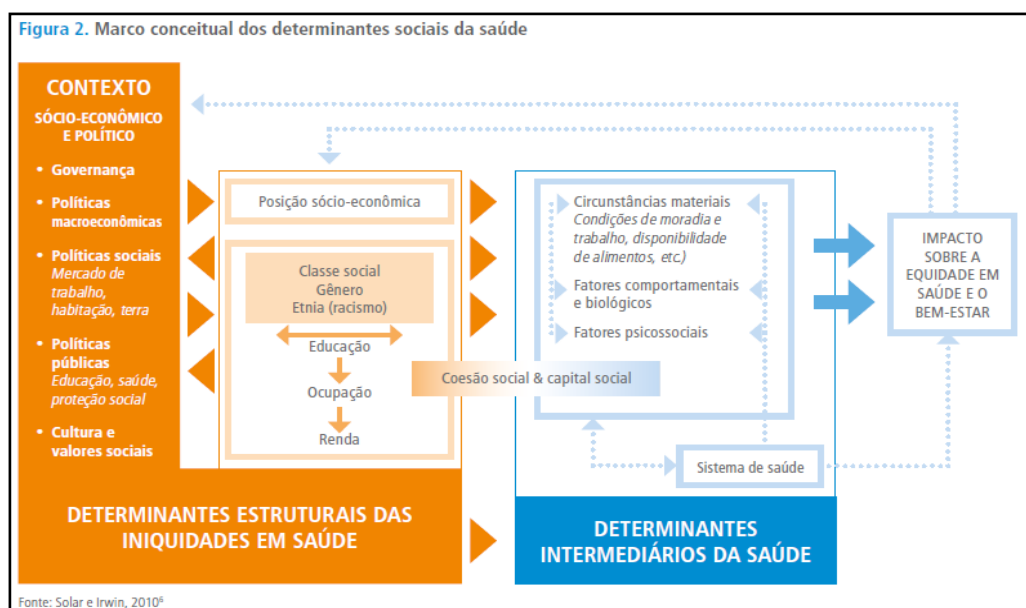
Vale a pena refletir no tipo de sociedade capitalista onde atualmente se formam e se manifestam essas representações sociais. Uma sociedade onde as relações sociais se fazem a partir da diferenciação de classes, de desigualdades, desigualdade na distribuição e atribuição de riquezas, desigualdades de gênero, étnica, entre outros. Então se deve levar em conta que a concepção e as representações sociais, por parte das pessoas, sobre a saúde em geral e a SSR em particular, estão marcadas por aquelas desigualdades apresentadas anteriormente (MINAYO, 2004, p179).

3.2 Gênero, Sociedade e Saúde

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o estado de completo bem-estar físico, social e psicológico, e não somente a ausência de doença. Esta é uma definição holística da saúde, que vai além do acesso e atendimento nos serviços de saúde da população; o que reforça a ideia de que a saúde se produz e distribui na sociedade mediante fortes processos que a determinam. As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde da população, as quais representam os determinantes sociais da saúde, que é o termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Mas, é indispensável destacar que nem todos os determinantes são iguais, pois são aqueles que geram maior estratificação social os que desempenham um papel determinante e influente para a saúde. Dentro daqueles determinantes, que se comportam como estratificadores da população, estão às geradoras de distribuição de riqueza, de poder e de prestígio nas sociedades; traduzindo-se isso em nossa estrutura social, nas classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito e desigualdade com base em fatores como o gênero e etnia (CARVALHO, 2013, p.19).

Esses determinantes sociais da saúde que influenciam diretamente nas iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, classe e gênero. Essas diferenças produzem um forte impacto na sociedade, que vai além da saúde, pois interfere e se entrelaça com outros aspectos da vida como da educação e do trabalho, como também se amostra na Figura 1 (RASANATHAN, 2011, p.7).

Figura 1- Determinantes sociais da saúde



Fonte: RASANATHAN, 2011, p.7.

Considerar o gênero como um determinante social da saúde é crucial para ter uma atitude mais abrangente e entender a complexidade do bem-estar. Então, temos que entender e interiorizar que o gênero, basicamente as desigualdades que ele gera, é causante de muitas injustiças e desrespeito dos direitos sociais e humanos. E, como parte desses direitos os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) que envolvem não só as mulheres, mas também aos homens; portanto à sociedade em geral.

Em consequência, o primeiro que temos que ressaltar é que o gênero não é só um termo; mas sim uma realidade que envolve tanto aos homens como as mulheres, assim como as relações entre os dois. Entendemos gênero como uma construção social que é designada a cada sexo, o qual é determinado pelas características biológicas, resultando assim no gênero masculino ou feminino. Dependendo da realidade sociocultural em que a pessoa se desenvolve, o gênero estabelece estereótipos (que muitas vezes são rígidos), que condicionam os papéis de gênero e as potencialidades humanas ao reforçar ou reprimir os

comportamentos (LAMAS, 1986, p. 16). Esses papéis de gênero estabelecem na sociedade roteiros que são associados às meninas e aos meninos, os quais são aprendidos mediante o processo da socialização.

A socialização por sua vez é condicionada de acordo com a concepção de gênero que varia de cultura para cultura. Como refere Platt (2010, p. 91) é interessante destacar que estes papéis estariam sujeitos à mudança e poderiam ser assumidos e rejeitados pelos atores sociais individuais. Dessa maneira, os papéis de gênero não são algo fixo nas pessoas, podem se mudar, transformar e evoluir para melhorar e procurar igualdade entre homens e mulheres, igualdade esta imersa nas ideias dos movimentos feministas.

O gênero, para refletir, não fica só como uma simples definição que permite perceber a sua presença, mas, é um determinante que acompanha desde o início da vida de cada pessoa e vai se definindo e determinando cotidianamente no processo da socialização. Judith Butler citada por Lucinda Platt (2010), explica que o gênero é um sistema de signos em que se infunde o poder, é uma representação, mas com a particularidade de ser sustentado por estruturas institucionais que estão no dia a dia em nossa sociedade (família, escola, trabalho e outros). O gênero não é um atributo essencial ou adscrito, mas, algo que todos "fazemos" no curso de nossas vidas cotidianas, e, é esse fazer que constrói nosso ser com base no gênero.

3.2.1 A Desigualdade de Gênero

Temos reconhecido que o gênero, e as relações de gênero entre homens e mulheres, são de caráter social e cultural. Mas infelizmente estas relações, até na atualidade, são relações de poder, em que são as mulheres as que têm maior desvantagem frente aos homens, pois ainda coexistimos dentro de um sistema patriarcal e sexista, o que gera, promove e mantém essas desigualdades.

Como menciona Harris (2010, p.155), o patriarcado é um sistema social de relações de gênero em que existe desigualdade entre esta categoria. Entendendo as relações de gênero como relações sociais entre homens e mulheres que estão enraizadas numa série de instituições e estruturas sociais. Para poder compreender esta desigualdade, que é histórica, é crucial conhecer como foi à "evolução" da relação entre o homem e a mulher em nossa sociedade.

Grande parte de nossa presença na terra, a humanidade atravessou-se pelo desenvolvimento de atividades de caça e coleta. Passaram-se três milhões novecentos e noventa anos sendo caçadores-coletores. Posteriormente a agricultura e a pecuária permitiram o surgimento de sociedades sedentárias com organizações hierarquizadas e se estabelecia a divisão sexual do trabalho. Há somente uns 10 000 anos que alguns povos passaram a viver quase só da agricultura e/ou da pecuária. As sociedades primitivas, aquelas caçadoras e coletoras, tinham um conceito e cosmovisão baseada no respeito e equilíbrio entre seres vivos e seu meio ambiente, assim eles foram sociedades igualitárias. A vida nas sociedades pré-agrícolas eram altamente cooperativas (SCHMUZIGER, 1991, p.19). Nessas sociedades as relações entre os sexos são relativamente igualitárias, os membros do bando cooperam no sentido de desempenhar a maioria das funções econômicas e de socialização de maneira coletiva. Também se têm referência de pesquisas sobre esses grupos, realizadas nos anos próximos de 1950, que mostram que os homens frequentemente cuidam dos bebês e das crianças, com frequência eles também se dedicam à coleta, por exemplo, após uma caça mal sucedida (BRYAM, 2008, p.263).

Geralmente forças ou energias vitais foram divididas em masculino e feminino, e isso não significa uma relação de poder ou relação hierárquica, mas sim uma relação de complementaridade e equilíbrio. Nas sociedades de caçadores-coletores, a divisão sexual do trabalho foi apresentada, deixando à atividade de caça principalmente para o homem e a atividade da coleta, principalmente para as mulheres. Esta divisão era determinada basicamente por um fenômeno natural ou biológico que é a reprodução. A reprodução é biologicamente delegada à mulher, pois ela tem que gestar o bebê por nove meses, dando-lhe vida através do nascimento, amamentação e cuidados durante os primeiros anos de vida. Estas atividades, obviamente, não lhe permitiam desenvolver-se como uma caçadora nestas fases, pois seria de muito risco para ela, para seu bebê e para seu grupo. Risco para o seu grupo, porque os caçadores trabalhavam em equipe, e ao ter uma mulher nessa fase reprodutiva, poderia enfraquecer o trabalho em equipe, o que era indispensável para terem sucesso da caça, além o risco da vida da mulher e de seu bebê (pelos animais ferozes e perigosos). Adicionalmente, no simbolismo dessas comunidades, as mulheres representavam a vida e por isso não podiam ser caçadoras (SCHMUZIGER, 1991, p.23).

A divisão sexual do trabalho vai fazer com que esse humano, em oposição à natureza, seja diferenciado, quando se trata de caça e quando se trata de coleta. Por quê? Porque um caçador tem que matar, ele é o senhor da morte... A contrapartida da ação do caçador é, assim, a da mulher coletora que, por sua vez, também ataca a natureza, mas ela o faz de uma forma não violenta, porque a coleta não implica geralmente a morte da planta, ao contrário, depende dos frutos, então não representa a morte da árvore, representa a sua reprodução (SCHMUZIGER,1991, p.27).

Também se pode evidenciar essa complementaridade, em sociedades mais organizadas, e do continente americano, como é o caso do Império Inca no Peru. Este império existiu até o século XVI, foi à civilização que teve o maior domínio na América antes da chegada dos espanhóis, pois se estabeleceram no Peru e abarcou parte dos territórios atuais de outros países da região como Equador, Colômbia, Bolívia, Chile e Argentina. Dentro de sua religião, os Incas, cultuavam ao Deus "Viracocha". Este Deus tinha a principal característica da dualidade, ou seja, uma complementaridade na sua cosmovisão, e, por tanto, esta simbologia se transmitiu nas atividades humanas. Na vida da população inca, se tinha conceitos de iguais e complementares, no que diz respeito ao equilíbrio entre a vida em comum, entre homem e mulher e os demais seres da natureza viva.

No auge da ordem cosmológica era Viracocha, a divindade andrógina. Houve uma dualidade sexual do deus Inca, por sua imagem acima, as palavras são escritas: "Ou sei-a este homem, ou sei-a esta mulher". Viracocha incorpora as forças opostas em todos os símbolos representados: o sol- a lua, o dia- à noite, o verão- o inverno, o homem- a mulher. Encabeçando uma hierarquia de descendência, Viracocha é o fundador de conjuntos paralelos de deuses e deusas que geram homens e mulheres como descendentes. Assim, o Inca alegou ser filho do deus, descendente direto do Sol; da mesma forma, a Coya (esposa do Inca) era a filha da Lua e representante de todas as mulheres na terra (SILVERBLATT, 2012, p.21, tradução nossa)

Posteriormente, surgiram às sociedades mais "consolidadas", após a nomadização, e implantaram a agricultura e a pecuária como meio de produção; seguidamente a transformação de sociedades politeístas a monoteístas (basicamente como imposição dos países europeus - "conquistadores"). Estas mudanças trouxeram como resultado alterações profundas no simbolismo da natureza do homem, e na relação homem - mulher. Quando se misturam as duas formas de produção, agricultura com arado e a pecuária, é que o homem ocupará o papel dominante, pois a sua mão de trabalho terá mais valor o que da mulher (ORTMANN, 2012, p.212).

Existiram três grandes processos históricos que dão surgimento e crescimento da desigualdade de gênero: *primeiro* as guerras e conquistas de longa distância, pois os conquistadores tinham em suas estruturas sócias hierarquias em que os homens eram dominantes e tinham leis e a sua religião, que reforçaram a submissão sexual, econômica e política das mulheres; *segundo*, a agricultura do arado nasceu há cinco mil anos, tornaram aos homens socialmente mais poderosos, por outro lado as mulheres ficaram em casa (pela gravidez, parto e amamentação), e, porque eram menos fortes para esses trabalhos; *terceiro*, a separação entre as esferas pública e privada, isto basicamente ao início da propriedade privada e da industrialização, os homens passam a ser parte da força de trabalho remunerado (fábricas, escritórios) e, assim, os papéis de poder se instauraram com eles nas instituições econômicas e políticas; e a maioria das mulheres ficou na vida privado-doméstica (BRYAM, 2008, p.268).

Ainda nos finais do século XIX e basicamente inícios de século XX, graças às lutas dos movimentos feministas, foram conquistados direitos das mulheres como por exemplo, o controle reprodutivo mediante o acesso aos métodos anticoncepcionais, acesso a educação superior, ao voto democrático e, em geral acesso aos direitos econômicos, políticos e jurídicos. Então, a desigualdade entre o homem e a mulher ao longo desse processo histórico, até a atualidade, foi e ainda é social e culturalmente construído (BRYAM, 2008, p.270).

Em consequência das relações que foram estabelecidas entre os gêneros, foram conceitualizadas enraizadas na forma como a produção e a reprodução era organizada na sociedade, onde as mulheres eram associadas à reprodução e os homens, à produção (PLATT, 2010, p.91). Mas é importante reconhecer que as relações de gênero, que até a atualidade são relações de desigualdade, apoiam-se em outras desigualdades como sociais, econômicas, raciais; além de reforçá-las.

3.3 Perspectiva de Gênero em Saúde

A perspectiva ou enfoque de gênero permite colocar em evidência as relações hierárquicas e de poder que se estabelecem entre homens e mulheres, e, a maneira como essas relações atuam frente a outras variáveis sociais, culturais. A perspectiva de gênero (PG) é reconhecer a diferença entre o sexo (biológico) e o gênero, e como que ela influencia na vida das pessoas, nas suas oportunidades e direitos. Analisar alguma situação com

perspectiva de gênero permite entender que a vida de homens e mulheres pode mudar, e que não estão "naturalmente" determinadas; assim, esta perspectiva ajuda a compreender mais profundamente não só a vida das mulheres, mais também dos homens e das relações que se estabelecem entre ambos (RODRIGUEZ; ROBLEDO; PEDROSO, 2010, p17)

Especificamente a PG em saúde, aporta evidências para demonstrar a forma em que os fatores biológicos interagem com as normas, os papéis e as relações de gênero o fatores socioculturais que afetam a saúde de mulheres, homens e suas comunidades; e aquelas interações interferem e determinam a saúde das pessoas e sua respectiva posição dentro do sistema de saúde (ONU, 2016, p. 6). Essa PG em saúde faz perceber que aqueles estereótipos e papéis de gênero intervêm diretamente, no significado de saúde e no agir na procura da mesma por parte das pessoas. É usual que aquelas diferenças baseadas no gênero, que se olham na esfera da saúde, não sejam explícitos e visíveis. Por essa razão muitas intervenções no setor da saúde seguem sendo insensíveis na dimensão de gênero. Então é indispensável perceber que quando se trata de saúde, as normas e as relações de gênero podem atuar como fatores de proteção ou de risco para mulheres e para homens (OPS, 2010, 11).

A masculinidade e a feminilidade estabelecem ordens e repressões, que muitas vezes são percebidas como naturais nas pessoas. Basicamente a saúde, o seu cuidado pessoal, assim como dos outros integrantes da família, e a procura dos atendimentos de saúde, estão socialmente delegadas às mulheres, pois elas cresceram com a ideia de serem as "cuidadoras", construída na direção de reprodução, e dentro da casa. Por outro lado, os homens foram direcionados à produção no mundo público, e, além na sua construção tradicional eles foram criados com a ideia de serem fortes e não mostrar debilidade, sendo assim, a procura e os cuidados com a saúde vão contra aquela construção social de ser homem (PARCERO, 2012, p.12). Essas diferenças nos estereótipos e papéis de gênero se percebem, por exemplo, na diferença nos índices de morbimortalidade entre homens e mulheres, pois são ambos os prejudicados, não só as mulheres.

Assim um exemplo que clarifica essa realidade e diferença entre o gênero feminino e masculino a taxa de mortalidade geral no Brasil, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade e 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem (MOURA, 2012, p.19). Esses dados mais uma vez reforçam as diferenças de gênero: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a morte prematura (causas externas), de modo a adoecer e morrer assim de outras

causas, como as mulheres. Destacam-se também as mortes por transtornos mentais e comportamentais e por doenças do aparelho digestivo, provavelmente associadas com comportamentos de risco, como uso de drogas, consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos ricos em gorduras, entre outros fatores (MOURA, 2012, p.25). “Os fatores biológicos de sexo e socioculturais de gênero influem não na saúde de maneira separada ou afastada; pelo contrário relacionam-se e incidem diretamente no estado de saúde de homens e mulheres” (RODRIGUEZ; ROBLEDO; PEDROSO, 2010, p.15).

3.4 Saúde Sexual e Reprodutiva numa Perspectiva de Gênero

Como se vem falando, a visibilidade da intervenção do gênero na sociedade e nos diferentes aspetos da vida das pessoas, como na saúde, foram sendo mostradas nas últimas décadas, graças a lutas sociais, basicamente dos movimentos feministas, resultando assim uma série de conquistas em direitos sociais, políticos e econômicos para as mulheres; assim como em direitos ligados a saúde em geral e a SSR em particular.

Os avanços nas conquistas dos direitos ao respeito da SSR foram dados com maior força a raiz da V Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD- O Cairo- 1994) onde se reconhece que a SSR é fundamental para as pessoas, o casal e as famílias; assim como para o desenvolvimento social e económico das comunidades e nações. Definiu-se nessa conferência que a **saúde reprodutiva** é "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos". A **saúde sexual**, por sua parte, foi definida como "uma parte da saúde reprodutiva que inclui o desenvolvimento sexual e saudável, as relações responsáveis e de equidade, um estado livre de doenças, males, violência e outras práticas daninhas relacionadas à sexualidade" (PLAN INTERNACIONAL, 2015, 8).

Posteriormente, na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres e sua Plataforma de Ação de Bejing (China-1995), se reforça a ideia que foi estabelecida na CIPD, da necessidade de trabalhar para conseguir a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. E o mais transcendental desse encontro foi que, pela primeira vez, se destaca a importância de envolver os homens e meninos nessa tarefa, pois uma coparticipação masculina é fundamental para a transformação das normas de gênero e de relações de poder,

as estruturas e os sistemas subjacentes que perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres, assim como entre as próprias mulheres e entre os próprios homens (MENENGAGE, 2015, p.14).

