



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

**CONSCIÊNCIA MASCULINA
POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA CRIAÇÃO DE GRUPOS DE REFLEXÃO
COM HOMENS FORA DAS UNIDADES DE SAÚDE**

DAIANI SCHEFFER

Foz do Iguaçu
2018

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

**CONSCIÊNCIA MASCULINA
POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA CRIAÇÃO DE GRUPOS DE REFLEXÃO
COM HOMENS FORA DAS UNIDADES DE SAÚDE**

DAIANI SCHEFFER

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dra. Carmen Justina
Gamarra

Coorientador: Prof. Dr. Walfrido Kuhl
Svoboda

Foz do Iguaçu
2018

DAIANI SCHEFFER

CONSCIÊNCIA MASCULINA
POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA CRIAÇÃO DE GRUPOS DE REFLEXÃO
COM HOMENS FORA DAS UNIDADES DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Coorientador: Prof. Dr. Walfrido Kuhl Svoboda
UNILA

Prof. Dra Érika Marafon Rodrigues Ciacchi
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho a minha filha, Clara.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a minha orientadora, professora Dra. Carmen Justina Gamarra, por todos esses anos de trabalho juntas, realmente tenho aprendido muito a nível profissional e pessoal com essa mulher excepcional, sensível, corajosa e ousada, que amo e admiro muito e, que sempre acreditou em meu potencial, estarei eternamente agradecida por todas as oportunidades que me brindastes.

A professora Dra. Érika Marafon Rodrigues Ciacchi. A escolha por sua participação na banca aconteceu com a seguinte certeza: a confiança em seu julgamento como profissional e por amar a sua essência como pessoa.

Ao professor Dr. Walfrido K. Svoboda por aceitar coorientar-me e sempre estar disposto a ajudar-me a aconselhar-me.

Aos demais professores, que também contribuíram de forma atuante e positiva para minha formação acadêmica, minha gratidão!

Ao primo Rogério Motta Moreira, houve uma fase em minha vida onde ele foi, sem dúvidas, a luz. Caso contrário seria impossível eu estar apresentando este Trabalho de Conclusão de Curso hoje.

Ao Sanitarista Rafael da Silva Magalhães por suas valiosas contribuições desde a elaboração do projeto desse trabalho, coordenação e supervisão de toda parte prática da vivência no Rio de Janeiro, estímulo constante, leitura e sugestões críticas, até a conclusão deste trabalho.

Ao Grupo de Trabalho Itaipu Saúde.

Ao Grupo de Reflexão consciência Masculina Rio de Janeiro.

Aos grupos que me possibilitaram esse trabalho aqui em Foz do Iguaçu.

A ONG Caixa Surpresa, a professora Dra. Regina Simões, ao professor Mestre Luiz Costa, ao professor Dr. Gabriel Schütz, ao Militante Waldemir Correia, a Médica Sanitarista Viviane Manso Castello Branco e ao amigo e sanitarista Victor Hugo.

Aos membros da banca que generosamente aceitaram participar, e pelos bons momentos de aprendizagem conjunta durante esses preciosos anos de graduação.

A Cristiani da Silva por seu amor e amizade.

As minhas amigas, Deise, Elizabeth, Hanna, Maria José, Dalila e Claudia dando-me amor e confiança para seguir em frente.

Aos meus amigos Cléber e Juan, pela amizade e parceria.

Aos que creem e lutam pelo projeto da UNILA tal como é, em seus acertos e contradições, como eu.

A minha família, aos meus irmãos e cunhados. Aos meus sobrinhos. E aos meus queridos pais Miraldo e Clarides, por todos os sacrifícios para eu poder estar aqui e por seu amor e generosidade para me deixar ser eu mesma, sempre.

Finalmente, a minha filha e parceira de tudo, Clara, por me dar a oportunidade de ser sua mãe e me ensinar com seu amor imenso tudo o que verdadeiramente importa na vida.

SCHEFFER, Daiani. **CONSCIÊNCIA MASCULINA POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA CRIAÇÃO DE GRUPOS DE REFLEXÃO COM HOMENS FORA DAS UNIDADES DE SAÚDE**. Course Completion Work (Graduation in Collective Health) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2018.

Consciência masculina potencialidades e desafios na criação de grupos de reflexão com homens fora das unidades de saúde

O trabalho com homens vem ocorrendo de diferentes formas e com distintas abordagens ao longo dos anos, com a aplicação de diferentes técnicas metodológicas. Quando falamos de diferentes técnicas metodológicas, a utilização da pesquisa-ação destaca-se pelo seu caráter reflexivo entre todos os pares. Faz-se necessário investigar se os discursos masculinos captados através de uma pesquisa-ação pelas rodas de reflexão fornecem subsídios para possíveis ações em saúde ou para a identificação de um modelo de masculinidade dita predominante. Este trabalho se propôs realizar uma análise de conteúdo dos grupos de reflexão com homens, fora das unidades de saúde e em abordagem por *settings*, fruto de uma pesquisa-ação com homens de Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu, com o objetivo de fazer uma reflexão sobre as potencialidades do trabalho com homens através de uma pesquisa-ação e identificar subsídios para ações de prevenção, promoção e identificação de demandas desse público alvo. A pesquisa-ação proporcionou mudanças na vida dos participantes, gerando um espaço alternativo e solidário, de confiança e reflexão entre homens, possibilitando o reconhecimento de fraquezas, medos e limitações para além do “foro íntimo”. Um maior aprofundamento sobre as potencialidades da utilização da pesquisa-ação e a criação de grupos de homens por gestores e profissionais de saúde traria maiores aprofundamentos ao conhecimento acadêmico, bem como contribuições ao desenvolvimento de uma melhor Saúde do Homem.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Masculinidade.

SCHEFFER, Daiani. **CONSCIENCIA MASCULINA POTENCIALIDADES Y DESAFIOS EN LA CRIACIÓN DE GRUPOS DE REFLEXIÓN CON HOMBRES FORA DE LAS UNIDADES DE SALUD.** Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Salud Colectiva) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz del Iguazú, 2018.

Consciencia masculina potencialidades y desafíos en la creación de grupos de reflexión con hombres fuera de las unidades de salud

El trabajo con hombres viene ocurriendo de diferentes formas y con distintos enfoques a lo largo de los años, con la aplicación de diferentes técnicas metodológicas. Cuando hablamos de diferentes técnicas metodológicas, la utilización de la investigación-acción se destaca por su carácter reflexivo entre todos los pares. Se hace necesario investigar si los discursos masculinos captados a través de una investigación-acción por las ruedas de reflexión proporcionan subsidios para posibles acciones en salud o para la identificación de un modelo de masculinidad denominada predominante. Este trabajo se propuso realizar un análisis de contenido de los grupos de reflexión con hombres, fuera de las unidades de salud y en abordaje por *settings*, fruto de una investigación-acción con hombres de Foz del Iguazú, São Miguel del Iguazú y Serranópolis del Iguazú, con el objetivo de hacer una reflexión sobre las potencialidades del trabajo con hombres a través de una investigación-acción e identificar subsidios para acciones de prevención, promoción e identificación de demandas de ese público objetivo. La investigación-acción proporcionó cambios en la vida de los participantes, generando un espacio alternativo y solidario, de confianza y reflexión entre hombres, posibilitando el reconocimiento de debilidades, miedos y limitaciones más allá del "foro íntimo". Una mayor profundización sobre las potencialidades de la utilización de la investigación-acción y la creación de grupos de hombres por gestores y profesionales de salud traería mayores profundidades al conocimiento académico, así como aportaciones al desarrollo de una mejor Salud del Hombre.

Palabras clave: Salud del hombre; Salud pública; Salud pública; Masculinidade.

SCHEFFER, Daiani. **MALE CONSCIOUSNESS POTENTIALITIES AND CHALLENGES IN CREATING REFLECTION GROUPS WITH MEN OUTSIDE THE HEALTH SERVICE.** Course Completion Work (Graduation in Collective Health) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2018.

Male consciousness potentialities and challenges in creating reflection groups with men outside the health service

Work with men has been occurring in different ways and with different approaches over the years, with the application of different methodological techniques. When we speak of different methodological techniques, the use of action research stands out for its reflective character among all pairs. It is necessary to investigate whether the masculine discourses captured through an action research by the wheels of reflection provide subsidies for possible health actions or for the identification of a predominant model of masculinity. This work aimed to perform a content analysis of the reflection groups with men, outside the health units and in a settings approach, the result of an action research with men from Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu and Serranópolis do Iguaçu, whit he objective of reflecting on the potentialities of working with men through an action research and identifying subsidies for actions to prevent, promote and identify the demands of this target public. Action research has brought about changes in the lives of the participants, generating an alternative space of solidarity, of trust and reflection among men, allowing the recognition of weaknesses, fears and limitations beyond the "intimate forum". Further research on the potential of using action research and the creation of groups of men by managers and health professionals would bring further insights to academic knowledge as well as contributions to the development of better human health.

Keywords: Human Health; Collective Health; Public health; Masculinity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “As alegrias e dificuldades de ser homem hoje”	56-60
Quadro 2 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Amor, relacionamentos”	61-65
Quadro 3 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Sexualidade”	66-72
Quadro 4 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Paternidade e filiação”	73-78
Quadro 5 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Saúde”	79-83
Quadro 6 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Trabalho e desemprego”	84-89
Quadro 7 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Violência”	89-95
Quadro 8 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Política e cidadania”	96-99
Quadro 9 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Vivência nos grupos de homens”	99-103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das pessoas que participaram do estudo	50-51
--	-------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNSH - Coordenação Nacional de Saúde do Homem

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia Saúde da Família

GLS - Gays, Lésbicas e Simpatizantes

GT – Itaipu Saúde - Grupo de Trabalho Itaipu Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBTTT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

MS – Ministério da Saúde

MS/PM – Ministério da Saúde da Província de Misiones - Argentina

MST Movimento Sem Terra

ONG - Organização Não Governamental

OPAS/PY - Organização Pan-Americana de Saúde do Paraguai

PA - Pesquisa Ação

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PSF - Programa Saúde da Família

PTI - Parque Tecnológico Itaipu

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

UNILA - Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	18
2.	OBJETIVOS	23
2.1	GERAL.....	23
2.2	ESPECÍFICOS.....	23
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DE SAUDE DO HOMEM	24
3.2	MASCULINIDADE E SAÚDE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO	28
3.3	ORIGEM DO LIVRO PALAVRA DE HOMEM E GRUPO DE REFLEXÃO CONSCIENCIA MASCULINA	40
3.4	TÉCNICA LÚDICA UTILIZADA NOS GRUPOS	42
4.	CONTEXTO ONDE O ESTUDO FOI REALIZADO	44
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	47
5.2	CONTEXTO DA PESQUISA	47
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA	48
5.3.1	<i>Critérios de inclusão</i>	<i>48</i>
5.4	COLETA DE DADOS.....	49
5.5	GRUPOS DE REFLEXÃO.....	49
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	52
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	53
6.2	ANALISE POR CATEGORIA DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS.....	56
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
	ANEXOS	115
	ANEXO A - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA “Consciência Masculina - Potencialidades e Desafios na Criação de Grupos de Reflexão com Homens Fora das Unidades de Saúde”	116

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO117

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema surgiu após a participação como membro na Comissão de Saúde do Homem no Grupo de Trabalho GT Itaipu-Saúde em 2014. Frequentar as reuniões mensais do GT e vincular-se a um dos eixos (comissões) fazia parte da disciplina de Saúde e Sociedade, na época.

Porém, a ideia amadureceu para a importância de trabalhar com grupos de reflexão Pesquisa Ação (PA) com homens, após a vivência nas comunidades, Bangu e Nova Aliança – RJ. Os relatos dos homens do grupo de reflexão (PA), fora das Unidades Básicas de Saúde, atualmente, ativo através da ONG Caixa surpresa e as falas de militantes em Saúde do Homem: Pesquisadores da Ensp/FioCruz, professores UFRJ, sanitaristas, médicos, integrantes e coordenadores de ONG's, entre outros, seguramente foi o divisor de águas para a criação e trabalho com Grupos de Reflexão com Homens (PA), fora das Unidades Básicas de Saúde em Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

A ideia central desta pesquisa é questionar os valores patriarcais que impedem a existência de uma figura masculina comprometida com a igualdade de gênero e com a própria saúde, partindo da premissa da existência de uma masculinidade hegemônica, pautada no machismo que oprime aos próprios homens. E mostrar as potencialidades e dificuldades na criação dos grupos, com ênfase no fato de que é possível desconstruir, transformar e torna-los protagonistas de suas vidas, reconhecendo as contradições internas desses homens.

Nas últimas décadas tem se notado uma crescente atenção sobre as questões relacionadas ao gênero masculino, principalmente no campo da Saúde Pública em suas interfaces com o campo da saúde. O movimento feminista alertava sobre a necessidade de modificações das denominadas "ciências do homem", que não colocavam o sexo masculino como um objeto de reflexão enquanto sujeito de gênero, mas sim como um representante da nossa espécie (HEILBORN; CARRARA, 1998, p.5).

Partindo da premissa que a invulnerabilidade masculina vêm se construindo em fator de vulnerabilização ao adoecimento, acrescido ao fato da

invisibilidade de suas demandas pelos serviços de saúde no que diz respeito a organização dos serviços e as crenças em relação a masculinidade significar sinônimo de não cuidado, fazendo com que venham a surgir sentimentos de intimidação e distanciamento nos serviços de saúde, ocasionando a ampliação da vulnerabilidade deste público aos índices de mortalidade (CAVALCANTI et al, 2014, p.15).

Segundo Connel e Messerschmidt (2013, p.243) ao falarmos de masculinidade, teremos em mente um conceito não predefinido e ditado, e se assim não fosse, não se poderia falar nem de várias masculinidades e nem de mudanças nas relações de gênero. No ato de reflexão de como se é imposto um modelo padrão de masculinidade hegemônica, este podendo variar de sociedade e tempo, identifica-se a existência de inúmeras possibilidades de representações masculinas. As masculinidades ditas como subordinadas, reféns de um padrão hegemônico - por exemplo, não deixam de existir, só estão contidas como se fossem efeitos perversos que se é socialmente aceito.

Romeu Gomes (2003, p.828) afirma que, nesse modelo, se defende a ideia que o “homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais”. No entanto, o autor destaca um paradoxo quando “espera-se que o homem compreenda demandas emocionais de suas parceiras e de seus filhos, sendo cúmplice e sensível”.

Os reflexos para o campo da saúde, principalmente na questão do acesso referente à promoção de medidas preventivas para e pelos homens, ganharam força, uma vez que, segundo Machin (2011, p. 4505), homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão dessa auto percepção de necessidades de cuidados, e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. Surge a importância da atuação e visão em Saúde Coletiva voltada aos entraves ocasionados pela relação do homem com sua saúde na perspectiva de gênero e das masculinidades, resultando numa discussão acerca da promoção da saúde, que implica questões de direitos e de equidades (COUTO, et al 2005, p. 13; GOMES, 2003, p.826).

Neste século, começaram a ser realizados estudo epidemiológicos que ressaltaram sobretaxas de mortalidade dos homens em relação às mulheres em todas as faixas etárias (LAURENTI, BUCHALIA, MELLO JORGE, LEBRÃO & GOTLIEB, 1998, p.36), (promoção da saúde, que implica questões de direitos e de equidades (COUTO, et al 2005, p. 14), (MEDRADO, LYRA & AZEVEDO, 2011, p. 45) e (GOMES et al, 2012, p. 2591).

Dados do Ministério da Saúde asseguram que os homens são mais vulneráveis as doenças e vivem em média sete anos menos do que as mulheres, dentre as estatísticas que mais matam os homens até os 40 anos de idade, estão as causas externas, representadas por: acidentes de trânsito e trabalho, violência, agressões, muitas vezes oriundas das exposições a fatores de risco como alcoolismo, tabagismo entre outros vivenciados pela população masculina (BRASIL, 2009, p. 19-20).

No Brasil, a saúde do homem foi destaque no cenário nacional, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007. Pela primeira vez ao longo da história das políticas de saúde, o homem ganhou um espaço próprio tendo seus agravos reconhecidos como problemas de Saúde Pública, através da criação da Área Técnica de Saúde do Homem no âmbito do Departamento de Ações Programáticas, concebida em março de 2008, a qual criou a PNAISH lançada em agosto de 2009 (BRASIL, 2009, p. 21).

A PNAISH representa uma inovação no campo da saúde, com base em consensos construídos a partir de discussões envolvendo organizações da sociedade civil, pesquisadores, acadêmicos, representantes de conselhos de saúde, além do próprio Ministério da Saúde a qual foi formulada e embasada nos indicadores de mortalidade masculina, objetivando orientar as ações e serviços de saúde, com integralidade e equidade, para a população masculina, uma vez que não foram historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções de saúde (BRASIL, 2009, p. 22; LEAL A. F et al, 2012, p.2609).

Nesse cenário, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o lançamento da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada em 27 de agosto de 2009, cujos objetivos principais

são qualificar a assistência a saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade a atenção primária para que ela não se restrinja somente a recuperação, garantindo sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de agravo evitáveis (BRASIL 2009).

No entanto existe a necessidade de criação e intensificação de estratégias na atenção básica que contemplem de maneira singular a figura masculina. Estudos revelam que alguns dos obstáculos referenciados pelos homens para o acesso aos serviços de saúde, destacam-se a vergonha de se expor, a impaciência, referente à espera pelos atendimentos e a falta de resolutividade das necessidades de saúde e principalmente a inexistência de tempo para dedicar a saúde, atribuída ao regime de trabalho, situação que dificulta a ida destes aos serviços de atenção a saúde, devido a incompatibilidade entre os horários de funcionamento dos serviços com a disponibilidade após suas atividades laborais (BRASIL, 2009, p.47-48; GOMES et al 2012, p. 2591; CAVALCANTI et al 2014, p. 629).

Nesse panorama, Mendonça e Andrade (2010, p.217) atentam que não basta existir a Política de Saúde do Homem; a assistência à saúde masculina necessita adaptar-se às realidades locais, adequando as diretrizes e normas as reais necessidades da população em foco. Junior e Lima (2009, p. 34) e Pereira et al (2009, p. 6) ratificam que é necessário uma conscientização dos riscos e suscetibilidade do sexo masculino às doenças, intensificando esse processo com a criação trabalhos específicos com homens, despertando a autonomia de cada indivíduo.

Toneli, Souza e Muller (2010), afirmam a importância de conhecer as explicações presentes nos discursos masculinos sobre a procura pelos serviços de saúde e suas representações, podendo ser um ponto de partida para a proposta de mudanças efetivas nos serviços.

Portanto, movida pelo desejo de inserir o público masculino APS e mediante a percepção da necessidade de ampliar essa prática que ainda está centrada na doença, e com intuito de proporcionar meios que favoreçam o protagonismo masculino diante do cuidado homem, nasce o desejo de trabalhar com os grupos de reflexão com homens (PA) fora as unidades de Saúde em abordagem por settings, grupos capazes de dar voz as suas dores, para além do físico e tratamento medicamentoso.

Nesse sentido, o presente estudo partiu do desejo de construir mudanças, de buscar experiências exitosas para o cuidado integral, valorizando a produção da subjetividade e singularidade, uma vez que os homens não tem espaços no cuidado a saúde para darem visibilidade as suas dores, em especial as subjetivas e com base em gênero

Para responder a questão de pesquisa construíram-se os objetivos que seguem:

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar as potencialidades e desafios do método de grupo de reflexão (PA) na população masculina, com base no livro “Palavra De Homem E Grupo De Reflexão Consciência Masculina”, para discutir e desvendar o cuidado com a saúde em homens.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar as potencialidades (habilidades) dos grupos de reflexão para abordar os temas: amor e relacionamentos, sexualidade, emprego e desemprego e outros pontos abordados no livro de base, através da criação de grupos de homens em Foz de Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.
- Analisar as principais dificuldades para a criação dos grupos de reflexão com homens.
- Captar nos discursos masculinos os modelos de masculinidades vigentes e propor ações em saúde para mudar a realidade da atenção básica para esse público.
- Obter subsídios para sugerir planejamento em saúde específica para essa população. Que vai desde saúde mental até encaminhamentos, no caso de ser um profissional da saúde quem coordena os grupos de reflexão através da pesquisa ação.
- Verificar a possibilidade de identificar mudanças sobre a percepção do cuidado da saúde entre os homens que participaram dos grupos de reflexão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DE SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída pela Portaria GM, nº 1944, de 27 de agosto de 2009. O Plano de Ação Nacional (2009-2011), parte integrante deste documento, sob o título Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009-2011), foi desenvolvido pela Área Técnica da Saúde do Homem – ATSH / Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES / Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, entre dezembro de 2008 e junho de 2009, em consonância com a Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080 e 8.142, de 1990, o Pacto pela Saúde, o Mais Saúde e documentos referentes ao Sistema de Planejamento do SUS (CARDOSO, 2016, p.8, apud BRASIL PNAISH 2009).

A Saúde do Homem tem estado em evidência desde o lançamento do programa de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, no ano de 2009, com o intuito de facilitar e ampliar o acesso dessa clientela ao serviço público de saúde. Isso prova que já havia um conhecimento e preocupação por parte da sociedade quanto ao agravamento das doenças que permeiam o gênero masculino e que, realmente, constituem problemas de saúde pública (CARDOSO, 2016, p.8, apud BRASIL PNAISH, 2009)

O principal objetivo do programa é promover a saúde no gênero, e a compreensão das singularidades masculinas e seus contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando suas diferenças e atendendo suas particularidades de acordo com suas necessidades, levando à redução dos índices de mortalidade por causas previsíveis e evitáveis entre essa população (CARDOSO, 2016, p.8 apud BRASIL PNAISH, 2008). O Ministério da Saúde, nos 20 anos do Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional (CARDOSO, 2016, p.8 apud BRASIL PNAISH, 2008) A pluralidade das instituições envolvidas nessa construção é um

convite e um desafio à consideração da saúde do homem brasileiro nas suas idiossincrasias e similaridades nos 5.561 municípios, 26 estados e no Distrito Federal. Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (CARDOSO, 2016, p. 8 apud BRASIL PNAISH, 2009; CONASS, 2009).

Um dos principais objetivos dessa Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (CARDOSO, 2016, p.9, apud FIGUEIREDO, 2005).

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. O Ministério da Saúde com portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a política que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde e a portaria nº 1.946, de 27 de agosto de 2009 que estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios. Os recursos estabelecidos nessa portaria perfazem, no montante, o valor anual de R\$ 14.215.166,77 (quatorze milhões, duzentos e quinze mil, cento e sessenta e seis reais e setenta e sete centavos) (CARDOSO, 2016, p.9 apud BRASIL PNAISH, 2009; ROCHA, 2008).

Dessa forma, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos. Isto não deve configurar uma restrição da população alvo, mas uma

estratégia metodológica. Esse grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político. Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia (CARDOSO, 2016, p.10, apud BRASIL PNAISH, 2008; CONASS, 2009; CONNELL, 1995).

Considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde, os profissionais de saúde enfrentam desafios culturais acerca da imagem social construída em torno da figura masculina, reprodutora, provedora e macho dominante, além do esforço em implementar a política pública estabelecida para cuidar da saúde do homem (CARDOSO, 2016, p.10, apud CONASS, 2009; GOMES, 2003).

De acordo com alguns estudos várias razões, mas, de um modo geral, podem agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (CARDOSO, 2016, p.10, apud GOMES, 2003; KEIJZER, 2003; Scraiber et al, 2000, apud BRASIL, 2005) a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais. A saúde do homem tem sido uma temática pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, a qual é objeto de políticas públicas e de várias investigações (CARDOSO, 2016, p.10, apud BRAZ, 2005).

Os indicadores de morbimortalidade do nosso país tem traçado um perfil que se mantêm já há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens (CARDOSO, 2016, p.10, apud PINHEIRO, 2002).

