



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PROCESSO GRAVIDEZ E NASCIMENTO: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

ARTIGO ORIGINAL

TORRES, Yasmine Karina Sotomayor¹

PAES, Sílvia Regina²

MORAIS, Rosane Luzia de Souza³

TORRES, Yasmine Karina Sotomayor. PAES, Sílvia Regina. MORAIS, Rosane Luzia de Souza. **Participação do homem no processo gravidez e nascimento: Uma perspectiva de gênero.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 11, Vol. 16, pp. 19-45. Novembro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/perspectiva-de-genero>

RESUMO

O processo da gravidez e do nascimento é considerado como uma função da mulher, isso geralmente é influenciado pelo determinismo biológico que permite a mulher

¹ Graduação em Obstetrícia (UNMSM-Peru), Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente (UFVJM).

² Orientadora. Graduação em Ciências Sociais e mestrado e doutorado em Sociologia na Universidade Estadual de São Paulo “Júlio de Mesquita Filha” (UNESP/Campus Araraquara).

³ Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestre em Ciências da Reabilitação e doutora em Saúde da Criança e do Adolescentes pela UFMG.



engravidar e ter filhos. Além do biológico, o processo de gravidez e parto tem uma forte influência social, dos estereótipos de gênero tradicionais. Entretanto, este processo também envolve diretamente o homem. Portanto, a presente revisão tem como objetivo apresentar os principais pontos das representações sociais sobre a participação do homem no processo da gravidez e do nascimento, dentro de uma perspectiva de gênero. Pretende-se ao final, enfatizar a necessidade de se promover as novas masculinidades com reflexo positivo para sociedade e saúde. Uma perspectiva de gênero no processo de gravidez e do nascimento poderá contribuir para promover mudanças em relação a igualdade de gênero em seu aspecto mais amplo.

Palavras-chave: Representações sociais, gravidez, nascimento, estereótipos de gênero, paternidade.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são importantes na vida das mulheres, dos homens e da família, mas pode-se evidenciar que estas etapas cruciais são associadas basicamente às mulheres, o que é perceptível em diferentes aspectos de nossa sociedade. Nesse sentido, um ponto relevante a considerar é que as relações entre o casal, à formação da família e o nascimento dos filhos e filhas, são cenários importantes para dar continuidade ou proporcionar mudanças nos estereótipos e papéis de gêneros tradicionais.

Portanto, a presente ensaio teórico tem como objetivo apresentar os principais pontos das representações sociais sobre a participação do homem no processo da gravidez e do nascimento dentro de uma perspectiva de gênero. Para tanto, inicialmente serão apresentados os conceitos relacionados às representações sociais, seguida de uma discussão sobre gênero, sociedade e saúde, com foco na inequidade entre homens e mulheres. Posteriormente o texto irá discorrer sobre a perspectiva de gênero em saúde, seguido da saúde sexual e reprodutiva e suas implicações. Finalmente, pretende-se discutir sobre novas masculinidades e seus reflexos na sociedade e saúde.



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

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

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



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

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

É importante considerar que a realidade social onde aquela pessoa se desenvolve é espaço da gênese de suas RS, e dela mesma, como sujeito individual. Assim, as RS são consideradas fenômenos psicossociais, pois se desenvolvem naquela realidade, no espaço público e privado e nos processos onde os personagens desenvolvem uma identidade, criam símbolos em interação e permitem olhar a diversidade das outras pessoas. Os processos que engendram as RS estão embebidos na comunicação e nas práticas sociais, práticas que acontecem no dia a dia (JOVCHELOVITCH, 1994). Entretanto, é crucial compreender que as RS possuem núcleos positivos de transformações e de resistência na forma de conceber a realidade, então, pode-se entender que as RS não são estáticas, podem mudar no tempo, influenciados por fatores que intervêm naquela realidade, por exemplo; o social, o familiar, fatores de concepção de gênero e etnia, entre outros (MINAYO, 1994).



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

2. GÊNERO, SOCIEDADE E SAÚDE

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

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



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

Em consequência, o primeiro que se ressalta é que o gênero não é só um termo, mas sim uma realidade que envolve tanto aos homens como as mulheres, assim como as relações entre os dois. Entendemos gênero como uma construção social que é designada a cada sexo, o qual é determinado pelas características biológicas, resultando assim no gênero masculino ou feminino. Dependendo da realidade sociocultural em que a pessoa se desenvolve, o gênero estabelece estereótipos (que muitas vezes são rígidos), que condicionam os papéis de gênero e as potencialidades humanas ao reforçar ou reprimir os comportamentos (LAMAS, 1986). Esses papéis de gênero estabelecem na sociedade roteiros que são associados as meninas e aos meninos, os quais são aprendidos mediante o processo da socialização.