Em consequência, à raiz dessas duas conferências que se percebe com maior ênfase a SSR, mas com a importância de complementá-la com a equidade e igualdade de gênero; para que as pessoas possam ser capazes de decidir com autonomia e atenderem sua saúde e bem-estar.

A desigualdade de gênero é uma realidade em nossa sociedade, e, é por isso que muitas nações, norteadas basicamente por políticas e acordos internacionais, tem o objetivo de terminar com ela, pois essas relações de poder afetam todos os aspectos da vida das pessoas, como a saúde. Assim, dentro dos conhecidos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, o terceiro objetivo procura "promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres", mas os esforços conjuntos para o alcance desses objetivos não se encerraram para o ano 2015, como se tinha planejado.

É assim que no 2015 as Nações Unidas fizeram uma avaliação dos avanços dos ODM, e, quanto ao terceiro objetivo, verificaram progressos de igualdade para as mulheres e as meninas, na educação, no emprego e na representação política; mas, ainda existem muitas lacunas, particularmente em áreas que não foram abordadas pelos ODM. Ressaltaram assim que para conseguir a realização universal da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres é essencial abordar as áreas-chave que geram, tanto na lei e na prática, a discriminação de gênero, a violência contra as mulheres e meninas, desigualdade de oportunidades entre mulheres e homens no mercado de trabalho, a divisão desigual de cuidados não remunerado e trabalho doméstico, controle limitado das mulheres sobre bens e propriedade, e a participação desigual das mulheres, na tomada de decisão, nos ambientes públicos e privada (ONU, 2016, p.31).

Assim o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2015) em setembro de 2015 estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que foram construídos sobre as bases estabelecidas pelos ODM, onde se compromete ao trabalho pela igualdade de gênero, pois justamente o quinto objetivo procura "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas". Integrar a perspectiva de gênero nesses objetivos é importantíssimo para gerar mudanças sociais. Pois esses acordos são parte dos

norteadores no que diz ao respeito das políticas públicas que se vão estabelecendo e readaptando em diferentes países, como no Brasil.

3.5 Processo da gravidez e do nascimento

O PGN, a maternidade, é um aspecto- que histórica e socialmente considerada fenômeno natural o inerente à mulher, isso justamente pelo suposto determinismo biológico, ou seja, porque a gravidez e o nascimento ocorrem e são experiências que a vivência física e emocional é da mulher. Na participação do homem, no exercício de sua paternidade, se expressa também o papel reprodutor do homem, mas a função do pai não se expressa com tanta clareza como da mãe (SCAVONE e ALMEIDA *apud* PARCERO, 2012, p. 12). Embora, seja importante reconhecer que esses processos não só determinam a vida da mulher, mas também as dos homens e da própria família.

Segundo García e Diaz (2010), como fato social, o processo reprodutivo, onde fica o PGN, é usualmente compartilhado pela mulher e suas redes de apoio, passando desde o afetivo e econômico, motivo pelo qual o controle do processo não deve ser exclusivo da mulher grávida, mas também envolve a família e em especial, o companheiro (pai). Daí a importância do PGN ser considerado sob a PG. Em visto disso o processo da gravidez envolve todos os atores da família, indispensavelmente à mulher, mas também ao homem, pois é uma etapa nova e cheia de mudanças, tanto no aspecto físico (basicamente para a mulher), quanto emocional (para a mãe e o pai) e no social (para ambos). Então, assim como a mulher, o homem tem deveres a serem cumpridos e direitos a serem desfrutados, no que diz respeito a essas etapas.

Também é importante considerar que no PGN as pessoas terão que procurar relações mais igualitárias, respeitando mutuamente seus DSR. Como estabelece ONU Mulheres (2004, p17) tais direitos baseiam-se no reconhecimento do direito de todos os casais e indivíduos a decidir livremente a (o) sua (seu) parceira (o) sexual, ao desfrute de uma sexualidade saudável, o compromisso e a vontade de assumir conjuntamente as responsabilidades do comportamento sexual, participar responsavelmente no planejamento familiar para decidir o número de filhos, o espaçamento e intervalo das gravidezes, a

coparticipação na maternidade e paternidade e o direito a desfrutar do nível mais elevado de SSR.

Fica então esclarecido que o PGN encontra-se dentro da SSR das pessoas, e abrange várias etapas, assim o **pré-concepcional** e a **gravidez** mesma. Essas etapas influem muito nas etapas posteriores ao processo da gravidez, quer dizer, na criação e na educação dos filhos e na sua socialização como indivíduos. Dessa maneira o processo da gravidez, assim como a criação dos filhos, tem que ser compartilhados pelos homens e pelas mulheres, pois são acontecimentos de responsabilidade e que envolvem aos dois personagens. Assim, segundo Bowen citado por Castoldi (2002, p.25) já não se tem que pensar no que a gravidez só envolve a dos atores, o que é conhecida como díade (mãe-bebê), mas sim empezar a reconhecer que a influência é de três pessoas, o triângulo (pai-mãe; bebê) que além tem que ser visto como a base de todo sistema emocional da família.

Incorporar a PG nessas etapas significa levar em conta que as imagens sociais de homens e de mulheres condicionam as concepções e práticas que estão em torno do corpo, da sexualidade, da paternidade e da maternidade, à construção da afetividade e da identidade, as formas de pensar e sentir as diferentes fases no curso da vida em organização da vida cotidiana. Todos estes aspectos devem ser levados em consideração ao analisar a situação e a problemática na SSR de mulheres e de homens para poder elaborar respostas mais abrangentes e realistas (VIVEROS, 2005,471).

Nesse contexto, geralmente, a saúde da mulher ainda é sinônimo de saúde reprodutiva, ou seja, centra-se no planejamento familiar (PF), atendimento pré-natal (APN), atendimento do parto, amamentação; e vai passando despercebido outros aspectos que não correspondem à saúde reprodutiva (OPS, 2010,16). No entanto, atualmente tem se vivenciando uma mudança devido ao acesso a diferentes direitos e oportunidades, que as mulheres vão ganhando dia a dia, e o papel reprodutivo determinado á mulher, estabelecido historicamente como papel biológico- reprodutivo vai sendo transformado paulatinamente. Assim como menciona Badinter (2011, p.27) no aspecto reprodutivo, desde que as mulheres passaram a controlar a fecundidade, por meio de acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC), se beneficiaram em quatro fenômenos: declínio da fertilidade; elevação da idade média da maternidade; aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e diversificação do modo de vida feminino. Embora não se pode dizer que é uma realidade

geral, pois ainda existem desigualdades entre as próprias mulheres, desigualdades que tem que ver também por questões gênero, tabus e mitos; apoiados em outros determinantes como a classe social e a etnia.

Em contraposição, os homens estão afastados nos processos relacionados à gravidez, que em grande parte estão fortemente condicionados pelos papéis e estereótipos de gênero tradicionais. Pode-se perceber que entre os estudos sobre sexualidade e saúde reprodutiva masculina, na sua orientação heterossexual, é privilegiada a dimensão da “sexualidade compulsiva”, na qual se expressa à necessidade, dos homens, de ter muitas parceiras e práticas sexuais, pelo reforço da objetificação sexual da mulher e da referência ao ato sexual como conquista do outro e afirmação da identidade (COUTO, SCHRAIBER, 2005, p.671). Em consequência, as atitudes e comportamentos ligados à “sexualidade compulsiva” com a que o homem exhibe sua virilidade, influem e demonstram-se na resistência, na pouca vontade e na anulação do envolvimento masculino na anticoncepção (recusar-se ao uso da camisinha ou à vasectomia), durante a gravidez e depois na criação dos filhos e das filhas (que muitas vezes culmina em abandono) e nas tarefas do lar (BONINO, 2002, p.1).

Esses comportamentos de risco, que tem os homens, no que respeita a SSR, podem-se evidenciar, por exemplo, nos índices de infecções pela AIDS, que ainda é considerada uma pandemia e um problema de saúde pública no Brasil e no mundo inteiro. Assim, tomando como parâmetro os casos novos de SIDA-AIDS, em 2010, verifica-se que as taxas de incidência são muito maiores entre os homens do que entre as mulheres, sendo para os homens 37,9 casos novos versus 21 casos novos por 100 mil habitantes no caso das mulheres (MOURA, 2012, p.52). No Brasil, 17% dos homens sexualmente ativos já tiveram alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST), que atinge 6,6 milhões, 18% sem busca de nenhum tipo de apoio para tratamento (MINSAs, 2011, p.31).

Em consequência, como se menciona no informe dos ODM, é importante trabalhar com uma PG também em aspectos considerados como privados, como na casa, nas relações de casal e na família, e na SSR para obter resultados mais precisos sobre a igualdade de gênero. E, dentro dos aspectos considerados "privados" encontra-se justamente o PGN, que ainda é altamente influenciado pelos estereótipos, papéis de gênero e tabus. Nesse processo são vários os atores envolvidos. O homem, a mulher, assim como os profissionais de saúde, ao tratar-se de uma etapa que tem que ver com a SSR, pois como mencionam sobre o

processo reprodutivo, o gênero pode moldar e determinar a maneira como se estrutura o processo, os comportamentos dos protagonistas e a conceptualização do atendimento.

Mas, para que se possam gerar mudanças no panorama mencionado, é preciso que existam também mudanças no setor político, com a posterior criação de políticas públicas. Assim, o governo do Brasil, guiado pelos princípios do SUS a partir do ano 2000, vem aprovando uma série de políticas e portarias que buscam nortear e melhorar as práticas no atendimento de saúde e na promoção da saúde, levando em consideração a perspectiva de gênero na saúde em geral e na SSR em particular. São exemplo a Portaria N° 569, a Lei N° 11.108 e a Portaria N° 1.944, as quais serão abordadas nas seções subsequentes.

3.5.1 Período pré-concepcional

O **período pré-concepcional** é a etapa onde não se tem gravidez alguma, e, se pode ou não estar planejando uma gravidez. Este período, tomando em conta a intervenção institucional de saúde, está relacionado ao atendimento do **PF** nos serviços de saúde.

O PF é definido no art.2° da Lei n° 9.263 (1996) como "conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal" (MINSA, 2013, p.57). Além disto, o PF também é apoiado pela Portaria n°1.944 (Brasil, 2009), que correspondente á Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no SUS, busca implantar e implementar da atenção à SSR dos homens, estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, focalizando as ações educativas, inclusive no que tange à paternidade, e incluir o enfoque de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas.

Mas a pretensão desses programas de PF de assegurar o direito de toda pessoa a decidir livre, responsável e informadamente sobre o número e espaçamento dos filhos, não é ainda uma realidade, pois na definição e a implementação dos programas, além da lei, talvez não contemplaram enfaticamente a ideia de que a anticoncepção interfere com frequência o processo de interação e negociação entre homens e mulheres (VIVEROS, 2005, p, 473).

Por exemplo, é conhecido que o melhor método a ser usado para evitar tanto DST como o AIDS/HIV e a gravidez não planejada e/ou indesejada, é a "dupla proteção" (uso de algum método anticoncepcional como pílula, injetável, dispositivo intrauterino, diafragma - associado ao preservativo masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Mas,

geralmente este cuidado e prevenção são atribuídos e responsabilizados à mulher. Às vezes também, em relações consideradas como "fixas" pelo casal não se adota o uso da camisinha, por não fazer parte da rotina de vida, pois associam a pouca necessidade de seu uso ao tema da fidelidade, que atinge diretamente as mulheres. Também é surpreendente, que muitas mulheres relatam ocorrência de violência por parte do parceiro ao ser proposto o uso do preservativo, pois ele considera aquela proposta como que a mulher está traindo-o, e isso deixa vulnerável os direitos e a segurança das mulheres (MINSAs, 2013, p.116).

3.5.2 Período da gravidez e do nascimento

Seguidamente do período pré-concepcional, vem à etapa da **gravidez e do nascimento**, os quais são abordados nos serviços de saúde no **APN e no atendimento do parto** (seja parto normal ou cesariano).

A gestação e o parto constituem uma das experiências humanas das mais significativas, com um forte potencial emocional para todos (as) que dela participam, em especial da mulher que o vivencia física e emocionalmente. Dependendo do contexto que envolve a gravidez, onde seu ponto inicial, mas determinante, é se foi uma gravidez planejada-desejada ou não. A gravidez e o nascimento são processos reprodutivos fisiológicos e naturais, embora, no seu avanço possam surgir complicações; esses processos podem gerar alterações e susceptibilidades físicas e emocionais, pois são períodos de mudança biológica, psicológica e social (CARVALHO, 2010, p. 16).

Nesse sentido é preciso envolver os homens nesses processos, pois como bem fala Maroto *et al.* (2009), em nossa sociedade ainda existe a resistência à inclusão do pai como membro ativo na gravidez, parto e criação dos filhos e filhas. Em visto disso precisa-se de um atendimento mais humanizado e de qualidade dessas etapas, mas que também considerem a perspectiva de gênero.

Uma APN e do nascimento, de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para que isso aconteça faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os DSR, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

Paulatinamente é cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto. Isso é apoiado pela Portaria N° 569 (BRASIL, 2000), correspondente ao “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS”, que além de outras coisas, zela pelo direito à visita do pai sem restrição de horário, em qualquer momento durante a gravidez ou no parto.

A gestação, o parto, o nascimento são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (MINSAL, 2005, p.15). Além a Lei N° 11.108 (BRASIL, 2005) procura que se garanta às parturientes o direito a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o que promoverá um espaço de maior comodidade e segurança para as mães ao vivenciar esse momento.

Por outro lado, embora existam políticas e normativas que garantam o atendimento humanizado do PGN, dentro delas a integração e a participação do acompanhante-pai nesses processos, ainda há certa dificuldade para efetivar a presença paterna. Isso é demonstrado, por exemplo, no estudo de Grilo *et al.* (2014, p 12) que pesquisaram 266 hospitais (públicos e privados) com um total de 23.940 participantes em diferentes regiões do Brasil, eles demonstraram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8 % tinham companhia continua e 56,7 % tiveram acompanhamento parcial. Também demonstraram que a presença de um acompanhante durante o parto, na maioria dos serviços, ainda é um privilégio às mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, com plano de saúde e que foram submetidas à cesariana. Isso poderia estar determinado por questões ligadas aos atores ou protagonistas envolvidos: a usuária (usuário) e profissionais de saúde. Pois no atendimento assistencial do processo reprodutivo, como o atendimento pré-natal e o nascimento, intervêm fatores sociais e subjetivos que determinam o comportamento daqueles protagonistas.

3.5.3 Os profissionais de saúde no processo da gravidez e do nascimento

A participação dos **profissionais de saúde** no PGN é muito importante, pois o setor saúde, com seus profissionais, têm que reorientar os serviços de saúde e programas de saúde pública para que trabalhem pela redução das iniquidades, as quais como já se vêm falando, estão determinadas também por fatores como o gênero (RASANATHAN, 2011,3). Os/as profissionais de saúde se encarregam de promover e resguardar a saúde da população, isso

significa que deve ter condições de detectar e tentar reduzir os fatores de risco, tanto de homens como de mulheres e, o gênero é um desses fatores chave (OPS, 2010, p11).

Os/as profissionais de saúde, geralmente, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes. Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os mesmos profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema, pois também são influenciados por aqueles preconceitos (MINSAs, 2013, p.49). Em consequência, é preciso que os/as profissionais de saúde em quanto à SSR, tenham uma visão mais ampla e holística, menos assistencialista e medicalizada. Estes profissionais também precisam compreender que a saúde, e o aspecto da sexualidade, têm fatores não só biológicos, mas também emocionais e sociais que as abrangem.

As ações de saúde voltadas para a SSR, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à SSR (MINSAs, 2013, p.60).

Nesse sentido, por exemplo, no APN o profissional de saúde tem que proporcionar a participação do parceiro, para que ele possa também se envolver no processo gravídico e puerperal ativamente, favorecendo o equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família (MINSAs, 2005,36).

Como descrevem Costa *et al.*(2009), os profissionais de saúde têm que favorecer o acolhimento desse homem/pai na unidade de saúde, proporcionando-lhes condições para atingir juntamente com a gestante /companheira no processo gravídico, seja como consulta individual ou participando de reuniões permitindo a escuta de situações. Complementarmente, Maroto (2009), refere que o atendimento sanitário é herdeiro de valores sociais e reproduz o sistema de gênero social, a visão medicalizada baseada num enfoque biologista, fragmentário e tecnológico. Entre outras características, apropria-se desse processo e configura um sistema de gênero no tratamento da gravidez, parto e pós-parto. Em consequência, os/as profissionais de saúde, tem que se tornar em agentes de mudança social, no que diz respeito dos estereótipos e papéis de gênero tradicional, para poder conseguir a igualdade nesse aspecto.

3.6 Novas Masculinidades: Reflexo na Sociedade e Saúde

O gênero é uma construção social, que está presente no pensar, sentir e agir das pessoas, sejam homens ou mulheres. O gênero se traduz assim em feminilidade(s) e masculinidade(s).

Nesse sentido a masculinidade compõe-se por uma série de atributos, valores, funções e condutas que se supõem essenciais ao homem em uma realidade sociocultural determinada. Podemos afirmar que a masculinidade hegemônica (MH) é o modelo social que têm prevalecido historicamente em todas as sociedades, que têm sido patriarcais, e que ainda prevalece em nossos dias, a qual vem a ser um esquema culturalmente construído no qual o homem é apresentado como essencialmente dominante e totalmente oposto ao que é valorizado como feminino e que serve para discriminar e subordinar as mulheres e outros homens que não se adaptam a este modelo (BONINO, 2002; KEIJZER, 1997). E, como menciona Keijzer (1997, p. 12), “na realidade, não é exagerado comparar a masculinidade com uma nobreza”.

Complementarmente como descreve Jiménez (2003, p.38), “desde que nasceu o patriarcado, o homem definiu-se sempre como um ser humano privilegiado, que tinha algo mais que as mulheres ignoravam. Julgavam-lhe mais forte, mais inteligente, mais valente, mais responsável, mais criador e mais racional. Isto justificou a relação hierárquica para com as mulheres”.

Essa construção de MH ou tradicional explica as diferentes atitudes que muitos homens têm em relação a sua participação em processos histórico e biologicamente ligados à mulher, como é o caso do PGN, aos cuidados de sua saúde e a de sua família, na sua participação nos cuidados e tarefas do lar, entre outros.

Essas construções tradicionais de masculinidade têm provocado muitas desigualdades ao longo da história, e as que têm maior desvantagem são as mulheres. De acordo com Bryam (2008, p.275) as desigualdades de gênero é o fundamento da agressão contra as mulheres, à desigualdade de gênero não é apenas uma questão de justiça: é também uma questão de segurança. Embora, é importante mencionar que nestes últimos anos demonstrou-se que também os homens sofrem por esta desigualdade.