No entanto, há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência e a taxa de 11 mortalidade por causas patológicas graves é maior entre os homens (CARDOSO, 2016, p.11, apud PINHEIRO, 2002). A grande diferença pode estar relacionada com a prevenção, uma

prática não muito adotada pelo sexo masculino e que é muito utilizada por grande parte das mulheres (CARDOSO, 2016, p. 11, apud LAURENTI et. al., 2005)

As Unidades Básicas de Saúde – UBS, como provedoras de ações de promoção e prevenção de saúde, através de programas destinados a toda população, tem adquirido uma imagem disseminada, de que seus serviços são destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, por terem programas específicos para esse público. Como consequência, temos a pouca presença masculina nas UBS (CARDOSO, 2016, p. 11, apud FIGUEIREDO, 2005).

A ausência de um programa específico para o homem e a identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, pode ser uns dos principais fatores que nos levam aos indicadores atuais da Saúde, tendo como principais causas de morte masculina, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas, as quais com a realização de exames periódicos de prevenção podem ser evitadas ou minimizadas e através de um diagnóstico precoce a probabilidade de um tratamento eficaz aumenta significativamente (CARDOSO, 2016, p. 11, apud FIGUEIREDO, 2005).

É importante lembrar que a área da saúde, em especial a da saúde da mulher, experimentou consideráveis avanços nas últimas décadas. Programas visando à redução das mortes materna e infantil, programas de combate ao câncer cérvico-uterino e câncer de mama são alguns exemplos desses avanços. Naturalmente, tais conquistas tiveram a participação ativa dos homens, como pais, como cidadãos ou como profissionais das esferas executivas governamentais (CARDOSO, 2016, p.11, apud PASCHOALICK et al, 2006).

Longe de sugerir um "movimento machista", com o intuito de ampliar as discussões acerca das questões que envolvem os homens, cabe enfatizar a necessidade de semelhante mobilização política para reverter a atual situação da saúde masculina, acrescentaram Cardoso, 2016, p.11 (PASCHOALICK, et. al. 2006). Fato observado em décadas anteriores mostrou que na tentativa de melhoria dos indicadores desfavoráveis às mulheres, foram adotadas políticas públicas de resolução, investindo na criação de Institutos e Serviços de Saúde da Mulher (CARDOSO, 2016, p.11, apud BEUCHAMP et al, 2002).

Com o intuito de obedecer ao princípio da 12 equidade se faz necessário, em

meio aos indicadores atuais de saúde masculina, a adoção de políticas de saúde direcionada ao sexo masculino. É importante destacar que o espaço das UBS (Unidades Básicas de Saúde) deve ser repensado na perspectiva de gênero. Ressalta-se a necessidade de uma mudança na crença de que o espaço do atendimento à saúde é um local feminilizado, para que se possam incluir as necessidades de saúde do homem. Isso ocorre, certamente, devido a nossa sociedade ser tradicionalmente patriarcal, sendo, o homem, considerado como o provedor da família, necessitando, portanto, mostrar uma figura forte, invencível, imune às doenças. A Política Nacional de Atenção à Saúde do homem, implantada pelo SUS, é muito mais que a prevenção ao câncer de próstata; ela tenta trabalhar questões culturais e também como encarar o exercício da paternidade. Avaliando o homem, deve-se levar em consideração o fato do número expressivo de etilistas, tabagistas e, o mais grave de tudo isso, a exposição a atividades de risco, como, sedentarismo, alimentação pouco balanceada e alto consumo de gordura, sobrevindo, com isso, o excesso de peso. A mortalidade em homens entre 20 e 29 anos é 15 vezes maior que em mulheres nessa faixa etária, índice esse que se eleva com a violência (CARDOSO, 2016, p.11, apud ROCHA, 2008). Há uma atenção muito grande voltada à construção do gênero masculino de não aderir a ações preventivas como fator principal da não procura masculina pelos serviços primários de saúde, destacando-se como assunto complexo e de difícil resolução (CARDOSO, 2016, p. 11, apud JUNIOR; LIMA, 2009).

3.2 MASCULINIDADE E SAÚDE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Discutir a saúde do homem sem que se realize um recorte sobre o conceito de gênero é uma tarefa praticamente impossível de fazer. As implicações advindas das desigualdades entre os sexos ainda estão relativamente presentes na sociedade contemporânea.

Entretanto, antes de seguirmos adiante nesta discussão faz-se necessário a revisão de alguns conceitos. Os termos sexo e gênero, por exemplo, algumas vezes têm sido utilizados equivocadamente como sinônimos, ocasionando uma aparente e confusa similaridade entre ambos.

[...] os livros e artigos de todos os tipos que tinham como tema a história das mulheres substituíram, nos últimos anos, nos seus títulos o termo 'mulheres' por 'gênero' [...] Enquanto o termo 'história das mulheres' proclama sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais) que as mulheres são sujeitos históricos válidos, o termo 'gênero' inclui as mulheres, sem lhes nomear, e parece, assim, não constituir uma forte ameaça. SCOTT, 1991, p. 12.

De fato a construção do sexo advém de uma visão naturalista. Na antiguidade a relação hierarquizada que se construiu entre homens e mulheres estava relacionada ao calor vital. A natureza do homem era idealizada como algo quente e seco, enquanto da mulher fria e úmida. Nessa simbologia, o corpo da mulher era tido como expressão imperfeita do homem, e sendo assim, a vagina seria um pênis invertido, e os ovários vistos como testículos femininos. Invertidos por não terem tido calor suficiente para serem exteriorizados, e, por conseguinte, inferiores à condição do corpo masculino (MARTINS, 2004, p.42).

De acordo com Santos (2010, p.22 apud LAQUEUR, 2001) nos chama a atenção que até meados do século XVIII acreditava-se de fato no princípio da homologia sexual, isto é, na existência de apenas um sexo. O nascimento de homens era visto como exemplares perfeitos da raça humana. Ao contrário, o título de exemplares menos perfeitos estava relacionado à questão do nascimento de mulheres. Assim, existiam dois gêneros, contudo, apenas um sexo.

A partir de meados do séc. XIX algumas pesquisas tentavam demonstrar a distinção física e química entre o sexo masculino e feminino, até então reduzidas ao órgão sexual. Nesses achados percebeu-se que a estrutura anatômica da mulher, de maneira geral, era composta por órgãos menores, mais finos e delicados. A partir desse momento o corpo feminino foi associado à fragilidade, e, dessa maneira, inferior quando comparada à estrutura masculina (MARTINS, 2004, p.45).

Talvez nesse instante tenha surgido o paradigma da mulher vista como “sexo frágil”. Em contraposição ao homem foram atribuídas designações do tipo “sexo forte”, “dominador”, “todo poderoso”, “superior”.

Percebemos dessa maneira que a sexualidade masculina foi estruturada em cima de mitos. De fato, essa ótica biologicista tentou de toda a forma reduzir o

masculino a uma questão unicamente hormonal ou genética no intuito de sustentar ao longo da história um modelo estritamente tradicional hegemônico de masculinidade.

Acontecimento este que disparou e continua disparando dualidades entre os gêneros por diversas vezes inconciliáveis. A expressão gênero, por sua vez, apareceu em meados do século XX através do Movimento Feminista, remetendo-se, primordialmente as diferenças culturais entre os sexos.

Sua relevância está inserida nas bases de pensamento de Scott (1991, p. 15) ao referir que o estudo do gênero não foi apenas importante às mulheres, mas, sobretudo por se configurar de fato como uma categoria útil à própria história. Esse entendimento traduz-se em evitar a frequente associação de assuntos vinculados ao estudo do gênero como exclusiva e unicamente inerente ao universo feminino.

Defendemos então, que exista uma perspectiva relacional onde o ser masculino e feminino interagem de forma demasiada, o que impede de analisá-los de maneira isolada. Scott (1991, p. 21) conceitua a expressão gênero sob duas premissas conceituais.

A primeira delas seria um elemento construído a partir das interações e relações sociais originadas em detrimento das diferenças percebidas entre os sexos. Na segunda delas, o gênero seria de fato utilizado como um meio de articulação para dar uma ressignificação às relações de poder.

De acordo com Santos (2010, p. 23) “O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais”: a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres”. Essa é uma maneira de se referir às origens sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é de fato segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre o corpo.

Dessa forma podemos compreender que “o estudo do gênero possibilita uma adequada e primordial compreensão da construção da organização social e das relações que vem sendo estabelecidas entre os sexos no desenvolvimento da humanidade” (LAURETIS, 1994, p. 17).

Gomes (2008, p.65) nos chama a atenção também quando diz que:

[...] gênero refere-se a atributos culturais associados a cada um dos sexos,

contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Feminino e masculino assumiriam feições de acordo com as múltiplas culturas, sendo entendidos como construções culturais e não com base em alusões a um ativismo biológico. Assim, a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da cultura/reproduzida/ modelada em dada sociedade.

A cultura aparece aqui como um fator responsável pela construção e preservação histórica de significados atribuídos ao gênero presentes em nosso meio social. A compreensão do autor nos remete à reflexão de que o gênero possui uma espacialidade quando acontece a variação de uma cultura em relação à outra, temporalidade no sentido de uma única cultura possuir distintos contextos históricos, e por fim, a longitudinalidade ao tempo que transcende a trajetória de vida do ser humano.

Sob outra perspectiva de compreensão, Santos (2010, p. 24 apud Korin 2001, p. 70) contribui com a discussão do significado de gênero ao dizer que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”.

Podemos perceber a existência de uma complexa e incisiva trama de entendimentos que circundam as palavras gênero e sexo. A compreensão dessas simbologias nos direciona a uma perspectiva crítica sob o objeto a ser analisado à luz dessa temática, aqui em particular, das relações estruturadas do processo saúde-doença sob a ótica masculina.

Neste ponto nos detemos à questão que envolve o alcance do gênero, pois compreendemos a globalidade que a sua definição nos possibilita.

A partir de 1960 ocorreram no mundo uma série de manifestações sociais na tentativa de expressar alguns descontentamentos com o sistema tido como opressor. A luta pela conquista de direitos civis nos Estados Unidos, a Guerra do Vietnã e a própria agitação estudantil constituíram-se como alguns dos principais movimentos históricos na época (SCOTT, 1991, p. 7).

A minorias sociais nesse período negros, mulheres e trabalhadores, começaram a fomentar importantes batalhas ideológicas entre seus pares. Esses grupos tentavam de fato se libertar de um sistema opressor que os reprimia em virtude de sua raça, sexo e classe social.

Garcia (1999, p.16) registra que todo esse cenário ideológico teve seu auge em maio de 1968 com um grande movimento grevista na França.

[...] a originalidade do movimento foi ter produzido uma nova definição de revolução [grifos do autor], colocando-a em relação com novas possibilidades de liberdade, novas potencialidades do desenvolvimento socialista, ao mesmo tempo produzidas e bloqueadas pelo capitalismo avançado. Novas dimensões abriram-se assim para a transformação da sociedade. De agora em diante, essa transformação não pode ser apenas uma subversão econômica e política, isto é, o estabelecimento de outro modo de produção e de novas instituições; trata-se antes de tudo de subverter o sistema dominante [grifo nosso] de necessidades e suas possibilidades de satisfação.

O movimento feminista se inspirou no movimento de 1968 e surgiu como mecanismo de subversão ao modelo de masculinidade hegemônica, ao qual tem no homem branco, heterossexual e de perfil dominador como seu principal expoente. Um modelo que se caracteriza pela desigualdade entre os gêneros, e têm provocado contínuas situações de mal-estar, tensão e conflito entre homens e mulheres. (SANTOS, 2010, p. 25).

Almeida (2005, p. 37) lembra que no Brasil, o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) representou uma importante iniciativa advinda deste movimento. Buscava-se prioritariamente naquele instante o respeito à saúde e a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

O movimento feminista constituiu-se como um importante pilar que impulsionou o início de discussões e pesquisas, tendo na masculinidade seu principal objeto de estudo.

Portanto, em nossa perspectiva, torna-se vital compreender que a história política e acadêmica das feministas, gays e lésbicas têm uma influência direta na forma como as ideias sobre masculinidade se constituíram ao longo das últimas décadas, bem como na definição do conceito contemporâneo de masculinidade e no incentivo aos estudos sobre a condição masculina. SANTOS, 2010, p.25 apud ARILHA; UNBEHAUM; MEDRADO, 2001, p. 17.

É importante destacar aqui que paralelamente a esse contexto histórico, alguns homens já se mostravam insatisfeitos com a questão do “aprisionamento” estereotipado vigente da figura masculina a eles imposto.

Desde 1970, grupos de homens dos EUA e depois da Europa começaram a se questionar se valia a pena à manutenção de um modelo machista tradicional, os quais lhe traziam prejuízos em diversos campos. Chegaram à conclusão de que não.

Resolveram assim se mobilizar rumo à concretização de algumas mudanças diante deste panorama (NOLASCO, 1993, p. 112).

Nessa perspectiva, Gomariz (1992, p. 17) agrupa o início das discussões sobre masculinidades sob duas vertentes: aliados do feminino e estudos autônomos. O primeiro seria advindo dos avanços das teorias feministas, enquanto o segundo não estaria vinculado às matrizes do movimento feminista.

De acordo com Santos (2010, p. 26) “o importante é considerarmos o fato da abertura para novas reflexões quanto aos modelos de masculinidades que impunham historicamente um patamar hegemônico sobre o gênero feminino”. Não obstante a isso, o novo conceito de “homem” tem sido objeto de grandes e várias indagações na atualidade. Principalmente por que o modelo tradicional de masculinidade tem sido considerado como um potencial risco dos altos índices de morbimortalidade masculina.

Mas afinal, o que significa ser “homem” hoje em dia? Ainda há espaço para o modelo hegemônico de masculinidade? O que se espera desse “novo homem” que está surgindo? Qual tem sido a relação do homem com o cuidado à sua saúde? Que relação que o homem vem estabelecendo historicamente com o cuidado à sua saúde?

De acordo com Santos (2010, p. 26 apud COURTENAY, 2002; GOMES; NASCIMENTO, 2006; DAVIS, 2007) Somente a partir de 1970 realmente se iniciou uma significativa rede de discussões sobre a saúde do homem, visto a percepção do seu importante papel de protagonista no processo saúde-doença na sociedade contemporânea. Alguns estudos nessa área apontam a pouca preocupação do homem quanto ao cuidado preventivo de sua saúde, ao mesmo tempo em que confirmam que este público, em sua grande maioria, somente busca ajuda quando já se encontram numa fase mais comprometida de sua saúde.

Freud (1974, p. 30) traz a formulação que “ninguém nasce homem ou mulher. Assim ser homem ou mulher não estaria vinculado apenas à condição do sexo biológico da pessoa, mas sim como consequência de um percurso da construção da sexualidade de cada ser”.

O criador da psicanálise em seu grande legado deixou muitos questionamentos

dentre eles a pergunta a qual o mesmo confessou não saber a resposta “o que quer uma mulher?”. Hoje se acrescentaria nos estudos psicanalíticos outra pergunta “o que é ser homem?”. O interessante é aqui ressaltar que esse questionamento não é algo que está sendo na maioria das vezes trazido pelas mulheres, mas sim pelos próprios homens.

Mas afinal, o que é ser homem? Esse questionamento nos remete a representação do chamado “homem de verdade” (NOLASCO, 1997, p. 113). Segundo ele, meninos e meninas, assim como, homens e mulheres, são o que são devido a sua natureza. Espera-se assim que esse “homem de verdade” tenha um perfil solitário e reservado, e de outro lado, que seja cúmplice e sensível, compreendendo assim as emoções de suas parceiras e de sua prole.

Discutir a questão de “ser homem” imediatamente nos remete a falar do “ser mulher”, pois é inviável trabalhar em uma perspectiva unilateral de conceitos, já que existe uma unicidade existencial do ser humano entre essas duas partes envolvidas. Dessa forma, é potencial aqui falar novamente de gênero, termo este muitas vezes utilizado como maneira de distinção entre o sexo masculino e feminino.

A origem da palavra gênero surge em 1950, e somente por volta da década de 1970, adquire contornos mais elaborados e construtivos devido ao ressurgimento do movimento feminista contra a subordinação feminina da época. Inicialmente, o termo gênero era utilizado como sinônimo de mulheres. Tal fato justificava-se pela necessidade de uma maior visibilidade política e social dos estudos acerca do universo feminino, principalmente em âmbito acadêmico (SCOTT, 1991; GOMARIZ, 1992).

Figueiredo (2008, p. 107), no entanto, critica essa primeira definição entre os sexos (homens e mulheres) a qual o termo gênero se referia em seus primórdios. Para ele, trata-se de um conceito estanque, que acabou colocando em esferas distintas e fixa os significados dessa relação homem-mulher por diversas décadas, impedindo assim uma maior profundidade de reflexões sobre essa temática.

Para Couto (2001, p. 37) o termo gênero vai bem além de uma mera diferença anatômica culturalmente construída ao longo de grande períodos da história da humanidade. Significa a complexa teia de relações entre homens e homens, entre

mulheres e mulheres, e por final, entre homens e mulheres, formando assim uma interconexão desses dois gêneros.

Entretanto, mesmo considerando essa estreita relação entre o gênero masculino e feminino, é sabida a assimetria e desigualdade entre a gênese das mesmas. Figueiredo (2008, p. 108) nos aponta para a reflexão da distância existente entre a complexidade dos sentimentos de homens e mulheres vinculados aos padrões sociais que as orientam.

Para Santos (2010, p. 28 apud KIMMEL, 1996 e KORIN, 2001), a construção social da masculinidade é fundamentalmente homo social. Isso implica em dizer que os homens estão inseridos num processo contínuo de auto aprovação e aprovação perante outros homens. Processo social ancorado no poder e na possibilidade de exercício permanente do controle.

Santos (2010 apud Korin, 2001) ainda reitera dizendo que os homens formados em tempos contemporâneos têm aprendido o conceito de masculinidade a partir de três eixos principais:

Pelos meios de comunicação, nos quais predominam três tipos de homens (desportista ultra-competitivo; homem violento ou criminoso; o alcoólatra ou drogadito). Com frequência, os homens são caracterizados como agressivos, invulneráveis, insensíveis, emocionalmente fechados e negadores de sua saúde pelo grupo de amigos ou iguais; por reação.

Para o referido autor, os três meios assemelham-se pela construção de uma imagem reducionista e estereotipada da masculinidade. Resultado desse olhar limitado à natureza masculina é um sujeito com forte tendência em desprestigiar tudo aquilo que possa denotar como feminino e/ou “não masculino”. Para Keijzer (2003, p. 139) a definição do termo “masculinidade” está intimamente relacionada ao conjunto de atributos, valores e condutas as quais se pode esperar de um homem oriundo de uma sociedade patriarcal e machista. Por isso, tanto a masculinidade como a feminilidade, além de estarem relacionadas a padrões estruturais, estariam vinculadas às contradições internas e rupturas históricas, fazendo assim, um arcabouço dinâmico de significados no tempo e espaço socialmente construídos pela sociedade, nos apresentando o “modelo da masculinidade hegemônica”. Tal representação dar-se-ia

por uma posição de superioridade masculina frente às relações de gênero (CONNELL, 1995, p.197). Ultimamente nas produções científicas tem sido mais comum, e, até poderíamos dizer coerente usar o termo “masculinidades” ao invés de “masculinidade”.

[...] não existe uma única masculinidade, apesar de existirem formas hegemônicas e subordinadas a ela. Tais formas baseiam-se no poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens individuais que também desenvolvem relações harmoniosas com outras masculinidades. KAUFMAN, 1995, p. 125.

Ponto de vista este a ser utilizado como princípio fundamental neste estudo, visto acreditarmos na diversidade de amplos modelos masculinos presentes atualmente na sociedade. Ao considerarmos um olhar ampliado sobre o masculino teremos uma maior possibilidade de transversalizar a temática sob diversos campos do saber. Existe então um consenso em considerar a existência de múltiplas formas do “ser homem”. Essa máxima é justificada pelo reconhecimento da diversidade de várias concepções sobre este assunto em diversas culturas, grupos e contextos históricos (CONNELL, 1995; SANTOS, 2010 apud SEGAL, 1997).

No final do século XX alguns estudos realizados com homens de classe média, evidenciaram a presença de traços de tensão relativos ao significado da masculinidade do homem contemporâneo. Segundo os homens entrevistados, situações como iniciação sexual com prostitutas, rejeição a homossexualidade, e sentimento de atender os anseios sociais de sua identidade masculina perante seus amigos e/ou mulheres, constituem-se como marcos vigentes que sustentam um padrão de masculinidade socialmente elaborado pelo coletivo, e por eles, inconscientemente aceitos por receios de (re) pensarem quanto a uma definição própria do que viria a ser “a masculinidade” nos dias atuais (SANTOS, 2010, p. 29 apud GOLDENBERG, 1991).

Nolasco (1997, p. 115), observa nesta mesma época o início das discussões da chamada “crise da masculinidade”. Para este, a gênese desse movimento se dá pela tentativa do homem do século XXI querer se desvencilhar do padrão de masculinidade formatado e estabelecido para si. Seria então a ruptura do “homem de verdade”, modelo socialmente então vigente oriundo de preceitos patriarcais disseminados numa ideologia de caráter coletivo.

Contrapondo a esse pensamento, Ramos (2000, p. 47) discorda dessa expressão “crise da masculinidade”. Afirmar que o homem, não está em crise, uma vez que sendo um gênero, já vive em crise permanente. Finaliza refletindo que as conquistas do movimento feminista, principalmente no final do século XX, podem ter acentuado a chamada então “crise de identidade masculina”.

Talvez o machão esteja realmente em crise, mas é possível que até ele consiga sobreviver, só que será obrigado a coexistir com outras formas de ser homem. O que não sobrevive mais é um modelo hegemônico de masculinidade com base na força, poder e virilidade, embora homens (e mulheres!) continuem alimentando esse ideal. SANTOS, 2010, p.30 apud GOLDENBERG, 2000, p. 47.

De acordo com Damatta (1997, p. 33) colabora com essa discussão quando atenta para as inseguranças do ser homem. Numa sociedade que convencionalmente somente é aceito como “normal” a atração pelo sexo oposto, o homem vê-se diante de dilemas como a impotência sexual e o homossexualismo. Momento então em que o desempenho do pênis poderá torna-se um indicador de masculinidade, pois vai depender de sua eficácia no ato sexual, para descobrir se determinado homem é ou não “macho”.

Levando em consideração uma perspectiva de raciocínio é importante discernir que mais importante do que apenas ter um órgão sexual, é saber se relacionar com o mesmo. A construção da identidade masculina deve estar permeada em uma descoberta do “ser homem” numa perspectiva de interação consigo e com o sexo oposto, e desses com o meio social em que estão inseridos.

Assim, independente de existir ou não a crise da masculinidade, o fato é que, paralelamente aos resquícios dos padrões patriarcais para uns e a vigência desses padrões para outros, experimentamos atualmente a possibilidade de construirmos a sexualidade masculina a partir de outros referenciais. Há momentos em que conseguimos mais dar a voz à nossa forma de ser e, em outras vezes, reproduzimos os modelos, ficando até mesmo na caricatura desses modelos (GOMES, 1998, p. 177).

Sob outra ótica de pensamento, o homem ajudou a criar uma visão de mundo estereotipada, onde prevalece a dominação masculina e as relações heterossexuais como parâmetros naturais da sociedade. Neste sentido, o homem pode tornar-se refém de sua “própria armadilha”, pois a todo instante tem que provar a sua virilidade, e deixando de lado o desenvolvimento da subjetividade dos laços afetivos das relações interpessoais (WELZER-LANG, 2001; BOURDIEU, 2003).

Paralelo ao pensamento formatado da construção do “ser homem”, o próprio universo domiciliar por muitas vezes trata de delimitar o campo de afirmação da identidade masculina. Desde criança o garoto é incentivado por seus pais, a jogar bola, a gostar da cor azul por que tem um “significado masculino”, a não chorar “por que é coisa de mulher”, e que pode demonstrar fragilidade, dentre outros quesitos estereotipados que interferem no processo natural e individualizado da construção da masculinidade. (SANTOS, 2010, p.30).