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

2.1 A DESIGUALDADE DE GÊNERO

Temos reconhecido que o gênero, e as relações de gênero entre homens e mulheres, são de caráter social e cultural. Mas infelizmente estas relações, até na atualidade, são relações de poder, em que são as mulheres as que têm maior desvantagem frente



aos homens, pois ainda coexistimos dentro de um sistema patriarcal e sexista, o que gera, promove e mantém essas desigualdades.

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

Grande parte de nossa presença na terra, a humanidade atravessou-se pelo desenvolvimento de atividades de caça e coleta. Passaram-se três milhões novecentos e noventa anos sendo caçadores-coletores. Posteriormente a agricultura e a pecuária permitiram o surgimento de sociedades sedentárias com organizações hierarquizadas e se estabelecia a divisão sexual do trabalho. Há somente uns 10 000 anos que alguns povos passaram a viver quase só da agricultura e/ou da pecuária. As sociedades primitivas, aquelas caçadoras e coletores, tinham um conceito e cosmovisão baseada no respeito e equilíbrio entre seres vivos e seu meio ambiente, assim eles foram sociedades igualitárias. A vida nas sociedades pré-agrícolas era altamente cooperativa (SCHMUZIGER, 1991). Nessas sociedades as relações entre os sexos são relativamente igualitárias, os membros do bando cooperam no sentido de desempenhar a maioria das funções econômicas e de socialização de maneira coletiva. Também se têm referência de pesquisas sobre esses grupos, que mostram que os homens frequentemente cuidam dos bebês e das crianças, com frequência eles também se dedicam à coleta, por exemplo, após uma caça malsucedida (BRYAM, 2007).

Geralmente forças ou energias vitais foram divididas em masculino e feminino, e isso não significa uma relação de poder ou relação hierárquica, mas sim uma relação de complementaridade e equilíbrio. Nas sociedades de caçadores-coletores, a divisão sexual do trabalho foi apresentada, deixando à atividade de caça principalmente para o homem e a atividade da coleta, principalmente para as mulheres. Esta divisão era determinada basicamente por um fenômeno natural ou biológico que é a reprodução.



A reprodução é biologicamente delegada à mulher, pois ela tem que gestar o bebê por nove meses, dando-lhe vida através do nascimento, amamentação e cuidados durante os primeiros anos de vida. Estas atividades, obviamente, não lhe permitiam desenvolver-se como uma caçadora nestas fases, pois seria de muito risco para ela, para seu bebê e para seu grupo. Risco para o seu grupo, porque os caçadores trabalhavam em equipe, e ao ter uma mulher nessa fase reprodutiva, poderia enfraquecer o trabalho em equipe, o que era indispensável para terem sucesso da caça, além o risco da vida da mulher e de seu bebê (pelos animais ferozes e perigosos). Adicionalmente, no simbolismo dessas comunidades, as mulheres representavam a vida e por isso não podiam ser caçadoras (SCHMUZIGER, 1991).

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

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

No auge da ordem cosmológica era Viracocha, a divindade androgina. Houve uma dualidade sexual do deus Inca, por sua imagem acima, as palavras são escritas: "Ou sei-a este homem, ou sei-a esta mulher". Viracocha incorpora as forças opostas em todos os símbolos



representados: o sol- a lua, o dia- à noite, o verão- o inverno, o homem- a mulher. Encabeçando uma jerarquia de descendência, Viracocha é o fundador de conjuntos paralelos de deuses e deusas que geram homens e mulheres como descendentes. Assim, o Inca alegou ser filho do deus, descendente direto do Sol; da mesma forma, a Coya (esposa do Inca) era a filha da Lua e representante de todas as mulheres na terra (SILVERBLATT, 2012, p.21, tradução nossa)