Assim, segundo a Aliança Global de Redes de Nações e Organizações não Governamentais do Mundo (MENENGAGE, 2015, p.18), os papéis de gênero põem em risco a saúde dos homens, pois anima-os a equiparar o ser “viril” e demonstrar

constantemente sua masculinidade, incitando-os muitas vezes a procurar situações de angústia e estresse, os quais põem em risco sua saúde física e emocional e portanto sua vida em sociedade. Por exemplo, eles assumem diferentes condutas perigosas compensatórias, que vão desde a repressão de emoções, a multiplicidade de parceiras sexuais, o consumo de álcool e drogas até o uso da agressão física e a pouca disposição a procurar serviços de saúde e apoio emocional. A noção mesma em relação à virilidade, com frequência aumentam a própria vulnerabilidade dos homens frente às lesões e outros riscos para a saúde, assim como também determina a aparição de riscos e vulnerabilidade de outras pessoas, como mulheres e crianças.

Para consolidar a ideia de risco como consequência da construção da MH, Moura (2012, p.67) demonstra alguns dados interessantes. No que se refere aos cuidados da saúde (ligados social e basicamente à mulher); ao comparar a concentração de consultas por habitantes, as mulheres têm 71 vezes mais consultas que os homens. Também demonstra que os homens têm mais fatores comportamentais de risco (excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo de carnes com excesso de gorduras, consumo de refrigerantes, não uso de proteção contra radiação ultravioleta) do que as mulheres. Os homens se configuram num estereótipo peculiar da masculinidade, na qual se colocam como imunes aos perigos, fortes no enfrentamento de riscos e que não necessitam de assistência à saúde, pois nunca ficam doentes.

No aspecto da sexualidade masculina, levando em consideração a construção tradicional e hegemônica, a sexualidade é uma questão de poder, onde o homem preocupa-se em reafirmar seu poder sobre as mulheres. O sexo é assumido como rendimento, se mantém a ideia do ego masculino, como uma autoafirmação individual de sua masculinidade, o sexo converte-se em conquista. E, as mulheres são mais vinculadas à união do casal, mais monógama, e, relacionada ao desejo de fortalecer a relação. Então, os homens consideram-se experts na sexualidade, na sensualidade e no prazer, mais no terreno da procriação, consideram-no como feminino, e são basicamente elas, as peritas e responsáveis pela reprodução; talvez por isso que muitos homens se negam frequentemente ao uso de métodos anticoncepcionais. As relações de poder que se apresentam nessas esferas são quase sempre invisíveis, e passa a ideia de que o poder da MH como modelo siga sendo muito grande. Neste sentido, o problema das relações entre os gêneros é muito sério. Pois os homens estão socializados com a ideia de que a sexualidade é um campo de poder e de

reafirmação da sua masculinidade e a percepção que os homens têm sobre a mulher é de objeto sexual, então, muitas vezes as relações do casal tornam-se pouco prazerosas, com agressões e abusos que chegam até violações (JIMENEZ, 2003, p.68).

Em consequência, considera-se à masculinidade tradicional ou MH é um fator de risco para a saúde do homem e seu entorno, por isso se deve confrontar com outros modelos de masculinidade que incorporem entre seus valores o cuidado e a proteção da vida e da saúde. Pensar em novas masculinidades que fomentem o desenvolvimento de comportamentos cooperativos, cuidadosos, corresponsáveis e mais presentes dos homens em todas as situações sócio sanitárias. Por exemplo, no que respeita à sua participação no cuidado da SSR como à sua participação no PF, no APN, no parto; nos atendimentos pediátricos de suas crianças e no cuidado de sua própria saúde e dos/das outros integrantes de sua família. (BONINO, 2002, p.3). Assim a ruptura da visão única, universal e histórica da masculinidade, em conjunto com a ideia de novas masculinidades, permite formular novas intervenções na vida social, em prol da igualdade de gênero, pois isso beneficia a todos e todas (OPS, 2010, p.25).

A igualdade de gênero significa que homens e mulheres tenham as mesmas oportunidades na vida, tanto na pública como na privada. Trata-se de procurar que ambos tenham as mesmas oportunidades de acesso a produtos, ferramentas e recursos valorizados socialmente. A luta que se estabelece e para que mulheres e homens se encontrem em iguais condições de realizar plenamente seus direitos e suas potencialidades para manter e melhorar sua saúde, sua SSR, contribuir ao desenvolvimento de sua saúde e obter benefícios de seu resultado (OPS, 2010, p.28). Em quanto à SSR se pode fomentar a igualdade de gênero, quando homens e mulheres promovam a aproximação, a necessidade de negociar, o reconhecimento e a expressão de emoções de ambos, ao respeito da sexualidade em geral (VIVEROS, 2005, p. 491). Segundo García e Diaz (2010), o processo reprodutivo é um momento fundamental na vida das pessoas e da família, pois é onde se consolidam ou desarticulam aspectos relacionados com a feminilidade/masculinidade e maternidade/paternidade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Aspectos gerais do estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, esta metodologia foi eleita por ser considerada mais apropriada para responder aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa analisou as representações sociais da participação dos homens no PGN, que são aspectos contidos no âmbito da SSR das pessoas; y, justamente a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano dentro de sua particular realidade social (MINAYO, 2004, p.12). Essa metodologia fornece uma análise mais detalhada sobre os pensamentos, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, os quais tem relação direta ou estão determinados pelas representações sociais que as pessoas têm (LAKATOS, 2008, p.269).

4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no pós-parto da Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. O hospital tem uma área de abrangência que compreende a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, com uma população total de 387.309 habitantes, que é composta por duas regiões de saúde: Diamantina, composta por quinze municípios (Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro) e região de saúde tripolar Minas Novas/Turmalina/Capelinha, que é composta por oito municípios (Aricanduva, Capelinha, Chapada do Norte, José Gonçalves de Minas, Leme do Prado, Minas Novas, Turmalina, Veredinha).

4.3 Participantes do estudo

A pesquisa abrangeu 17 participantes, dos quais 5 foram homens-pais, 5 mulheres-mães e 7 profissionais de saúde. O número final de participantes da pesquisa foi definido no decorrer da mesma, empregando-se para isso o “critério de saturação”, que de acordo a Pereira (1998, p.92), permite chegar a um número limite de participantes. Esse número limite de participantes se estabelece quando os temas e os argumentos começam a se repetir, então

dai se dá por concluída a coleta das entrevistas, pois isto significa que entrevistar mais quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significado ao conteúdo do estudo.

A seleção dos/das participantes foi realizada levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão para cada grupo de participantes. De acordo ao Quadro 1 seguinte:

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão dos/das participantes do estudo

	Critérios de Inclusão¹	Critérios de Exclusão
Homem	<p>Aquele que tenham ganhado filho (a) no período da coleta de dados.</p> <p>Aquele que ganhara filho (a) mediante o SUS.</p> <p>Aquele cuja companheira e filho (a) se encontrem com quadro clínico saudável.</p> <p>Aquele que tenha aceitado e assinado o TCLE.</p>	<p>Que tenham idade menor ou igual de 18 anos.</p> <p>Aquele cuja companheira tenha idade igual ou menor de 18 anos.</p>
Mulher	<p>Mulher que se encontrem no período de pós-parto imediato, no período da coleta dos dados.</p> <p>Aquela que foi atendida pelo SUS.</p> <p>Aquela com quadro clínico estável.</p> <p>Aquela com filho (a) nascido vivo e com quadro clínico estável.</p> <p>Aquela que tenham aceitado e assinado o TCLE.</p>	<p>Que tenham idade menor o igual de 18 anos.</p> <p>Com alta hospitalar.</p> <p>Aquela cujo companheiro tenha idade igual ou menor de 18 anos</p>
Profissional de Saúde	<p>Homem e mulher</p> <p>Profissional de saúde encarregado da atenção do parto no Hospital em menção (médicos, enfermeiros)</p> <p>Aquele profissional que faça parte da equipe de saúde no atendimento obstétrico à</p>	<p>Aquele que trabalha menos de três meses no Hospital.</p> <p>Profissionais que não sejam da saúde e/ou não fazem parte da equipe de saúde.</p>

¹É importante sinalar que a mulher e homem entrevistado não necessariamente tem um relacionamento em comum.

comunidade (psicólogo assistente social, técnico em enfermagem)

Aquele que trabalhe no atendimento do SUS.
Aquele que tenham aceitado e assinado o TCLE.

4.4 Instrumentos

A coleta dos dados foi realizada por meio de duas técnicas: a entrevista de tipo semiestruturada e a observação participante.

Foram realizadas **entrevistas semiestruturadas** guiadas por roteiros, os quais foram específicos para cada tipo de participante (homem, mulher e profissional de saúde). As entrevistas foram guiadas por um roteiro (Apêndice A, B e C) e gravadas em áudio, por meio de um gravador digital para a posterior transcrição e análise.

A entrevista é uma conversa oral entre duas pessoas (o entrevistador e o entrevistado), cujo objetivo foi e a obtenção de informações importantes e também compreender as perspectivas e experiências das pessoas entrevistadas (LAKATOS, 2008, p, 278). Adicionalmente a entrevista é uma técnica de coleta de informações, que é considerada privilegiada, já que dá a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo por transmitir, através do entrevistado, as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Resultando sempre, uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos com o entrevistador (MINAYO 2004, p.114).

A fala (conjunto de palavras) dos entrevistados é muito rica para o posterior análise, pois a palavra é um símbolo de comunicação por excelência porque ela representa o pensamento; além revela também condições estruturais, sistema de valores, normas e símbolos e tem a magia de transmitir a través de um porta-voz, o entrevistado, as representações de grupos determinado, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Assim, a importância da entrevista radica em que é a melhor forma de captar o sentido encoberto das ações humanas (BOURDIEU apud MINAYO, 1994, 103).

Paralelamente à entrevista utilizou-se a **observação participante** que é uma técnica que tem como objetivo principal registrar e acumular informações. Esta técnica possibilita um contato pessoal e estreito do investigador com o fenômeno pesquisado. A observação participante implica a interação entre investigador e grupos sociais, visando coletar modos de vida sistemática, diretamente do contexto ou situação especificado grupo (LAKATOS,

2008, p, 275). Embora, muitas vezes seja considerada como uma técnica de captação de dados menos estruturada ao não supor nenhum instrumento específico para direcionar ao observador, dependendo desse último, em interação com o entorno observado, o sucesso (FROTA, 2005.p.77).

4.5 Procedimentos

Para a realização da pesquisa no primeiro termo, se procurou a aprovação do seu projeto tanto pela instituição coparticipante como da universidade. Assim, o projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina, obtendo-se a sua aceitação e participação como instituição coparticipante (Anexo 1). Além, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Conseguindo a sua aprovação pelo CEP mediante o Parecer N°1.676.918, de número do CAAE: 57668316.0.0000.5108, de data 12 de agosto de 2016. (Anexo 2)

Depois da aprovação do projeto, a seguinte ação foi a recollecção dos dados por meio da entrevista feita aos participantes e a observação participante da pesquisadora no hospital. Esta etapa da pesquisa foi realizada no mês de agosto do 2016, neste sentido se realizaram oito visitas, tanto na manhã como na tarde, no hospital; isso com a finalidade de poder encaixar nos horários disponíveis dos participantes. Também é importante mencionar que nesta etapa, a pesquisadora era acompanhada por uma e às vezes duas das estudantes bolsistas que participaram na pesquisa.

No caso das mães e pais participantes, a pesquisadora junto com as estudantes bolsistas convidaram as usuárias e os homens, presentes na sala de puerpério da maternidade do hospital, a participarem da pesquisa. No caso dos profissionais de saúde, eles eram abordados em diferentes espaços da maternidade, como sala de puerpério, sala de pré- parto, corredores e outros. Inicialmente a pesquisadora fazia a apresentação pessoal correspondente, tanto dela como da bolsista, assim como uma breve apresentação do projeto. Seguidamente, aqueles (as) que manifestaram interesse em participar foram encaminhados à Sala de reuniões da maternidade para que seja feita a entrevista. A sala de reuniões da maternidade é um espaço mais privativo, que fica dentro da maternidade e perto da sala de puerpério, essa característica, assim como o ser um espaço com menos barulho fizeram com que seja o lugar para realizar as entrevistas.

Os participantes que confirmaram a sua participação, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D, E, F). As entrevistas foram

individuais e gravadas, guiadas por os roteiros correspondentes, a duração da entrevista foi dum mínimo de 15 minutos e um máximo de 45 minutos.

Uma vez concluída a entrevista, junto com uma cópia do TCLE, se fez entregue a cada participante do estudo um folder informativo elaborado pela pesquisadora (Apêndice G).

4.5.1 Folder informativo

Esse folder informativo intitulado **GUIA PARA PAIS: Paternidade ativa. Corresponsabilidade na criação do filho (a)** é criada com a finalidade de informar as/os participantes sobre a razão e a importância de envolver aos homens na criação dos filhos/as. Considerando cenários chave como: O porquê ser um pai ativo e coparticipante, a participação como pai durante a gravidez – nascimento e primeiros anos de vida, e, finalmente os benefícios e ingredientes dessa paternidade ativa e corresponsável.

Durante o processo de elaboração do folder, se teve que reconhecer que o PGN e interligado desde o seu início com a paternidade e a maternidade, as quais são etapas que envolvem indivíduos, pois tanto o homem, quanto a mulher e a criança(s), desde a gravidez, ficam envolvidos juntamente. Entram em jogo as questões e estereótipos de gênero que cada um dos progenitores carrega como normativas ligadas ao gênero e assim se têm duas opções: ou ser repetidos e perpetuados, ou ser mudados e transformados, isso determinará a vida e o desenvolvimento de sua criança e daquela nova família.

O folder foi compartilhado com os 17 participantes da pesquisa, entre eles homens/pais, mulheres/mães e profissionais de saúde, os que receberam com grande surpresa, alegria e agradecimento. Ao final da tese, é dizer depois da sua aprovação final, a pesquisadora se comprometeu com o hospital a fazer entregue virtual do folder ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina, para que, si eles considerassem adequado, fazer a distribuição massiva as usuárias/os da maternidade para poder gerar maior difusão deste tema na população do hospital.

4.6 Análise dos dados

Uma vez coletados os dados, todas as entrevistas foram transcritas. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas e as falas foram identificadas da seguinte

maneira: “Mãe 1 até Mãe 5”, “Pai 1 até Pai 5” e finalmente “Ps 1 até Ps 7”. Posterior à transcrita se analisaram os dados obtidos por meio do método do **análise de conteúdo**.

A análise de conteúdo é um procedimento de descrição de conteúdo de mensagens e símbolos, com a intenção de fazer uma inferência do conteúdo daquelas mensagens obtidas do entrevistado (a). Essas mensagens expressam representações sociais de qualidade e de elaborações mentais construídas socialmente, dependendo do contexto na qual o entrevistado se desenvolve. A inferência é o procedimento intermediário que vai permitir a passagem, explícita e controlada, da descrição à interpretação, e o indispensável para fazer uma boa inferência é a comparação. Isso quer dizer que um dado (que contém uma mensagem) tem que ser relacionado com outros dados para ter valor interpretativo e não meramente descrição dos dados obtidos do discurso e relacionados aos pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo, de indivíduo e de sociedade (FRANCO, 2012, p. 12).

Do ponto de vista operacional, a **análise de conteúdo** parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados e manifestos; relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO 2004, p.114).

Na operacionalização, mediante a análise de conteúdo, busca-se gerar as **unidades de análise**, as quais conformarão as **categorias de análise**; isso mediante a interpretação da descrição encontrada na informação obtida mediante as técnicas de coleta de dados (basicamente a entrevista). Para caracterizar e definir a unidade de análise de uma pesquisa, primeiro é importante considerar que elas dividem-se em *unidades de registro* e *unidades de contexto*. As *unidades de registro* estão compostas basicamente pelas fontes direitas do conteúdo (a informação); assim estão presentes a palavra, o tema e o personagem. Aquele personagem terá uma fala complexa (que pode ser pela qualidade e/ou quantidade da informação) a respeito de um tema, e essa fala estará composta por palavras soltas. Então, o tema é considerado como a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo, indispensável em estudos sobre representações sociais (FRANCO, 2012, p. 49). As unidades de contexto, por seu lado, são as que imprimem de significado as unidades de análise. Corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidades de registro) são excelentes para a compreensão do significado exato da unidade de registro. Mais para encontrar aquelas unidades de contexto é imprescindível incorporar as unidades de registro, para que fique claro o contexto a partir do qual as informações foram elaboradas,

concretamente vivenciadas e transformadas em mensagens personalizadas, socialmente construídas e expressadas via linguagem oral, verbal ou simbólica (FRANCO, 2012, p. 52).

Uma vez definidas as unidades de análise, é preciso defini-las e organiza-las em **categorias**. Nessa etapa é crucial tomar em consideração os objetivos da pesquisa, pois são eles os que guiarão e determinarão quais informações são relevantes de acordo às finalidades da pesquisa. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de informações, que seguidamente serão reagrupados baseados em analogias e inferências. As categorias podem surgir a priori ou na medida do avanço do análise, e essas categorias podem ter várias versões, no sentido que para chegar às categorias finais da pesquisa, é preciso um análise complexo e que precisa de idas e voltas, para gerar as categorias finais. Para definir boas categorias é preciso que elas cumpram alguns requisitos ou qualidades. Assim cumprir a principia de *exclusão mútua* que depende da homogeneidade das categorias, da *pertinência* que é quando se adapta ao material de análise escolhido e ao marco teórico definido, da *objetividade e a fidedignidade* que é quando as diferentes partes do material, tem que ser codificadas da mesma maneira, mesmo que sejam submetidas a vários análises, e, finalmente deve ter o princípio da *produtividade* o que significa que as categorias encontradas dão a possibilidade de fornecer resultados férteis, o que permitirá uma prática crítica, construtiva e transformadora (FRANCO, 2012, p. 72).

Na análise de cada entrevista do estudo foram enfatizadas nas ideias e experiências do pai, da mãe e do profissional de saúde em relação à intervenção, na participação, do homem no PGN. O que se pode dizer de envolvimento paterno no PGN. Essa abordagem foi tomando em consideração três etapas importantes como: primeiro pré-concepcional, basicamente ligado ao atendimento em planejamento familiar por parte do SUS; segundo a gravidez mesma, ligado ao APN pelo SUS; e finalmente o nascimento, ligado ao atendimento do parto (seja normal o cesariana) pelo SUS.

Finalmente é importante mencionar que se fez uso da triangulação na análise dos dados, pois se utilizaram duas técnicas, as entrevistas que basicamente permitiram a identificação de unidade de análise e categorias; e, a observação participante que basicamente foi utilizada durante a discussão dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas etapas. Inicialmente, será realizada uma descrição das características dos participantes da pesquisa; seguidamente uma gráfica do resumo das categorias e unidades de análise encontradas e finalmente as categorias encontradas serão apresentadas e discutidas.