Na maioria das vezes, a menina desde criança é incentivada a cuidar da casa, da boneca, do seu corpo, ao menino resta a simbologia do cuidado como algo essencialmente feminino, e em alguns momentos, isso é fortemente amparado pelos seus genitores, amigos, professores e também pela mídia. O homem é criado para ser forte, e assim, olhar para si numa visão de cuidado a sua saúde, pode denotar uma aparente fragilidade, o que completamente foge do modelo hegemônico da imagem masculina como agente dominador do mundo. (SANTOS, 2010, p.31)

Em tempos de globalização, o homem do século XXI quando ensaia uma ruptura desse modelo machista centrado em direção ao cuidado de sua saúde, ainda se torna alvo de críticas, pois a visão masculina frente ao seu corpo é algo limitado, e que merece diversas reflexões. (SANTOS, 2010, p.31)

A cultura ao longo dos tempos vem delineando ambíguas interpretações dos órgãos sexuais, masculino e feminino. Crianças na faixa etária de 4 a 6 anos de idade quando brincam de “médico”, “papai e mamãe” e outras tantas, acabam por reproduzir claramente indícios de uma masculinidade reforçada pelo determinismo biológico advindas de sua educação doméstica. Os meninos têm “pipi” e as meninas não tem “pipi”. Há um sexo que “tem algo”, e outro que “não”. Existem assim, os que são homens, e existem os que não são homens. (SANTOS, 2010, p.31)

Talvez fosse ideal que culturalmente tivesse sido construído desde cedo o imaginário da existência de dois sexos. Os meninos com “pipi” e as meninas com “vagina” (ou qualquer outro nome que designasse simbolicamente o órgão sexual feminino). Assim teríamos dois sexos, dois sexos que teriam algo. (SANTOS, 2010, p.31)

Bourdieu (2003, p. 49) nos remete a olhar o corpo humano num prisma de

demandas simbólicas, onde o homem e a mulher se distinguem na concepção dos seus significados anatômicos. Para este autor, existem partes do corpo que se assemelham e outras que se diferem, o que nesse caso para o homem o “pênis”, órgão sexual exteriorizado, e que o difere da mulher, pode denotar poder e dominação, e a parte de trás, algo semelhante associado ao feminino, como uma parte passiva e submissa.

Damatta (1997, p. 45) colabora com essa reflexão quando diz que para o homem algumas partes do seu corpo podem ser vistas como zonas intocáveis. O toque nas nádegas é culturalmente visto como algo proibido no corpo masculino. A analogia que se faz é que a parte da frente representaria o homem, o poder, e a parte traseira, as nádegas, algo relacionado à mulher.

Talvez seja por isso, que muitos homens reprimem a sensação do prazer na região glútea, mesmo se for uma simples carícia, devido o receio de demonstrar as suas parceiras algum traço de homossexualidade, pois vêem essa parte do corpo como algo eminentemente feminino. Provavelmente seja essa a principal barreira na adesão maciça dos homens quanto à procura do médico urologista, na perspectiva da prevenção do câncer de próstata através do toque retal, já que esse procedimento poderá vir a “comprometer a sua masculinidade”.

Todavia, nem tudo permaneceu intacto no universo da construção da identidade masculina. Já se observa um tímido, mas crescente movimento de homens que começam a buscar os serviços para o cuidado de sua saúde. Nada comparado ao contingente e regularidade do público feminino (SCHRAIBER; COUTO, 2004, p. 117).

Debates aprofundados sobre essa temática são de extrema importância na compreensão de barreiras ainda existentes no imaginário que discerne a identidade masculina para a acessibilidade ao exercício do cuidado à sua saúde

3.3 ORIGEM DO LIVRO PALAVRA DE HOMEM E GRUPO DE REFLEXÃO CONSCIENCIA MASCULINA

A Pesquisa Ação proposta pelas professoras e pesquisadoras Regina Simões Barbosa e Karen G. Giffin, através do projeto *Homens, Saúde e Vida Cotidiana*, deu-se início na década de 90, com o objetivo de propor o envolvimento crítico dos homens em processos de interrogação da identidade masculina.

O projeto teve seu início na área de saúde no Centro Municipal de Saúde (CMS) Américo Veloso, localizado no Complexo da Maré; em parceria com o grupo “Pela Vida”, localizado no Centro do Rio de Janeiro, que preconizava atenção e prevenção a grupos portadores de DST/AIDS; e com o Instituto NOOS reunindo homens vinculados a projetos de educação em saúde. O projeto foi realizado através de uma parceria entre o hoje extinto Laboratório de Gênero e Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ e pelo Núcleo de Gênero e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, além do apoio da Fundação Ford e a Fundação John D. e Catherine T. MacArthur. Nessa época a Pesquisa Ação realizada com homens tinha pesquisadoras do sexo feminino como coordenadoras geral e de campo, e pesquisadores/facilitadores na condução das dinâmicas dos grupos, entendidos como *facilitadores do processo*.

Neste período, grandes eventos tinham sido recém-realizados, como as conferências de Beijing e Cairo, que colocavam como pauta a necessidade de pensar questões reprodutivas e a necessidade de trabalhos com os homens. Variados temas puderam ser abordados durante as PA's pelo projeto, como a própria violência, sexualidade e as DST/AIDS, tendo em mente e considerando que na década de 90 estava bem grande o debate sobre esse eixo. Pelo projeto, existia um acordo de serem realizados 20 encontros. Foi-se ganhando destaque o incentivo ao protagonismo dos homens participantes desses grupos, que identificavam causas a serem debatidas, dilemas e tabus que antes não enxergavam, e se organizavam para criarem propostas de ações de forma coletiva.

Mesmo após o término dos 20 encontros do grupo no (CMS) Centro Municipal de Saúde Américo Veloso, muitos optaram em continuar, dando origem a novos gru-

pos de Pesquisa Ação, sendo um destes o Grupo *Consciência Masculina*. Como produto e memória desse ativismo pelo grupo de homens, que se conheceram através do projeto anteriormente detalhado, deu-se a criação do livro falado *Palavra de Homem*, resultado de vários encontros em formato de rodas, no qual eram abordados diversos temas relacionados à saúde do homem, entre eles: Sexualidade, Paternidade e filiação, Saúde, Trabalho e desemprego, Violência, entre outros. Nesse processo de reflexão-ação, se abriu o espaço de trocas e reflexões espontâneas, acolhedoras e solidárias que encorajam esses homens a buscarem transformações em suas vidas (LOPES et al., 2001).

O livro contém 137 páginas subdivididas nos seguintes tópicos: *Apresentação, As alegrias e dificuldades de ser homem hoje; Amor, relacionamentos; Sexualidade; Paternidade e filiação; Saúde; Trabalho e desemprego; Violência; Política e cidadania; Vivência nos grupos de homens; e Nota sobre os autores*. Seus autores, os homens vinculados ao grupo *Consciência Masculina*, aceitaram o desafio de coletivamente criarem esse *livro falado*, conceito destinado a esse livro com a intenção de divulgar depoimentos autênticos, sem censuras e nem tratamento analítico.

3.4 TÉCNICA LÚDICA UTILIZADA NOS GRUPOS

Segundo Nicholson (2000, apud SENKEVICS, 2011), a técnica lúdica do cabide “é uma metáfora muito oportuna: imaginemos um cabide, um porta-casaco, no qual podemos pendurar uma camisa, uma saia ou um cachecol. Cada um pendura, no seu cabide, aquilo que for da sua preferência. Homens penduram suas gravatas; mulheres, seus vestidos. Imaginemos toda a humanidade: teremos os mais diferentes acessórios, dos coletes aos cocares. Nessa metáfora, a cultura são esses acessórios, absolutamente variáveis no tempo e no espaço. Já o cabide representa o nosso corpo, isto é, invariável, atemporal, a-histórico “.

Segundo a autora, se por um lado temos o determinismo biólogo, o qual prega que os aspectos sociais derivam de características biológicas, e, por outro, o construcionismo social, que procura entender como os diferentes aspectos, inclusive os biológicos, são fruto de construções históricas e sociais, entre esses dois extremos temos um *dégradé* que varia em função do maior ou menor peso que a cultura e a biologia terão. A metáfora do corpo como um cabide transita nesse meio de campo: há aspectos construídos socialmente (as vestimentas) e outros determinados biologicamente (o corpo). Estamos falando, portanto, da dicotomia sexo x gênero (Nicholson, 2000, apud SENKEVICS, 2011).

Portanto, para essa técnica foi levado um cabide, várias peças de roupas e os homens dependuravam naquele cabide tudo que eles acreditavam representá-los. O propósito da utilização da técnica do cabide no segundo encontro, foi subsidiar uma apreensão mais aprofundada do objeto de estudo, com a finalidade de entender melhor que o corpo carrega significados. Sentidos dentro de uma sociedade. Então o corpo não é puramente biológico. O corpo tem representação e poder. O fisiológico faz parte do corpo. Mas o corpo em si carrega sentidos diferentes para cada pessoa.

Simone de Beauvoir fez a frase histórica: Ninguém nasce mulher, torna-se mulher. Ou seja, ela já criticava o sentido do corpo dizer se ela é mulher. A vestimenta é para criticar os papéis e representações de gênero. O que é de mulher o que é de homem? Era instigado o ato de refletir sobre os papéis de gênero com os homens para estimular eles saírem da sua “caixinha” e refletirem sobre suas experiências

individuais. A partir do momento que um homem reflete sobre padrões de gênero, até em suas roupas, ele se abre a desconstruir um paradigma dominante na sua vida. Não se espera que esse homem transforme toda sua práxis. Mas que esse homem se abra a possibilidade de uma nova percepção de masculino in sociedade.

Lembrando que roupas tem poder social. E elas determinam posições sociais. Pode-se citar o conceito de expressão de gênero, que é a forma como uma pessoa se coloca em sociedade através do corpo, roupas, cabelo, piercing, tatuagem. E isso não interfere na sua identidade de gênero, orientação sexual. A técnica do cabide mostra que a percepção masculina com o corpo é de negação. O que leva a falta de higiene com o pênis, retração do quadril, que pode se associar a doenças diversas. Além, de comportamentos pouco saudáveis em exposição de um corpo violento.

4. CONTEXTO ONDE O ESTUDO FOI REALIZADO

O Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT- Itaipu Saúde) foi criado no âmbito do Programa Saúde na Fronteira, de iniciativa da Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional - entidade de direito público internacional. “A usina foi construída entre 1974 e 1982, pelo Brasil e Paraguai. A obra, de proporções gigantescas, provocou grandes mudanças na região, especialmente pela migração de trabalhadores e familiares, ampliando a população das cidades. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística” (PERON, 2017, p. 8), Foz do Iguaçu nesse período passou de 33.966 habitantes em 1970, para 136.321 habitantes em 1980. Do lado paraguaio, a cidade de Hernandárias passou de 15 mil para 70 mil habitantes e a Cidade do Leste de 20 mil para 60 mil habitantes. Até então, o município brasileiro de Foz do Iguaçu e o paraguaio de Cidade do Leste, tinham suas economias baseadas no comércio e em atividades extrativistas.

O grande contingente populacional acarretou impactos na estrutura local. A região precisou adequar a infraestrutura, ampliar a oferta de serviços, tanto públicos como privados. Além de gerar energia, a Itaipu precisou ter a preocupação de garantir qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável da região. Assim, logo em 1975 iniciou as adequações urbanas, com ações no viés saúde, educação, habitação, transporte e lazer. O Programa Saúde na Fronteira foi criado em 2003 com o objetivo de apoiar as ações de saúde na área de influência da Itaipu (faixa de fronteira entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina), unificando uma política de saúde pública, (PERON, 2017, p.8).

Segundo o Relatório de Sustentabilidade da Itaipu Binacional de 2003, o Programa nasceu para atender cerca de 1,5 milhão de pessoas de 27 cidades brasileiras e de 31 municípios paraguaios. Ainda em 2003, no âmbito do Programa Saúde na Fronteira, foi criado o Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu Binacional (GT- Itaipu Saúde), com o objetivo institucional de constituir um espaço democrático de trabalho e debates sobre a saúde da região da tríplice fronteira, baseado na cooperação e na integração entre os países, no respeito às diretrizes dos sistemas nacionais de saúde e com ênfase na atenção básica em saúde. PERON, 2017.p.8.

O GT- Itaipu Saúde possui paridade de representação entre membros do Brasil e do Paraguai. Em 2006, a Argentina foi incorporada ao grupo, como país convidado,

com seus representantes formalmente indicados pelo Ministério da Saúde da Província de Misiones. A Itaipu aporta recursos financeiros para custeio das atividades administrativas do GT Saúde.

O GT- Itaipu Saúde trabalha com metodologia participativa, envolvendo profissionais da saúde do Brasil, da Argentina e do Paraguai. A participação dos técnicos é livre, voluntária e aberta para todos os interessados. Entre as instituições parceiras, que apoiam e participam das ações do GT-Saúde estão a Itaipu Binacional¹, Fundação Parque Tecnológico Itaipu² ; Fundação de Saúde Itaipu; Organização Pan-Americana de Saúde do Paraguai (OPAS/PY), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); Ministério da Justiça e do Esporte do Paraguai; Academia de Justiça de Santa Catarina; Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila); Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste); Universidade Federal do Paraná (UFPR); Agência Brasileira de Inteligência (ABIN); 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu; 20ª Regional de Saúde de Toledo; 10ª Regional de Saúde de Cascavel; 10ª Região Sanitária de Alto Paraná; 14ª Região Sanitária de Canindeyú; 5ª Região Sanitária de Caaguazú; Ministério da Saúde do Brasil; Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social do Paraguai; Ministério da Saúde da Província de Misiones - Argentina; Secretaria de Saúde do Paraná; Secretaria de Saúde de Alto Paraná – Paraguai, além de organizações não-governamentais.

De acordo com Peron (2017, p. 10) “Os trabalhos são divididos em nove eixos temáticos: saúde do idoso; saúde indígena; saúde materno-infantil e do adolescente; saúde do homem; saúde mental; endemias e epidemias; acidentes e violências; educação permanente em saúde; saúde do trabalhador e meio ambiente”. Cada profissional deste programa, participante, voluntário ou representante das instituições parceiras, integra um dos eixos temáticos. O grupo responsável por cada eixo realiza estudos pontuais nos três países, identificando necessidades, definindo prioridades e planos de ação.

São realizados encontros mensais, que reúnem, em média, 120 profissionais. Até dezembro de 2017 haviam sido realizadas 158 reuniões ordinárias. Em plenárias,

são apresentados os resultados e andamento dos trabalhos, além de troca de experiências e apresentação de dificuldades. Para Peron, 2017, p.10, apud Sant'Anna (2009, p. 191) um “fator essencial para a cooperação é a comunicação entre os atores. Quando os atores se comunicam eles têm a possibilidade de redefinir seus interesses e estratégias, podendo chegar a acordos mutuamente benéficos”.

Em 2014, o GT-Saúde contribuiu para a implantação da Política de Saúde do Homem no Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai. O principal objetivo da política foi facilitar e ampliar o acesso dos homens “às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, contribuindo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde para o homem” (PERON, 2017, p. 14 apud ITAIPU BINACIONAL, 2014, p. 82).

Mais recentemente, em 2017, o eixo que atua com ações em saúde de homem (Comissão de Saúde do homem), também produziu uma série com seis vídeos, para compartilhar as boas práticas realizadas por profissionais da saúde da tríplice fronteira, apresentando ações que tiveram bons resultados, sensibilizando e estimulando a replicação de tais iniciativas por instituições e técnicos da área.

Em 2013 o grupo promoveu o I Seminário Internacional da Saúde do homem na Tríplice Fronteira em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Ministério da Saúde do Brasil e Ministério da Saúde do Paraguai. O principal objetivo foi discutir estratégias para engajar os homens para o cuidado com a própria saúde, além de promover um intercâmbio de experiências voltadas para o fortalecimento da atenção à saúde do homem nos países da tríplice fronteira. Os resultados do evento, discussões e recomendações, foram reunidos em um livro de 121 páginas, publicado em português e espanhol. PERON, 2017, p.14.

Em 2018, na 163ª Reunião do GT – Itaipu Saúde, que ocorreu em 22 de maio, no Cineteatro Barrageiros, no Parque Tecnológico de Itaipu, iniciou-se a discussão a respeito da promoção do II Seminário Internacional da Saúde do Homem na Tríplice Fronteira, que acontecerá ainda neste ano de 2018 e este trabalho de conclusão de curso será apresentado como experiências voltadas para o fortalecimento da atenção à Saúde do Homem e um possível projeto que poderá ser financiado pelo GT – Itaipu Saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, fundamentado por Lakatos e Marconi (2008) e Gil (2006), utilizando-se a abordagem qualitativa. No que se refere aos procedimentos dessa pesquisa foi adotado o delineamento de pesquisa-ação (PA).

Pesquisas qualitativas, segundo Polit; Beck (2011, p 270): “baseiam-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios atores”. Aplicando-se a este estudo, pela possibilidade de apreender a realidade a ser estudada a partir dos sujeitos que a vivenciam – os homens.

A pesquisa-ação, filia-se a uma linha epistemológica e metodológica que parte do questionamento radical do positivismo, paradigma de conhecimento que aspira à objetividade, neutralidade e universalidade. Apesar das polêmicas que envolvem este campo (Hollanda, 1993), e concordando com Reason (1994), situamos a pesquisa-ação como "pesquisa do novo paradigma", onde a produção de conhecimento está intrinsecamente conectada à construção do sujeito do conhecimento e à ação transformadora. Afinal, uma proposta epistemológica, conceitual e metodológica que advoga a participação ativa, enquanto sujeitos do conhecimento, daqueles que, tradicionalmente, são tomados como "objetos", coloca-se em outra perspectiva no que se refere ao que é o conhecimento (sua natureza), quem pode produzi-lo (sujeito de conhecimento) e com que finalidade (reproduzir a sociedade atual ou transformá-la). Portanto, a pesquisa-ação, tal como aqui concebida, pretende gerar, com e pelos sujeitos pesquisados, novos conhecimentos e ações coletivas que buscam transformar uma sociedade profundamente marcada pelas desigualdades e injustiças sociais (BARBOSA, GIFFIN, 2016).

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

Foram convidados sete grupos de homens de três cidades da região de influência da Itaipu Binacional: Foz do Iguaçu (5 grupos), São Miguel do Iguaçu (1 grupo), e

Serranópolis do Iguaçu (1 grupo). A escolha foi realizada com base em dois critérios básicos: a acessibilidade da pesquisadora e o fato de se tratar grupos de homens com perfil e características socioeconômicas diferentes, como a profissão, classe social, escolaridade, cor, nacionalidade, orientação sexual, entre outros. Este segundo critério foi utilizado em razão da possibilidade de se obter padrões de respostas diferenciados em função das diferenças dos grupos.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os grupos do estudo foram escolhidos por conveniência. Técnica muito comum que consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos empregados nessa pesquisa são selecionados porque eles estão prontamente disponíveis, não porque eles foram selecionados por meio de um critério estatístico. (ANDERSON; SWEENEY; WILLIAMS, 2007).

Inicialmente foi realizada uma conversa com um dos homens, conhecidos pela pesquisadora ou por indicação de um contato. Nessa primeira conversa, a pesquisadora explicou os objetivos do trabalho com grupo de reflexão e solicitou para ele convidar outros homens do seu entorno para formar um grupo. Seguidamente, foi enviado uma carta convite formalizando a solicitação de participação (Anexo 1).

Não houve recusa de nenhum grupo convidado, no total foram convidados sete grupos de homens e todos participaram do estudo.

A partir de formação dos grupos procedeu-se a realizar os encontros com cada grupo, que serão descritos mais adiante.

5.3.1 Critérios de inclusão

Em relação aos critérios de inclusão dos sujeitos no estudo, foi estabelecido ser do sexo biológico macho (referente a genitália e cromossomos com o qual o indivíduo nasceu) e consentir em participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Somente um integrante de um dos grupos desistiu de continuar participando, referindo dificuldade de horário.

Foram incluídos no estudo 55 pessoas, divididos em 7 grupos. Cinco grupos eram de Foz do Iguaçu conformado por: 5 estudantes universitários (grupo 1), 13 terceirizados da área de manutenção predial de uma Universidade local (grupo 2), 5 trabalhadores de uma oficina da cidade (grupo 3), 7 afrodescendentes (grupo 4) e 5 pessoas não heterossexuais do Movimento LGBT (grupo 5). O grupo de São Miguel do Iguaçu foi formado por 15 homens do Movimento Sem Terra (MST) (grupo 6), e o grupo de Serranópolis do Iguaçu eram 6 agricultores (grupo 7).

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, por ocasião dos encontros dos grupos de reflexão, no período de dezembro de 2016 a maio 2017. E consistiu no registro (anotação e gravação) das falas dos pesquisados. Foram realizados 12 encontros com cada grupo. O motivo de ser 12 encontros, foi porque a Pesquisa Ação proposta pelas pesquisadoras Regina Simões Barbosa e Karen G. Giffin, através do projeto *Homens, Saúde e Vida Cotidiana*, facilitadoras do processo do grupo de reflexão com homens que deu origem ao livro *Palavra de Homem*, acreditaram e fizeram um acordo com os homens participantes que o mínimo de 12 e o máximo de 20 encontros seria o suficiente para conseguir alcançar o objetivo de passar aos pesquisados a sensação de laços e pertencimento, para obter o envolvimento crítico dos homens em processos de interrogação da identidade masculina (BARBOSA; GIFFIN, 2007).

5.5 GRUPOS DE REFLEXÃO

Os encontros foram realizados em abordagem por *settings*, agendados previamente, segundo conveniência de cada grupo, para garantir a tranquilidade necessária, ocorrendo uma vez por semana, com duração de aproximadamente 45 minutos cada, onde estavam presentes os pesquisados e a pesquisadora.

Settings no plural e traduzido para o português significa: Contextos, âmbitos, locais, ambientes, ajustes. O primeiro e mais conhecido exemplo de abordagem por *settings* para a Promoção da Saúde foi o movimento das cidades saudáveis, iniciado em meados de 1980 na Europa, por meio da estratégia “*Saúde para Todos*”, da

Organização Mundial da Saúde (MIALHE; PELICIONI, 2012, p. 25 apud DOORIS, 2004). Todavia o termo ficou mais claramente conhecido na Carta de Ottawa, em 1986, e se espalhou rapidamente por todo o mundo, a partir da afirmação:

“A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro dos settings do seu dia-a-dia: Onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam” (WHO, 1986).

Com essa asserção, a carta de Ottawa torna-se a grande impulsionadora do movimento das abordagens por *settings* para a promoção da saúde, rumo a uma visão mais holística e socioecológica do processo saúde-doença que reconhece que a saúde não é majoritariamente resultado de intervenções do setor de saúde, mas sim um produto socioecológico proveniente de relações complexas entre fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, genéticos e comportamentais (Dooris, 1998).

Ao final dos anos 1990, já havia vários grupos de pesquisadores e profissionais interessados na iniciativa, utilizando o prefixo “promotor(a) da saúde” ou “saudável” nos diversos settings, formando projetos e redes de apoio nacionais ou internacionais, tais como as escolas promotoras de saúde, os hospitais promotores de saúde, os locais de trabalho saudáveis, as cidades, ilhas, vilas saudáveis, entre vários outros e, em grande parte, sob os auspícios da OMS (Leger, 1997; Dooris, 2004).

Além disso, sobre o termo, o documento atesta que:

“Um setting é também onde as pessoas ativamente usam e moldam o ambiente e, assim, criam ou resolvem problemas relativos a saúde. Os settings podem ser normalmente identificados como tendo limites físicos, uma gama de pessoas ou papéis definidos, e uma estrutura organizacional.

Ações para se promover a saúde através de diferentes settings podem assumir muitas formas distintas, frequentemente através de alguma forma de desenvolvimento organizacional, incluindo mudanças no ambiente físico, na estrutura organizacional, administração e gestão.