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

Existiram três grandes processos históricos que dão surgimento e crescimento da desigualdade de gênero; *primeiro* as guerras e conquistas de longa distância, pois os conquistadores tinham em suas estruturas sócias hierarquias em que os homens eram dominantes e tinham leis e a sua religião, que reforçaram a submissão sexual, econômica e política das mulheres; *segundo*, a agricultura do arado nasceu há cinco mil anos, tornaram aos homens socialmente mais poderosos, por outro lado as mulheres ficaram em casa (pela gravidez, parto e amamentação), e, porque eram menos fortes para esses trabalhos; *terceiro*, a separação entre as esferas pública e privada, isto basicamente ao início da propriedade privada e da industrialização, os homens passam a ser parte da força de trabalho remunerado (fábricas, escritórios) e, assim, os papéis de poder se instauraram com eles nas instituições econômicas e políticas; e a maioria das mulheres fico na vida privado-doméstica (BRYAM, 2007).

Ainda nos finais do século XIX e basicamente inícios de século XX, graças as lutas dos movimentos feministas, foram conquistados direitos das mulheres como por exemplo, o controle reprodutivo mediante o acesso aos métodos anticoncepcionais, acesso a educação superior, ao voto democrático e, em geral acesso aos direitos econômicos, políticos e jurídicos. Então, a desigualdade entre o homem e a mulher



ao longo desse processo histórico, até a atualidade, foi e ainda é social e culturalmente construído (BRYAM, 2007).

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

3. PERSPECTIVA DE GÊNERO EM SAÚDE

A perspectiva ou enfoque de gênero permite colocar em evidência as relações hierárquicas e de poder que se estabelecem entre homens e mulheres, e, a maneira como essas relações atuam frente a outras variáveis sociais e culturais. A perspectiva de gênero (PG) é reconhecer a diferença entre o sexo (biológico) e o gênero, e como que ela influencia na vida das pessoas, nas suas oportunidades e direitos. Analisar alguma situação com perspectiva de gênero permite entender que a vida de homens e mulheres pode mudar, e que não estão "naturalmente" determinadas; assim, esta perspectiva ajuda a compreender mais profundamente não só a vida das mulheres, mas também dos homens e das relações que se estabelecem entre ambos (RODRIGUEZ et al., 2010).

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



se trata de saúde, as normas e as relações de gênero podem atuar como fatores de proteção ou de risco para mulheres e para homens (OPS, 2010). A masculinidade e a feminilidade estabelecem ordens e repressões, que muitas vezes são percebidas como naturais nas pessoas. Basicamente a saúde, o seu cuidado pessoal, assim como dos outros integrantes da família, e a procura dos atendimentos de saúde, estão socialmente delegadas as mulheres, pois elas cresceram com a ideia de serem as "cuidadoras", aquelas que cuidam do que ocorre dentro da casa. Por outro lado, os homens foram direcionados à produção no mundo público, e, além na sua construção tradicional eles foram criados com a ideia de serem fortes e não mostrar fraqueza, sendo assim, a procura e os cuidados com a saúde vão contra aquela construção social de ser homem (PARCERO, 2012).

Essas diferenças nos estereótipos e papéis de gênero são ambos os prejudicados, não só as mulheres, por exemplo, na diferença nos índices de morbimortalidade entre homens e mulheres. O seguimento da expectativa de vida ao nascer no Brasil desde 1940 a 2018 evidencia que são as mulheres as que tem maior expectativa de vida em comparação aos homens. A expectativa de vida em 1940 foi de 48,3 anos para as mulheres comparado a 42,9 anos para homens; e no ano 2018, 79,9 anos para as mulheres, frente a 72,8 anos para os homens (IBGE, 2019). Existe uma sobremortalidade masculina, que é uma maior mortalidade da população masculina em relação à feminina concentrada principalmente na faixa etária de 15 a 29 anos; sendo assim em um grupo de 20 a 24 anos, um homem tem 4,5 vezes mais chance de não completar os 25 anos do que uma mulher do mesmo grupo de idade.

Isso principalmente pode ser explicado pela maior incidência de óbitos por causa externas ou não naturais, que atinge em maior intensidade a população masculina (IBGE, 2019). Esses dados mais uma vez reforçam as diferenças de gênero: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a morte prematura (causas externas).