5.1. Descrição das características dos participantes

As cinco **mães** entrevistadas tinham idade variando de 19 a 30 anos, sendo a média de 24,4 anos. Tais mães tinham de um a seis filhos. A escolaridade delas variava de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Superior incompleto. Se pode dizer que só uma delas tinha trabalho estável. A maioria ganhou seu último filho por parto normal. Se pode evidenciar melhor no Quadro 2 a continuação:

Quadro 2: Características das mulheres/mães

Mãe	Idade	Escolaridade	Ocupação	Número de filhos	Tipo do último parto
1	28	Ensino médio incompleto	Agente comunitaria	2	Cesariana
2	30	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de cozinha	6	Parto normal
3	25	Ensino fundamental completo	Diarista	2	Parto normal
4	20	Superior incompleta	Recepcionista	1	Cesariana
5	19	Ensino médio incompleto	Mãe de casa	1	Parto normal

Os cinco **pais** entrevistados tinham idade variando de 30 a 37 anos, sendo a média de 32,6 anos. A maioria tinha até 2 filhos. A escolaridade deles variava de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Superior completo. As companheiras de três dos entrevistados ganharam seu último filho (a) mediante cesariana, os outros dois por parto natural. Se pode evidenciar melhor no Quadro 3 a continuação:

Quadro 3: Características dos homens/pais

Pai	Idade	Escolaridade	Ocupação	Número de filhos	Tipo do último parto
1	30	Ensino fundamental incompleto	Trabalhador rural	6	Parto normal
2	37	Ensino médio incompleto	Trabalhador rural	2	Cesariana
3	31	Ensino fundamental completo	Marcenaria	2	Cesariana
4	30	Superior completo	Professor de teologia	1	Parto normal
5	35	Ensino médio incompleto	Motorista	2	Cesariana

Os sete **profissionais de saúde** tinham idade variando de 30 a 52 anos, sendo a média de 37 anos. Seis das entrevistadas são mulheres. A maioria enfermeiras. Dos profissionais de saúde participantes, só três tinham experiência de trabalho numa Unidade Básica de Saúde (UBS), as outras quatro só trabalharam até atualidade no nível hospitalar-maternidade. Se pode evidenciar melhor no Quadro 4 a continuação:

Quadro 4: Características dos/das profissionais de saúde

Ps	Idade	Sexo	Ocupação	Experiência numa UBS
1	30	Mulher	Enfermeira	Não
2	31	Mulher	Enfermeira obstétrica	Sim
3	39	Mulher	Enfermeira Obstétrica	Não

4	52	Home	Obstetra ginecologista	Sim
5	44	Mulher	Obstetra ginecologista	Sim
6	30	Mulher	Técnica em enfermagem	Não
7	33	Mulher	Assistente Social	Não

5.2. Apresentação de categorias e discussão

Antes de ingressar ao análise e a discussão das categorias encontradas na pesquisa, é importante lembrar dois pontos:

Em primeiro lugar, de acordo ao marco teórico já descrito anteriormente, temos que reconhecer que as representações sociais (ideias e concepções do mundo, ou de algum fenómeno) se entrelaçam simultaneamente, e, manifestam-se em comportamentos, atitudes e sentimentos dos sujeitos num determinado contexto sociocultural e num determinado fenómeno, como é o PGN.

No segundo lugar, na pesquisa falamos de PGN aquela que inclui a etapa pré-concepcional, a etapa da gravidez e do nascimento. As quais, ao tratar-se de etapas dentro da SSR, tem atendimento no sistema de saúde no PF, no APN e no atendimento do parto normal ou cesariana, dentro do SUS.

Também é importante destacar que o Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina basicamente está encarregada do atendimento do parto (normal ou cesariana), eles recebem as pacientes que se encontram em trabalho de parto. Então, todas as participantes, fizeram seu APN, e, anteriormente seu atendimento de PF, basicamente na UBS correspondente a sua setorização geográfica.

Nesse sentido, a partir dos relatos das/dos participantes e o posterior análise, surgiram *unidades de análise*, as quais foram agrupadas e conformaram as *categorias de análise*. No transcurso dessa etapa esses processos mudaram e transformaram-se constantemente, até finalmente consolidar as *unidades de análise* e a as *quatro categorias temáticas* de análise finais da pesquisa, como amostra o seguinte Quadro 5.

Quadro 5: Resumo do análise dos resultados

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FALAS
Estereótipos de Gênero no PGN	O PGN como responsabilidade feminina	<p>“Eu lembrava ela, alertava né (para usar algum anticoncepcional), falava com ela, mas às vezes ela descuidou né”. Pai 1</p> <p>“Quando o médico indicou a cesariana e contei para meu marido... ele (o companheiro) não interfere nessas coisas não”. Mãe 1</p>
	O homem como acompanhante/protetor	<p>“Eu acompanhei em todos os atendimentos pré-natais. Acho que dava mais segurança pra ela, acho que ela ficava mais tranquila”. Pai 4</p> <p>“A mulher fica mais tranquila (com a companhia do pai)”. Ps3</p>
	O nascimento como quebra de valores masculinos hegemônicos	<p>“Foi uma experiência boa (o parto), mais traumatizante”. Pai 4</p> <p>“Nem falei com ele (para acompanhar no parto), porque ele é muito nervoso, ele tem pavor de sangue”. Mãe 5</p>
	Avançando numa visão de igualdade no PGN	<p>“Então eu acho que a responsabilidade (de ter filhos) deveria ser sempre dos dois”. Ps3</p> <p>“Hoje eles (os pais) têm que fazer, tem que participar tanto do pré-natal”. Mãe 1</p>
Profissionais de saúde e a	As USB na participação do homem no PGN	<p>“Quem tem mais acesso a esse público (pais) são exatamente os integrantes das unidades básicas de saúde”. Ps6</p>

**participação do
homem no PGN**

Atitudes dos profissionais de
saúde ao respeito da
participação do homem no PGN
(aspectos positivos e negativos)

“Aqui (na maternidade) eles tratam a gente muito bem né. E, o pai pode entrar qualquer hora que quiser, é um direito do pai sabe!” **Mãe 3**

“Eu acompanhei a alguns atendimentos pré-natais, mais não entrei na sala nessas consultas, porque determinados médicos não liberam a entrada, porque já avisa antes para deixar somente a esposa entrar”. **Pai 5**

**Fatores
externos na
participação do
homem no PGN**

Horário de trabalho do homem

“Então acho que o horário de trabalho é um dos obstáculos para a participação dos pais!”. Ps3

“Eu ia sozinha aos atendimentos pré-natais, pois ele sempre estava trabalhando”. **Mãe 5**

Cenário da gravidez

“As vezes é uma gravidez assim no susto, uma gravidez indesejada. Então eu acho que ai o pai já não acompanham a gravidez, nem no parto”. **Ps 6**

“Compartilhar com o pai aquele momento do nascimento, também no

Benefícios da participação do homem no PGN	-	processo de parto, pós-parto, parece que melhorou o vínculo entre os três”. Ps2
---	---	--

Seguidamente realizaremos a análise e discussão detalhada de cada categoria encontrada em nossa pesquisa. Assim, *Estereótipos de gênero no PGN* será a primeira em ser analisada, depois *Profissionais de saúde e a participação do homem no PGN*, seguidamente *Fatores externos na participação do homem no PGN* y finalmente *Benefícios da participação do homem no PGN*.

5.2.1. *Estereótipos de Gênero no PGN*

O gênero como determinante social da saúde, influi diretamente nos aspetos relacionados à saúde em geral e a SSR em particular. Os mandatos ou estereótipos de gênero estabelecidos numa determinada sociedade conduzem os papeis de gênero de mulheres e homens, que se mostram nas condutas, atitudes e sentimentos. Entende-se também que, os papéis de gênero são expectativas amplamente compartilhadas de como o homem e a mulher devem agir em determinada realidade social (BRYAM, 2008, p120).

Nesse sentido, serão analisadas as subcategorias que são: **O PGN como responsabilidade feminina, o homem como acompanhante/protetor no PGN, o nascimento como quebra de valores masculinos hegemônicos**, e, finalmente, **avanzando numa visão de igualdade no PGN**. Assim algumas dessas subcategorias reforçam estereótipos tradicionais de serem homem e mulher no que correspondem ao PGN, outros colocam em transição e mudança esses estereótipos.

5.2.1.1 *O PGN como responsabilidade feminina*

O PGN é um espaço considerado privativo e feminino, em consequência, encontra-se fortemente permeado desses estereótipos de gênero tradicionais, os quais perpetuam a ideia de que é um espaço basicamente ligado e responsabilizado às mulheres por ser um

processo reprodutivo e que biologicamente lhes correspondente. Esses estereótipos de gênero tradicionais também desvinculam ao homem apoiados na ideia anterior.

Um fato que evidencia claramente esse panorama de adjudicar o PGN, a gravidez basicamente à mulher e ainda pouco estudada na perspectiva do homem é demonstrada por Bornholdt, Wagner e Staudt (apud Parcero, 2012) que realizaram uma pesquisa da quantidade de estudos na base de dados WebScience, referente aos anos de 2003 a 2006, que ligaram a gravidez ao gênero. Assim identificaram haver 1740 artigos que abordavam a temática “a gravidez e a mãe”, em contrapartida, apenas de 145 artigos abordavam temas associados “a gravidez e o pai”.

No que concerne à etapa pré-concepcional prevalece à responsabilidade exclusiva da mulher em relação ao PF. (FERREIRA *et al.*;2014). Existe uma centralização PF na figura feminina, pois geralmente ela participa sozinha das reuniões e orientações, assim como da escolha do contraceptivo, assumindo a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos (SANTOS; MARTINS, 2011). Esse fato poderia ser explicado no imaginário masculino, pelo fato de ser homem invulnerável e viril, que pode ser uma das razões que os afastam de envolver-se em temas relacionados ao planejamento familiar (TESSMER E CRECENCIA, 2014). Assim em nosso estudo também se evidencia o insuficiente envolvimento do homem no PF, assumindo a responsabilidade à mulher, além de considerar o PF apenas como percepção reprodutiva, ou seja, cujo fim é de gerar descendência:

Uai, **eu lembrava ela, alertava né** [para usar algum anticoncepcional], falava com ela, mas às vezes **ela descuidou** né. É porque não pode descuidar né? **Pai1**

Eu não usava camisinha porque ela já usava injeção, então não gasta a gente usar não! **Pai 3**

Ela que se cuidou com a pílula, ela é farmacêutica, **então ela já tem acesso aos medicamentos, nas informações!** **Pai 5**

Ele não gostava de usar camisinha, então eu tomava remédio do mesmo jeito. Só que eu nunca dei certo com remédio nenhum, sempre troco, ai aconteceu isso agora [a gravidez]. **Mãe 2**

Dentro dos MAC, a vasectomia é uma opção que diretamente atinge aos homens, no que se refere a uma visão unicamente reprodutiva. Este procedimento pode não ser oferecido ou informado aos usuários por serem os serviços de saúde reprodutiva, como a maternidade em estudo, ainda considerados femininos; ou por não ser considerada uma prática oferecida pelo SUS. Como descreve Tessmer e Crecencia (2014) se os serviços de saúde não estiverem

organizados para oferecer o procedimento de vasectomia, de pouco irão valer os esforços de informação que podem fazer os profissionais de saúde, uma vez que eles estejam fragilizados pela questão de envolver aos homens nesses processos.

Essa situação a [sobre a vasectomia] a gente não fala muito, **a gente fala mais sobre a laqueadura pela questão da maternidade ser um espaço feminino. Ps 7**

As vasectomias que eu vejo são particulares, **não vejo pelo SUS**. Eu acredito que quem faz é urologista, mas aqui no hospital a gente não tem esse serviço pelo SUS. Talvez por isso que eu não vejo, não acho que é funcional! **Ps 2**

Os mesmo profissionais de saúde mediante situações e comportamentos que consideram normais e legítimas desde a concepção biológica e medicalizada da reprodução humana, reforçam a subordinação das mulheres. Além a valoração à priori insatisfatória dos homens, pelas próprias mulheres e os profissionais de saúde, evidencia a cultura de gênero arraigada e acrescentado no sistema médico, no que diz ao nascimento é considerado feminino (GARCIA et.al., 2012). Isso traz como consequência a falta do envolvimento dos homens no PGN, que muitas vezes, inconscientemente, pode ser influenciado pelos profissionais de saúde e as próprias mulheres.

Nas aulas grupais de gestantes **ele [profissional de saúde] chamava várias pessoas juntas, mas só várias pacientes**, então a gente [os pais] não ia, só entravam as pacientes mesmo [grávidas]. **Pai 2**

Na maternidade, a gente também teve outro desafio, **porque como são homens, nos achávamos que ia atrapalhar o processo de parto**, por não ter quartos privativos e **por ser maternidade só da mulher**, a gente estranhou! **Ps2**

Quando o medico indicou a cesariana e contei para meu marido depois, ele falou: você vai fazer o que o médico pedir! Porque ele, **ele (o homem) não interfere nessas coisas não! Mai 1**

Dessa cesariana não deu pra ele (parceiro) participar, porque não pode ficar dois acompanhantes, ai foi só a minha mãe. **Ela é mulher é melhor né até pra ajudar! Mãe 4**

Tem **algumas mães que se sentem tão inseguras** com a presença do pai da criança que elas preferem a ajuda da mãe, de uma irmã ou ate de uma doula. E, essa insegurança é **porque é um momento ate muito intimo da mulher! Ps7**

A maior parte das pacientes do SUS se tiveram **acompanhantes em sua maioria é muito feminina mesmo, é mãe ou irmã. Ps7**

Aquela representação que tem os homens de que o PGN é responsabilidade feminina mesma, faz com que eles manifestem condutas de indiferença e desinteresse nos eventos relacionados, pois não se sentem parte ativa desses processos, não foram socializados dessa maneira. Além do que nas instituições sociais como as de saúde ainda prevalece a ideia de serem espaços femininos.

A maioria é só a mulher que procura, e a mulher que usa um contraceptivo, que vai ao planejamento familiar. É muito difícil ver que o pai participa que opina, muito difícil!...O pai fica muito fora desse planejamento, dessa questão de combinar. **Ps3**

A participação deles tem aumentado bastante, **mas ainda não é satisfatória, ele vem, permanecem pouca coisa e saem**, falam eu tenho que ir embora porque eu preciso trabalhar... ou alguns que vem pro hospital **achando que é um passeio**, achando que aqui é colônia de férias, é celular, é andar pelos corredores, e não assumir a função dele de acompanhante! **Ps7**

A instituição médica centrou a responsabilidade do processo do nascimento na figura da mulher/ mãe e a participação dos homens nesse contexto foi limitada, e a atenção tal e como está concebida reforça os papéis de gênero associados à maternidade em detrimento do fomento da participação masculina. Essa representação reafirma o papel reprodutor das mulheres por mecanismos de controle e poder de parte dos homens e dos próprios sistemas de saúde. (GARCIA *et al.*, 2012)

5.2.1.2 O homem como acompanhante/protetor no PGN

É certo que o PGN pode ser muitas vezes percebido como um processo feminino, mas o homem não é totalmente desligado desse processo. Alguns homens, de acordo a nossas entrevistas, podem chegar a participar de eventos relacionados ao PGN, basicamente como o acompanhamento no pré-natal, e mesmo no momento do parto ou nascimento. Mais ainda se percebe sua participação no sentido de ser símbolo de fortaleza, proteção e de sustento emocional para à mulher, o qual de certo modo é até positivo; mais só essa representação do homem pode perpetuar e reforçar algumas características correspondentes à masculinidade tradicional. Essa representação pode gerar uma visão de desvinculação na experiência própria para o mesmo homem, ao não considerar os seus sentimentos, mudanças e significados que ele mesmo pode experimentar ao participar desses processos, independentemente da mulher/mãe. Esse fato se percebe nas seguintes intervenções:

Eu acompanhei em todos os atendimentos pré-natais no posto de saúde... **Acho que dava mais segurança pra ela, acho que ela ficava mais tranquila. Pai 4**

Para mim era meio garrado acompanhar aos atendimentos pré-natais, mais as vezes que acompanhei foi bom, **é um sentimento bom, não deixar vir sozinha. Pai 1**

Em nossas visitas ao hospital se observou que realmente são vários pais que ficam junto com as gestantes, isso especialmente no post-parto, muitos pais ficaram junto a suas companheiras e seus filhos. Maioritariamente aquela participação foi de acompanhante da mãe.

No que diz ao respeito do nascimento, a presença do acompanhante melhora a segurança da mulher no parto e dá mais tranquilidade nela; além a presença do acompanhante pode ser considerada como um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários princípios do SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização (GRILO *et al*, 2014, p 7). Nesse sentido os mesmos profissionais de saúde reforçam esse simbolismo do pai como figura de fortaleza e segurança à mulher, básica; mas, em certo sentido esquecendo que para o pai, aquele PGN é também uma experiência nova e individual, além de compartilha-o com a mulher.

Eu falo (para os pais), vamos trocar de roupa que a gente entra, eu não vou deixar você ver a cena (do nascimento), mas **deixo você perto dela, pra ela ficar mais segura**. Assim, a muitos você acaba levando com jeitinho! **Ps3**

Eu acho muito bom (a participação do pai no parto) **a mulher se sente mais confortável, mais confiante.Ps6**

A gente coloca ele (o pai) como uma parte importante daquele processo, que não só a mãe que está ali dando a luz, mas que ele faz parte, e que ele **tem um papel de acompanhante, de protetor do neném, da mãe, então ai ele vai sentir que ele é importante!** **Ps3**

A mulher fica mais tranquila, ela se sente mais segura... Às vezes ela fica um pouco mais dengosa que a gente fala né? Às vezes querendo um carinho, e a presença dele ali é um diferencial no parto, né? Ela fica mais confiante no trabalho de parto quando eles estão juntos! **Ps3**

Observou-se que o acompanhamento do nascimento no hospital de estudo e promovido pelos profissionais de saúde, tanto nos sentido geral, pois é um direito que tem

as usuárias, mais também fazem o convite aos pais. Embora em nossas falas indiretas (não em nossas entrevistas) com alguns profissionais de saúde se percebeu que ainda se tem certa invisibilização do pai em certos procedimentos formais. Um procedimento formal que os profissionais de saúde têm no que respeita ao atendimento do parto é o preenchimento do Registro de Nascimentos. Nesse registro se colocam os dados das características do nascimento como: dados da mãe, o tipo de parto, se teve ou não complicações, dados do bebê como peso, sexo e também se descreve se a usuária teve acompanhamento no parto. No que respeita ao acompanhante não se descreve quem que foi aquele acompanhante, se foi à mãe, irmã ou companheiro/pai. Assim se percebe que ainda faz falta aquela distinção formal, nos registros do hospital.