Os settings também podem ser utilizados para se promover a saúde através do alcance das pessoas que neles trabalham, ou os utilizam para ter acesso aos serviços, e através da interação dos diferentes settings com a comunidade em geral. Exemplos de settings incluem escolas, locais de trabalho, hospitais, vilas e cidades” (WHO, 1998, p. 19).

E ainda:

“A abordagem de empowerment (empoderamento) comunitário, implícita na abordagem por settings, apresenta benefícios para além do setor saúde, pois aumenta a capacidade da comunidade em participar na formulação de

políticas públicas e melhorar a accountability (responsabilidade com ética, à transparência, de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados) governamental e institucional” (WHO, 2009, p.43).

Os três primeiros encontros foram direcionados, sendo o primeiro para apresentação do grupo, adequação do cronograma e horário segundo disponibilidade das pessoas do grupo e assinatura do TCLE, deixando claro que algumas falas poderiam ser gravadas e utilizadas no TCC, mas que os nomes seriam substituídos por números, para assegurar o sigilo da identidade dos sujeitos envolvidos no estudo.

No primeiro encontro teve, também, a apresentação de um vídeo e uma notícia, que aborda o medo de pessoas do sexo masculino¹ e maltrato de homens,² seguido de conversa grupal. No segundo encontro, foi aplicada uma técnica lúdica do cabide a qual foi citada e explicada no REFERENCIAL TEÓRICO.

O terceiro encontro, foi reservado para uma apresentação sobre a Política Nacional Integral de Saúde do Homem, dando espaço para os participantes se expressassem, por meio de conversas de roda.

Nos demais encontros as reuniões iniciavam com uma pergunta aberta relacionada a algum acontecimento da semana do jornal nacional ou local, por exemplo. Isso fazia as conversas fluírem melhor e parecerem mais confortáveis. Mas sempre com uma questão norteadora, a qual não era explícita para os indivíduos da pesquisa, mas que pretendia promover o crescimento do grupo, captando e trabalhando reflexivamente suas demandas e necessidades, desenvolvendo a autoestima, habilidade comunicativa e capacidade de realização de ações, de curto e médio prazos, voltadas para a coletividade. A pesquisadora registrava todos os fatos e falas que chamaram a atenção, em especial, o que adequava-se as categorias temáticas segundo o livro Palavra de Homem (2001).

¹Vídeo 1: <https://www.youtube.com/watch?v=-Qb1TjGaY-I> e em seguida uma notícia <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2017/02/jovem-empalado-mangueira-de-ar-morre-11-dias.html>>

² Notícia <https://www.pragmatismopolitico.com.br/2017/02/jovem-empalado-mangueira-de-ar-morre-11-dias.html>

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo, na Modalidade Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Com essa técnica, pode-se caminhar, também, na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado. (Bardin 2006)

Após a leitura das entrevistas e a localização de trechos que respondiam às questões norteadoras, observamos os núcleos de sentido das falas, obtendo as seguintes categorias temáticas segundo o livro Palavra de Homem (LOPES et al 2001): Alegrias e dificuldades de ser homem hoje; Amor e relacionamentos, Sexualidade; Paternidade e filiação; Saúde; Trabalho e desemprego; Violência; Política e cidadania e Vivências nos grupos de homens.

Descrevemos, a seguir, a apresentação e a discussão dos dados em duas etapas, sendo que a primeira delas contempla as informações referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa e a segunda, a análise temática dos depoimentos desses sujeitos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Tabela 1: características das pessoas que participaram do estudo. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017.

Caraterísticas	Frequência	Porcentagem
Raça/cor		
Branca	29	52,7
Parda	14	25,5
Negra	12	21,8
Estado civil/conjugal		
Solteiro	27	49,1
Casado/com parceiro (a)	26	47,3
Viúvo/separado	2	3,6
Idade		
19 – 25	11	20,0
26 – 30	14	25,5
31 – 40	17	30,9
41 – 64	13	23,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	14	25,5
Fundamental completo	1	1,8
Médio incompleto	3	5,5
Médio completo	13	23,6
Sup. Incompleto	6	10,9
Sup. Completo	15	27,3
Técnico completo	3	5,5
Orientação sexual		
Heterossexual	50	90,9
Homossexual	5	9,1
Nacionalidade		
Brasileiro	48	87,3
Estrangeiro	7	12,7

Tabela 1: características das pessoas que participaram do estudo. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Caraterísticas	Frequência	Porcentagem
Busca UBS		
Às vezes	23	41,8
Solteiro	5	
Casado/com parceiro (a)	18	
Viúvo/separado	1	
Frequentemente	3	5,5
Solteiro	2 LGBT	
Casado/com parceiro (a)	1	
Viúvo/separado	0	
Nunca	29	52,7
Solteiro	21	
Casado/com parceiro (a)	8	
Viúvo/separado	1	

Em relação aos aspectos sociais e pessoais dos participantes a tabela acima mostra que:

Em relação a orientação sexual dos 55 (cinquenta e cinco) pesquisados, apenas 5 (cinco) declaram-se homossexuais, o que corresponde a uma constituição predominantemente heterossexual, representada por 90,9% dos sujeitos.

A maior parte dos pesquisados era brasileiro, com 87,3% e apenas 12,7% dos sujeitos eram estrangeiros.

A variável de raça/cor da pele analisou três tipos distintos de cor, sendo elas: branco, pardo e negro. Nesta variável os homens brancos aparecem com maior frequência, representando vinte e nove (29) (52,7%) dos sujeitos, seguidos de homens pardos, quatorze (14) (25,5%) indivíduos e homens negros doze (12) indivíduos, que representam 21,8% dos participantes nos dados analisados.

A variável de raça/cor, quando analisada deve-se levar em conta que este é um dado que é auto referido pelo sujeito. E, portanto, as palavras negro, branco e pardo tornam-se atribuições que podem variar de acordo com quem fala, nesse contexto devemos lembrar que ao analisar dados como esse podem ocorrer erros de mensuração. (BATISTA 2005, SILVA 20--?]).

Em 2005, uma pesquisa da Unicamp identificou cento e vinte e cinco (125) tons diferentes de pele no Brasil, bem como identificou que a cada dois anos surgem mais quatro tons de pele no Brasil. Nesse sentido, uma justificativa para os homens referirem sua pele como branca e está ter prevalecido sobre as demais dá-se pelo fato de que os municípios, onde foi realizada a pesquisa, tem em sua maioria

descendentes alemães. Para Batista (2005), a pele clara, denominada branca, é resultado da descendência de alemães, holandeses e italianos, e é encontrada, em grande parte, no sul do Brasil.

Com base na faixa etária, verificamos extremos de 19 e 64 anos de idade e a predominância de 17 sujeitos na faixa etária entre 30 a 40 anos o que confere características de uma população de adultos jovens.

Quanto ao estado civil temos 27 solteiros, 26 casados e apenas 2 viúvos/separados, o que demonstra uma maior representatividade de solteiros e casados/ com parceiro(a).

Ao analisar a variável escolaridade evidenciamos que a escolaridade mínima era fundamental incompleta com 14 (quatorze) indivíduos, ou seja, homens que estudaram nove anos ou menos. E a escolaridade predominante era superior completo com 15 (quinze) dos sujeitos.

Para Gomes, Nascimento e Araújo (2007) homens com maior tempo de estudo, como aqueles que possuem curso superior, apresentam ideias consideradas politicamente corretas, porém, nem sempre conseguem agir de acordo com elas, enquanto homens com menos nível de escolaridade quando apresentam alguma sintomatologia procuram medidas de tratamento alternativas, como chás e automedicação.

Ao analisar a variável estado civil, identificamos apenas 3 homens dos 55 participantes da pesquisa alegaram buscar frequentemente/sempre a UBS, sendo 1 (um) deles casado e os outros 2 (dois) solteiros e homossexuais; 29 (vinte e nove) deles afirmaram nunca buscar a UBS, sendo 21 (vinte e um) solteiros, 8 (oito) casados e 1 (um) viúvo. Os 23 restantes disseram buscar a Unidade Básica de Saúde às vezes, sendo 18 (dezoito) casados, 5 (cinco) solteiros e 1 (um) divorciado. Nesta análise, os homens casados/com união estável foram os que mais procuraram o serviço de saúde, totalizando 18 indivíduos dos dados, seguidos de homens solteiros, 21 (vinte e um), foram os indivíduos que nunca procuraram o serviço.

Para Bakalar (2011), o fato da pesquisa apresentar um maior número de homens casados ou com união estável procurarem mais a UBS do que os homens solteiros, deve-se ao fato de que a mulher assume o papel de cuidadora e aconselha o marido a buscar recursos para cuidar da saúde. O autor refere o caso de um estudo norte-americano onde os homens casados mostraram maior rapidez em procurar o serviço de saúde quando comparados aos solteiros, esse fator aumentou significativamente a sobrevivência desses homens.

A seguir, apresentação da análise temática dos depoimentos desses sujeitos:

6.2 ANALISE POR CATEGORIA DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS

A distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referentes as categorias temáticas identificadas são apresentadas, a seguir, em quadros, e na sequência as apreciações e discussões dos achados.

Quadro 1 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “As alegrias e dificuldades de ser homem hoje”: Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: AS ALEGRIAS E DIFICULDADES DE SER HOMEM HOJE
G1	“...o homem sofre pressão dos próprios homens, pra ser homem você tem que falar safadeza, tem que olhar pra bunda da mulher que passa perto de você, tem que transar mesmo quando não tá com vontade, porque as vezes o cara não tá com vontade mesmo, mas as mulheres vão dizer que você é gay e os homens também, vão falar que você é baitola, mas eu nunca tinha pensado antes desse grupo que a nossa forma de comunicação poderia mesmo fazer alguém até se matar, a gente não pode chorar, e uma coisa boa é não engravidar... na hora de ter o bebê deve doer. A gente deve valorizar e cuidar da nossa família, valorizar as mulheres, mas como pessoas, não por ser mulher só foi o que eu entendi, porque não é só a minha mãe ou a minha irmã que mercê ser vista sem maldade, a menina bonita da padaria também, por mais que ela use umas roupas, por exemplo, que eu não acho legal, mas acho gostosa, a gente precisa respeitar...”
G2	“...Poder fazer o melhor para a família, estar de bem consigo mesmo e com o próximo. Questão de fé. E o que não desejo pra ninguém é se sentir...não ser capaz para poder cumprir com estas necessidades...”
G3	“...é viver em um tempo diferente que eu fui criado é uma benção e uma coisa ruim é conviver com outros que não tem a mesma visão que eu tenho, simples. Minha visão de homem é igualitário, ter os mesmos direitos que a mulher, sempre me monitorando para fazer melhor, sendo que ainda tenho alguns passos pra dar ainda.”

Quadro 1 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “As alegrias e dificuldades de ser homem hoje”: Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: AS ALEGRIAS E DIFICULDADES DE SER HOMEM HOJE
G4	“...não é somente ter um pênis, ter músculo grande, ser fortão, tipo, para ser homem tem que tomar uísque, essas coisas, homem é ser mais, ser uma pessoa, um ser dentro de uma casa, primeiramente, a sociedade depende da família, ser um promotor de um ambiente agradável pelas pessoas que estão vivendo no meu valor, dentro da minha casa, minha esposa, meus filhos, sem nenhuma violência, que seja intelectual, física, verbal, ser homem é ser um bom pai de família, bom esposo, bom namorado, que nesse mesmo espírito de criar um ambiente agradável, ambiente que ajuda as pessoas, que depende desse ambiente para alcançar seus objetos pré-difundidos na novidade se homem é ser um ponto de mudança, de um problema de mais ou menos para o melhor, sem distinção de sexo de gênero, de nível intelectual, sociedade é uma corrente em que cada um tem seu papel, e da mais oportunidade de observar seu papel, para mim é isso ser homem...”
G5	“...eu estou bem seguro comigo mesmo e as dificuldades é por eu ter um corpo que é marginalizado e visto de forma negativa, sendo apedrejado, isso seria um ponto negativo...”
G6	“...na condição de ser um sem-terra a gente também muitas vezes é sem água, sem comida, são muitos conflitos. Mas a esperança de ter o seu canto da forças, dar o melhor para a família...”
G7	“...Ver os filhos crescer, conseguir dar educação, acompanhar os neto e ficar velho do lado da velha com saúde né, ser respeitado na minha casa e no lugar onde a gente vive e o contrário disso é que complica...”

O quadro 1 apresenta a distribuição das falas dos homens, referente a categoria temática “As alegrias e dificuldades de ser homem hoje, a partir do qual identificamos as seguintes marcas de identidades masculinas, “o papel de provedor, dominador e heterossexual ser para os homens o mais importante”.

Provedor – é uma marca da identidade masculina o ser provedor que se associa a dois pontos: O trabalho e a família, constituindo-se como dois pontos de referência para a inserção e o reconhecimento de ser homem. Elas aparecem nas falas dos homens de uma forma simultânea, porém hierarquizada, como podem ser vistas nos depoimentos. Como podemos observar nas falas abaixo:

G1 – “...A gente deve valorizar e cuidar da nossa família...”; G2 - “...Poder fazer o melhor para a família...”; G6 – “...Mas a esperança de ter o seu canto da forças, dar o melhor para a família...”;

Entre os jovens de classe popular o ser homem também foi representado pelo ser provedor, articulando duas esferas concretas: o trabalho e a família, constituindo-se como duas instâncias de referência para a inserção e o reconhecimento de ser homem. Essa representação reflete a ideia de que a identidade de ser homem se ancora na sustentabilidade/materialidade fornecida pelo trabalho, para atingir o seu destino de formar uma família. A associação entre ser provedor e ser homem ainda é muito presente no imaginário social. Estudo (OLIVEIRA, 2005, p. 127) realizado com uma amostra de dois mil indivíduos maiores de 18 anos, em 24 estados brasileiros concluiu haver uma forte associação da função de provedor à figura masculina. Essa associação é tão forte que a coparticipação da mulher na provisão das famílias, encabeçada por homem, não tem uma visibilidade social.

Dominador – Também é uma marca da identidade masculina o ser dominador, que é uma referência para os outros homens construírem suas identidades. Podemos observar como elemento que sustenta e é sustentado no envolvimento das relações de gênero, independentemente de seu sexo.

Pode-se ver o ser dominador nos depoimentos dos homens:

G4 – “...ser um promotor de um ambiente agradável pelas pessoas que estão vivendo no meu valor, dentro da minha casa, minha esposa...”; G7 – “...ser respeitado na minha

casa e no lugar onde a gente vive e o contrário disso é que complica...”

Nesse sentido, observamos que esse mesmo poder que estrutura e modela as relações entre os homens pode acabar também por condicioná-los preparando armadilhas para os mesmos. Quando os homens interagem com as mulheres, subentende-se que há um domínio do primeiro sobre o segundo. No cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Os "homens também estão prisioneiros e, sem se aperceberem, vítimas da representação dominante. (...) O privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e na contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo o homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade" (BOURDIEU, 1999, p. 64).

Heterossexual – é uma marca de identidade ser heterossexual, que está diretamente ligada a masculinidade, fazendo com que se entenda o ser homem a partir do momento em que ele se interesse sexualmente pela mulher.

G1 – “...tem que transar mesmo quando não tá com vontade, porque as vezes o cara não tá com vontade mesmo, mas as mulheres vão dizer que você é gay e os homens também, vão falar que você é baitola...”

A homossexualidade no imaginário social, apesar de ter havido avanços em nossa sociedade no sentido de aceitá-la, ao mesmo tempo se apresenta como objeto de interdições. Isso ocorre, principalmente, pelo fato de a heterossexualidade ainda ser uma pertença da masculinidade para muitos homens e mulheres. (FERREIRA, Elaine; GOMES, Romeu, 2008)

G5 - “...eu estou bem seguro comigo mesmo e as dificuldades é por eu ter um corpo que é marginalizado e visto de forma negativa, sendo apedrejado, isso seria um ponto negativo...”

Essas falas trazem a possibilidade de a hegemonia da preferência ou orientação heterossexual ter outras perspectivas concorrentes. Assim, a predominância da construção da identidade masculina a partir da heterossexualidade necessariamente não impede que posicionamentos alternativos aflorem na discussão do ser homem. (Gomes, 2008)

Atualmente, já há estudos que apresentam dados no sentido de que a homossexualidade não exclui a possibilidade de ser homem. (Gomes et al. 2007), em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com homens de baixa escolaridade e homens com ensino superior, concluiu que a homossexualidade é mais tolerada principalmente entre os homens com mais escolaridade, apesar de nem sempre conseguir vivê-la socialmente. Isso aponta para o fato de que, embora alguns segmentos masculinos tenham mudado a sua percepção sobre a possibilidade de homem sentir desejo sexual por outro, ainda há interdições sociais para que se viva modelos alternativos ao da heterossexualidade. (FERREIRA, Elaine; GOMES, Romeu, 2008)

Assim, com base nos discursos dos homens, podemos concluir que o que é visto como privilégio masculino também pode ser uma cilada, fazendo com que o ser masculino, em tensão e contenção permanentes, seja a todo momento testado (BOURDIEU, 1999).

A distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Amor, relacionamentos” é apresentada no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Amor, relacionamentos”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: AMOR, RELACIONAMENTOS
G1	<p>“...Conheço muitos relacionamentos em que o casal - e os homens, especialmente - se controla, se limita, não deixa fazer tal coisa, não deixa conversar com outras pessoas do mesmo sexo; é um absurdo! Estar num relacionamento não te dá a posse do companheiro. Isso ainda temos que desconstruir na cabeça dos homens. E conversar sobre isso em pequenos grupos como esse é uma ótima forma...”</p>
G2	<p>“...Eu acho que amor mesmo é quando você está com alguém que os outros nem conhecem e dizem que não presta e dar uma chance. As vezes só porque a pessoa já errou, porque não é normal tipo a mulher trair, quer dizer que você não dá conta, que não é homem, mas se você trair aí é normal, porque você dá conta da sua e das outras. Eu entendi nessas conversa que para as mulheres é mais difícil tudo isso, porque a gente, nós homens principalmente fazemos ser assim. Mas a gente tem que estar preparado, porque os amigos mesmo até, vão falar um monte nos seus ouvido te chamar de corno e você tem que brincar também, senão o povo cai em cima e daí você vai brigar em casa. Você não pode brigar em casa, entende. A gente tem os mesmos direitos em tudo e precisa confiar, mas é difícil, mais pelo que os outros dizem, você precisa não escutar o que os outros dizem e mostrar que dá certo. É tudo machismo, né?!...”</p>
G3	<p>“...para mim é conviver bem com quem eu sou, existem várias formas de amor, amor diferentes, hoje eu tenho uma visão de amor bem complexa, eu ainda consigo ver amor de várias maneiras, mesmo de outras pessoas, basicamente isso... Depois que eu saí de um relacionamento que a sociedade prega ser correto, de igreja, de formalização no cartório, hoje eu vivo um relacionamento, diferenciado do primeiro, vejo ele muito mais concreto.</p>

Quadro 2 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Amor, relacionamentos”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: AMOR, RELACIONAMENTOS
G3	“...mais concreto do que outro, e sem as neuras do passado de acreditar que você é obrigado a conviver com a pessoa mesmo não tendo amor no relacionamento, hoje eu vivo um relacionamento e cuido, faço valer o que estiver junto, sem as neuras do passado...”
G4	“...Amor é uma coisa e relacionamento é outra. Relacionamento é obrigação, amor é algo que passa... menos e pelos filhos...”
G5	“...As relações e o amor às vezes é um ponto difícil porque como estamos fora do padrão que está instituído na sociedade, que vivemos hoje a sociedade “HETERO-CIS-CAPITALISTA”, acho que as pessoas que não se manifestam dessa forma padrão são mal vistas e marginalizadas, então é muito complicado falar de relacionamento, de amor com essas pessoas que são historicamente marginalizadas por ter uma expressão que não seja padrão, eu, como experiência minha, tive muitos problemas com isso, não conseguia me relacionar bem, mas nunca me afetou tão negativamente esse ponto...”
G6	“...O amor pela terra, o amor pela luta, o amor pela família, pela esposa, pela mãe, pelo pai, e pela gente mesmo, são várias forma de relação pra mim. Amor de companheira é aquele que suporta os dia inteiro de luta, mesmo quando passa o deslumbre...porque a nossa vida é luta, amor é luta...”
G7	“...Quando a gente se dá bem com tudo as pessoas, para o casamento durar antigamente não era que nem hoje que enquanto tá tudo bem tão junto e no primeiro problema as pessoas tão se separando, o amor é conseguir levar as coisas. Com o tempo já não tem mais aquela coisa do começo, antigamente nem sempre se casava só por amor, paixão...era melhor as pessoas já assumia o compromisso e sabia que era sério...”

No que se refere ao amor e as relações, as falas apontaram para o tema como “a obrigação de seguir essa visão patriarcal normativa imposta socialmente”. Ou seja, esse modelo é um sistema social em que homens adultos mantêm o poder primário e predominam em funções de liderança política, autoridade moral, privilégio social e controle das propriedades. Ou o pai (a figura paterna) é o chefe, a autoridade maior do grupo familiar, mulheres e crianças o que prevê a visão de uma sociedade dividida em dominantes e dominados. Como podemos observar nas falas abaixo:

G1 – “...Estar num relacionamento não te dá a posse do companheiro...”; G2 – “... As vezes só porque a pessoa já errou, porque não é normal tipo a mulher trair, quer dizer que você não dá conta, que não é homem, mas se você trair aí é normal, porque você dá conta da sua e das outras...”; G3 – “...Depois que eu saí de um relacionamento que a sociedade prega ser correto, de igreja, de formalização no cartório, hoje eu vivo um relacionamento, diferenciado do primeiro...”; G4 – “;;;Relacionamento é obrigação...”; G5 – “...”As relações e o amor às vezes é um ponto difícil porque como estamos fora do padrão que está instituído na sociedade...”G6 – “...Amor de companheira é aquele que suporta os dia inteiro de luta, mesmo quando passa o deslumbre...” G7 – “...o amor é conseguir levar as coisas. Com o tempo já não tem mais aquela coisa do começo...”

Nota-se que há uma relativização do modelo hegemônico de masculinidade nas falas. O modelo de masculinidade não só é flexibilizado por alguns dos sujeitos, como também é alvo de crítica por parte de outros na busca de formas de ser homem.

Para Foucault (2001) o sistema jurídico, lugar da materialidade do contrato social, produz os sujeitos que subsequentemente passam a representar. Nesse aspecto, os sujeitos condicionados nessa relação jurídica de poder são formados, definidos e reproduzidos por suas estruturas. Para este autor, o bio-poder, produzido a partir do controle dos corpos, é um elemento indispensável para o desenvolvimento capitalístico. Foucault afirma que uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida, que se instaura a partir da proliferação de políticas em que o sexo impõe seu micro-poder, através de investimentos no corpo, na saúde, nos hábitos alimentares, nas condições de vida e na lei, que funcionam, cada vez mais, como norma reguladora.

Sobre tal pano de fundo, pode-se compreender a importância assumida pelo sexo como foco de disputa política e a importância do patriarcado no processo de docilização e controle político do corpo feminino. É graças à versatilidade do sistema patriarcal e sua associação às estratégias micropolíticas de controle dos corpos, que sua manutenção é assegurada na organização e legitimação da família moderna. Os papéis masculinos e femininos dos membros que compõem este grupo são tão bem delineados historicamente, que definem a identidade social a partir do sexo. A identidade social da mulher, assim como a do homem, é constituída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem. (SAFFIOTI, 1987, p. 8) A família é a instituição privilegiada para a formação e manutenção das identidades sociais de mulheres e homens, é no bojo da dinâmica familiar que estas identidades são forjadas. Na história ocidental da conjugalidade, as tradições relacionadas ao casamento obedeciam à ideologia patriarcal de controle dos corpos e definição das identidades sociais que classificavam a mulher como inferior ao homem, dessa forma, naturalizando os lugares dos cônjuges, cabendo à mulher a obediência ao marido e os cuidados relacionados ao lar e à maternidade.