Nos homens, muitas vezes as normas de gênero masculinas podem ter um preço em sua própria saúde, pois leva-os a assumir condutas de risco e hábitos menos saudáveis. Além disto, podem apresentar resistência a admitir debilidade que se



traduz na escassa atenção as mensagens de prevenção, promoção da saúde e assistência de serviços de saúde quando é preciso (ARTAZCOZ *et al.*, 2018). Destacam-se também as mortes por transtornos mentais e comportamentais, além de doenças do aparelho digestivo, provavelmente associadas com comportamentos de risco, como uso de drogas, consumo de bebidas alcoólicas e de alimentos ricos em gorduras, entre outros fatores (MOURA, 2012).

Outro exemplo que evidencia as diferenças de ocorrência entre os gêneros é o suicídio que é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Assim segundo D'Eça Junior *et al.* (2019) evidenciam que desde 1996 a 2015 se tem uma tendência crescente no país, com predomínio mais significativo no sexo masculino. Durante o período estudado se registraram 135.977 (79%) óbitos devido ao suicídio em homens e 36.041 (21%) em mulheres. A equipe confirmou que os homens são três vezes mais propensos ao suicídio que as mulheres e ressaltou que esta ocorrência poderia ser atribuída ao desempenho da masculinidade que predispõe ao homem a ter condutas de competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais como armas de fogo. Outro aspecto é a pressão social promovendo a ideia de que os homens têm que ser o suporte e provedor econômico da sua família, condicionando-os a maior estresse.

4. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NUMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

A visibilidade da intervenção do gênero na sociedade e nos diferentes aspectos da vida das pessoas, como na saúde, foram sendo mostradas nas últimas décadas, graças a lutas sociais, basicamente dos movimentos feministas. O que tem resultado em uma série de conquistas em direitos sociais, políticos e econômicos para as mulheres; assim como em direitos ligados a saúde em geral e a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) em particular.

Os avanços nas conquistas dos direitos a respeito da SSR foram dados com maior força a partir da *V Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, celebrada no Cairo em 1994, onde se reconhece que a SSR é fundamental para as



pessoas, o casal e as famílias; assim como para o desenvolvimento social e econômico das comunidades e nações. Definiu-se nessa conferência que a **saúde reprodutiva** é "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos". A **saúde sexual**, por sua parte, foi definida como "uma parte da saúde reprodutiva que inclui o desenvolvimento sexual e saudável, as relações responsáveis e de equidade, um estado livre de doenças, males, violência e outras práticas daninhas relacionadas à sexualidade" (PLAN INTERNACIONAL, 2015, p. 8).

Posteriormente, na *IV Conferência Mundial sobre as Mulheres e sua Plataforma de Ação*, celebrada na China em 1995, pela primeira vez se destaca a importância de envolver os homens e meninos na tarefa de se conseguir a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. A coparticipação masculina é fundamental para a transformação das normas de gênero e de relações de poder, as estruturas e os sistemas subjacentes que perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres, assim como entre as próprias mulheres e entre os próprios homens (MENENGAGE, 2015).

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

É assim que no 2015 as Nações Unidas fizeram uma avaliação dos avanços dos ODM, e, quanto ao terceiro objetivo, verificaram progressos de igualdade para as mulheres e as meninas, na educação, no emprego e na representação política; mas, ainda existem muitas lacunas, particularmente em áreas que não foram abordadas pelos



ODM. Ressaltaram assim que para conseguir a realização universal da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres é essencial abordar as áreas-chave que geram, tanto na lei quanto na prática, a discriminação de gênero, a violência contra as mulheres e meninas, a desigualdade de oportunidades entre mulheres e homens no mercado de trabalho, a divisão desigual de cuidados não remunerado e trabalho doméstico, controle limitado das mulheres sobre bens e propriedade, e a participação desigual das mulheres, na tomada de decisão, nos ambientes públicos e privados (ONU, 2016).

Assim o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD ((PLAN INTERNACIONAL, 2015).estabelece os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que foram construídos sobre as bases estabelecidas pelos ODM, onde se compromete ao trabalho pela igualdade de gênero, pois justamente o quinto objetivo procura "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas". Integrar a perspectiva de gênero nesses objetivos é importantíssimo para gerar mudanças sociais. Pois esses acordos são parte dos norteadores no que diz ao respeito das políticas públicas que se vão estabelecendo e readaptando em diferentes países, como no Brasil.

5. PROCESSO DA GRAVIDEZ E DO NASCIMENTO

O Processo de Gravidez e Nascimento (PGN) é considerando um fenômeno inerente à mulher, seguindo a um determinismo biológico. O homem tem o seu papel reprodutor, mas a sua paternidade não é expressa com tanta veemência como da mãe (PARCERO, 2012). Entretanto, é importante reconhecer que esses processos não só determinam a vida da mulher, mas também a vida dos homens e da própria família.