Nesse sentido Comel, Sutter e Malushke (*apud* Parcero, 2012, p.25) referem que em quanto ao significado atribuído à paternidade na vida dos homens, a paternidade ainda não é vista como um fator de realização pessoal dos próprio homem, e, sim como uma experiência no curso da vida do nascido e os cuidados materno; então ele é só um participante secundário no PGN. Em consequência como referem Santos e Paiva (2010) embora seja importante reconhecer ao homem não só como acompanhante e símbolo de proteção para a mulher nesses processos. O homem necessita se reconhecer no campo da SSR, como no PGN, como membro gerador de discussões direcionadas ao seu bem-estar e não somente como acompanhante de sua parceira. Além, reconhecer o homem como protagonista merecedor de cuidado e capaz de promover o autocuidado, produzido e fortalecido pelos profissionais de saúde e pelas instituições de saúde que fazem parte.

5.2.1.3 O nascimento como quebra de valores masculinos hegemônicos

No nascimento, aquele evento que é crucial para a chegada do neném, mas que sugere uma etapa de muito esforço físico e emocional da mãe evidencia-se que é uma etapa natural de ruptura no que respeita a masculinidade hegemônica. A MH, como já se tinha descrito anteriormente, evidencia-se em atitudes e comportamentos de coragem e fortaleza e na não demonstração de sentimentos.

Bornholdt citada por Castoldi (2002, p.31), ao analisar a denominação de **pai grávido** e discutir a questão das diferentes nomenclaturas que se lhe adjudica a esta etapa da gravidez da parceira, primeiro encontra que se usam diversas denominações como: pai, futuro pai,

homem grávido, homem que espera; as que refletem de alguma maneira seus sentimentos e suas dúvidas quanto a seu papel neste período, como seu grau de envolvimento no PGN. E, esses sentimentos, às vezes, tem maior liberdade de serem expressados durante o nascimento. Assim, de acordo as intervenções dos participantes, o nascimento é uma etapa de transição, na qual o homem é capaz de sentir e demonstra seus medos e debilidades, mostram-se como uma pessoa vulnerável e sensível.

Nem falei com ele [o pai], porque **ele é muito nervoso, ele tem pavor de sangue**. Foi a minha mãe que acompanhou no parto. **Mãe 5**

Ele não tem coragem [de acompanhar no parto], **ele é nervoso...** Ai minha irmã que ficou comigo e ele só veio depois que ele nasceu. **Mãe 2**

No momento do parto [normal] ah, eu sei lá, **acho que ia ficar nervoso**, acho que **eu não tinha coragem de assistir também não!** Conheci ela [sua filha] já no outro dia! **P3**

Na hora do parto [normal] mesmo eu saí para fora! Pois **comecei a ficar meio nervoso**, não aguento ficar lá olhando sabe? Não, né medo não!...Assim, talvez **dá dó** do sofrimento né! Então eu fiquei fora sentado, ai depois eu entrei, na hora que nasceu né! **Pai 1**

Fiquei no parto [normal]. **Foi uma experiência boa, mais traumatizante** [gargalhada]. Porque eu acho que a gente não tá acostumada de ver, assim primeiro **a questão do sofrimento, de dor disso**, essa questão acho que é muito complexa! Mais foi tranquila pra mim, é agradável, **é um medo, mas também é um medo que trás alegria**. **Pai 4**

Nesse sentido, é importante não generalizar na representação que se tem dos homens. É necessário considerar a importância de destingir e inter-relacionar constantemente a masculinidade como princípio simbólico as várias masculinidades, ou várias identidades dos homens, pois durante muito tempo os homens foram considerados numa perspectiva essencialista, ou seja, como se a biologia predeterminasse seu comportamento, como se todos fossem iguais. (SCHRAIBER et al.;2005). Além disso, como refere Padilla (2006, p. 33) é necessária reconstruir a participação dos homens nos processo da SSR, como no PGN e o nascimento, como atores com sexualidade, saúde e reprodução e com necessidades concretas a serem consideradas, tanto na interação com as mulheres, mas também no sentido que essa interação construirá a sua identidade masculina e sua saúde.

Pois como refere Brazelton (*apud* CASTOLDI, 2002, p.32) parece que ninguém está se preocupando com os sentimentos, as fantasias e os temores que enfrenta o pai no PGN.

Poucas vezes o pai tem espaço de falar sobre isto, tanto na assistência do PGN, como nos outros espaços da sociedade, como na família e as redes de amizade, pois, em nossa cultura ainda impera o mito de que o homem deve ser forte e protetor e que deve lidar com seus próprios problemas.

Uma abrangência em quanto à representação e simbolização que se tem dos homens de parte dos profissionais de saúde, falando do sistema de saúde, pode promover atitudes que favoreçam o seu envolvimento no PGN, é, a experiência do nascimento basicamente mostra-se como um momento chave para por gerar mudanças futuras ao respeito da relação com o homem, tanto da mulher como dos profissionais de saúde.

5.2.1.4 Avançando numa visão de igualdade no PGN

No tocante à SSR, a paternidade e a maternidade precisam ser compreendidas como responsabilidade da díade homem-mulher e devem ser exercidas de forma compartilhada (FAUSTINO *et al.*; 2007). Nas seguintes intervenções manifesta-se que o tipo de gravidez (planejada e/ou desejada) do casal influi na maneira como os homens compartilham e se fazem partícipes dos eventos relacionados como a notícia da gravidez mesma, o atendimento pré-natal. O que evidencia que dentro do PGN, podem existir espaços e momentos donde se tenha uma visão de igualdade entre o homem e a mulher.

Quando ela realmente diagnosticou que estava grávida, **foi uma emoção pra ela, pra gente também...** Porque a gente já pensava em ter filhos, mas não tinha nada programado ainda. **Pai 4**

Com esta filha são dois, a gente resolveu ter outra filha, **nós planejamos de novo, entre os dois, com certeza!** **Mai 3**

Da gravidez eu fiquei feliz! Pois foi uma gravidez planejada, porque o meu primeiro menino já tem 10 anos, aí eu queria uma irmãzinha pra ele. **Pai 3**

O filho não veio sozinho, depende do pai e depende da mãe. Então desde o início o pai e a mãe devem estar sabendo o que está acontecendo, então tem que acompanhar desde o início porque devemos saber cem por cento do que se passa com aquele filho. **P2**

Ele participou de todas as consultas, todos os ultrassons, isso vontade própria mesmo. E a companhia dele te brinda apoio né! Confiança e tudo! **Mai 4**

Hoje eles têm que fazer, tem que participar tanto do pré-natal, quanto dar banho do bebê, dar comida, cuidar. Porque é o pai então tudo tem que ser dividido mesmo. **Mai 1**

Aquela representação de igualdade no que respeita ao PGN, também se observa de parte dos profissionais de saúde. Aquela visão de igualdade, mais não só como um tema de sentir, mas que envolve responsabilidades compartilhadas pelo casal, pensando aos homens e as mulheres como sujeitas com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação, também no concernente ao PGN (SCHRAIBER *et al.*;2005).

Então eu acho que **a responsabilidade deveria ser sempre dos dois**, a decisão de ter um filho, ou de mesmo evitar ter mais filhos deveria ser do casal não de um só. **Ps3**

Porque a partir desse momento que os dois decidiram que vai haver gestação e que vai prover aquela criança, **a participação tem que ser dos dois, não só da mãe, pela nossa situação mesmo feminina de ser mãe, mais também do pai**, porque a mãe depende dessa ajuda dele! **Ps7**

Pra você programar ter um filho você[referindo-se aos homens] **precisa ter um tempinho pra poder ir numa orientação, numa consulta, num grupo que seja.**Então eu acho que depende muito dele também, do homem. **Ps3**

Percebe-se também que alguns profissionais sentem-se fragilizados por serem eles atores importantes naquela mudança e envolvimento dos homens desde o PGN. Eles tornam-se agentes de cambio no que diz respeito a tarefa de promover a igualdade de gênero no PGN.

...E de volta o pensamento nisso que a gente está falando, **será que precisa ter um acolhimento diferente dos pais?** Será que a unidade básica tá, não esta preocupado com esta nova realidade hoje de melhor adesão ao parto? **Ps2**

E também **responsabilidade dos profissionais de saúde**, não só com os médicos, mas de toda a equipe de **não deixar essa carga interna só com a mulher**. E, isso começa já no trabalho de parto, no parto, no puerpério, nas responsabilidades, dividir responsabilidades.**Ps5**

Talvez a equipe já gessou que o pai dá mais trabalho do que outros acompanhantes, **mas talvez a gente não sabe conduzir ele na sua insegurança** e de ser homem quando esta numa maternidade que só tem mulheres e crianças né! **Ps2**

Falar de sobre envolvimento paterno é falar sobre a acessibilidade e a disponibilidade do pai a criança (tempo) o engajamento está relacionado com as experiências de contato direto, com os cuidados e as interações entre o pai e os filhos (atividades de cuidado e de lazer, tais como passeios e brincadeiras) e a responsabilidade que é entendida como a participação do pai tais como: levar o filho ao pediatra, cuidar da criança doente, participar de reuniões na escola e acompanhar temas escolares. Esse envolvimento pode iniciar-se

desde o PGN e percorrer durante a vida toda daquela família. Assim, é importante reconhecer que aquele envolvimento é determinado por vários fatores como: influências individuais (atitudes, crenças e motivações do pai; relações com a família de origem; idade em que se tornou pai e gênero da criança); Influências familiares (relações mãe-filho; relações mãe-filho; relações marido-esposa e relações pai-mãe-criança); influências extrafamiliares (relações com parentes, vizinhos e amigos; relações de trabalho e com sistema de saúde) e Influências culturais (atitudes dos pais em relação aos papéis de gênero de meninos e meninas, valores e crenças relativos à etnicidade) (LAMB e PARKE *apud* CASTOLDI, 2002).

Aquele envolvimento foi observado em alguma de nossas visitas ao hospital, basicamente nas salas de enfermaria- puerpério. Assim se observou que alguns pais participaram ativamente de outras atividades como fonte de suporte físico na movimentação da mulher, suporte na amamentação do filho, também pudemos observar a um pai trocando a fralda do bebê.

5.2.2 Profissionais de saúde e a participação do homem no PGN

O SUS, é o atual modelo de atenção à saúde no Brasil, conta com princípios e diretrizes da universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. O atual modelo de atenção à saúde inclui ações de promoção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade (MINSA, 2013, p.31).

Dentro do sistema de saúde, os profissionais de saúde são muito importantes, pois são eles os que têm o contato inicial e direto com os usuários (as), além de serem os encarregados de fazer cumprir as normativas e protocolos no que diz respeito ao sistema de saúde vigente. A relação estabelecida entre o profissional de saúde e as pessoas às quais assiste é fundamental, pois, a depender da qualidade das interações, será maior ou menor o potencial de construir confiança, estabelecer vínculos e provocar transformações pessoais que contribuam para a produção de saúde.

Assim, nessa categoria analisaremos as duas subcategorias determinadas: **As UBS na participação do homem no PGN e Atitudes dos profissionais de saúde ao respeito da participação do homem no PGN.**

5.2.2.1 As UBS na participação do homem no PGN

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. Nas UBS se estabelece o trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) onde a assistência de PF é oferecida, assim como o APN. (MINSA, 2012, p.37).

Nesse contexto, nas UBS onde a gestação é observada e controlada e importante que se informe e oriente à usuária e ao casal, sobre o processo mesmo da gravidez e do nascimento. Isso promoverá um maior envolvimento e empoderamento deles, tornando-os vigilantes do andamento e atendimento adequado desses eventos. Este processo de informação as usuárias durante o pré-natal, traz benefícios no plano assistencial diminuindo o número de intervenções rotinarias e desnecessárias durante a gravidez e o parto (SOTO, 2006).

Embora, o tema da orientação e da preparação as grávidas ainda é deficiente, assim como demonstra Fernandes *et al.* (2014), que realizaram um estudo considerando a pesquisa nacional Nacer em Brasil, onde se estudaram puérperas de maternidades em âmbito nacional entre o 2011 e 2012; nesse estudo se-evidencia a baixa proporção de orientações recebidas durante a assistência pré-natal nas mulheres grávidas, evidenciando o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto e para a amamentação. Em consequência, as orientações oferecidas aos pais provavelmente, sejam igual o mais deficitária ainda que das mulheres grávidas, como se percebe em nosso estudo, considerando as seguintes intervenções:

O único problema é que **eles vêm muito despreparados**. Eu acho que eles deveriam no pré-natal, ter um acompanhamento junto com as pacientes e serem orientados, e mais esclarecidos com relação o trabalho de parto, o que é uma gravidez, do que é uma cessaria, do que é um parto normal. **O pré-natal é muito falho!Ps6**

O tempo aqui [na maternidade] é muito curto para fortalecer esse vínculo [com o pai], mais o menos 48 horas que as usuárias se mantem aqui. **A gente vai receber de uma unidade [APN na UBS] que ficou com ela nove meses. Ps2**

Quem tem mais acesso a esse público são exatamente os integrantes **das unidades básicas de saúde ou dos PSFs** que tem contato até domiciliar com gestantes, então eles tem que fazer um processo de divulgação, tentar aproximar a participação dos homens também durante o pré-natal. **Ps4**

Costa *et.al.* (2009) também evidencia em seu estudo, que há baixo envolvimento paterno no período pré-natal, mas ressalta a necessidade de que os profissionais de saúde atuem nesses processos educacionais, enfatizando a importância de orientar o homem/pai quanto ao seu direito de acompanhar a gestante-companheira nas atenções do pré-natal, no momento do parto e pós-parto. Mas o atendimento pré-natal se faz nas UBS e o atendimento do nascimento, seja de parto normal ou cesariano é realizado nas maternidades ou hospitais de maior complexidade. Nesse sentido, as deficitárias orientações recebidas nas UBS, pode dificultar o desenvolvimento das mães e pais na sua experiência nos hospitais ou maternidades, assim como dificultar o trabalho dos profissionais de saúde. A falta o limitada preparação e informação do acompanhante-pai, muitas vezes pode condicionar o comportamento e a liberdade daquele pai na interação não só com sua companheira, mais também com os profissionais de saúde.

Eu fiquei com ela na cesariana, mas olhar mesmo eu não quis arrumar não. Eu só ficava passando a mão nela, eu não ficava falando muito. **Eu ficava com medo justamente de atrapalhar o incomoda o trabalho deles** [os profissionais]. **Pai 2**

Alguns pais que **são extremamente ansiosos**, que não entende o processo de parto, principalmente no pre-parto, ficam muito inquietos porque eles veem a mulher sofrendo, então a gente tenta acalmar ele, e, **as vezes a gente chega ate à pedir uma troca de acompanhante porque realmente eles atrapalham, em alguns momentos!** **Ps 2**

Como refere Aspilcueta (2013) aquele protótipo de exclusão do home/pai do PGN há sido reforçado pelo sistema de saúde, com os seus profissionais de saúde, orientando aquele processo à atenção materno-infantil, onde a atenção das necessidades de saúde dos homens não esta inserida. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam acolher e integrar nas suas atividades, tanto assistências como educativas, a figura dos homens, e considera-os também partícipes do PGN.

5.2.2.2 Atitudes dos profissionais de saúde ao respeito da participação do homem no PGN

As ações dos serviços de saúde devem ser pautadas pelo princípio da humanização que é a valorização dos diferentes sujeitos implicadas no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) respeitando as diferenças e singularidades desses

sujeitos; as práticas de saúde devem estar relacionadas ao compromisso com os direitos do cidadão. (MINSAs, 2013, p.31).

Da mesma maneira, os serviços oferecidos por parte da equipe de saúde deve promover o acolhimento aos usuários/as. O acolhimento se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas. (MINSAs, 2009, p.18)

Nesse sentido a mulher/mãe e o homem/pai precisam que os procedimentos e assistência oferecida pelos profissionais de saúde em etapas concernentes ao PGN, estejam influenciados e considerem a humanização e o acolhimento em todas as suas práticas, pois são etapas únicas e determinantes na sua construção de maternidade e paternidade.

5.2.2.2.1 Atitudes negativas dos profissionais de saúde

Na prática profissional, aliás, ter as normativas e regulamentos que promovam à humanização e o acolhimento às usuárias/os, percebe-se que muitos profissionais de saúde ainda têm resistência de incorpora-os em suas práticas profissionais. Isso pode estar influenciado, porque ainda nos profissionais de saúde prevalece o modelo hegemônico de atenção à saúde, na qual a usuária e seu acompanhante não são considerados como sujeitos ativos no seu processo de saúde, como no PGN. Ao serem os serviços de SSR percebidos como espaços femininos, o acolhimento respeito ao homem/pai e ainda insatisfatório também por essa razão. Isso se evidencia nas seguintes intervenções:

Eu acompanhei a alguns atendimentos pré-natais, mais **não entrei na sala nessas consultas, porque determinados médicos não liberam a entrada, porque já avisa antes para deixar somente a esposa entrar**, por isso que já não tentei entrar. Eles [profissionais de saúde] não falaram o motivo disso, e eu também não tive a curiosidade de perguntar não! **Pai 5**

Os profissionais de saúde me recebam acho que bem [No APN]. Não, ninguém [profissional de saúde] nunca esboçou nenhuma reação contrária não! **Era meio indiferente. Pai 4**

Quando dava para ir ele [o parceiro] ia aos atendimentos pré-natais. Só que lá o atendimento era normal, **os profissionais quase não falavam para ele. Mãe 2**

Eu não percebo que eles [os profissionais] acham que há diferença de uma acompanhante mulher, sogra, tia, tal ou marido, no momento do parto! **Ps2**

Esse vínculo [com o casal] ainda está mais ligado à equipe de enfermagem do que com os profissionais médicos. Eles não têm

aquele período de explicar, de orientar, informar o que tem que fazer, como é que vai acontecer, isso é muito pouco, os médicos acho que falta um pouco de tempo, e, um pouco ainda desse manejo mesmo de contato com o paciente! **Ps3**

Nesse sentido, pode se considerar que a atitude que demonstram os profissionais de saúde podem, em alguma medida, ser causante do afastamento ou falta do envolvimento dos homens. Assim, como descreve Duarte (2005) ao estudar ao respeito dos motivos da não procura do homem nas UBS, refere que além da necessidade de mudar as percepções no que se refere a estereótipos de gênero respeito aos homens, é necessário que os profissionais de saúde adotem uma atitude de acolhimento aos homens que procuram os serviços. Também Garcia et al. (2012) descreve que uma postura médica modesta na que se evidencia em menor medida o poder exercido pelos profissionais e na que se reconheça o saber das mulheres permitirá compartilhar com elas, seus companheiros, às tarefas e responsabilidades que aliviarão a pressão médica no controle do PGN e contribuirá a fomentar uma maternidade/paternidade mais responsável desde etapas iniciais do processo como o atendimento pré-natal e o nascimento.