G2 – “...Eu acho que amor mesmo é quando você está com alguém que os outros nem conhecem e dizem que não presta e dar uma chance. As vezes só porque a pessoa já errou, porque não é normal tipo a mulher trair, quer dizer que você não dá conta, que não é homem, mas se você trair aí é normal, porque você dá conta da sua e das outras. Eu entendi nessas conversa que para as mulheres é mais difícil tudo isso, porque a gente, nós homens principalmente fazemos ser assim. Mas a gente tem que estar preparado, porque os amigos mesmo até, vão falar um monte nos seus ouvido te chamar de corno e você tem que brincar também, senão o povo cai em cima e daí você vai brigar em casa. Você não pode brigar em casa, entende. A gente tem os mesmos direitos em tudo e precisa confiar, mas é difícil, mais pelo que os outros dizem, você precisa não escutar o que os outros dizem e mostrar que dá certo. É tudo machismo, né?!...”

Porém, não podemos esquecer que homens e mulheres nunca serão apenas homens e mulheres tão somente. Porque o gênero é sempre interligado por outras

classificações que demarcam os corpos e existências humanas, como por exemplo: cor da pele, classe social, sexualidade, religião e etc.

G5 – “...As relações e o amor às vezes é um ponto difícil porque como estamos fora do padrão que está instituído na sociedade, que vivemos hoje a sociedade “HETERO-CIS-CAPITALISTA”, acho que as pessoas que não se manifestam dessa forma padrão são mal vistas e marginalizadas...”

[...] os homens não são somente homens, embora, como um recorte de grupo social, detenham uma posição dominante. Pelo fato de serem também negros e brancos, pobres e ricos, efeminados e másculos, expressam um movimento de aproximação e afastamento da imagem ideal de masculinidade hegemônica. Essa masculinidade hegemônica se consolida pela ideia de superioridade que é simbolicamente reconhecida e aceita nas práticas culturais cotidianas, e ela é construída em oposição à feminilidade e a outros tipos de masculinidades que não correspondem ao tipo ideal (SILVA; ORNAT, 2011, p. 32).

Quadro 3 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Sexualidade”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: SEXUALIDADE
G1	<p>“...Tenho 19 anos e sou virgem, os meus amigos já perderam há muito tempo e se não perderam, inventam. Pra mim, sexo é dentro do casamento. Sou cristão e sigo a Bíblia; acredito que a Bíblia, que foi escrita por homens mas inspirada por Deus, oferece o melhor pra vida. E a Bíblia fala que o sexo foi feito pra ser a intimidade maior de duas pessoas que resolveram se unir, virar um só, pelo casamento. Não é que deu na telha de Deus falar pra deixar o sexo pra depois do casamento, tirar um prazer como o sexo da nossa vida; é porque isso é o melhor pra nossa vida. Eu acredito nisso e vivo isso. Nunca me senti ridicularizado pelas pessoas por essa opção. Mas os outros caras, principalmente, acham que é "viagem" demais, burrice e doutrinação. Existe um movimento cristão chamado "Eu Escolhi Esperar": cristãos que, voluntariamente, se unem pra admitir essa crença e se fortalecer juntos. Apesar de as pessoas estarem ali de boa vontade, há quem diga que isso é doutrinação. A gente sente vontade de transar, e é claro que isso é complicado, as vezes você sente culpa pelas coisas que pensa. E eu acho que tem quem possa acabar transando e não conta...Mas não é doutrinação. E é um absurdo dizer isso. Mas eu concordo que eles poderiam nos falar sobre métodos sim, até porque não dá pra ter todos os filhos que Deus enviar nos dias de hoje. Não é porque você acha um absurdo guardar o sexo pro casamento que todo mundo acha. Precisamos de respeito dos dois lados. Repito: essa crença não é um retrocesso, é só um valor, e muito digno...”</p>
G3	<p>“...na minha juventude sempre tive a necessidade de ter uma vida sexual ativa, se fosse num relacionamento, se fosse quando saia com os amigos, nos caminhos mais fáceis, em boates, em casas de shows, me cobrava muito até mesmo naquela época em ter uma vida sexual ativa...”</p>

Quadro 3 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Sexualidade”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017(**continuação**)

Sujeitos	Respostas: SEXUALIDADE
G4	<p>“...Essa hipersexualização do nosso corpo ,ou seja é um estereótipo que todo homem negro tem um pênis grande, tem um pênis avantajado, se você gay seria: Uma mulher falando: “que desperdício, ele é gay” Um homem falando: “queima rosca”...o lance da heterossexualidade é o seguinte: a gente desde criança aprende que ser gay é ruim. Tem que ser macho e tem que acabar com os gay. Eu, comecei a pensar criticamente em relação a sexualidade depois que eu entrei na universidade, é muito difícil ser homem sim e negro e pobre, então, eu fui morar numa república, e eu tinha um casal de amigas lésbicas e de amigos gays e eu comecei a trocar ideia, vim de uma escola que tinha todo esse estereótipo, e xingava as pessoas de veado e fui vendo que eles tem uma luta muito fudida também e que não tem nada demais, você ter uma sexualidade diferente, nesse termo diferente, a gente fala diferente porque tem um normal, a gente está hierarquizando as coisas..”</p>
G5	<p>“...Me relaciono com homens, homossexuais e acredito que sexualidade, não é um sólido, não é uma coisa flexível, eu acho que ela tende a diversas formas de manifestação de desejos que muitas vezes são manifestados pelas estruturas sociais. Sou homossexual e me relaciono com homens homossexuais. Mas já tive a oportunidade de me relacionar com homens bissexuais que se diziam hetero. Por mais que eles também gostem de ser passivos, eles não querem ser considerados bi, nem gay, tem a ver com as masculinidades, machismo...E se tratando disso é pertinente que esses grupos sendo realizados pela Daiani, são positivos porque aí ajuda através das várias visões sendo relatadas para que estereótipos sejam desconstruídos, vários paradigmas também sejam desconstruídos, e que as pessoas passem a ter sensibilidade pela diversidade e passem a entender isso também...”</p>

Quadro 3 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Sexualidade”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017(**continuação**)

Sujeitos	Respostas: SEXUALIDADE
G6	<p>“...Que nem esse trabalho que a gente fez das roupas que você trouxe e os vídeos do rapaz que morreu por causa de parecer gay, essa visão que a gente fala sem perceber diminuindo a mulher quando quer ofender o outro homem são uns assunto que tão embaixo do nariz mas tem que alguém de fora mostrar pra gente. É o habito e nós precisa mudar isso. Não importa com quem você faz sexo, importa se você está bem com você ninguém tem a ver com isso aqui tem um casal gay e as pessoas estavam implicando mas eles são felizes mas com os casais que não são e vivem brigando e destruído as famílias todo mundo acha normal ninguém mete a colher....”</p>
G7	<p>“...Sexualidade é uma parte do casamento né. Também é não precisar de remédio para estar bem com a companheira eu acho que é poder ser você mesmo e ter a compreensão dela quando as coisa não vão bem porque com a idade as coisas vão mudando não tem jeito e ela de você a minha esposa teve que fazer uns tratamento de hormônio por causa de uns problema da idade e eu não fui procurar fora porque eu acho que isso é o certo mas os amigos tira sarro em cidade pequena todo mundo sempre fica sabendo de alguma coisa...o pai levava a gente na zona quando era novo e eu não gostava mas os antigo não aceitava que você não queria e já ia sair as conversa que o filho do fulano era mais pro outro lado....”</p>

Segundo as falas dos sujeitos e tendo como ponto de partida para a análise de práticas sexuais a compreensão dos roteiros de gênero, reforçamos a ideia de que a informação por si só não impede que os homens assumam determinados tipos de comportamentos em suas relações sexuais. Mas podemos concluir que os encontros

dos grupos de pesquisa ação, podem fazê-los refletir sobre a importância de dar significado a própria sexualidade, desnaturalizar o machismo ou virilidade.

G1 – “...Existe um movimento cristão chamado "Eu Escolhi Esperar": cristãos que, voluntariamente, se unem pra admitir essa crença e se fortalecer juntos. Apesar de as pessoas estarem ali de boa vontade, há quem diga que isso é doutrinação...”

Não são poucas as vezes que ouvimos essa expressão fazer parte do “Exército de Cristo”³ ou do movimento “Eu Escolhi Esperar”. As igrejas têm realmente atraído milhares de homens e jovens. Mas a sexualidade é verdadeiramente pouco discutida entre os cristãos. E quando é discutida, os principais argumentos são os de que sexo é pecado fora do casamento e acaba por ser um fardo a ser carregado, um verdadeiro “espinho na carne”, já que a maioria dos solteiros (se não todos) praticam e, como acham pecado, acabam omitindo e o pior, não tem com quem se informar a respeito de métodos anticonceptivos para evitar Doenças Sexualmente Transmissíveis e uma possível gravidez indesejada.

E supostamente, seria pecado transar fora do casamento, por tanto, depois do sexo, sente-se culpa. Mas os homens e jovens, seguem desinformados pelo medo da reprovação, como podemos afirmar na fala abaixo:

G1 – “...Não é que deu na telha de Deus falar pra deixar o sexo pra depois do casamento, tirar um prazer como o sexo da nossa vida; é porque isso é o melhor pra nossa vida...A gente sente vontade de transar, e é claro que isso é complicado, as vezes você sente culpa pelas coisas que pensa. E eu acho que tem quem possa acabar transando e não conta...Mas não é doutrinação. E é um absurdo dizer isso...Mas eu concordo que eles poderiam nos falar sobre métodos sim, até porque não dá pra ter todos os filhos que Deus enviar nos dias de hoje...”

Já em relação a naturalização do machismo e virilidade, uma das grandes dificuldades atuais é, justamente, reconhecer a violência que se oculta nestas estruturas

G5 – “...Sou homossexual e me relaciono com homens homossexuais. Mas já tive a

³ **Vídeo 1:** <https://www.youtube.com/watch?v=pEhSmTscQNw>. **Vídeo 2:** <https://www.youtube.com/watch?v=QrMhvoZRu60>

oportunidade de me relacionar com homens bissexuais que se diziam heterossexuais. Por mais que eles também gostem de ser passivos (ser penetrados), eles não querem ser considerados bi, nem gay... tem a ver com as masculinidades, machismo..."

De fato, como Parker (1989) já havia demonstrado, na cultura brasileira masculinidade e feminilidade, do ponto de vista sexual, têm mais a ver com a posição assumida no ato – ativo/passivo, penetrante/penetrado, do que exatamente com os corpos em atuação, o que faria com que homens se sentissem mais "homens" quanto mais corpos conseguisse penetrar, sejam corpos de homens ou de mulheres. Ao mesmo tempo, é sabido, especialmente pelo relato de profissionais do sexo, sejam mulheres ou travestis, que muitos homens gostam de serem penetrados sem que isso os faça sentirem-se gays, desde que a penetração seja feita por alguém identificado como "mulher". Ou seja, em contraste com os dados da pesquisa de Parker, estes relatos sugerem que, para alguns homens, o que conta para afirmação de sua identidade heterossexual é a aparência do objeto, mais do que a prática sexual propriamente dita. Isto nos faz pensar que o atributo de "atividade" como privilégio da sexualidade masculina, teria tanto a ver com prática quanto com a atitude em relação ao sexo, ativamente usufruído por meio de compra ou sedução.

E esta violência silenciosa demonstra o quanto o machismo e o patriarcalismo está presente nas relações de poder e o quanto ele é reproduzido pelos próprios homens e contra os mesmos e pela sociedade.

G4 – "...essa hipersexualização do nosso corpo, ou seja é um estereótipo que todo homem negro tem um pênis grande, tem um pênis avantajado..."

A conduta sexual masculina costuma ser influenciada por algumas ideias que circulam no imaginário social, entre as quais se destacam: preocupação com o tamanho do pênis, a importância do coito na relação sexual, a exigência de se experimentar uma ereção imediata e a redução da sexualidade à área genital. Essas ideias circulam com tanta força persuasiva e sedutora que podem ser consideradas pelos homens como verdades da vida sexual masculina (NOGALES, 2006).

G4 – "...se você gay seria: Uma mulher falando: "que desperdício, ele é gay" Um homem falando: "queima rosca" ... O lance da heterossexualidade é o seguinte: a gente desde criança aprende que ser gay é ruim. Tem que ser macho e tem que acabar

com os gay...” G3 – “...na minha juventude sempre tive a necessidade de ter uma vida sexual ativa, se fosse num relacionamento, se fosse quando saia com os amigos, nos caminhos mais fáceis...”

Enquanto o tema da emancipação dos heterossexuais está quase sempre ligado à indiferenciação dos papéis masculinos e femininos, a emancipação homossexual atravessa atualmente uma fase de definição muito estrita de identidade sexual (...). Esta evolução do meio homossexual na direção de um estilo que acentua a virilidade é muitas vezes acusada de ser sexista e leva a marginalizar aqueles homossexuais que não se submetem a essa definição da identidade homossexual. Mesmo reconhecendo esses fenômenos de exclusão, é preciso ressaltar que a busca de uma tal identidade muito rígida surge num momento em que, pela primeira vez, se oferece a oportunidade aos homossexuais de construir sua própria imagem social, e de ressaltarem sua masculinidade, mais do que suas características femininas. Caso em um futuro próximo a sociedade se tornasse mais tolerante para com a homossexualidade, poderíamos esperar um abrandamento dessa necessidade de construir uma imagem “machista”. (POLLAK, 1987, p. 68-69)

Já em relação a virilidade que “define” a hombridade, a força, a varonilidade, imposta Borges e Schor (2005) em termos de idade da primeira relação sexual, com base numa ampla revisão da literatura, apontam “que o início da vida sexual de homens ocorre basicamente ao redor dos 15 anos de idade”. As pesquisas indicam que, entre rapazes e moças, a idade em que ocorre a primeira relação sexual vem diminuindo e a atividade sexual, aumentando. Abramovy M, Castro MG, Silva LB(2004), no entanto, ainda persiste uma dupla moral sexual, determinando normas e expectativas sociais em relação à idade e circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais, que diferenciam homens e mulheres

G7 – “...minha esposa teve que fazer uns tratamento de hormônio por causa de uns problema da idade e eu não fui procurar fora porque eu acho que isso é o certo mas os amigos tira sarro em cidade pequena todo mundo sempre fica sabendo de alguma coisa...” G1 – “... Tenho 19 anos e sou virgem, os meus amigos já perderam há muito tempo e se não perderam, inventam. Pra mim, sexo é dentro do casamento...Nunca me senti ridicularizado pelas pessoas por essa opção. Mas as pessoas acham que é “viagem” demais...”

São os *scripts* sexuais, decorrentes de aprendizados sociais, que informam aos sujeitos sobre quando, como, onde e com quem devem ter experiências sexuais. Indicam, ainda, como agir sexualmente e as razões pelas quais devem ter algum tipo de atividade sexual instituições (REBELLO, et al, 2009, p.654).. Como podemos observar com o trecho abaixo:

G7 – “...Sexualidade é uma parte do casamento né. Também é não precisar de remédio para estar bem com a companheira eu acho que é poder ser você mesmo...”; “...e eu não fui procurar fora porque eu acho que isso é o certo mas os amigos tira sarro...”

Estes *scripts* são menos resultantes do ditame de normas, regras e interdições, do que da impregnação por narrações envolvendo sequências de acontecimentos ou, ainda, da interiorização dos modos de funcionamento das instituições (REBELLO, et al, 2009, p.654).

De um modo geral, há uma tendência a se depreciar as afirmações explicativas dadas pelas pessoas sobre seu comportamento, o que, de certo modo, pode explicar que só recentemente os estudos voltados para a consideração dos próprios jovens e suas experiências, suas percepções, formas de sociabilidade e atuação, venham ganhando vulto (REBELLO. et al, 2009, p.654).

Mesmo que se reconheça a importância de envolver os homens nas intervenções de prevenção e promoção de saúde sexual, há pouca informação sobre o que estes homens jovens pensam sobre sua própria sexualidade.

Quadro 4 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Paternidade e filiação”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: PATERNIDADE E FILIAÇÃO
G1	<p>“...O meu pai sempre foi o chefe lá em casa, mas depois quando ele faleceu eu senti muito a diferença. A mãe sempre foi forte, aguentava muita coisa para as coisas parecerem bem. Agora até clima até ficou mais leve. Mas eu e meu pai éramos muito parceiros. Eu quero ter filhos um dia, mas antes quero curtir a vida, filho é muita responsabilidade...”</p>
G2	<p>“...Ser filho é bom, os pais não cobram muito da gente, homem não engravida, mas da minha irmã já era mais linha dura. A gente não precisa ter hora para voltar. Não tem que se preocupar com limpar e passar roupa nem fazer comida, a gente come em qualquer lugar, não tem frescura. Ser pai é complicado ainda mais quando são de relacionamentos que não deram certo, as mulheres querem que você fique com os filhos e implicam muito, sempre tão cobrando atenção, implicância com as namoradas, mesmo se você paga a pensão certinho e fica com os filhos nos fim de semana que são seu. A minha mãe ela não ficava cobrando do meu pai essas frescuras ela sempre fez questão de cuidar ela dos filhos...”</p>
G3	<p>“...Fui criado por um senhor já de idade, meu avô e minha avó também de idade, por eu ter ficado órfão muito cedo, construí minha visão de paternidade através de outros exemplos, hoje pai, procuro outros exemplos de homem correto, tento compartilhar as responsabilidades do dia a dia com a minha parceira pra se ver um bom exemplo de ser um homem, tento mostrar pra ele a responsabilidade de um homem na sociedade, que tem que proteger e não ser agressivo, não maltratar as outras crianças, as primas que ele convive a avó dele...”</p>

Quadro 4 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Paternidade e filiação”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: PATERNIDADE E FILIAÇÃO
G4	<p>“...O meu pai era o primeiro a dizer que negro não presta, não vale nada e eu cresci pensando meu deus eu sô negro, eu não presto. Ele dizia que negro faz sempre coisa ruim e que não é para ter orgulho de ser negro. Ele morreu com Alzheimer. Mas ele era bom, ele sempre quis que a gente estudasse. Eu quero ser um pai diferente. É muito difícil quando você sofre dentro da sua casa, mas eu entendo que é porque é uma coisa que tem raízes profundas, com o meu pai era assim, mas eu tô tendo a possibilidade de me desfazer desse círculo, sabe. Esses grupos eles são muito bons, deveria existir esses grupos em toda parte, a gente se liberta de muitas coisas. Apesar de que não é fácil a resistência das pessoas pelo novo...”</p>
G5	<p>“...É bem complicado, a maioria das famílias de pessoas LBGT, acaba sendo um tabu você ser uma pessoa LBGT nessa constituição de família que você tem hoje e está estruturada constitucionalmente, essa família está estruturada no patriarcado, e acaba influenciando na vivência das pessoas, eu tive problema de sair de casa cedo, tive como expressar minha sexualidade sem problema e viver como é que tem que ser sobre paternidade também, tenho interesse talvez algum dia adotar alguma criança, mas sei das dificuldades pelo fato de eu ser gay, as pessoas pensam que essa criança vai ser abusada por mim, na condição de gay, ou que vai crescer num lar doente, já ouvi isso de familiares...Mas as pessoas acham normal os héteros que não dividem as tarefas do cuidado de seus filhos, mas acredito que seja isso...Os meus pais sabiam que eu era gay.... Mas eles se negam a acreditar. Porque é destruir sonhos patriarcais. É muito difícil, é difícil demais. Não acordei um dia de manhã e escolhi ser gay... Afinal, quem quer escolher o modo mais difícil de se viver? Ser gay não é escolha e sim, estado natural de viver...”</p>

Segundo Heler (1988), o preconceito está pautado em um forte componente emocional que faz com que os sujeitos se distanciem da razão. O afeto que se liga ao preconceito é uma fé irracional, compreendendo a crença (numa pessoa ou numa ideia) baseada na submissão à autoridade irracional, com poucas possibilidades de modificação. O preconceito difere do juízo provisório, já que este último é passível de reformulação quando os fatos objetivos demonstram sua incoerência, enquanto os preconceitos permanecem inalterados, mesmo após comprovações contrárias.

Como podemos observar na fala abaixo, existe uma estagnação de pensamentos em ideias estereotipadas:

G7 – “...O meu pai era o primeiro a dizer que negro não presta, não vale nada e eu cresci pensando meu deus eu sô negro, eu não presto. Ele dizia que negro faz sempre coisa ruim e que não é para ter orgulho de ser negro...”.

O pai negro toma o papel do opressor “os oprimidos sentem uma irresistível atração pelo opressor. Pelos seus padrões de vida. Participar desses padrões constitui uma incontida aspiração. Na sua alienação querem, a todo custo, parecer com o opressor. Imitá-lo. Segui-lo.” (FREIRE, 2011, p. 68). Oscilam entre esses sentimentos e atitudes, por conviverem com as duas personalidades dentro de si: a do oprimido e da opressor. E o oprimido possui também uma característica muito peculiar: a auto desvalia. Conforme disse Freire (2011, p. 69): “De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isso, terminam por se convencer de sua “incapacidade”.

O preconceito afeta não apenas o destino externo das vítimas, mas a sua própria consciência, já que o sujeito passa a se ver refletido na imagem preconceituosa apresentada. Muitos negros são induzidos a acreditar que sua condição inferior é decorrente de suas características pessoais, deixando de perceber os fatores externos, isto é, assumem a discriminação exercida pelo grupo dominante. Nesse momento, surge a idealização do mundo branco e a desvalorização do negro, construindo-se a seguinte associação: o que é branco é bonito e certo, o que é negro é feio e errado.

Como podemos observar nas falas abaixo através do preconceito de estereótipos de gênero:

G5 – “...tenho interesse talvez algum dia adotar alguma criança, mas sei das dificuldades pelo fato de eu ser gay, as pessoas pensam que essa criança “vai ser abusada por mim, na condição de gay, ou que vai crescer num lar doente”, já ouvi isso de familiares...Mas as pessoas acham normal os héteros que não dividem as tarefas do cuidado de seus filhos, mas acredito que seja isso...”

Na sociedade contemporânea, o pai gay é visto como um doente que irá transmitir sua homossexualidade aos filhos. Existe ainda o mito de que eles são obcecados por sexo e tendem a abusar de seus descendentes, ou ao menos expô-los ao ridículo perante a sociedade (DINIZ, 2006, p. 13 apud RAMIRES, 1997).

Porém, o aparecimento de outros arranjos familiares, mães chefes de família, por exemplo, começam atribuir visibilidade às famílias formadas por gays e lésbicas também, atingindo a mídia nacional e internacional. Vários países aprovaram ou colocaram em pauta as discussões acerca da legitimação da união homossexual. Essas discussões fomentam o impasse da constituição familiar por homossexuais e abrem caminho para a conquista da paternidade/maternidade, tão revogada pelo movimento GLS para garantir o direito de adoção legal e/ou utilização de tecnologias reprodutivas (DINIZ, 2006, p. 14 apud ROUDINESCO, 2003; TARNOVSKI, 2004).

Já em relação a fragilização do sexo masculino, como podemos observar nas falas abaixo:

G2 – “...Ser filho é bom, os pais não cobram muito da gente, homem não engravida, mas da minha irmã já era mais linha dura. A gente não precisa ter hora para voltar. Não tem que se preocupar com limpar e passar roupa nem fazer comida...”;

Podemos constatar na sociedade brasileira, uma sociedade patriarcal, onde predominava o papel de dona de casa, esposa e mãe. Muitas mulheres se rebelaram contra essa imposição, mas poucas delas – caso de Anita Garibaldi - ganharam espaço nos livros de história. Muitas envolveram-se nas lutas republicanas e abolicionistas: Nísia Floresta, Maria Firmina, Narcisa Amália, Luisa Mahim, Chiquinha Gonzaga. Porém, é necessário uma árdua pesquisa para encontrar nos arquivos

referências a essas lutadoras, pois, infelizmente, a história foi contada pelos vencedores e estes, numa sociedade patriarcal, são homens brancos e quase sempre pertencentes à classe dominante.