Segundo García e Diaz (2010), como fato social, o processo reprodutivo é usualmente compartilhado pela mulher e suas redes de apoio, passando desde o afetivo até o econômico, motivo pelo qual o controle do processo não deve ser exclusivo da mulher grávida, mas também envolve a família e, em especial, o companheiro (pai). Assim, o processo da gravidez envolve todos os atores da família, indispensavelmente a



mulher, mas também o homem, pois é uma etapa nova e cheia de mudanças, tanto no aspecto físico (basicamente para a mulher), quanto emocional (para mulher e o homem) e no social (para ambos). Então, assim como a mulher, o homem tem deveres a serem cumpridos e direitos a serem desfrutados, no que diz respeito a essas etapas.

Também é importante considerar que no PGN as pessoas terão que procurar relações mais igualitárias, respeitando mutuamente seus Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Como estabelece ONU Mulheres (2004) é direito de todos os casais e indivíduos: a decidir livremente a (o) sua (seu) parceira (o) sexual; ao desfrute de uma sexualidade saudável; o compromisso e a vontade de assumir conjuntamente as responsabilidades do comportamento sexual; participar responsávelmente no planejamento familiar para decidir o número de filhos, o espaçamento e intervalo das gravidezes; a coparticipação na maternidade e paternidade.

Fica então esclarecido que o PGN se encontra dentro da SSR das pessoas, e abrange as etapas, **o pré-concepcional e a gravidez**. Essas etapas influem muito nas etapas posteriores ao processo da gravidez, quer dizer, na criação e na educação dos filhos e filhas e na sua socialização como indivíduos. Dessa maneira o processo da gravidez, assim como a criação dos filhos e filhas, tem que ser compartilhado pelos homens e pelas mulheres, pois são acontecimentos de responsabilidade de ambos.

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

Nesse contexto, geralmente, a saúde reprodutiva é ainda sinônimo de saúde da mulher, ou seja, centra-se no planejamento familiar (PF), atendimento pré-natal (APN), atendimento do parto, amamentação; e vai passando despercebido outros



aspectos que não correspondem à saúde reprodutiva (OPS, 2010). No entanto, atualmente tem se vivenciando uma mudança devido ao acesso a diferentes direitos e oportunidades, que as mulheres vão ganhando dia a dia, e o papel reprodutivo determinado à mulher, estabelecido historicamente como papel biológico- reprodutivo vai sendo transformado paulatinamente. Assim como menciona Badinter (2011) no aspecto reprodutivo, desde que as mulheres passaram a controlar a fecundidade, por meio de acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC), se beneficiaram em quatro fenômenos: declínio da fertilidade; elevação da idade média da maternidade; aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho e diversificação do modo de vida feminino. Embora não se possa dizer que é uma realidade geral, pois ainda existem desigualdades entre as mulheres, desigualdades relacionadas também por questões de tabus e mitos; apoiados em outros determinantes, como a classe social e a etnia.

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

Esses comportamentos de risco, no que diz respeito a SSR, podem-se evidenciar, por exemplo, nos índices de infecções pela AIDS, que é uma pandemia e um problema de saúde pública no Brasil e no mundo inteiro. Assim, tomando como parâmetro os casos novos de SIDA-AIDS, em 2010, verifica-se que as taxas de incidência são muito maiores entre os homens do que entre as mulheres, sendo para os homens 37,9 casos



novos versus 21 casos novos por 100 mil habitantes no caso das mulheres (MOURA, 2012). É importante complementar a informação no contexto temporal, no Brasil, de 1980 até junho de 2019, foram registrados 633.462 (65,5%) casos de AIDS em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. A relação entre o número de casos de acordo com o sexo é de 23 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres (Brasil, 2019, p.18). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016a) de 1980 a 2019, considerado a procura pelo teste de Doença Sexualmente Transmissível (DST), 86,1% de homens, entre 15 a 24 anos, nunca havia se testado para o HIV, além disto, 64,7% desses indivíduos não conheciam os locais de realização gratuita para esta testagem (BRASIL, 2016a).