5.2.2.2.2 *Atitudes positivas dos profissionais de saúde*

Os profissionais de saúde convertem-se em personagens chave na humanização e acolhimento, assim como na promoção para que mais homens/pais envolva-se no PGN. Pois tanto nos atendimentos assistências como de promoção de saúde são eles os encarregados e norteadores, considerando a visão das usuárias/os. Em consequência, os profissionais de saúde devem envolver os homens no atendimento do PF, APN, no parto e nascimento do filho, assim como promover o envolvimento em etapas posteriores como o puerpério e a criação mesma dos filhos/as.

É importante que os profissionais de saúde busquem desenvolver a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outras pessoas, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Uma presença sensível transmite serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade (MINSA, 2013, p.33).

Assim, em nosso estudo percebe-se que alguns profissionais de saúde tentam o tornam-se agentes transformadores em sua maneira de acolher e tentar integrar os

homens/pais em eventos relacionados ao PGN, por exemplo, durante o PF ou no APN, como descrevem as seguintes intervenções.

Acompanhava! É já acompanhei já, recebia alguma informação [sobre planejamento familiar] né. Porque lá **tem agente de saúde né, vai a casa e alerta também né.** Pai 1

As vezes que ele ia ao atendimento pré-natal, ele [pai] entrava também na consulta com a médica. **Pois ela [a médica] falava que se ele quisesse entrar, se fosse da vontade poderia entrar, ela não incomodava!** Mãe 3

As vezes que eu vim [ao APN], ninguém nunca proibiu não, ao contrario, sempre falam, eles [os profissionais de saúde] me perguntavam, quem que é ele? Ele é o pai! Ai que bom... Fala assim **que bom ter o pai junto, que o pai sempre tem que acompanhar também,** isso é bom. Pai 2

A atitude de acolhimento se vê evidenciada também na maternidade, durante o trabalho de parto e no nascimento. É conhecido também que a partir de 2005 se estabelece a Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005) que procura garantir as parturientes o direito a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e esse acompanhante poderia ser o mesmo pai, e de acordo as falas dos profissionais de saúde do Hospital em estudo, se sabe que essa lei é adotada no ano de 2008. Nesse sentido se observou aquele acolhimento também nos espaços do hospital, isso basicamente nas salas de puerpério. Cabe ressaltar que quase a totalidade dos pais e mais entrevistadas concordaram que os profissionais de saúde da maternidade, promoveram o acompanhamento da mulher como um direito dela e dos pais acompanhantes, além de oferecer um atendimento muito gentil, mostraram-se empáticos e prestativos nesse sentido. Isso é evidenciado nas seguintes intervenções:

Aqui [na maternidade] **eles tratam a gente muito bem né... E, o pai pode entrar qualquer hora que quiser,** é um direito do pai sabe! Mãe 3

Eles [profissionais de saúde da maternidade] **aceitam o acompanhante** né, que eu sempre venho de acompanhante dela e eles aceitam **eu entro numa boa.** Pai 2

Sempre que eles [os pais] estão, **a gente tenta encoraja-los** pra estar junto da mulher... Pois às vezes, eles falam, não agora eu não vou entrar porque eu não quero ver, eles ficam com medo. Ps1

A gente também tem alguns desafios, alguns pais que são meio medrosos, meio inseguros, mas a partir do momento que **a gente explica pra eles, coloca eles dentro do meio da situação, que não deixa eles isolados, eles começam a fazer parte dali daquele trabalho de parto, do parto!** Ps3

Precisamos incentivar os homens de vim mesmo né! Que seja com insegurança, que seja com medo, que venha **nos vamos esta aguardando** eles! **Ps1**

O profissional nesse momento tem que acolher e informar sobre o trabalho de parto, sobre como que vai acontecer, o tempo que vai demorar **pra ele tá preparado também pra acompanhar a gestante.****Ps3**

Se as condições de saúde da mãe e do bebê o permitem, promover atividades que façam com que o pai vivencie ativamente o processo do parto e nascimento pode criar espaços para gerar maior vínculo dos homens com a mãe e o bebê. Essas atividades podem ser as massagens para minimizar as dores da mulher no momento do trabalho do parto, o laqueamento de cordão e o contato pele a pele também com o pai. Assim, alguns profissionais promovem uma participação mais ativa do pai dentro desse processo, como se relata a continuação:

Pelo menos em todos os partos que eu presenciei ou que eu faço, eu faço muito questão que o pai faça, **convindo da questão do laqueamento do cordão**, e vejo que eles ficam muito emocionados, e se mantem assim até depois do parto. **Ps2**

De acordo a Velho *et al.* (2012) que fizeram uma revisão integrativa de estudos em relação a identificar a percepção do parto normal e cesariana, tomando em consideração a perspectiva das mulheres; consideram que para contribuir a maiores níveis de satisfação nesses processo, se tem que considerar a presença de um acompanhante, o suporte emocional, orientações no pré-natal, ter qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres, o fornecimento de informações durante a assistência, uma assistência voltada à mulher e sua família, visando a humanização da atenção ao parto, que promova condições humanas e seguras ao nascimento de uma criança. Nesse sentido a presença e participação ativa do pai, no só como acompanhante, mas também como vigilante nesse evento, vai fomentar aquela mudança na melhora do atendimento. Isso se pode evidenciar nas seguintes falas reflexivas:

Eu vejo a diferença de quando um pai acompanha de quando sogra, amiga, tia. **O momento é muito mais emocionante na presença dele!** **Ps2**

Temos que incentivar muito a participação masculina, a estar presente, a participar e saber de todo processo. Porque a partir do momento que você sabe do processo e **tiver alguma coisa a reclamar**, da questão de atendimento, por exemplo, você participando tem mais respaldo pra poder fazer alguma reclamação daquele atendimento que foi prestado, sabe? **Ps7**

Eu acho que deveríamos nos como profissionais de saúde, em todas as áreas de atuação, **promover reuniões educativas juntamente com os pais para eles atuarem melhor, tanto no pré-natal, dentro da maternidade e também no puerpério!**. Então fazer uma preparação melhor para eles, eu acho que isso ai condiz muito para eles... Iria trazer melhoria pra gente, os profissionais, e também pra mãe! **Ps5**

5.2.3 Fatores externos na participação do homem no PGN

Nas categorias anteriores se percebia a influencia de fatores diretamente relacionados ao PGN, como eram as atitudes e comportamentos dos mesmos envolvidos como à mulher, o homem e os profissionais de saúde. Mais ao tratar-se o PGN como de abrangência no só físico e emocional mais também social e cultural, influem outros fatores que condicionam o comportamento dos envolvidos. E determinante reconhecer a gravidez e basicamente o nascimento como um processo do casal e da família, articulado com fatores socioculturais e, para por compreender e facilitar o aceso dos homens nos espaços onde tem lugar atenção do PGN permitindo acompanhar a suas companheiras desde a gravidez até o puerpério. (GARCIA *et al.*, 2012)

Nesse sentido, nessa categoria de fatores influentes externos da participação do homem no PGN encontraram-se as seguintes subcategorias: **Horário de trabalho do homem e Cenário da gravidez.**

5.2.3.1 Horário de trabalho do homem

O horário de trabalho do homem foi considerado uma das principais causantes de ausência no acompanhamento no PGN, basicamente no concernente a atividades desenvolvidas nos centros de saúde, como atendimento no PF e no APN.

Só eu participei das consultas de planejamento familiar. **Sempre coincidia ele estar trabalhando. Mãe 2**

Não deu tempo de acompanhar aos atendimentos pré-natais **porque eu estava de serviço!**... Não dava pra ir pelo trabalho! **Pai 3**

Meu trabalhonão permitiu que eu viesse [ao APN], eu trabalho em fazenda que produz café. Então geralmente é época de safra, ai não posso ficar saindo muito. **Pai 2**

Eu ia sozinha, ele nunca foi aos atendimentos pré-natais. Pois sempre dava, que é de manha né, e **ele estava trabalhando. Mai 5**

No PSF que eu trabalhava as maiorias dos pais não participavam! Eu fazia os grupos [de gestantes] e, olha que a gente fazia dois horários pra ver se os pais participavam, mas só que os horários que a PSF abre e fecha, é no mesmo horário que os pais estão trabalhando. Então **acho que o horário de trabalho é um dos obstáculos para a participação dos pais! Ps3**

Já, durante o nascimento do filho e na estadia da mãe na maternidade, evidenciaram-se maior participação dos homens, alguns no momento mesmo do nascimento e outros na internação pós-nascimento. Essa diferença pode estar condicionada por diversos fatores, como já vemos descrevendo nas anteriores categorias encontradas no estudo. Mais um fator importante pode ser pela licença de paternidade que alguns pais poderiam ter sido beneficiados. No Brasil a licença paternidade garantida por lei federal é de cinco dias, podendo variar entre diferentes regiões devido aos acordos estaduais firmados (MENCARE, 2015, p. 4).

...também se precisa de mudança da politica em relação à licença, que existe **a licença maternidade e licença paternidade e também na participação masculina no pré-natal** que eu acho que ainda é um pouco deficitária. **Ps4**

É importante considerar que os pais que se acolhem a seu direito à licença de paternidade, são aqueles que têm trabalhos formais. Mais em nossa pesquisa a grande maioria de participantes pais, assim como companheiros das mães participantes, não são trabalhadores formais, pelo contrario são trabalhadores independentes que não se beneficiam dessa licença, nesse sentido se tem que encontrar outras estratégias para promover maior participação também em pais que contem com caraterísticas laborais diferentes.

5.2.3.2 *Cenário da gravidez*

Nessa subcategoria nos referimos ao fato da gravidez ser planejada ou não, ser uma gravidez aceita o não pela mulher, pelo homem, pelo casal. Pois dependendo desse inicio, será vivenciada de diferente maneira pelos envolvidos. Já seja em seu sentir, mas também em seu comportamento e em seu envolvimento na participação no que respeita as atenções necessárias no sistema de saúde.

Pois como refere Souza citada por Parcero (2012) as mulheres em aquela situação de ambivalência podem aceitar a gravidez não prevista de imediato, sobretudo quando ainda não são mães, expressando prazer em condições de estabilidade da relação e do apoio do parceiro, enquanto as que vivem conflitos inicialmente tendem a superá-los diante desse apoio. Em situações socioeconômicas difíceis para o enfrentamento da gravidez, o apoio do parceiro comumente se sobrepõe como condição para aceitação e continuidade da gravidez.

A maioria dos pacientes nossos não são casados, às vezes **é uma gravidez assim no susto, uma gravidez indesejada**. Então eu **acho que ai o pai já não acompanham a gravidez, nem no parto**, não dá aquela assistência, quase que nem vem aqui na maternidade. Tem uns que vem ver o bebê e pronto vai embora. **Ps 6**

A gravidez não é uma situação fácil, mexe com uma série de valores. Quando é uma gravidez não planejada, e às vezes não muito bem aceita, a gente percebe que o **pré-natal fica mais conturbado, fica mais difícil de conduzir, pela incompreensão do casal**. **Ps 4**

Observou-se nas visitas ao hospital algumas mães que poderiam ter encaixado naquela situação, pois não se observava a presença do homem como parte do acompanhamento.

5.2.4 Benefícios da participação do homem no PGN

A participação do homem durante o PGN, nos respectivos cenários como no planejamento familiar, atendimento pré-natal e atendimento do parto e nascimento do bebê são benéficos, pois são cenários que podem gerar fortes vínculos com o casal, com o filho/a e também com o próprio homem/pai. Basicamente o momento do parto em si ao incluir o nascimento e o primeiro encontro com o filho (a) é um momento propício, para ser compartilhado com o pai, que desde então se envolve com a criança e cria laços afetivos com ele, dá significação de ter compartilhado esse momento com a mãe do filho(a) (GARCIA, DIAZ, 2010). Assim demonstra-se nas seguintes intervenções:

Aquela participação beneficia para a mãe, a criança, também para o pai porque ai que eu acho que o pai sente que ele é pai mesmo, que ele é pai, que está ali ajudando, auxiliando o né, tanto a esposa quanto o bebê. **Ps6**

Principalmente quando há sucesso no parto, eles [os pais]ficam muito fragilizados e ai depois, quando tem o nascimento, **eles ficam muito agradecidos**. **Ps2**

A participação do pai **ajuda a ter um relacionamento melhor**, a convivência fica melhor, até então eu acho que por ter um filho é uma novidade né, então fica um mais próximo do outro. **M4**

E uma experiência que eu já venho tendo é que depois do parto os parceiros, os maridos, **se aproximavam mais da mãe e consequentemente da criança. Ps4**

Eu acredito que quando ele participa de todo processo, **ele vai ser mais responsável com aquele vínculo por aquele filho. Ps2**

Compartilhar com o pai aquele momento do nascimento, também no processo de parto, pós-parto, **parece que melhorou o vínculo entre os três**, a mãe e o neném então, hoje eu vejo que é muito importante à participação dele. **Ps2**

A presença do pai não é importante é primordial, é mais que importante. **Eles participam da construção do vínculo familiar**, não só no processo gestacional, mas também no parto e logo nos primeiros anos de vida da criança, onde se constrói o caráter da criança. **A participação do pai é durante toda vida! Ps7**

Eu acredito que isso aí já vai estar trazendo uma repercussão maior do envolvimento do pai na criação dos filhos, **uma mudança de comportamento!** Já que numa geração antiga quem ficava incumbida de educar os filhos era a mãe! **Ps4**

Além, a participação do homem no PGN pode ser um ponto de início na mudança da representação social que se tem dos homens ao respeito de sua participação nesses eventos. Compreendendo que os homens, podem transformar as suas atitudes e comportamentos em benefício de se tornar mais igualitários em relação das mulheres, a quem geralmente é responsabilizado esse processo. Nesse sentido como refere Mengage (2015, p.16) existe muitas masculinidades e muitas feminilidades, as quais são sujeitas a mudar no tempo e em função das influências dos entornos socioculturais, então o PGN, assim como os seus eventos relacionados à atenção sanitária são parte daqueles entornos.

O envolvimento do pai no PGN influi diretamente naquela construção da família desde os seus inícios, De acordo com Harris (2010, p.155), a família é apenas uma instituição social que pode contribuir para a continuidade o quebra com o patriarcado, pois, se podem dar continuidade ou erradicar os estereótipos e papéis de gêneros tradicionais que perpetuam padrões de desigualdade.

Se requer então incentivar uma paternidade ativa e coparticipativa, pois ela promove mudanças nos estereótipos de gênero tradicionalmente estabelecidos para os homens, desde o PGN até incentivar os novos pais/homens a se envolverem em tarefas de cuidado das crianças e tarefas do lar; as quais eram práticas sociais, tradicionalmente ligadas às mulheres. Platt (2010, p.93), também afirma que os hábitos seriam reproduzidos por práticas sociais

cotidianas, como podem ser justamente as tarefas do lar e os cuidados das crianças, compartilhar a comida, vestir-se, falar, contextualizando-as como praticas encarnadas. Essas práticas sociais, que estão diretamente influenciadas pelo gênero irão permitir que os atores sociais, pai/mãe, se disponham a manter ou desafiar as relações sociais com as que eles foram familiarizados, ou seja, determinadas pela sua masculinidade e a sua feminilidade. Então, é por meio daquela prática social que as relações (também as de gênero-homem/mulher) serão reproduzidas e/ou transformadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais do homem no processo da gravidez e do nascimento (PGN) do filho ou filha; considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde, na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde da cidade de Diamantina. Para fins de nosso estudo, o PGN contemplou a etapa pré- concepcional, o que corresponde ao atendimento em PF pelo SUS; assim como a etapa da gravidez e do nascimento, que corresponde ao APN e a atenção do parto (seja normal ou cesariana) com o conseqüente nascimento do bebê. No que diz respeito às mulheres e homens participantes se levou em consideração toda a história do PGN, ou seja, foi pedido fazer uma lembrança do ocorrido durante o pré-concepcional, até a gravidez e a experiência do nascimento acontecido na maternidade de estudo. Os profissionais de saúde basicamente relataram a sua experiência de trabalho própria, a maioria deles não teve experiência numa Unidade Básica de Saúde (UBS), mais o jeito de conhecer o funcionamento delas permitiu recolher informações tanto das UBS como de sua experiência laboral na maternidade.

Em sentido geral, de acordo os resultados, o PGN na prática, ainda tem a representação de ser de responsabilidade e participação basicamente feminina. Isso é mais evidente em etapas relacionadas ao planejamento familiar e durante a gravidez, pois durante o parto e o nascimento percebe-se certa aproximação na participação do homem/pai, mais enfatizando sua presença como símbolo de companhia, fortaleza e segurança para a mãe.

Evidencia-se que os estereótipos de gênero tradicionais, aqueles que reforçam a ideia de que o PGN é de responsabilidade basicamente feminina e que desligam ao homem/pai dos cuidados e da assistência sanitária que envolve esse processo, estão fortemente arraigados não só nos homens, más também nas mulheres participantes. Além, os mesmos profissionais de saúde muitas vezes reforçam esses estereótipos dentro de seu agir e as suas práticas assistências e de promoção na SSR.

O atendimento em PF e a atenção do pré-natal geralmente são realizados nas UBS, nesse cenário, se percebe que os homens/pais não frequentam esses serviços junto a suas companheiras, alegando basicamente a questão do horário do trabalho como principal obstáculo. Mais na pesquisa se percebeu que outra causante daquela falta de assistência é o pouco interesse de parte dos profissionais de saúde de envolver e acolher aos homens/pais nessas atividades, tanto no atendimento pré-natal como em atividades educativas para gestantes. Essa atitude dos profissionais pode ser o resultado duma prática em saúde

constante, que se evidencia tanto individualmente e/ou como no mesmo sistema de saúde, que ainda está fortemente influenciada pelo modelo médico-biologista que impede ter uma visão mais holística e integral das usuárias; além, de estar condicionada por fortes estereótipos de gênero, que impedem perceber ao homem/pai como integrante ativo do processo da gravidez e do nascimento, ao igual que a mãe.

O atendimento do parto (seja normal ou cesariana) com o conseqüente nascimento do filho/a é realizado na maternidade. Nesse cenário percebe-se uma maior participação do homem/pai no sentido de acompanhante da mulher/mãe durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; isso basicamente porque a maternidade em estudo se acolhe e promove o cumprimento da Lei nº 11.108, a qual incentiva a presença de um acompanhante (que muitas vezes é o homem/pai) no trabalho do parto, parto e pós-parto. Além, outro fator que condiz a participação de homens nessas etapas de processo, é, como as mães e pais entrevistados relataram, que os profissionais de saúde de referida instituição oferecem um atendimento mais humanizado e com maior acolhimento tanto para a mulher como para o homem, em comparação as UBS; fator que permite uma maior participação do homem/pai nesses processos. No que respeita ao acompanhamento do parto nos hospital, é preciso de os profissionais de saúde façam visível à participação do pai no sentido formal, quer dizer que a sua presença torne-se visível e seja diferenciada, por exemplo, na história clínica, no registro do nascimento e em documentos similares.