Discutindo a masculinidade na contemporaneidade, Oliveira (2004) faz um comentário sobre as fragilidades, as angústias, as crises, os modismos e as aparentes contradições relacionadas ao ser masculino. No cerne das suas discussões, traz à tona questões ligadas às relações extraconjugais e homo orientadas, às práticas sexuais seguras, ao desenho e ao significado da heterossexualidade padrão. Ainda em relação ao mundo contemporâneo, o autor observa que:

Apesar de todas as mudanças sócio estruturais e todos os movimentos que continuamente contestam a hegemonia masculina, esse lugar simbólico ainda é bastante valorizado e funciona como bússola de orientação para a construção de identidades em diversos segmentos sociais (OLIVEIRA, 2004, p. 285).

No que diz respeito à perspectiva relacional de gênero, esse autor dá ênfase às questões relacionadas à violência de gênero e à masculinidade, como podemos observar na fala abaixo:

G5 – “...Os meus pais sabiam que eu era gay. Os pais sempre sabem... Mas eles se negam a acreditar. Porque é destruir sonhos patriarcais. É muito difícil, é difícil demais. Não acordei um dia de manhã e escolhi ser gay. Eu tinha 6 anos quando percebi que era gay, mas ainda não sabia que era... Afinal, quem quer escolher o modo mais difícil de se viver? Ser gay não é escolha e sim, estado natural de viver...”

A emergência dessas temáticas nos remete à superação do desconforto que se instalou entre homens e mulheres no processo de emancipação feminina, e nos convida a investigar mais profundamente os significados que a masculinidade e a feminilidade assumem em nossa sociedade (GUIDDENS, 1992). Como podemos observar nas falas abaixo:

G1 – “...O meu pai sempre foi o chefe lá em casa, mas depois quando ele faleceu eu senti muito a diferença. A mãe sempre foi forte, aguentava muita coisa para as coisas parecerem bem. Agora, o clima até ficou mais leve...”; G3 – “...Fui criado por um senhor já de idade, meu avô e minha avó também de idade, por eu ter ficado órfão muito cedo, construí minha visão de paternidade através de outros exemplos, hoje

pai, procuro outros exemplos de homem correto, tento compartilhar as responsabilidades do dia a dia com a minha parceira...”; G4 – “...Esses grupos eles são muito bons, deveria existir esses grupos em toda parte, a gente se liberta de muitas coisas. Apesar de que não é fácil a resistência das pessoas pelo novo...”; G6 – “...Pai que não se dedica ao filho se torna apenas um progenitor, pagar pensão não é ser pai, visitar uma vez por mês não é ser pai. Pai tem que se fazer presente...”; G7 – “...Quando a minha esposa pede para eu fazer alguma coisa para ela em relação ao nosso filho eu gosto...”

Sem dúvida, as mulheres influenciaram, por meio dos avanços e das conquistas inegáveis no campo sociopolítico, no desmantelamento da masculinidade tradicional, fragilizando, de certa forma, a identidade masculina - que agora também busca seu espaço - e lhe sugerem uma nova identidade. A transformação das identidades masculinas em detrimento da emancipação feminina é um fato, hoje, que força os homens a repensar seus atos frente às novas realidades sociais. Assim, a possibilidade de uma discussão da ideia de uma identidade masculina, de um comportamento masculino ou da própria categoria masculino se encontra hoje fortemente acentuada. Tal questão é frequentemente abordada na imprensa, em grupos de pesquisa em ambientes acadêmicos. A discussão verte sobre a desconstrução do discurso naturalista e linear no qual se inserem as oposições masculino / feminino, entre homem / mulher, hétero / homossexual e tantas outras do gênero. PERETTI, Clélia; NOGOSEKE, Elizabet; SOUZA, Osnilda, 2011, p. 8).

Quadro 5 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Saúde”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: SAÚDE
G1	<p>“...Os homens não gostam de médico (e cia.). Debaixo de uma falsa sensação de autossuficiência, achamos que tudo vai ficar bem do nada. Mas eu só vou quando estou muito mal, quando estou precisando mesmo. Mas ao mesmo tempo, ficamos muito mais moles que as mulheres. Elas suportam tudo com muita coragem e enfrentamento. Pra gente, parece que o mundo vai acabar (rs) mas agora com esses encontros deu pra entender algumas coisas, tipo, essa questão ai da construção social são questionamentos que a gente não se faz mesmo estando na área da saúde, né...”</p>
G2	<p>“...Se o posto tivesse mais rapidez pra atender, remédio bom. Falta médico é tudo muito lento. Eu não vou no posto porque a gente não tem atenção. Mas se tivesse atendimento mais rápido ou tudo no mesmo lugar. É bem simples mas tem que ser resolvido. Quando eu vou pelo posto fazer algum exame é a minha véia que vai marcar pra mim eu pra falar a verdade nem sei o que é entrar lá na secretaria, é uma enrolação...quando eu fui no pronto e uma enrolação também, mas é mais rápido e faz tudo lá de uma vez. A saúde não funciona. Eu fumo e bebo, acho que quase todos nós aqui bebemos, eu já fui atrás de médico para tratar o fígado, mas nossa, tudo muito demorado. A gente não tem esse tempo...”</p>
G3	<p>“...Sempre me preocupei muito quando eu tinha uma parceira fixa, hoje meus cuidados com saúde são vaidade, uma preocupação por ter perdido meus pais por problemas de saúde, faço exames de rotina, aproveito a situação de ter um plano de saúde, se não tivesse o plano talvez eu não tivesse esses mesmos cuidados. Tenho medo de ficar doente, mas tenho mais medo de descobrir que tô (risos) No posto ...</p>

Quadro 5 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Saúde”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: SAÚDE
G3	..No posto é tudo muito complicado, não tem praticidade, criança chorando, gente fazendo escândalo porque não tem atendimento. Talvez se tivesse uns espaços para as crianças esperar brincando, sabe, uns lugares mais organizados...”
G4	“...Em relação a saúde com o homem, é uma coisa que não é nova, e também não é um problema brasileiro, é um problema mundial, pois o homem tem tendência a não se preocupar com a saúde, pois, essa ideia que o homem teve desde sua infância durante toda sua infância, que é forte, é resistente, não pode ficar doente por gripe, e etc. Eu só vou mesmo se me acidente, se tô muito mal a ponto de não encontrar a solução sozinho. E isso revela que esse comportamento, esse estilo de vida prejudica a população masculina, pois o corpo do homem e o corpo da mulher é o mesmo, apesar que tem algumas especificidades fisiológicas de contrair doenças, nós temos sangue, nós comemos, nós saímos, nós respiramos o mesmo ar, como a mulher tem também. A gente de maneira geral é igual, uma vez que você tá vivo, você pode ficar doente, você pode morrer, mas falta mais trabalhos como esse de a gente tocar no assunto que é o homem e a saúde e a vida criação do homem...”
G5	“...Tenho essa preocupação de manter o equilíbrio entre meu corpo, então vou as unidades básicas de saúde, faço os tipos de exames que são prescritos e faço toda parte assistencial que me é pedida, mas para além disso faço métodos preventivos e promocionais também, acredito que seja isso. Mas não me sinto acolhido e que me entendem...”
G6	“...Alimentação, estudo e poder cuidar o básico sem ser piada, é bem disso que a gente precisa. Esses grupos eles fazem a nós sermos pessoas que precisa cuidar mais da nossa saúde, em geral, a gente precisa dela. Fazer exercício ...”

Quadro 5 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Saúde”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: SAÚDE
G6	“...Fazer exercício físico, beber menos, comer mais verdura. Ir no médico se tá com uma dor de cabeça, mas se o cara for, só por isso...Sou homem e curto me cuidar, peço pra minha prima tirar os pelos da sobrancelha, mas eu sei que isso é por ficar mais bonito assim e eu uso sempre protetor solar, porque eu sei dessas parada de câncer e também me falaram que envelhece, raspo o corpo, o peito, mas os cara fala que é viadagem... é difícil lidar com as piada e tal (êeeeeeee, gritou o grupo) aí se o cara for direto no posto de saúde! ...as vezes dá pra resolver antes, na farmácia mesmo que é mais rápido, mas o certo é ir no médico...”
G7	“...Se privar da saúde é abrir mão de você mesmo, é isso que eu tô entendendo nesses encontros. Mas eu acho que nós utilizamos pouco o posto de saúde porque é tudo muito devagar. Um médico só e depois tem que esperar dias, até meses pro especialista e as vezes você até sarou já, então a gente só vai quando tá precisando mesmo. Eu só vou quando a mulher enche muito o saco ou ela vai atrás de marcar. Mas ainda assim demoro pra ir, as vezes perco a consulta. A gente precisava falar mais sobre essas coisas ao invés de fazer piada, a gente sempre quer levar na esportiva, mas tem gente que morre, né... a gente se dá conta disso com essas conversas...”

Um estudo qualitativo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde em nove países da América Latina (Opas, 2002), incluindo o Brasil, mostra que os homens adolescentes e jovens resistem a usar os serviços de saúde por não se sentirem à vontade. Eles têm vergonha e não contam com profissionais sensibilizados para as suas necessidades. Como podemos observar nas falas abaixo:

G2 – “...Eu não vou no posto porque a gente não tem atenção...”; G5 – “...Mas não me sinto acolhido e que me entendem...”.

No estudo realizado por Romeu Gomes (2007) sobre a pouca procura dos homens pelos serviços de saúde apontou-se que os homens que têm curso superior têm uma maior capacidade de problematização do tema, tendo ideias corretas, entretanto não colocando em prática este conhecimento. De acordo com os relatos obtidos nas entrevistas observa-se que:

O medo de adoecer é comum, independente do gênero, esse medo influencia na adesão aos serviços de saúde uma vez que as pessoas têm medo de receber um diagnóstico de doença e terem que fazer tratamento (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Quando questionados os participantes sobre em quais circunstâncias eles procuram os serviços de saúde, destacaram-se os relatos:

G1 - "...Mas eu só quando estou passando muito mal. Quando preciso mesmo. G2 – "...Quando eu vou pelo posto fazer algum exame é a minha 'véia' que vai marcar pra mim eu pra falar a verdade nem sei o que é entrar lá na secretaria..."; G7 – "...então a gente só vai quando tá precisando mesmo..."; Eu só vou quando a mulher enche muito o saco ou ela vai atrás de marcar.

Constata-se que a procura pelos serviços de saúde pelos homens é devido à presença de alguma doença, ou quando as esposas, familiares agendam junto a UBS, ignorando as consultas de caráter preventivo.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), essa busca ocorre quando estes sentem dores insuportáveis ou quando se veem incapazes de exercerem as atividades laborativas sendo relevante também a procura para exames adicionais exigidos pelas empresas, Em geral, os homens procuram menos os serviços de saúde quando comparados às mulheres e crianças, uma vez que a prevenção de doenças está mais associada ao sexo feminino.

A baixa demanda dos homens nos serviços de saúde está ligada ao fato dos mesmos se sentirem invulneráveis aos agravos, à ocupação do tempo com o trabalho e também o medo de descobrirem alguma doença, entre outros motivos (COURTENAY, 2005 apud GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Abaixo relatos que justificam essa afirmação:

G4 – “...o homem teve desde sua infância durante toda sua infância, que é forte, é resistente, não pode ficar doente por gripe, e etc. Eu só vou mesmo se me acidento, se tô muito mal a ponto de não encontrar a solução sozinho. ...”; G7 – “...Mas ainda assim demoro pra ir, as vezes perco a consulta...”

Outros fatores que influenciam a baixa demanda e são utilizados como justificativa são o horário de funcionamento das UBS e o horário de trabalho. Quando procuram preferem a atenção secundária que a primária, ficando as ações restritas à recuperação e não à prevenção e promoção de saúde (BRASIL, 2008).

Como uma das formas de quebrar os paradigmas que transformam os homens em reféns da própria identidade no que se refere ao hábito de cuidar da própria saúde Medrado et al (2009, p. 10) indica que “é preciso também envolver os homens em reflexões e ações que possam promover a ruptura com padrões culturais fortemente arraigados nas práticas dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas” (MEDRADO et al, 2009, p. 10).

Entretanto, baseado em Keijzer (2003), Schraiber, Gomes e Couto (2005, p. 8) alertam que Incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Os autores também enfatizam que “sem equidade de gênero não há saúde.”

Por isso, para efetivar a igualdade em termos de direitos entre homens e mulheres, se faz necessário “corrigir desigualdades”, já que “simbolicamente, o feminino ainda está fortemente associado ao cuidado e à fragilidade e o masculino, ao poder e à violência” (MEDRADO et al. 2009, p. 10). Fica o desafio ao Estado, aos gestores, empregadores, profissionais de saúde e a sociedade de um modo geral de romper com as amarras socioculturais para que a população masculina também utilize as ações e serviços primários de saúde.

Quadro 6 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Trabalho e desemprego”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: TRABALHO E DESEMPREGO
G1	<p>“...Isso é uma preocupação...Mas acho que isso preocupa os homens em geral. Como nos colocamos como os chefes da casa, é inadmissível ficarmos ociosos, desempregados. E assim, no sentido de trabalhar fora e trazer o dinheiro pra casa a gente vê falar na Europa sobre essa questão dos tempos que estão mudando e as mulheres no mercado de trabalho ganhando mais e compensa o homem ficar em casa. Eu acho que eu não teria problema de fazer isso, mas a pressão, é complicado, você quer ser aceito e não quer ser piada, né! É uma pressão muito grande que nós mesmos nos colocamos e sofremos, a sociedade...”</p>
G2	<p>“...Trabalho é tudo né, para quem é honesto não tem como não ter um trabalho. Eu já tive que fazer uns bicos e nossa, ficava muito nervoso e preocupado com essa questão de não saber como ía ser, era honesto igual, mas a incerteza, nossa, depois voltei a trabalhar com o ofício que aprendi com o meu pai. A minha mulher e eu brigava muito porque ela diz que eu não ajudo em casa, então, mas eu chegava muito cansado do serviço.... Sim, eu acho que ela também, mas ela está acostumada com o serviço de casa. A gente entende que é uma coisa meio que preguiça de mudar né porque é uma coisa criada na nossa cabeça...”</p>
G3	<p>“...É uma neura que eu tenho, ficar desempregado, já fiquei desempregado uma época num relacionamento, gerou bastante conflito, estresse, esses conflitos que agravaram os problemas e o relacionamento acabou terminando, então é algo que me preocupo muito. Eu não tenho tanto problema hoje em ficar desempregado, se eu souber que a minha parceira hoje está trabalhando, porque ela tem uma visão diferente da minha primeira parceira. Com ela eu vivo essa coisa que a gente tem falado aqui da divisão e da parceria. Mas ainda assim me preocupo. Por que as pessoas não perdoam, sabe...”</p>

Quadro 6 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Trabalho e desemprego”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: TRABALHO E DESEMPREGO
G4	<p>“...Ter dinheiro é muito importante, eu já fui laranja, aqui tem muito disso. Mas são muitos riscos dependendo de pra quem você trabalha. Mas tem gente que faz a vida com isso. Trabalhar é tudo né para você ter uma qualidade de vida, até para ter um relacionamento, mulher não sai com você se é um cara que não tem dinheiro nem para pagar um suco. E a gente tem essa pressão né de ter as coisas, casa, carro, já com mulher eu acho que a pressão não é tão grande se ela seguir morando na casa dos pais, mesmo se tiver filho. Mas com nós homens tem essa pressão principalmente entre nós mesmos de ter as coisas... Ainda mais se você é negro. Para a sociedade negro já é sempre o errado e se não trabalha tá (f) ...”</p>
G5	<p>“...Acredito que hoje tem se mudado um pouco cenário, mas é mais difícil para pessoas que não se comportam nesse padrão, como eu te falei outras vezes como “heterosciscapitalistas”, para elas são mais complicadas as oportunidades, ter acesso aos aparelhos estatais, assim como ter acesso a emprego, por isso que a gente vivencia uma grande taxa de desemprego nessa população que é historicamente marginalizada...”</p>
G6	<p>“...A gente tem sido procurados por novas famílias, aquelas que já foram da agricultura são as que mais procuram, principalmente agora estão sem emprego nas cidades que querem voltar pra agricultura, mas não têm condições de adquirir terras. O desemprego é muito triste. E sendo homem e na condição de sem-terra, nossa é muito complicado. A gente é muito marcado, né, como vagabundo, como sem vergonhas...”</p>

Quadro 6 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Trabalho e desemprego”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: TRABALHO E DESEMPREGO
G7	“...Trabalho pra mim é dedicação total e cabeça a mil trabalhar te suga o dia todo. Trabalhar nunca foi um problema pra mim sempre fui muito flexível quanto a trabalho nunca escolhi determinadas funções a desempenhar e todas que realizei dei o meu melhor e não ter estudo nunca foi empecilho pra isso. A gente tem que tratar os animais, tirar leite, fazer silagem, não tem férias, o serviço não acaba nunca. Plantar, passar veneno, colher. A gente trabalha muito...”

O trabalho ocupa centralidade na história dos homens, determinando a vida e a organização humana. Considerado como pressuposto da existência do gênero humano, podemos, ainda, definir o trabalho como o meio pelo qual os homens satisfazem suas necessidades materiais e também espaço no qual, na condição de sujeitos, se relacionam entre si e onde são produzidas e reproduzidas as relações sociais. Nesse sentido, é a partir do trabalho que os indivíduos se realizam enquanto seres sociais, passando a se relacionar com os outros indivíduos num processo de sociabilidade e construção das relações sociais. (AZEVEDO, 2011, p.26).

G7 – “...trabalho pra mim é dedicação total e cabeça a mil trabalhar te suga o dia todo...”

O processo de trabalho – o próprio ato de trabalhar – caracteriza qualquer estrutura social determinada, pois sua característica primária é a produção de valores de uso que satisfaçam as mais diversas necessidades dos homens. Mesmo assim, em determinados momentos históricos o trabalho passa a ser usado e controlado em benefício de um determinado sistema de economia-social, como é o caso do modo de produção capitalista (AZEVEDO, 2011, p. 26 apud MARX, 2008).

Portanto, Ser capaz de se manter e de sustentar a família é parte da construção do papel do homem provedor, homem responsável, homem de verdade, tornando-se um importante pilar na construção da masculinidade dos rapazes (GOMES, 2011, p.

115 apud NOLASCO, 1993; BARKER, 2008).

G3 – “...É uma neura que eu tenho, ficar desempregado, já fiquei desempregado uma época num relacionamento, gerou bastante conflito, estresse, esses conflitos que agravaram os problemas e o relacionamento acabou terminando, então é algo que me preocupa muito...”

O ingresso no mercado de trabalho formal representa um rito de passagem para rapazes das camadas populares. Conseguir o emprego de ‘carteira assinada’ é um sonho nem sempre alcançado (GOMES, 2011, p.115 apud NOVAES, 2006).

G1 – “...Isso é uma preocupação...Mas acho que isso preocupa os homens em geral. Como nos colocamos como os chefes da casa, é inadmissível ficarmos ociosos, desempregados...”; G2 - Trabalho é tudo né, para quem é honesto não tem como não ter um trabalho. Eu já tive que fazer uns bicos e nossa, ficava muito nervoso e preocupado com essa questão de não saber como ia ser, era honesto igual, mas a incerteza, nossa, depois voltei a trabalhar com o ofício que aprendi com o meu pai.

No cotidiano é comum ouvirmos expressões como “homem que é homem não fica doente”, “homem que é homem deve ser forte”, “homem que é homem não sente dor”, “pai de família não fica doente”, entre tantas outras. A negação da doença pelo homem – ou a negação de cuidados, especialmente em relação a saúde preventiva – vai além do imediato. Está relacionada a uma série de fatores de ordem social, cultural e até mesmo sexual. Quantos homens adquirem câncer de próstata pelo puro preconceito de fazer o exame preventivo? Da mesma forma, os fatores econômicos são bastante expressivos quanto se trata da masculinidade do sujeito. Assim, nos espaços periféricos, onde a pobreza é mais acentuada, esta demanda pode ser mais preocupante, pois envolve uma contradição tão grande quanto a primeira: se o homem assume a doença, isto, dentre tantas outras associações, pode ser a admissão explícita de que não quer trabalhar e, porque não, vir a ser sustentado pela companheira.

G4 – “...Trabalhar é tudo né para você ter uma qualidade de vida, até para ter um relacionamento, mulher não sai com você se é um cara que não tem dinheiro nem para pagar um suco...”;

Homens a quem se exige trabalho doméstico para ajudar a mãe que trabalha, mesmo se elogiados por elas quando se dispõem a fazê-lo, enfrentam eventuais chacotas da vizinhança e inevitavelmente passam por um questionamento da sua masculinidade. Maridos também, com o agravante de que a inclusão em um circuito desses pode redundar, pelo menos para algumas mulheres, numa perda do valor simbólico da presença masculina na casa, do ponto de vista das próprias empregadas, emaranhadas no que Bourdieu chama de “violência simbólica” (1999).

G1 – “...a gente vê falar na Europa sobre essa questão dos tempos que estão mudando e as mulheres no mercado de trabalho ganhando mais e compensa o homem ficar em casa. Eu acho que eu não teria problema de fazer isso, mas a pressão, é complicado, você quer ser aceito e não quer ser piada, né! É uma pressão muito grande que nós mesmos nos colocamos e sofremos, a sociedade...”

Segundo as mulheres que convivem com estes homens, há uma construção da imagem deles como “marginais por não poderem cantar de galo” (Woortmann, 1987; Neves, 1985) ou como “lerdos” (Salem, 1981)

G3 – “...se eu souber que a minha parceira hoje está trabalhando, porque ela tem uma visão diferente da minha primeira parceira. Com ela eu vivo essa coisa que a gente tem falado aqui da divisão e da parceria. Mas ainda assim me preocupo. Por que as pessoas não perdoam, sabe...”

Portanto, no que se refere à saúde do trabalhador adolescente e jovem, Azevedo(2011, p.115 apud BARKER, 2004) aponta que há cerca de 219 mil acidentes de trabalho por ano no Brasil, referentes apenas aos dados de jovens inseridos no trabalho formal (regulado pelo Ministério do Trabalho e Emprego), não incluindo os dados daqueles jovens inseridos na economia informal.

Entre homens adultos jovens, de 40 a 45 anos, não há uma grande aproximação aos serviços de saúde, que ainda os enxergam com a desconfiança semelhante à experimentada em relação aos homens jovens (Scraiber et al., 2010; Couto et al., 2010). Estes homens nem se sentem acolhidos nos serviços, nem têm nenhuma segurança assegurada por programas de previdência e transferência de renda, elaborando um discurso protetor do seu domínio de provedor, negando a relevância

de bolsas de família ou relegando essas transferências às demandas femininas de consumo que eles julgam “menos importantes”, como bem analisa Santos (2010).

No caso de jovens oriundos de espaços populares, Souza (2003) chama a atenção para outro ponto em relação à evasão escolar: a falta de significado que a escola possui para eles, colocando a universidade como um ‘sonho inatingível’. O trabalho informal e, muitas vezes, o narcotráfico passam a ser a ‘opção’ para jovens de camadas populares.

Se esses dados revelam um quadro problemático, é justamente no período da adolescência/juventude que há um grande potencial para mudanças e transformação pessoal (Pais, 2003; Velho, 2006). Nessa fase da vida, os indivíduos estão iniciando suas vidas afetivas e sexuais e ingressando no mercado de trabalho (formal ou informal). É justamente nesse período que os jovens começam a pensar em termos mais abstratos e mais a longo prazo. São capazes de distinguir as disparidades do mundo em que vivem – em termos de renda, de classe social, de gênero – e estabelecem critérios de comparação com a vida real (Barker, 2008).

Quadro 7 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Violência”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: VIOLÊNCIA
G1	“...A gente é inocente, não tem maldade, mas daí o dia a dia ensina que a gente tem que ser forte, no sentido de brigar, bater mesmo que possa apanhar, tem até quem morre... e até no trânsito a gente percebe que tem que ser violento, sabe, quando na verdade a gente deveria ser educado, mas daí comparam você com as mulheres, e cara, é foda, ninguém quer ser piada no grupo. Eu lembro de um episódio na escola, nossa, eu levei um ursinho e virei piada, eu era adolescente. Eu aprendi naquele dia eu tinha que usar essa “armadura” que você disse...”

Quadro 7 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Violência”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017(**continuação**)

Sujeitos	Respostas: VIOLÊNCIA
G2	“...Temos uma postura violenta nos nossos comentários, no jeito de falar, nos pensamentos. E o cara que foge desse padrão sofre preconceito dos próprios homens... Seja com beber e não querer dirigir, transar com camisinha sempre...a gente tem que ser “corajoso”. Poder abrir o jogo aqui nesse pequeno grupo é ótimo pra encarar esses preconceitos e mudar conceitos começando com quem a gente convive no dia a dia no ambiente de trabalho, muito bom...”
G3	“...Eu tenho um problema de ter perdido muitos amigos por tráfico, muitos morreram, outros dependentes químicos, famílias desestruturadas, por não terem êxito nenhum na educação, na sua formação, por escolhas que fizeram no passado, é isso...”
G4	“...A mulher tem que se apresentar atrás do homem, essa ideia do homem defensor ou do homem chefe, dono da mulher, leva a um buraco, para muitos homens, literalmente falando leva para o cemitério, nas cenas de ação, ele se envolve nessas cenas de maneira diferente, até mesmo nas brigas, dos acidentes de transito podemos ver que as pessoas fazem com carro quem que faz? Sempre o homem e as crianças olhando, você enxerga que ela brinca de forma diferente: subindo nas paredes, em cima das coisas, que podem cair e isso nos deixa a entender que isso precisa uma reorientação com os homens desde criança e essa ideia de se arriscar mais, isso leva as sociedades as perdas, enquanto você tá perdendo mais gente mais cedo, isso prejudica a saúde econômica d em país, pois a sociedade precisa de pessoas para trabalhar, se já fisicamente com as doenças estamos perdendo menos e com as práticas erradas, a sociedade está perdendo. Esses encontros nos ajudam a entender que nem tudo se resolve com violência, e ajuda a entender a parar com riscos inúteis, com a vida de outras pessoas...”

Quadro 7 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Violência”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017(**continuação**)

Sujeitos	Respostas: VIOLÊNCIA
G5	<p>“...São uma pauta muito pertinente a essa comunidade, que é uma comunidade que gera estranhamento e desconforto e nada que isso venha a justificar a violência alheia para com essas pessoas, mas que é um reflexo sim da nossa sociedade como ela tá estruturada, e que é complicado você ser o que você é e causar desconforto em outra pessoa e ela pensar que isso de legitimidade para essa pessoa vir lhe bater, lhe agredir, entendeu? Mas acredito que estamos tendo vários avanços, a própria academia está se abrindo para essas pautas, o próprio trabalho que você Daiani está desenvolvendo, acho que é o reflexo disso de você trabalhar essas questões entendeu? Causar desconforto mesmo, para que essas pessoas reflitam usado como estratégia. A discriminação por orientação sexual é mais velada se o gay tiver boa condição social e nível profissional/educacional mais elevado...”</p>
G6	<p>“...A gente sofre todo tipo de violência, prisão, tortura e risco de morte. Tem as ameaças, chamam a gente de criminosos, falam que a gente é vagabundo e bandido. E tem a violência de negar pra gente os direito de saúde, de educação e de moradia digna...”</p>
G7	<p>“...Olha, a violência no campo é revoltante. Principalmente pra quem acredita na forma orgânica de trabalhar. Sair estudar e voltar pro campo com novas ideias é muito complicado quando a maioria tem uma visão de curto prazo só pensando no lucro do momento que destrói a água, o solo, o clima... E tem a violência contra a mulher no campo, contra o gay...a mulher e o gay realmente são muito julgados, o que é muito complicado...Aqui nesses grupos eu acho que todos nós podemos aprender muito. Deveriam ser um programa esses grupos, não sei pode dizer assim....”</p>

Antes de evocar a ideia de uma masculinidade ‘naturalmente’ agressiva do homem, é preciso considerar a cadeia de condicionamentos sociais e reforços positivos que os homens recebem para expressar posturas e valores de uma masculinidade violenta. (MONTEIRO et al, 2011, p. 139 apud LE BRETON, 2003).

Ou seja, quando se descobrem oprimidos, desumanizados, muitas vezes os oprimidos agredem os seus pares, pois “ao agredirem seus companheiros oprimidos estarão agredindo neles, indiretamente, o opressor também “hospedado” neles e nos outros. Agredem, como opressores, o opressor nos oprimidos” (FREIRE, 2011, p. 68).

G1 – “...Eu lembro de um episódio na escola, nossa, eu levei um ursinho e virei piada, eu era adolescente. Eu aprendi naquele dia eu tinha que usar essa “armadura” que você disse...”

A questão que deve ser discutida não é a relevância da agressividade como hormonalmente constituinte da natureza masculina, mas sim como a sociedade naturaliza a violência dos homens e entre os homens, e em que medida lhe atribui maior ou menor valor simbólico. Esse eixo de análise indica a importância de o campo da saúde coletiva considerar o papel que algumas formações subjetivas e normas culturais têm na conformação da morbimortalidade masculina. (MONTEIRO et al, 2011, p. 139 apud LE BRETON, 2003).

G1 - A gente é inocente, não tem maldade, mas daí o dia a dia ensina que a gente tem que ser forte, no sentido de brigar, bater mesmo que possa apanhar, tem até quem morre... e até no trânsito a gente percebe que tem que ser violento, sabe, quando na verdade a gente deveria ser educado, mas daí comparam você com as mulheres, e cara, é foda, ninguém quer ser piada no grupo.

Na mesma linha cabe pensar que as condutas arriscadas têm sido alguns dos atributos, amplamente reconhecidos e aceitos como signos da masculinidade e muitos homens vivenciam o risco como uma ‘aventura’ (MONTEIRO et al, 2011, p. 139 apud LE BRETON, 2003).

Estes comportamentos, em parte expressões da busca por um ideal inatingível de masculinidade, aumentam os riscos dos homens jovens de contrair doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids, e de morrerem cedo por acidente ou

homicídio (MONTEIRO et al, 2011, p. 139 apud SABO, 1997).

G2 – “...Temos uma postura violenta nos nossos comentários, no jeito de falar, nos pensamentos. E o cara que foge desse padrão sofre preconceito dos próprios homens... Seja com beber e não querer dirigir, transar com camisinha sempre...a gente tem que ser ‘corajoso’ ...”

Especificamente, posturas da masculinidade tradicional estão associadas com a violência urbana, de gênero e sexual, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento e morte (SCHRAIBER et al, 2005). Convergem com essa perspectiva os achados sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na América Latina, que atestam a maior mortalidade masculina em todas as idades, além da sobremortalidade dos homens para a quase totalidade das causas (GOMES et al, 2007). Em suma, a configuração de gênero que expõe os homens jovens em várias situações de risco como agentes ou vítimas permite compreender por que certos agravos resultam do comportamento ou estilos de masculinidade.

G7 – “...E tem a violência contra a mulher no campo, contra o gay...a mulher e o gay realmente são muito julgados, o que é muito complicado...” G6 – “...A gente sofre todo tipo de violência, prisão, tortura e risco de morte. Tem as ameaças, chamam a gente de criminosos, falam que a gente é vagabundo e bandido...”

Podemos verificar que existe uma ideia de padrão hegemônico de masculinidade, relacionado ao machismo que aprisiona os homens.

G5- “...o próprio trabalho que você Daiani está desenvolvendo, acho que é o reflexo disso de você trabalhar essas questões entendeu? Causar desconforto mesmo, para que essas pessoas reflitam usado como estratégia. A discriminação por orientação sexual é mais velada se o gay tiver boa condição social e nível profissional/educacional mais elevado.”

Conforme as características femininas são vistas como inferiores, se algum homem demonstrar qualquer traço desse tipo, será tratado com inferioridade pelos outros. Por exemplo, "Mulherzinha" é um insulto que, desde pequenos, homens que são mais sensíveis ouvem dos demais.

Ou seja, Quando os sujeitos masculinos interagem com o feminino,

subentende-se culturalmente que há um domínio do primeiro sobre o segundo (Bourdieu, 2001). Kimmel (1992), no entanto, nos chama atenção para o fato de que a masculinidade se constrói não só em relação ao feminino, mas também em relação ao próprio grupo de pares e a diferentes modelos masculinos, inclusive aqueles considerados inferiores.

Assim que o machismo é toda forma de discriminação às mulheres, que tenha como objetivo inferiorizar, controlar e desqualificar uma pessoa pelo simples fato de ser mulher ou ter comportamentos tidos como “afeminados”, sensíveis. Portanto, discutir masculinidades e violência significa romper com um padrão “fixo”, “limitador” e “pré-moldado” do que é ser homem.

Para Mélo et al (2009, p.2 apud MÉLLO, 2008), “os homens são socializados para reprimir suas emoções, sendo a agressividade, e inclusive a violência física, formas socialmente aceitas como marcas ou provas de masculinidade”. Os referidos autores também afirmam que “(...) esse modelo de socialização estimula uma postura destrutiva e, muitas vezes, autodestrutiva”.

Ao longo das últimas décadas, situações de violência e discriminação vêm sendo abordadas com maior frequência no âmbito da saúde pública e coletiva no Brasil. Seja do ponto de vista dos encargos que representa para os serviços de saúde, seja do ponto de vista das conexões entre vulnerabilidade social, discriminação e processos de adoecimento, a violência tornou-se importante objeto de reflexão na área da saúde (CARRARA et al, 2011, p. 201 apud MINAYO, 1994, 2006).

As discussões sobre o fenômeno da violência interpessoal têm, por sua vez, colocado a masculinidade e os homens no centro do debate. Isso se deve, ao menos em parte, ao verdadeiro abismo estatístico que existe entre homens e mulheres quando se comparam taxas de mortalidade por causas externas, muito maiores entre os primeiros. Entre tais causas, está o homicídio, perpetrado, sobretudo, por homens (Souza, 2005). É muito clara, portanto, a implicação da masculinidade em contextos onde a violência toma forma, sejam os homens vítimas ou algozes, seja a violência exercida contra mulheres ou contra outros homens.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as violências representam a terceira causa de morte da população em geral. Dados de 2006 mostram um total de 48.424

homicídios e 33.602 óbitos provocados por trânsito. Em relação aos homicídios, a maioria das vítimas da violência urbana (homicídios e mortes provocadas por acidentes de trânsito) são homens, jovens, negros, com pouca e nenhuma escolaridade e baixo nível socioeconômico (BRASIL PNASH, 2009).

Quando se considera a distribuição das taxas de homicídio, por sexo e faixa etária, observa-se que a maior incidência ocorreu entre jovens e adultos jovens, dos 15 aos 39 anos, e que a fase crítica é dos 20 aos 24 anos de idade. A magnitude desses números explica a baixa na pirâmide populacional observada no último censo demográfico em relação à população masculina jovem, fenômeno típico de países em guerra (IBGE, 1999).

A cultura masculina patriarcal tradicional, com ênfase na manutenção da assimetria de poder entre homens e mulheres, banaliza, naturaliza e legitima o uso da violência como uma forma de 'solução de conflitos', no espaço público ou privado. Porém, cada vez mais campanhas educativas e programas voltados para a prevenção da violência entre jovens ganham espaço (NASCIMENTO et al, 2011, p. 114 apud NASCIMENTO, 2001).

A partir deste primeiro passo, que foi de escuta do que um grupo de homens tinham a dizer sobre a violência que vivem ou praticam, podemos buscar possibilidades no sentido de novas formas de trabalhar sobre velhos conceitos que insistimos em reforçar.

Quadro 8 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Política e cidadania”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeitos	Respostas: POLÍTICA E CIDADANIA
G1	“...Nós, homens, ainda nos colocamos como os protagonistas nesse processo. Damos pouco espaço para as mulheres. Por outro lado, creio que elas são cidadãs mais conscientes, porque elas lutaram para estar aí de uma forma que a gente não, e as mulheres negras mais ainda. Precisamos urgentemente equilibrar o cenário político. E na política da saúde do homem é o contrário. Mas no caso a nossa política já existe, mas a gente tem que tornar ela a nossa cara. Eu sou um estudante de saúde e não tinha essa consciência, esses grupos são fundamentais...”
G2	“...Eu acho ótimo essa política aí de saúde do homem, porque a gente só pensa mesmo em trabalho e que somos de ferro. E ser cidadão pelo que eu entendi aqui nesse grupo é cuidar de si mesmo primeiro, porque sem saúde do que adianta o resto...”
G3	“...Não vejo perspectiva nenhuma de melhora política no país em menos de 10 anos devido a tanta crise hoje escancarada e com esse grupo aqui eu vejo que a gente não saber exercer a nossa cidadania. Eu nem sabia certo dizer o que era cidadania por falta de conhecimento mesmo, de estudo... Tem coisa que não tem como aprender sem ter quem faça a gente ter vontade de aprender. E sobre a política de saúde dos homens, eu acho que ela vem para melhorar as nossas vidas, mas a gente primeiro tem que entender isso, porque o que eu entendi é que ela não veio dos homens, como a política das mulheres, então a gente não tem essa visão pra frente que nem a da mulheres, então não adianta uma política que não, não lembro como você disse, uma política que veio das nossas vontades, porque a gente nem tem essa vontade de se cuidar, não vai funcionar, é isso...”
G4	“...Ah, a gente falou de uns assunto bem complicado aqui. Deu pra senti a agonia de uns. Mas eu acho que comer, conversar e fala o que cada um pensa de verdade é bom demais. Quando a senhora ...

Quadro 8 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Política e cidadania”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeitos	Respostas: POLÍTICA E CIDADANIA
G4	“...Quando a senhora falou que era machista explicou e disse que estava tentando mudar isso fez diferença. Quando a gente falou também dos filhos ser gay e a gente dizer que não se importa mas tem medo dos outros, é mentira. A gente tem preconceito mesmo. Quando a gente falou da política a gente nunca vai no posto eu acho que é porque a gente tem as mulher que sempre lutou e daí a gente é que se folga nelas. Eu não sei se eu tô certo, mas eu acho que o que eu entendi é que a gente tem que mudar e essas conversas ajudam sim. Eu gostei de participar demais...”
G5	“...Esses corpos marginalizados, eles tendem a ter essa noção política, mesmo como cidadãos são negados de acessar certos espaços, então essa negação é um estímulo que dispara esse interesse para estar nesses aspectos de cidadania, políticas, que são necessários para nossa vivencia, nossos direitos e eu não vejo essa vivencia LBGT longe disso...”
G6	“...Política é um campo minado hoje em dia no Brasil. Acho que a palavra certa hoje pra definir política seria os políticos criar caráter. Mas eles mantem o povo como massa de manobra. Dar educação é poder roubar menos. O cara desanima... Mas daí quando a gente percebe que tem gente que é formiguinha mas tá lutando dá um gás. É tudo ignorância mesmo, falta de educação, isso de homem matar gay porque acha que é menos homem, não ter atendimento do jeito que deveria nos posto de saúde, remédio...”
G7	“...É um dever de todas as pessoas né cuidar do dinheiro que é nosso. A gente precisa fazer isso, mas a gente precisa ter o conhecimento. Eu acho que nesses grupos a gente pode aprender muitas coisas de como cuidar do que é nosso né. Aqui na cidade poderia vir uma pessoa com conhecimento e falar com nós nas reuniões de comunidade, de tudo, dessas políticas do homem. A gente entende que tudo tem relação, mas nós não sabemos falar com palavras tão bonitas...”

Segundo as falas dos homens, podemos observar uma alienação do poder popular em relação a saúde e o exercício da própria cidadania em qualquer nível de participação: individual, coletiva, organizada ou ocasional. Apesar da Política Nacional Integral de Saúde do homem haver sido apresentada a comunidade de profissionais da saúde e à sociedade em 2008, ainda há um significativo déficit da comunidade frente a essa política, e em particular, de aspectos ligados especificamente a saúde dos clientes homens como podemos observar nas falas abaixo:

G1 – “...E na política da saúde do homem é o contrário. Mas no caso a nossa política já existe, mas a gente tem que tornar ela a nossa cara. Eu sou um estudante de saúde e não tinha essa consciência, esses grupos são fundamentais...” G2 – “...Eu acho ótimo essa política aí de saúde do homem, porque a gente só pensa mesmo em trabalho e que somos de ferro...” G3 – “...E sobre a política de saúde dos homens, eu acho que ela vem para melhorar as nossas vidas, mas a gente primeiro tem que entender isso...” G4 – “...Quando a gente falou da política a gente nunca vai no posto eu acho que é porque a gente tem as mulher que sempre lutou e daí a gente é que se folga nelas...” G5 - G7 - “...Aqui na cidade poderia vir uma pessoa com conhecimento e falar com nós nas reuniões de comunidade, de tudo, dessas políticas do homem. A gente entende que tudo tem relação, mas nós não sabemos falar com palavras tão bonitas...”

Já para o grupo LGBT podemos observar que a existência deles é política:

G5 – “...Esses corpos marginalizados, eles tendem a ter essa noção política, mesmo como cidadãos são negados de acessar certos espaços, então essa negação é um estímulo que dispara esse interesse para estar nesses aspectos de cidadania, políticas, que são necessários para nossa vivencia, nossos direitos e eu não vejo essa vivencia LBGT longe disso...”

Por tanto, se compararmos a forma como os meninos e as meninas são socializados em relação ao cuidado e à saúde, verifica-se que as meninas são mais propensas a usar serviços de saúde e a procurar mais ajuda do que os meninos. Isso acontece não somente como fruto da socialização, mas também pelo papel que os adultos desempenham nessas questões. Modelos de homens mais preocupados e sensíveis a questões de gênero podem ter um papel importante na construção de uma

relação de autocuidado por parte dos homens (MONTEIRO et al, 2011, p.138 apud ELSTER et al, 2003).

Neste sentido, reforçamos a importância de estratégias de promoção de saúde que incentivem a participação de homens jovens e que os encorajem a mostrarem os seus sentimentos, a falarem de suas dúvidas e frustrações, sem a intenção de criarmos modelos de controle e/ou de comportamentos normatizados. Heilborn (2006) e Louro (2003).

Quadro 9 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Vivência nos grupos de homens”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017

Sujeito	Respostas: VIVÊNCIA NOS GRUPOS DE HOMENS
G1	“...Achei maravilhoso! Me senti super à vontade, falei dos meus valores, das minhas experiências, dos meus pontos de vista. Percebi compreensão por parte dos meus colegas e conseguimos dialogar, numa boa, sem violência, sem julgamentos... Acho que a líder do grupo ser uma mulher - e ser nossa amiga, sincera, aberta - facilitou o diálogo. Tendo ela como referência, não tive medo de contar minhas experiências e sempre me senti super acolhido, pela postura super receptiva dela. Aposto muito nesses grupos...”
G2	“...No começo pareceu que a gente estava ajudando a senhora. Mas é uma coisa de mão dupla. Eu nem sabia de política do homem. A gente não para pra pensar muitas vezes nas coisas que fala. A notícia do rapaz que morreu por causa dos cara da oficina me fez pensar bastante. O rapaz tinha tudo pela frente. Mesmo se ele fosse gay, ninguém tem nada que ver. Se uma pessoa paga as conta dela, trabalha e não mexe comigo, porque eu tenho que me ofender com o que ela faz da vida dela. Eu também procuro não fazer mais brincadeiras que parece inocente mas são machista e ofende sim. Tipo bate no ombro e chama de veado. Mas eu não consigo abraçar e beijar que nem os argentino que a gente falou aqui. Mas eles tão mais certo que nós se for ver por que demonstra carinho. Também não falo mais que a pessoa é mulherzinha. A gente tem que mudar sim. Senão nunca vai mudar...”

Quadro 9 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Vivência nos grupos de homens”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeito	Respostas: VIVÊNCIA NOS GRUPOS DE HOMENS
G3	“...Eu achei esses encontros desse grupo muito engraçado, tipo, eu percebi que os gay não tão nem ai pra mim e eu não vou me converte gay se eu respeita o gay e o que aquele cara gay falou no encontro, nossa. Essas coisa vem da educação de casa que a gente tem que muda. Eu não vou mais tratar as minhas filha diferente dos meus filho. Assim, é difícil eu acho que leva muitos anos porque a gente quando vê tá fazendo errado, mas valeu, valeu esses encontro...”
G4	“...Eu acho que através desses grupos de conversa, é importante a criação desses grupos, porque muitas vezes nós achamos que sabemos de tudo,e na verdade é o contrário, quando você se junta com outras pessoas,aí acontece o que se chama de choque de ideias que você falou, aí novas opiniões surgirão e assim você pode descobrir se você estava errado em certos pontos ou se você nesse caso entender a riqueza que quando tem possibilidade de escutar várias pessoas de visões diferentes,de nacionalidades diferentes, conversando sobre algumas coisas que muitas vezes se tornam tabu na nossa sociedade, eu acho que é muito importante reunir esses grupos...”
G5	“...Essas vivencias nesses grupos, elas é o que dispara uma visão crítica de como essa sociedade está estruturada a ponto de marginalizar uma pessoa pelo jeito que ela é, então eu acredito que através de outros tipos de estratégias de educação e cidadania, de educação de política mesmo, sejam efetivadas mesmo e sejam levadas mais a sério que propague mais esse tipo discussão, então esse é meu ponto de vista...”
G6	“...Só retomando as ideias das rodas, desses nossos grupos, a gente compartilha as vivencias, não só com homens no fim das contas, a gente leva pra casa, o aprendizado e não tô falando de tolerância, eu digo de aprender de ensinar também né! Que nem você falou sempre que aprendeu com nós e nós com você...”

Quadro 9 – Distribuição qualitativa das falas dos sujeitos referente a categoria temática “Vivência nos grupos de homens”. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu. Paraná 2017 (**continuação**)

Sujeito	Respostas: VIVÊNCIA NOS GRUPOS DE HOMENS
G7	“...Esses grupos eles são muito bem vindos aqui na nossa cidade, foi um tempo bem gostoso, de roda de chimarrão, queijo, salame, cuca, e fez nós para pensar um pouco em como nós temos cuidando da saúde, tem um ditado que diz que a gente perde saúde pra fazer dinheiro e depois gasta o dinheiro pra ter saúde. É bem verdade, o que é que a gente tá fazendo, eu admito que eu vim já não querendo ficar já mas daí com o tempo a sra. falou uma coisa que me fez pensar que é que se eu já tinha chegado aqui sabendo tudo eu não tenho mais como aprender, eu não me lembro bem e ninguém sabe tudo. A gente tem que deixar lugar pra coisas novas...”

Podemos observar através das falas dos pesquisados, que existe a necessidade de que pesquisadores abracem esse tipo de metodologia. Claro que a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e de um fortalecimento da Saúde do Homem e Masculinidades como um campo junto ao gênero é fundamental. Levando em consideração os obstáculos nos trabalhos com homens nos serviços de saúde, recomendados pela PNAISH, e considerando os entraves relatados na maior parte dos artigos encontrados na minha pesquisa bibliográfica e nos trabalhos com os grupos de reflexão com homens, trago o relato dessas iniciativas efetivadas para ilustrar que é possível, sim, elaborar e programar uma proposta político-metodológica de trabalho e intervenção, que convoque os homens e executarem coletivamente uma grande mudança. A presente pesquisa realizada, confirma que é possível uma atuação em saúde coletiva inclusiva e transformadora:

G1 – “...Achei maravilhoso! Me senti super a vontade, falei dos meus valores, das minhas experiências, dos meus pontos de vista. Percebi compreensão por parte dos meus colegas e conseguimos dialogar, numa boa, sem violência, sem julgamentos...”