Embora, quase todos os profissionais de saúde da maternidade perceberam que os pais que acompanham a suas companheiras nessas etapas chegam com muita desinformação ao respeito do processo do parto, o que interfere negativamente na experiência própria do pai, do casal, assim como dos profissionais de saúde. Pois aquela experiência muitas vezes é relacionada a sentimentos negativos. Nesse sentido, é indispensável promover que os homens/pais recebam maior informação e preparação do que será o trabalho de parto e parto, tanto desde as UBS, como nos espaços da maternidade.

Um aspecto relevante que surgiu na presente pesquisa é que o trabalho de parto e o parto são cenários onde se misturam e convivem dois tipos de experiências do homem/pai. Por um lado, além da participação do homem significar acompanhamento e suporte emocional para a mulher/mãe, é um cenário que replica (segundo mulheres, homens e profissionais participantes) algumas características da masculinidade hegemónica: assim simboliza fortaleza e segurança para a mulher e também o filho/a. Mas, por outro lado, é uma etapa muito sensível, que permite que os homens demonstrem algumas características que vão à contra da masculinidade hegemónica; a maioria dos participantes homens, mulheres e

profissionais de saúde, relataram que os homens expressam sentimentos como medo, dor e insegurança nessa etapa. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde, tornem-se agentes de mudança e promovam partos mais humanizados e acolhedores, considerando também a presença dos pais como parte indispensável desse processo. Assim, precisa-se que os homens sejam considerados como participantes ativos, mas, valorando os seus sentimentos, medos, e susceptibilidades pessoais, no que respeita o nascimento e o PGN. Essa nova visão permitirá uma mudança na representação que se tem dos homens nessas etapas chave.

Considera-se importante então que na assistência em saúde durante o PGN, que inclui cenários do atendimento em PF, APN, assim como o atendimento do parto e nascimento, envolvam não só a humanização na atenção, mas também uma perspectiva de gênero. Isso vai permitir ir transformando paulatinamente um espaço, que até a atualidade e representado como feminino, em experiências que envolverão tanto ao homem como à mulher; já seja no sentido de dever e corresponsabilidade do casal, como no sentido de direito ao envolvimento e disfrute do homem e da mulher em experiências que fazem parte da sua sexualidade, de sua SSR, sua própria experiência de vida.

Acredita-se também que, ao incorporar uma perspectiva de gênero ao atendimento do processo da gravidez e do nascimento, se estará promovendo mudanças no que respeita a igualdade de gênero em seu aspecto social. Pois a perspectiva de gênero nesse contexto vai permitir ir desterrando estereótipos de gênero tradicionais que fomentam a desigualdade entre homens e mulheres, em contextos ainda considerados muito íntimos e privativos como na sexualidade do casal e na formação das famílias.

Destaca-se então que é indispensável adotar essa perspectiva de gênero não só no âmbito da SSR, mas também na saúde em geral. Nesse sentido, o estudo fornece subsídios para se repensar socialmente a perspectiva de gênero, no que respeita ao direito da saúde e da educação de qualidade o gênero é determinante. Assim é necessário que nas universidades e centros de formação de profissionais de saúde se incentive a adoção da perspectiva de gênero, e basicamente o envolvimento do pai no PGN e na SSR, dentro de seu currículo acadêmico. Complementarmente adotar essa perspectiva de gênero na formação estudantil de meninos (as) e adolescentes, vai permitir que a população mais envolvida na mudança dos estereótipos de gênero tradicionais e que ao contrário favoreçam a igualdade de gênero em diversos aspectos da vida das pessoas.

Finalmente é necessário ressaltar, também, as limitações da pesquisa. Nesse sentido, a abrangência de estudar a participação do homem em todo o PGN, considerando suas etapas pré-gestacional, da gravidez e do nascimento, permitiu ter uma visão geral, embora, talvez limitando as falas das experiências em todos esses processos em particular. Outra limitação foi fazer o estudo, tomando em consideração somente a maternidade, deixando de lado as UBS, donde se poderia ter obtido maior informação da realidade que se vivencia nesses espaços. Portanto percebe-se a necessidade de desenvolver mais pesquisas, as quais possam complementar o presente trabalho, enfatizando na importância da perspectiva de gênero na SSR da região, considerando os outros espaços como: nas UBS, nas universidades de formação em saúde, nas outras instituições de saúde como nas secretarias de saúde municipais e estaduais; mais considerando também outros atores sociais como agentes comunitários, profissionais das UBS, gestores de programas, estudantes e população em geral.

7 RECOMENDAÇÕES:

O presente trabalho permitiu conhecer que os estereótipos de gênero tradicionais estão ainda fortemente arraigados em diferentes aspectos de vida das pessoas, assim particularmente no processo da gravidez e do nascimento. Nesse sentido, achamos interessante apresentar alguns parágrafos que podem ser interpretados não como “recomendações” propriamente ditas, mas sim como sugestões a serem analisadas, assim:

- O processo da gravidez e do nascimento é um processo que o experimenta física e emocionalmente a mulher, mas, isso impede o vai à contraposição de que também o homem possa experimentar e vivenciar livremente dessas etapas? Ou impede que o homem compartilhe esses processos no sentido de dever e direito com a mulher?
- No que respeita a etapa pre-concepcional - Planejamento familiar e a gestação- Atendimento pré-natal realizado geralmente nas UBS, evidencia-se a pouca participação dos homens/pais nesses processos, isso por diferentes fatores diretamente relacionados aos estereótipos de gênero tradicionais que feminizam essas etapas, as atitudes dos mesmos profissionais de saúde que afastam ou ignoram aos homens, assim como fatores externos como o horário de trabalho dos homens. Nesse sentido, seria importante realizar capacitações ou encontros das Equipes de Saúde da Família e todos os profissionais de saúde, para fazer visível a importância de integrar aos homens num processo histórico e biologicamente responsabilizado à mulher, assim, incorporar a perspectiva de gênero no atendimento da SSR particularmente, e na saúde em geral? Aquelas capacitações e encontro dos profissionais de saúde poderiam gerar mudanças ou alternativas para que mais homens participem do PF e do APN, e assim ir incorporando cada vez mais homens nesses processos, ainda nos cursos de preparação de gestantes?
- Na maternidade do estudo vem-se dando avanços no envolvimento dos homens no PGN, isso apoiado pela Lei do acompanhante e do parto humanizado, mas aquele envolvimento segue reforçando basicamente a ideia do homem como símbolo de companhia e proteção para a mulher e do bebê. Seria positivo que os profissionais de saúde promovam o feito de que aquele homem também tem medos, temores e muitas dúvidas, pois para ele também é uma experiência nova? Seria positivo promover que a participação do pai, na medida do possível, seja mais ativa no processo do parto e

do nascimento? Nesse sentido seria positivo que o hospital tenha profissionais encarregados de brindar uma preparação de “emergência” para que aqueles pais que não receberam ou receberam pouca preparação no APN possam participar do parto e do nascimento de uma maneira mais informada? Poderá ser importante diferenciar e identificar aquela participação do homem mais formalmente, assim, nos registros e documentos que são usados na maternidade, para pôr visibilizar a sua participação e envolvimento?

- Os profissionais de saúde cumprem um papel importante, pois são considerados como personagens importantes dentro da comunidade com o qual são chaves como geradores de mudança no que respeita ao cuidado da saúde e da SSR. Nesse sentido é indispensável que integre o conhecimento e a sua experiência como profissional da saúde, aspectos relevantes como o tema da humanização, e a perspectiva de género em saúde. Nesse sentido seria importante que também os profissionais de saúde em formação, nas universidades, recebam constantemente informação e capacitação sobre esses temas, pois assim poderíamos ter profissionais da saúde capacitados, considerando a saúde desde um enfoque mais holístico e com perspectiva de género? Seria interessante gerar encontros mais constantes entre a graduação e pós-graduação para pôr discutir e compartilhar os novos conhecimentos e experiências de ambos setores?
- Para pôr caminhar à uma sociedade mais igualitária em termos de género, é importante que todas as pessoas estejam fragilizadas e incorporem paulatinamente a perspectiva de género no seu dia a dia. Nesse sentido para por ter um PGN com PG é importante que não só os profissionais de saúde incorporem as mudanças em sua prática profissional, más também as pessoas em geral. Nesse sentido será relevante que a PG seja integrada a todas as atividades seja educacionais, sociais, nos meios de comunicação e demais agentes socializadores? Será necessário que as universidades possam-se tornar, além de formar profissionais de saúde fragilizados com a PG, agentes difusores e educadores para a população em geral?

- Temos analisado ao longo deste estúdio que é importantíssimo incorporar a PG em diferentes aspectos mais basicamente na SSR e no PGN. Embora seja importante ter em consideração que para desenvolver intervenções e projetos nesse sentido é importante ter dos aspectos chaves. O primeiro ter os recursos humanos não só fragilizados, mas também capacitados nesse tema; posteriormente, e não menos importante ter o apoio económico para desenvolver projetos em pro da igualdade de gênero. Nesse sentido seria importante trabalhar projetos seja dentro das instituições de saúde, de educação, sociais, federais, estaduais realizando uma adequada estruturação não só do projeto, más também do recurso humano?

REFERÊNCIAS

AGUAYO, F.; SADLER, M (Ed). **Masculinidades y políticas públicas: involucrando hombres en la equidad de género**. Santiago de Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología, 2011.187p. Disponível em:<<http://www.eme.cl/libro-masculinidades-y-politicas-publicas-involucrando-hombres-en-la-equidad-de-genero/>>. Acesso em: outubro 2015

AGUAYO, F.; KIMELMAN, E. **Guía de paternidad activa para padres**. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Fundación Cultura Salud, 2013. 28p.

Disponível em: <<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2014/02/guia-paternidad-activa-y-corresponsabilidad-de-la-crianza.pdf>>Acesso em: novembro 2015

ASPILCUETA, D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja.

Revista peruana de medicina experimental y salud pública, Lima, v.30. n.3, jul. 2013

Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-342013000300018&script=sci_arttext> Acesso em: novembro 2016.

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Tradução de Véra Lucia dos Reis. Rio de Janeiro: Record,2011. 222p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000. Correspondente ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

Disponível em:<www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF>.Acesso em: outubro 2015.

BRASIL. Lei Federal Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Lei do parto humanizado. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF. 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html> Acesso em: outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009 570. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.165, p.61, 27 de agosto.De 2009,Seção 1.

Disponívelem:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html> Acesso em: outubro 2015

BRYAM, R. *et.al*. **Sociologia: sua bússola para o novo mundo**. São Paulo. Congage Learning, 2008.

BONINO, L. **Masculinidad, salud y sistema sanitario**. Artículo publicado en 2002 en “Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa”. Instituto de la mujer-España/OMS, y actualizado en Ruiz Jarabo C. y Blanco, P (Comp) (2004) La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Diaz de Santos. Disponívelem:<www.luisbonino.com/pdf/MASCULINIDAD%20y%20sist%20sanitario.pdf> Acesso em: setembro 2015

CARVALHO, A. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>>. Acesso em: Abril 2016

CARVALHO, J. **Significados e percepções do homem diante da gravidez de sua companheira com síndrome hipertensivas**. 2010. 130 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

CASTOLDI, L. **A construção da paternidade desde a gestação até o primeiro ano do bebê**. 2002.285p. Tese (Doutorado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

COUTO, M ; SCHRAIBER, L. Homens, saúde e violência: Novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M Y COIMBRA, C (Org). **Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 687-703.

COSTA, S. *et al.* A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-Natal. **Cogitare Enferm** 2009 Jan/Mar; 14(1): 73-8C.

Disponível em:

< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-693645>>. Acesso em: novembro 2015.

DUARTE, M. *et.al.* Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v9,n.16, p.53-66, fev.2005.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100005&script=sci_abstract&tlng=pt)

32832005000100005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: novembro 2016.milia

FAUSTINO, W. *et.al.* Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública** vol.23 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2007

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100015> .Acesso em: novembro 2016.

FERNANDES, E. *et.al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016> .Acesso em: novembro 2016.

FERREIRA, *et.al.* Planejamento Familiar: Gênero e significados. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v.13,n.2,p.287-387-397, jul/dez.2014.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/17277/12520>>

Acesso em: novembro 2016.

FRANCO, M. **Análise de conteúdo**. Brasília, 4^o edição: Liber Livro, 2012. 96p. (Serie Pesquisa; v.6).

FROTA, T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro, 10^o edição : Editora Vozes, 2005. 224p.

GARCÍA, D; DÍAZ, Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana Salud Pública* [online]. 2010, vol.36, n.4, pp. 330-336. ISSN 0864-3466.

Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010000400007&script=sci_abstract>. Acesso em: outubro 2015

GARCÍA, D. *et al.* Legislación y atención medicalizada al nacimiento en el ejercicio de la maternidad y la paternidad en Cuba. *Revista Ciencias de la salud (Bogotá)*; 10(2): 207-221, mayo-ago. 2012. *ilus, tab.*

Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-663753>>. Acesso em: outubro 2015

GRILO, D. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167174>>. Acesso em: agosto 2015

HARRIS, C. Patriarcado. In: SCOTT, J. (org). **Sociologia: Conceitos-chave**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros; consultoria técnica Luiz Fernando Dias Duarte. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 245

JIMÉNEZ, L. **Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos**. Cuernavaca, Morelos, México: Editora C RIM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

Disponível em: <www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331120306/Dandovozalo> Acesso em: setembro 2015.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e representações sociais. JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes Ltda. 1994. 324 p.

KEIJZER, B. **El varón como factor de riesgo: Masculinidad, Salud mental y salud reproductiva**. Texto publicado en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.

Disponível em: <www.hombressinviolencia.org/docs/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.doc>. Acesso em: setembro 2015

LAKATOS, E; MARCONI, M. **Metodologia científica**. 5. ed. -2, reimpr.- São Paulo: Atlas, 2008. 187p.

LAMAS, M. **La antropología feminista y la categoría "género"**. Nueva Antropología, Vol VIII, N.º.30, México 1986. Disponível em: < www.redalyc.org/pdf/159/15903009.pdf> Acesso em: agosto 2015.

MAROTO, G; *et al.* Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. **Revista Española de Salud Pública** 2009; 83: 267-278. Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/origin>>. Acesso em: outubro 2015

MENCARE. **Panorama del estado de los padres en el mundo: Resumen y recomendaciones.** Disponível em: < <http://sowf.men-care.org/>> Acesso em: agosto 2015.

MENENGAGE: Boys and men for gender equality. **Hombres, Masculinidades y cambios en el poder. Participación de los hombres en la igualdad del género desde Beijing 1995 hasta 2015.**

Disponível em < <http://menengage.org/wp-content/uploads/2014/11/Beijing-20-Hombres-Masculinidades-y-Cambios-en-el-Poder-MenEngage-2014.pdf>> Acesso em: agosto 2015.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8a ed. São Paulo, Brasil: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais.** Rio de Janeiro, Brasil: Vozes Ltda. 1994. 324 p.

MINISTERIO DA SAUDE. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e praticas na população brasileira.** Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília:Ministerio da Saude, 2011.126 p.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf>Aceso em: novembro 2015

MINISTERIO DA SAUDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério de Saúde, 2012.

Disponível em:

<https://mooc.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/27/zika_es/res/u3/caderno_32.pdf> Acesso em: janeiro de 2016.

MINISTERIO DA SAUDE. **Saúde sexual e reprodutiva.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministerio da Saude, 2013.300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

Disponívelem:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf> Acesso em: janeiro de 2016.

MINISTERIO DA SAUDE. **Pre-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministerio da Saúde, 2005, 163p.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>

Acesso em: janeiro de 2016

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

O trabalho do agente comunitário de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84p .

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>

Acesso em: janeiro de 2016.

MOURA, E. **Perfil da Situação de saúde do Homem no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-Instituto Fernandes Figueira, 2012.128p.

Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/13/Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>

Acesso em: abril 2016

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS. **Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud.** 2010.

Disponível em: < <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>>

Acesso em: Março 2016

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe de 2015.** 2016.

Disponível em: < http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf > Acesso em: Maio 2016.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS- ONU Mujeres. **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing declaración política: declaración política y documentos resultados de Beijing+5.**2004.

Disponível em:<www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf>>. Acesso em: agosto 2015.

ORTMANN, D. El lugar de las mujeres em las religiones del mundo. ORTMANN, D.(es) **Religión y Mujer.** Lima, Perú: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012. 320p.

PARCERO,S. **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.** 2012. 85p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

PLAN INTERNACIONAL. **Marco de referencia para la realización de los derechos sexuales y derechos reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.** Plan-Región de las Américas y el Caribe, 2010-2015.

Disponível em: < <https://plan-international.org/> > Acesso em: Maio 2016

PLATT, L. Género. In: SCOTT, J. (org). **Sociologia: Conceitos-chave.** Tradução de Carlos Alberto Medeiros; consultoria técnica Luiz Fernando Dias Duarte. Rio de Janeiro: Zahar,2010.245

RASANATHAN, K. **Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde.** Documento de discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro. 2011.

Disponível em:

<http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf> Acesso em: Abril 2016.

RODRÍGUEZ, Y; ROBLEDO, C; PEDROSO, T. **Guía para la Incorporación de la perspectiva de género en programas de Salud.** México: 2010. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva – Secretaría de Salud de México.

Disponível em:

<www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO_ssa.pdf> Acesso em: Março 2016

SANTOS, J; MARTINS, P. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2011

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017>. Acesso em: julho 2015

SILVERBLATT, I. La función de género en las sociedades andinas antes de la conquista española. ORTMANN, D. (es) **Religión y Mujer.** Lima, Perú: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012. 320p

SCHMUZIGER, S. Mito e conhecimento mítico. A busca da relação invisibilidade – visibilidade nas relações sociais das sociedades ditas primitivas. APARECIDA, M. (col.) **Seminário temático II: Mulher em Seis Tempos;** Faculdade de Ciências e Letras-UNESP. São Paulo, 1991, 176p.

SCHRAIBER, M; *et al.* Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002>. Acesso em: julho 2015

SOTO, C *et al.* Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. **Revista chilena obstetricia y ginecologia** . v.71 n.2 Santiago 2006

Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: novembro 2016.

SPINK, M. Desvendando as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais. JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais.** Rio de Janeiro, Brasil: Vozes Ltda. 1994. 324 p.

TESSMER, S; CRECENCIA, H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 18 (4) Out-dez 2014

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0662.pdf> >. Acesso em: julho 2015

VELHO, M. et al. **Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 458-66.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026>. Acesso em: novembro 2016.

VIVEROS, M. Salud Sexual y Reproductiva de los Varones Latinoamericanos. Una lectura en clave de género, etnia y raza. MINAYO, M; COIMBRA, C (Orgs.). **Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. 706p.