G2 – “...No começo pareceu que a gente estava ajudando a senhora. Mas é uma coisa de mão dupla. Eu nem sabia de política do homem. A gente não para pra pensar muitas vezes nas coisas que fala...” G3 – “...Eu não vou mais tratar as minhas

filhas diferentes dos meus filhos. Assim, é difícil eu acho que leva muitos anos porque a gente quando vê tá fazendo errado, mas valeu, valeu esses encontro...” G4 – “...Eu acho que através desses grupos de conversa, é importante a criação desses grupos, porque muitas vezes nós achamos que sabemos de tudo, e na verdade é o contrário, quando você se junta com outras pessoas, aí acontece o que se chama de choque de ideias...” G5 – “...Essas vivências nesses grupos, elas é o que dispara uma visão crítica de como essa sociedade está estruturada a ponto de marginalizar uma pessoa pelo jeito que ela é...” G6 – “...Só retomando as ideias das rodas, desses nossos grupos, a gente compartilha as vivências, não só com homens no fim das contas, a gente leva pra casa...” G7 – “...É bem verdade, o que é que a gente tá fazendo, eu admito que eu vim já não querendo ficar já mas daí com o tempo a sra. falou uma coisa que me fez pensar que é que se eu já tinha chegado aqui sabendo tudo eu não tenho mais como aprender, eu não me lembro bem e ninguém sabe tudo. A gente tem que deixar lugar pra coisas novas...”.

Como podemos verificar, os grupos reflexivos de acordo com Acosta, et al, (2004, p. 9) permitem a expressão e continência dessas percepções, promovendo diálogos, e podem ser considerados como espaços de solidariedade e prazer gerado pela companhia, pois, “...sem o prazer da companhia, sem amor, não há socialização humana, e toda sociedade na qual se perde o amor se desintegra”. E lhes possibilitam a construção de um contexto de confiança onde os homens se colocam enquanto sujeitos e, sobretudo, onde a afetividade pode emergir como o principal elo entre eles. Os grupos reflexivos permitem que os homens encontrem pares que vivem ou viveram situações semelhantes e compartilhem suas histórias e emoções. No processo grupal de identificação e diferenciação, proporcionadas pelas conversações, os homens percebem diversas formas de expressão da masculinidade, o que possibilita a cada um construir alternativas para lidar com as diferenças e conflitos vivenciados em suas relações íntimas, familiares e cotidianas.

Logo, outras possibilidades de ser homem passam a ser consideradas e incentivadas. Vozes masculinas mais participativas no que se referem a cuidados na esfera da saúde sexual e reprodutiva, mais engajadas no exercício da paternidade, que não usam e não aceitam o uso da violência para a resolução de conflitos podem nortear intervenções no campo da saúde e da educação, com vistas a promover a saúde e a

equidade de gênero entre homens jovens (NASCIMENTO et al, 2011, p. 112 apud BARKER et al, 2004; BARKER, 2008).

Fala-se não mais de uma única forma de ser homem, mas de formas plurais e diversas – os homens e as masculinidades entram em cena (NASCIMENTO et al, 2011, p. 112, apud CONNELL, 1995; NASCIMENTO, 2001; OPS, 2002; NOLASCO, 1993). .

E é nesse cenário de trabalho com homens, em uma perspectiva de gênero e de promoção da saúde, com o referencial da pluralidade e da diversidade de suas experiências cotidianas, que este trabalho está centrado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de mais nada é fundamental perceber a Pesquisa Ação (PA) como um meio que tem por objetivo transformar, com o envolvimento para a criação de ações. Acredita-se que o maior desafio para realização da Pesquisa Ação, seja conhecê-la, principalmente entre os profissionais que irão realizar a pesquisa.

A Pesquisa Ação propõe o protagonismo daqueles que participam, é rigorosamente ética em relação aos valores e pensamentos das pessoas, é uma mudança que acontece de forma horizontal – nunca vertical, conhecendo as inquietudes de todo grupo.

Independentemente que sejam homens todos os participantes, cada um tem uma realidade e são distintos entre si, o que gera a necessidade de dialogar.

A aplicação desse projeto utilizando a pesquisa-ação em abordagem por settings proporcionou mudanças na vida das pessoas que participaram, gerando um espaço alternativo e solidário, de confiança e reflexão entre homens, possibilitando o reconhecimento de fraquezas, medos e limitações para além do “foro íntimo”.

Compartilhando essas questões masculinas que deixam de ser absolutas e passam a ser relativizadas e também contextualizadas, sendo não somente um alívio, mas também surgindo novas possibilidades de atuação. Dessa forma, a potencialidade desses grupos é incluir na vida desses homens efeitos positivos em suas relações com homens, mulheres, crianças, conhecidos e familiares. Ênfase nas relações com as mulheres, com a quebra de silêncios, manifestações de desejos e tomadas de decisões que envolvem desde sexualidade até parentalidade, (O conceito parentalidade vem sendo utilizado para descrever o conjunto de atividades desempenhadas pelos adultos de referência da criança no seu papel de assegurar a sua sobrevivência e o seu desenvolvimento pleno. A palavra “parentalidade” é uma derivação do termo original em inglês “parenting”).

Nesta articulação entre individual e coletivo, conhecendo para transformar, com cunho pessoal e político, o projeto introduziu uma relevante proposta de educação para a inserção masculina numa reflexão para abordar os temas: amor e relacionamentos, sexualidade, saúde, violência, trabalho e desemprego e outros pontos abordados no livro de base palavra de homem, questionando padrões

históricos.

Seja como homens, pais ou filhos, companheiros(as), educadores ou profissionais de saúde, acreditamos ter a certeza de que sabemos o que é bom para os homens, o que essas pessoas precisam e o que elas desejam. Admitir que podemos aprender com elas e que não sabemos tudo sobre as mesmas, pode ser um caminho de mudança desta crença para homens capazes de se despir de suas “armaduras nem tão privilegiadas assim”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovy M, Castro MG, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília: ACOSTA, Fernando et al. Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004. Disponível em: <http://www.noos.org.br/userfiles/file/metodologia_port.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ALBANO, R. B. BASÍLIO, M.C. NEVES, J.B. Desafios para a Inclusão dos Homens nos Serviços de Atenção Primária a Saúde. Revista Enfermagem Integrada. UNILESTE-MINAS, Ipatinga. V.3, N.2- Nov./Dez 2010. Disponível em: https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf. Acesso em: 12/07/2017.

ALMEIDA, M. S. Assistência de Enfermagem à Mulher no Período Puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. Tese de Doutorado (Programa de Inter unidades) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J.; WILLIAMS, T. A. **Estatística aplicada à administração e economia**. 2. ed. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2007. 597 p.

AZEVEDO, V. A. G. Trabalho e Saúde na Sociedade Capitalista: Uma Relação Inversamente Proporcional. Natal-RN. 2011. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17910/1/VivianeAGA_DISSERT.pdf. Acesso em: 22/05/2017

BALAKAR, N. **Homem casado chega mais rápido a local de tratamento para infarto**. Folha de São Paulo, 29 jul. de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/951658-homem-casado-chega-mais-rapido-a-local-de-tratamento-para-infarto.shtml>. Acesso em 23 jun. 2018.

BARBOSA, Regina Helena Simões; GIFFIN, Karen. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 549-567, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2016.

BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BATISTA, Luís Eduardo. **Masculinidade, raça/cor e saúde**. Ciênc. Saúde coletiva online]. 2005, v. 10, n.1, p. 71-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ese/v10n1/a07v10n1.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BONETI, L. W. Políticas públicas por dentro. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal. Cad Saúde Pública 2005; 21(Supl 2):499-507

BORGES, M.T.T.; BARBOSA, R.H.S. Confluindo Gênero e Educação Popular por Meio de uma Pesquisa-Ação para a Abordagem do Tabagismo Feminino em contextos de Vulnerabilidade Social. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, v.17, n.46, p.601-14, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop2013.pdf>. Acesso em: 22/04/2017.

BOURDIEU P. Meditações pascalinas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. [1988]. Brasília/DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2009. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-homem/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-homem-pnaish>>. Acesso em: 11 Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes). Brasília, DF, 2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; LANZA, Líria Maria Bettiol. A Atenção Primária e a Saúde do Homem. SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2011, Londrina. Anais. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011.

CARDOSO, Ana Luiza F. Saúde do Homem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UARJ, Universidade Aberta do SUS-UNASUS, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/User/Documents/CARDOSO.pdf.

CARRARA, S. SAGGESE, G. Masculinidades, Violência e Homofobia. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-10.pdf>. Acesso em: 22/08/2017.

CAVALCANTI, J.R.D, FERREIRA, J.A, HENRIQUES, A.H.B, MORAIS, G.S.N, TRIGUEIRO, J.V.S, TORQUATO, I.M.B. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery, v.18, n.4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2017.

CONNELL, Robert W. Políticas da masculinidade. Educação e Realidade. V. 2, n. 20, p. 185-206, jul/dez. 1995.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, abr. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2016.

COUTO, E. Estética corporal e protecionismo técnico nas culturas higienista e

desportiva. In: GRANDO, J.C. (Org.). A (des)construção do corpo. Blumenau: Edifurb, 2001, p.35-59

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 14(33): 257-270, 2010. Disponível em: Acesso em: 23 jun. 2018.

COUTO, Márcia T; GOMES, Romeu; SCHRAIBER, Lília B. Homens e Saúde na pauta da saúde coletiva, Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>

DAMATTA, R. Tem pente aí? In: D. Caldas (Org.). Homens. São Paulo: Senac, 1997. p.31-49.

DINIZ, A. G. R. Ser Pai: Ser Macho? Construção da Identidade Paterna em Homens Homo/bissexuais. Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/ANDRE_GERALDO.pdf. Acesso em: 17/10/2017.

DOORIS, M, Dowding G, Thompson J, Wynne C. The settings-based approach to health promotion. In: In: Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M. (eds) Health Promoting Universities: concept, Experience and Framework for Action. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

DOORIS, M. Joining up *settings* for health: a valuable investment for strategic partnerships? Critical Public Health. 2004; 14 (1): 37-49

DOORIS, M. Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? Critical Public Health. 2004; 4 (1):37-49.

Ferraz EA, Souza CT, Silva CFR, Costa N. Iniciação sexual de jovens: análise de variáveis a partir de gênero. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2006; Caxambu. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br>

FIGUEIREDO, Alessandra Aniceto Ferreira; QUEIROZ, Tacinara Nogueira. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384186533_ARQUIVO_AlessandraAniceto.pdf. Acesso em: 29 ago. 2016.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Ago. 2016.

FRANCISCO, Priscila Pereira. Saúde e autocuidado na ótica de docentes e discentes: a política nacional de atenção integral à saúde do homem em foco. 53f. 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense. Niterói,

2014.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários a Prática Educativa*. 19 ed. São Paulo, SP. Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 19.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREUD, S. *A Femilidade. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1974.

GARCIA, M.A. *Em Busca de 1968*. In: GARCIA, Marco Aurélio; VIEIRA, Maria Alice (Orgs) *Rebeldes Constestadores: 1968 – Brasil, França e Alemanha*, São Paulo: Perseu Abramo, 1999.

GIDDENS, Anthony. *Transformação da Intimidade*. São Paulo: UNESP, 1992.

GIFFIN, K. *Produção do conhecimento em um mundo 'problemático': contribuições do feminismo dialético e relacional*. **Ver. Estud. Fem.**, v.14, n.3, p.635-4, 2006.

GIFFIN, Karen. *A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-57, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 Ago. 2017.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 2006.

GOMARIZ, E. *Los Estudios de género y sus Fuentes Epistemológicas. Periodización y Perspectivas*. In: *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatório*. Santiago de Chile: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres, n 17, p.15-21, 1992.

GOMES R.; NASCIMENTO E. F.; ARAÚJO F. C. *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.3, v. 23, p. 565 – 574, mar. 2007.

GOMES, R. *A Sexualidade Masculina em Foco*, org. *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011, p. 145-156. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-07.pdf>. Acesso em: 25/09/2017.

GOMES, R. *As questões de gênero e o exercício da paternidade*. In: SILVEIRA, P. (Org.). *Exercício da paternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.175-182.

GOMES, R. *Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Instituto Fernandes Figueira-Fiocruz, Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro- RJ, v. 8, n. 3 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>

GOMES, R. Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, Romeu et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2016.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino SUPERIOR. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2017.

Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev Estudos Feministas** 2006; 14 (Supl 1):43-59.

HEILBORN, M. L. e CARRARA. Em cena, os homens... *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 6, nº 2, 1998.

HOLLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p.24-51.

JUNIOR, Eduardo. A. L.; LIMA, Hermínio. S. Promoção da saúde masculina na atençãoobásica. *Pesquisa em foco, Maranhão*, vol. 17, nº 2, 2009, p. 32-41.

KAUFMAN, M. Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. In: ARANGO, A. et al. *Gênero e identidade: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: T.M. /UNIANDÉS/UM, 1995.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.F.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLAS, S. (editors). *La salud comodercho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis Internacional - Ediciones de las Mujeres*, 17:129-138, 1992.

Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaborações, análise e interpretação dos dados*. 7. Ed. São Paulo: Atlas; 2008.

LAURENTI, R; BUCHALLA, C.M; MELLO, Jorge M.H.P; LEBRÃO, M.L & GOTLIEB S.L.D; Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. Centro Colaborador da OMS para a

Classificação de Doenças em Português, São Paulo, 1998.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

LAURETIS, T. A Tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B.H. Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEAL, Andréa F; FIGUEIREDO, Wagner. S; SILVA, Geórgia, S. N. da; O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. UFSCAR- Departamento de medicina Universidade de São Carlos- UFscar. Porto Alegre, RS. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>.

LOPES, A.; AMORIM, A.; COUTINHO, A.; COSTA, C.; OLIVEIRA, G.; GARCIA, J.; BARROS, J.; SILVA, J.; AGUIAR, J.; MOREIRA, L.; BARBOSA, M.; STROZENBERG, P.; SOUZA, R.; ALVES, S.; SILVA, S.; GONÇALVES, V. & CORREIA, W. Palavra de Homem. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

Louro GL. A emergência do gênero. In: Louro GL, organizadora. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

MACHIN, Rosana. COUTO, Márcia. T. SILVA, Georgia C. N. SCHRAIBER, Blima L. GOMES, Romeu. FIGUEIREDO, Wagner S. VALENÇA, Augusto O. PINHEIRO, Félix T. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MARTINS, A.P.V. Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MEDEIROS, Renata L. S. F. M. Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2013.

MEDRADO, B. LYRA, J. Azevedo, M. Granja, E. VIEIRA, S. Princípios, Diretrizes e Recomendações para a Atenção Integral ao Homens. Recife. Instituto PAPAI; 2009. Disponível em: <http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Princ%C3%ADpios-diretrizes-e-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-uma-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-aos-homens-na-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 07/09/2017

MEDRADO, Benedito. LYRA, Jorge. AZEVEDO, Mariana. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu sou um Homem. Org. Saúde do Homem em Debate, Riode Janeiro-RJ, Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-03.pdf>. Acesso em: 17/01/2017.

MÉLLO, R. P. SILVA, L.C.V. NASCIMENTO, I.K.P. ALEXANDRE, J.R. Homens, saúde e violência: atendimentos realizados no Instituto José Frota em Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará – UFC. 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/456.%20homens%2C%20sa%DAde%20e%20viol%CAncia.pdf>. Acesso em: 13 ago 2017.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia Política*. Vol. 10. Nº 20. P. 215-226. Jul. – Dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n20/v10n20a03.pdf>.

MIALHE, Fábio. L; PELICIONI Maria C.F. Abordagens por Settings para a Promoção da Saúde: O movimento de Cidades Saudáveis e a Iniciativa da Escola Promotora de Saúde. In: Maria Cecília Focesi Pelicioni; Fábio Luiz Mialhe. (Org.). *Educação e Promoção da Saúde- Teoria e Prática*. 1 ed. São Paulo: Editora Santos- Grupo GEN, 2012, v. 1, p. 23-56.

MONTEIRO, S. CECCHETTO, F. Discriminação, Cor/Raça e Masculinidade no Âmbito da Saúde, *Contribuições da Pesquisa Social*. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-06.pdf>. Acesso em: 27/05/2017.

NASCIMENTO, M. SEGUNDO, M., BARKER, G. Reflexões sobre a Saúde dos Homens Jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2011. p. 111- 128.

NOLASCO, S. O Mito da Masculinidade. Rio de Janeiro. Rocco, 1993.

OLIVEIRA, P. P. A construção social da masculinidade. Belo Horizonte; Rio de Janeiro: Editora UFMG; Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, Z.L.C. A Provisão da Família: Redefinição ou Manutenção dos Papéis? In: ARAÚJO, C & SCALON, C. (Orgs.). *Gênero, Família e Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, p. 123- 147.

PARKER, Richard. *Corpos, prazeres e paixões: cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991. Disponível em: <http://www.revista.ueg.br/index.php/revistahistoria/article/viewFile/2383/1878>, acesso em: 21/09/2017.

PEREIRA, A.K. D. Saúde do Homem: Até Onde a Masculinidade Interfere. In: *II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. Cultura, leituras e representações; 2009, Campina Grande, Paraíba, Brasil; 2009*. Disponível em: <http://itaporanga.net/genero/gt3/2.pdf>.

PERON, Vanessa Demarchi. *Cooperação internacional e políticas públicas: a atuação do gt-saúde na tríplice fronteira*. Universidade Federal da Integração Latino Americana – UNILA. Foz do Iguaçu-Pr, 2017. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/3069>. Acesso em: 13 Nov. 2017.

Polit D, Beck C. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artamed, 2011.

POLLAK, Michael. Os Homossexuais e a Aids: Sociologia de uma Epidemia. São Paulo, Estação Liberdade, 1990. p.25-56.

RAMOS, M. S. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: GOLDENBERG, M. (org.). Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros. Rio de Janeiro: Record, p. 41-59, 2000.

REASON, P. Three approaches to qualitative inquiry. In: DENZIN, N. (Org.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p.324-39.

REASON, P. Three approaches to qualitative inquiry. In: DENZIN, N. (Org.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p.324-339.

REBELLO, Lúcia E. F. S. GOMES, R. Iniciação Sexual Masculinidade e Saúde: Narrativas de Homens Jovens Universitários, Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a34v14n2.pdf>. Acesso em: 13 Nov. 2017.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Rearticulando gênero e classe social. In: OLVEIRA, A.; BRUSCINI, C. (Org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.

SALEM, T. Mulheres faveladas: com a venda nos olhos. In: FRANCHETTI, B.; CAVALCANTI, M. L. & HEILBORN, M. L. (Orgs.). Perspectivas Antropológicas da Mulher. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

SANFELICE, Mirela Massia. **Violência de gênero**: um estudo das relações de gênero de homens autores de abuso sexual contra crianças em Santa Maria. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado - Ciências Sociais) - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2011.

SANTANA, Elisangela N. LIMA, Emyliane M. M. BULHÕES, Jorge L. F. MONTEIRO, Estela, M. L. M. AQUINO, Jael M. A Atenção à Saúde do Homem: Ações e Perspectivas dos Enfermeiros, REME, Rev. Min. Enferm. Vol. 15, Jul/set, 2011

SANTOS, F.A. Dinâmica da Acessibilidade Masculina ao Programa da Saúde da Família. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. **Homens, violência e saúde**: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.

SCHRAIBER, Lília Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, Maio 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2017.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n.

1, p. 7-17, Mar. 2005 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2016.

SCHWARZ, Eduardo et al. Política de saúde do homem. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 108-116, Dez. 2012 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 31 Ago. 2016.

SCOTT, J. Gênero: Uma Categoria útil para a Análise Histórica. Recife. Publicações SOS corpo, 1991.

SENKEVICS, Adriano. Dicotomia sexo X gênero, Ensaios de Gênero, 08/12/2011. Disponível em:
<<https://ensaiosdegenero.wordpress.com/tag/construcionismo/>>SILVA, Francisca Cordelia Oliveira da. **Etnia, cor e raça: aspectos discursivos do uso institucional.** Brasília. 20--?]. Disponível em:
www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64_francisca_cordelia_OS.pdf. Acesso em 23 de jun. de 2018.

SILVA, J. M.; ORNAT, M. J. **Espaço e Múltiplas Masculinidades: um desafio para o conhecimento geográfico brasileiro.** Em: SILVA, J. M.; ORNAT, M. J.; CHIMIN Jr, A. B. (org) Espaço, Gênero e Masculinidades Plurais. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2011.

SIMÕES BARBOSA, R.H.; GIFFIN, K. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa-ação com jovens da Maré. **Cad. Saúde Colet.**, v.13, n.3, p.649-72, 2005.

TONELI, M.J.F; SOUZA, M.G.C; MULLER, R.C.F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

Unesco Brasil; 2004]

WELZER-LANG D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. Revista Estudos Feministas, São Paulo, v.9, n.2, p.460-82, 2001.

WOORTMANN, K. A Família das Mulheres. Rio de Janeiro, Brasília: Tempo Brasileiro, CNPq, 1987.

World Health Organization. Community Empowerment whith Case Studies from the South-East Asia Region. Community Empowerment Conference Working Document. Prepared for the 7th global conference for health promotion: 'Promoting Health and Development, closing the implementation Gap'; 2009. Disponível em:
<http://gchp7.info/resources/NairobiKenya>

World Health Organization. I International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa; November, 1986.

ANEXOS

ANEXO A - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA “*Consciência Masculina - Potencialidades e Desafios na Criação de Grupos de Reflexão com Homens Fora das Unidades de Saúde*”

A estudante de Saúde Coletiva, Daiani Scheffer, vinculada ao *Instituto Latino-americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)* da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), convida todos os homens da comunidade para participarem da pesquisa *Consciência Masculina - Potencialidades e Desafios na Criação de Grupos de Reflexão com Homens Fora das Unidades de Saúde*, desenvolvida sob a orientação da prof. Dra. Carmen Justina Gamarra. Que ocorrerá em abordagem por *settings* (ou seja, na própria comunidade, nos locais de trabalho ou lazer - espaços comunitários: praças, ginásios de esporte, entre outros - dos pesquisados)

O objetivo da pesquisa é questionar os modelos de masculinidades, as relações entre homens e mulheres são construídas social e culturalmente e podem ser transformadas, reavaliadas e reconstruídas de forma positiva e sem ofender a dignidade humana. Afinal, não nascemos sabendo como ser homem ou mulher, aprendemos ou re-significamos no decorrer da vida.

As respostas coletivas serão manuseadas apenas pela pesquisadora e seu orientador. O resultado será amplamente divulgado pelo Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e periódicos científicos, porém a identidade dos participantes será preservada, com o sigilo das respostas garantido.

Vale destacar que a pesquisa é acadêmica e não tem fins de avaliação da profissão.

Para maiores informações:

Daiani Scheffer

Celular: (45) 99992-4641

E-mail: Daiani.scheffer.sc@gmail.com

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo com em participar da pesquisa “**Consciência Masculina - Potencialidades e Desafios na Criação de Grupos de Reflexão com Homens Fora das Unidades de Saúde**”, em abordagem por *settings* (ou seja, na própria comunidade, nos locais de trabalho ou lazer - espaços comunitários: praças, ginásios de esporte, entre outros - dos pesquisados). O objetivo da pesquisa é questionar os modelos de masculinidades, as relações entre homens e mulheres são construídas social e culturalmente e podem ser transformadas, reavaliadas e reconstruídas de forma positiva e sem ofender a dignidade humana. Afinal, não nascemos sabendo como ser homem ou mulher, aprendemos ou re-significamos no decorrer da vida. Fui informado que a pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Daiani Scheffer, vinculada ao Instituto Latino-americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), desenvolvida sob a orientação da prof. Dra. Carmen Justina Gamarra. Fui informado que as falas coletivas dos grupos, serão manuseadas apenas pela pesquisadora e sua orientadora. E que o resultado será amplamente divulgado pelo Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e periódicos científicos, porém a identidade dos participantes será preservada, com o sigilo das respostas garantido. Fui informado ainda dos benefícios da pesquisa, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia e de outros aspectos relacionados com o estudo. Podendo deixar a pesquisa a qualquer momento, caso seja de minha vontade. Estou ciente de que os dados serão mantidos em sigilo, preservando a identidade dos sujeitos entrevistados. Declaro que recebi cópia do presente termo.

Assinatura do participante

Assinatura da testemunha

_____, _____ de _____ de _____.