APÊNDICE A: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O HOMEM/PAI

Dados do entrevistado			
Nome(opcional):		Município de residência:	
Idade:		Escolaridade:	
Município nascimento:		Ocupação:	
Estado de nascimento:		Endereço (opcional):	
Data de nascimento:		E-mail (opcional):	

PERGUNTAS GUIA:

1. O que o senhor pensa sobre a participação do homem nos processos da gravidez e o nascimento do filho ou filha?

2. O senhor pensa que o homem deve participar desses processos (gravidez e nascimento)? Sim/Não- Por quê? De que maneira acha que os homens participam e devem participar destes processos?

3. Quais, pensa o senhor, são as funções e responsabilidades dos homens ao ter um filho o filha?

4. Relate-nos sua experiência de sua participação para ganhar o filho ou filha, antes da gravidez, durante a gravidez e no nascimento? O senhor acompanhou sua companheira na maternidade e em todo o processo, da gravidez ao parto? Como participou o senhor dessas etapas?

5. Como foi essa sua experiência no acompanhamento de sua companheira no centro de saúde? No planejamento familiar, no atendimento pré-natal e no nascimento de seu filho (a) no centro de saúde?

6. Os profissionais da saúde promoveram sua participação nesses processos? Sim/Não - Por que pensa isso?

APÊNDICE B: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O MULHER/MÃE

Dados do entrevistada			
Nome (opcional):		Município de residência:	
Idade:		Escolaridade:	
Município nascimento:		Ocupação:	
Estado de nascimento:		Endereço (opcional):	
Data de nascimento:		E-mail (opcional):	

PERGUNTAS

GUIA:

1. O que a senhora pensa sobre participação do homem nos processos da gravidez e o nascimento do filho ou filha no hospital? O que a senhora pensa sobre o assunto?
2. A senhora acha que o homem deve participar desses processos (gravidez e nascimento)? Sim/Não Por quê? De que maneira acha que os homens participam e devem participar destes processos?
3. Quais, em sua opinião, são as funções e responsabilidades dos homens ao ganhar um filho ou uma filha?
4. Houve a participação de um acompanhante durante a sua gravidez e no nascimento de seu filho(a)? Quem foi? E seu marido participou? Relate-nos sua experiência da participação do seu companheiro para ganhar o filho ou filha, antes da gravidez, durante a gravidez e no nascimento? Como ele participou nessas etapas? .
5. Como foi sua experiência no acompanhamento de seu companheiro no centro de saúde? No planejamento familiar, no atendimento pré-natal e no nascimento de seu filho (a)?
6. Os profissionais da saúde promoveram o acompanhamento e a participação nesses processos? Sim/Não - Por que acha isso?

APÊNDICE C: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O/A PROFISSIONAL DE SAÚDE

Dados do entrevistado(a)			
Nomem (opcional):		Profissão:	
Idade:		Universidade de estudos:	
Município Nascimento:		Tempo de experiência profissional:	
Estado de nascimento:		Tempo de trabafo neste hospital:	
Data de nascimento:			
Município de residencia:		E-mail (opcional):	

PERGUNTAS GUIA:

1. Que pensa o senhor(a) sobre a participação do homem nos processos da gravidez e o nascimento do filho ou filha nas atividades oferecidas neste estabelecimentos de saúde como: planejamento familiar, atendimento pré-natal e o parto?
2. Que pensa sobre a participação do homem nos processos da gravidez e o nascimento do filho ou filha para com a companheira?
3. Quais, pensa, são as funções e responsabilidades dos homens ao ter um filho o filha?
4. Relate-nos algumas experiências que o senhor (a) teve sobre o acompanhamento do homem nas atividades relacionadas à gravidez o nascimento das usuárias, isto é, nas atividades ou consultas que elas tiveram no planejamento familiar, atendimento pré-natal e o parto?
5. O senhor (a) acha interessante e importante à participação e acompanhamento dos homens nos processos da saúde sexual e reprodutiva nos centros de saúde? Sim/Não Por quê?
6. Quais as diferenças observadas no acompanhamento da paciente pelo SUS e por um plano de saúde particular? Em quais deles se observa mais atenção dos homens à gravidez e nascimento? Por quê?

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HOMEM/PAI

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Homem**

O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “**Representações sociais da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento numa perspectiva de gênero**”, em virtude de ser companheiro da usuária da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. A pesquisa é realizada pela mestranda, Licenciada em obstetrícia Yasmine Karina Sotomayor Torres, é coordenada pela Professora Silvia Paez, ainda com a participação da professora Rosane Luzia de Souza Moraes, as quais são docentes do Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com o hospital o com a UFVJM.

O objetivo desta pesquisa é analisar as representações sociais (ou seja: ideias, imagens, concepções) da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho ou filha, considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. Caso o senhor decida aceitar o convite, será submetido a uma entrevista individual e semiestruturada, guiada por um roteiro de perguntas. Ressaltamos que todas as entrevistas serão registradas por meio de um gravador digital para posterior transcrição. O tempo previsto para a sua participação no projeto, ou seja a duração da entrevista, é em torno de quarenta minutos à uma hora.

O senhor poderá eventualmente se sentir desconfortável ao responder as perguntas. Porém, nesse caso, o senhor terá a liberdade em se recusar em responder a qualquer uma das perguntas, sem prejuízo algum. Ao respeito do lugar onde serão feita a entrevista, para a pesquisadora é mais oportuno que sejam realizadas dentro do hospital. Mas, é o senhor, em coordenação com a pesquisadora, e de acordo a sua preferencia, que concordarão no dia, horário e lugar da entrevista.

Os participantes, ao aceitar o convite para esta pesquisa poderão contribuir para ampliar o conhecimento que se tem na literatura sobre participação dos homens na saúde sexual e reprodutiva, a qual favorece a igualdade de gênero em nossa sociedade. Além do anterior, entregara-se ao senhor, uma guia elaborada didaticamente, a qual enfatiza a importância da participação do homem durante o processo da gravidez e no nascimento, assim como na criança

dos filhos (as). Isto servirá para que tenha maior conhecimento sobre o tema e possa aplica-o em sua vida cotidiana com sua família.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados ou informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. A pesquisa não oferece gasto financeiro da sua parte, portanto não receberá ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisadora do Projeto: _____

Assinatura: _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura: _____



.....

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior

Secretaria: Ana Flávia de Abreu

E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

Informações – Pesquisadora

Nome: Yasmine Karina Sotomayor Torres

Rua Romana 316 – Bairro Centro – Diamantina/MG CEP39100000

E-mail: yasminesotomayor@gmail.com

APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO MULHER/MÃE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Mulher**

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: **“Representações sociais da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento numa perspectiva de gênero”**, em virtude de ser usuária da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. A pesquisa é realizada pela mestrand, Licenciada em obstetrícia Yasmine Karina Sotomayor Torres, é coordenada pela Professora Silvia Paez, ainda com a participação da professora Rosane Luzia de Souza Moraes, as quais são docentes do Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com o hospital o com a UFVJM.

O objetivo desta pesquisa é analisar as representações sociais (ou seja: ideias, imagens, concepções) da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho ou filha, considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. Caso a senhora decida aceitar o convite, será submetida a uma entrevista individual e semiestruturada, guiada por um roteiro de perguntas. Ressaltamos que todas as entrevistas serão registradas por meio de um gravador digital para posterior transcrição. O tempo previsto para a sua participação no projeto, ou seja a duração da entrevista, é em torno de quarenta minutos à uma hora.

A senhora poderá eventualmente se sentir desconfortável ao responder as perguntas. Porém, nesse caso, a senhora terá a liberdade em se recusar em responder a qualquer uma das perguntas, sem prejuízo algum. Ao respeito do lugar onde serão feita a entrevista, para a pesquisadora é mais oportuno que sejam realizadas dentro do hospital. Mas, é a senhora, em coordenação com a pesquisadora, e de acordo a sua preferencia, que concordarão no dia, horário e lugar da entrevista.

As participantes, ao aceitar o convite para esta pesquisa poderão contribuir para ampliar o conhecimento que se tem na literatura sobre participação dos homens na saúde sexual e reprodutiva, a qual favorece a igualdade de gênero em nossa sociedade. Além do anterior, entregara-se à senhora, uma guia elaborada didaticamente, na qual se enfatiza a importância da participação do homem durante o processo da gravidez e no nascimento, assim como na criança

dos filhos (as). Isto servirá para que a senhora tenha maior conhecimento sobre o tema e possa aplica-o em sua vida cotidiana e em sua família.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados ou informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. A pesquisa não oferece gasto financeiro da sua parte, portanto não receberá ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

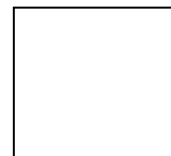
Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisadora do Projeto: _____

Assinatura: _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____



Assinatura: _____

.....

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior

Secretaria: Ana Flávia de Abreu

E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

Informações – Pesquisadora

Nome: Yasmine Karina Sotomayor Torres

Rua Romana 316 – Bairro Centro – Diamantina/MG CEP39100000

E-mail: yasminesotomayor@gmail.com

**APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL
DE SAÚDE**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Profissional de saúde

O senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“Representações sociais da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento numa perspectiva de gênero”**, em virtude de ser trabalhador (a) na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. A pesquisa é realizada pela mestrand, Licenciada em obstetrícia Yasmine Karina Sotomayor Torres, é coordenada pela Professora Silvia Paez, ainda com a participação da professora Rosane Luzia de Souza Moraes, as quais são docentes do Mestrado Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com o hospital o com a UFVJM.

O objetivo desta pesquisa é analisar as representações sociais (ou seja: ideias, imagens, concepções) da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento do filho ou filha, considerando os personagens envolvidos: homem, mulher e profissional de saúde na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina – Minas Gerais. Caso o senhor(a) decida aceitar o convite, será submetido a uma entrevista individual e semiestruturada, guiada por um roteiro de perguntas. Ressaltamos que todas as entrevistas serão registradas por meio de um gravador digital para posterior transcrição. O tempo previsto para a sua participação no projeto, ou seja a duração da entrevista, é em torno de quarenta minutos à uma hora.

O senhor (a) poderá eventualmente se sentir desconfortável ao responder as perguntas. Porém, nesse caso, terá a liberdade em se recusar em responder a qualquer uma das perguntas, sem prejuízo algum. Ao respeito do lugar onde serão feita a entrevista, para a pesquisadora é mais oportuno que sejam realizadas dentro do hospital. Mas, é o senhor (a), em coordenação com a pesquisadora, e de acordo a sua preferencia, que concordarão no dia, horário e lugar da entrevista.

Os participantes, ao aceitar o convite para esta pesquisa poderão contribuir para ampliar o conhecimento que se tem na literatura sobre participação dos homens na saúde sexual e reprodutiva, a qual favorece a igualdade de gênero em nossa sociedade. Além do anterior, propor-se ao Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina (especialidade de Ginecologia e Obstetrícia) que a pesquisadora, realizará uma atividade educativa-palestra informativa dirigida á pessoal que

trabalha nessa área, para compartilhar os resultados da pesquisa e enfatizar sua importância na assistência da saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados ou informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. A pesquisa não oferece gasto financeiro da sua parte, portanto não receberá ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisadora do Projeto: _____

Assinatura: _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura: _____



.....

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior

Secretaria: Ana Flávia de Abreu

E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

Informações – Pesquisadora

Nome: Yasmine Karina Sotomayor Torres

Rua Romana 316 – Bairro Centro – Diamantina/MG CEP39100000

E-mail: yasminesotomayor@gmail.com

APÊNDICE G: FOLDER INFORMATIVO

INGREDIENTES DE UMA PATERNIDADE ATIVA COM FILHOS (AS)

- ✓ Querer seu filho (a) com amor incondicional.
- ✓ Proteger, criar e colocar limites sempre com respeito e bom tratamento.
- ✓ Prestar atenção às necessidades e modos de expressão do seu filho (a) em todos os momentos de seu desenvolvimento.
- ✓ Mostrar para ela (ele) que você se importa com o que ela (ele) faz. Para ela (ele) a coisa mais importante é sentir o seu amor e chamar a sua atenção.
- ✓ Celebrar suas atividades, realizações e lições aprendidas (caminhar, suas primeiras palavras, etc.).
- ✓ Acolher quando ele (ela) sentir medo, tristeza, ou frustração. E incentiva-lo(a), com carinho para que tente novamente.
- ✓ Olhar e escutar com cuidado quando o seu filho (a) tem algo a dizer ou expressar, seja com ou sem palavras.
- ✓ Levá-lo(a) em seus braços com frequência, especialmente quando ele(a) sentir vergonha ou medo.
- ✓ Compartilhar com ela (ele) nas brincadeiras.
- ✓ Acompanhá-lo(a) nas horas das refeições e antes de dormir.
- ✓ Compartilhar o trabalho doméstico com a mãe, e fazer com que seu filho(a) nas tarefas simples, de acordo com seu estágio de desenvolvimento e capacidades.
- ✓ Em caso de separação dos pais é importante manter contato diário-frequente com seu(a) filho(a).
- ✓ Preocupação constante com a segurança nos espaços onde ele (ela) se desenvolve.



Apêndice G: Folder informativo

PARA TER EM CONTA:

- ❖ A participação do pai é muito importante e tão necessária quanto a da mãe.
- ❖ Lembre que na prática se aprende a ser pai.
- ❖ É natural ter medos e preocupações sobre o ser pai.

Lembre que são as ações e o exemplo do dia a dia. As que ensinam e educam!

FOLDER BA SEADO EM:

- Guia de paternidade ativa. Ministerio de Desarrollo Social(Chile),UNICEF (AGUAYO; KIMELMAN, 2013)

ALÉM SERIA LEGAL VOCÊ CONHECER MAIS DO:

Instituto Papel:
<http://institutopapai.blogspot.com.br/>

Promundo- Brasil:
<http://promundo.org.br/>

Ministério de Saúde

Lei do parto humanizado
www.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pt.html

Política Nacional de atenção integral à saúde do homem
bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/pr11944_27_08_2009.html

Humanização no Pré-natal e nascimento, no âmbito do SUS
www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF

GUIA PARA PAIS

Paternidade Ativa. Corresponsabilidade na criação do filho(a)



“Perspectiva de gênero: Representações sociais do homem no processo da gravidez e do nascimento”

De: Yasmine Karina Sotomayor Torres

Orientação: Profa. Sílvia Regina Paes
Co-Orientação: Profa. Rosane de Souza Morais

2017

O ser um pai ativo e coparticipe é:

- Ser parte do cuidado e da estimulação de seu filho(a).
- Compartilhando as tarefas domésticas e cuidados com a mãe: Alimentar, vestir, passear, fazer dormir, brincar, tomar banho e ensinar a seu filho (a).
- Estimular o desenvolvimento de seu filho(a) em todas as fases de sua vida.
- Ter um relacionamento amoroso e incondicional com ele o ela.
- Criar respeitosamente, fixando limites com bom trato (evitando a violência).

E... Por que eu tenho que fazer tudo isso?



❖ **Porque ambos (pai e mãe) têm responsabilidades comuns no que diz à respeito à educação e ao desenvolvimento de sua criança. ... e, porque o filho(a) é dos dois!**

DURANTE A GRAVIDEZ:

- Durante esta fase, a relação com sua filha (o), será medida pelo seu relacionamento (acompanhamento) com a mãe dela.
- Exprese, ofereça e partilhe com ela todas às situações vivenciadas durante a gravidez: os cuidados de saúde da mãe; acompanhamento aos atendimentos pré-natais, nas oficinas de preparação para o parto; na preparação da casa para receber ao bebê, etc.

DURANTE O PARTO E NASCIMENTO:

- Apoio e acompanhamento da mãe em diferentes estágios de nascimento (pré-parto, parto e pós-parto);
- Respeitar o direito da mãe à escolha do acompanhante durante o parto.
- Pode ser o próprio pai, se ambos ficarem de acordo.

DURANTE OS PRIMEROS DIAS E ANOS DE VIDA:

- Dê um suporte para a mãe no processo de amamentação, apoiando no que ela precisar.
- Realize um trabalho de cooperação com a mãe com muito diálogo, com compreensão e com apoio mútuo.
- Compartilhe as tarefas domésticas e cuidados com o seu filho ou filha.
- Participe das avaliações de saúde de sua filha ou filho.

...A PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PAI BENEFICIA TODA A FAMÍLIA...



• **AO FILHO (A)**, porque os ajuda a se desenvolverem e fortalecerem sua autoestima e, assim, eles (as) serão mais saudáveis, plenos e felizes na sua vida pessoal e familiar.

• **A MÃE**, porque ao compartilhar com o pai o cuidado e a criação dos filhos e (ou) filhas, pode ter maior tempo também para ela por ter melhor qualidade de vida pessoal e familiar.

- **AO PRÓPRIO PAI**, porque ele pode passar mais tempo com seus filhos e filhas, construindo assim uma ligação mais forte que, com o tempo, eles se sentirão mais satisfeitos e poderão alcançar uma melhor qualidade de vida pessoal e familiar.

Além do que, os pais envolvidos na paternidade são mais propensos a ter uma boa saúde.



ANEXO 1: DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE – NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE.



IRMANDADE NOSSA SENHORA DA SAÚDE
Entidade Filantrópica de Assistência à Saúde
Fundada em 1901



Núcleo de Estudo e Pesquisa
Hospital Nossa Senhora da Saúde

Diamantina, 08 de agosto de 2016.





DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. O Hospital Nossa Senhora da Saúde - HNSS, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa intitulado: "Representações sociais da participação do homem no processo da gravidez e do nascimento numa perspectiva de gênero", coordenada pela mestrandia Yasmine Karina Sotomayor Torres, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar.

Assis do Carmo Pereira Júnior

Coordenador do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Saúde


ANEXO 2: APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP- UFVJM







Público Pesquisador Alterar Meus Dados

Yasmine Karina Sotomayor Torres - Pesquisador | V3.0
 Sua sessão expira em: 36min 53

Cadastros
 Título da Pesquisa: Representações Sociais da Participação do Homem no Processo da Gravidez e do Nascimento numa Perspectiva de Gênero
 Pesquisador Responsável: Yasmine Karina Sotomayor Torres
 Área Temática:
 Versão: 3
 CAAE: 57668316.0.0000.5108
 Submetido em: 08/08/2016
 Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_754894

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3
 - ↳ Pendência de Parecer (PO) - Versão 3
 - ↳ Currículo dos Assistentes
 - ↳ Documentos do Projeto
 - ↳ Comprovante de Recepção - Submissã
 - ↳ Declaração de Instituição e Infrastrutu
 - ↳ Folha de Rosto - Submissão 3
 - ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm
 - ↳ Outros - Submissão 3
 - ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigad
 - ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - ↳ Apreciação 3 - Universidade Federal dos V
 - ↳ Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Yasmine Karina Sotomayor Torres	3	08/08/2016	12/08/2016	Aprovado	Não	