Muitos homens nem chegam a buscar cuidados nos serviços de saúde seja por ser assintomáticos, por procurarem tratamentos alternativos ou recomendados por seus amigos. Há ainda, o imaginário a respeito do HIV, ou seja, a ideia de que pode associar-se a homossexualidade, considerando que a AIDS foi estigmatizada naquela população, ou ainda, indicar eventualmente infidelidade conjugal. Estas são questões que interferem na procura por atendimento. Este comportamento põe em risco não apenas o homem, mas também a sua companheira sexual (KUROKAWA e GOMES, 2013).

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

Mas, para que se possam gerar mudanças no panorama mencionado, é preciso que existam também mudanças no setor político, com a posterior criação de políticas públicas. Assim, o governo do Brasil, guiado pelos princípios do SUS a partir do ano 2000, vem aprovando uma série de políticas e portarias que buscam nortear e melhorar as práticas no atendimento de saúde e na promoção da saúde, levando em



consideração a perspectiva de gênero na saúde em geral e na SSR em particular. São exemplo a Portaria N° 569, a Lei N° 11.108 (BRASIL, 2005a) e a Portaria N° 1.944 (BRASIL, 2009), as quais serão abordadas nas seções subsequentes.

5.1 PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL

O **período pré-concepcional** é a etapa onde não se tem gravidez alguma, e, se pode ou não estar planejando-a. Este período, levando-se em conta a instituição de saúde, está relacionado ao atendimento do Planejamento Familiar (PF), definido no art.2º da Lei nº 9.263 (1996) como "conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal" (BRASIL, 2013, p.57). O PF também é apoiado pela Portaria nº1.944 (BRASIL, 2009), que correspondente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no SUS. Esta busca implantar e implementar a atenção à SSR dos homens, estimular a participação e a inclusão deles nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, focalizando nas ações educativas, inclusive no que tange à paternidade, o enfoque de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas. É importante que o casal seja integrado nestas atividades porque é conhecido que pelo menos a metade das gestações não são planejadas - embora possam ser desejadas -, e muitas vezes o não planejamento se deve à falta de orientação ou oportunidades para a aquisição de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2012).

Para um casal, o melhor método a ser usado para evitar tanto DST/AIDS e a gravidez não planejada e/ou indesejada, é a "dupla proteção" (uso de algum método anticoncepcional como pílula, injetável, dispositivo intrauterino, diafragma - associado ao preservativo masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Mas, geralmente este cuidado e prevenção são atribuídos e responsabilizados à mulher. Às vezes também, em relações consideradas como "fixas" pelo casal não se adota o uso da camisinha, por não fazer parte da rotina de vida, pois associam a pouca necessidade de seu uso ao tema da fidelidade, que atinge diretamente as mulheres. Também é surpreendente, que muitas mulheres relatam ocorrência de violência por parte do parceiro ao ser proposto o uso do preservativo, pois ele considera aquela



proposta como que a mulher está traindo-o, e isso deixa vulnerável os direitos e a segurança das mulheres. Por isso faz-se necessária a implementação da atenção em planejamento familiar num contexto de escolha livre e informada e procurando o envolvimento do homem no atendimento de saúde (BRASIL, 2013).

5.2 PERÍODO DA GRAVIDEZ E DO NASCIMENTO

Seguindo ao período pré-concepcional, vem a etapa da gravidez e do nascimento, os quais são abordados nos serviços de saúde no Atendimento Pré-natal (APN) e no atendimento do parto (normal ou cesariano).

Como descreve o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 33),

O objetivo do APN é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

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

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

Um APN e do nascimento de qualidade e humanizado é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para que isso aconteça faz-se necessário: construir um novo



olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os DSR, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção. É assim que a Política Nacional de Humanização adotadas nas ações do APN e o nascimento favorecem a construção duma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes de saúde, contribuindo a cultura da solidariedade; os profissionais de saúde buscam compreender os múltiplos significados e contexto da gestação para aquela mulher, seu parceiro e sua família (BRASIL, 2012).

Fomenta-se além, cada vez mais a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto. Isso é apoiado pela Portaria Nº 569 (BRASIL, 2000), correspondente ao “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS”, que além de outras coisas, zela pelo direito à visita do pai sem restrição de horário, em qualquer momento durante a gravidez ou no parto. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários (as) mediante atitudes humanizadoras, que compreendem iniciativas como se apresentar, chamar aos usuários (as) pelo nome, prestar informação sobre condutas e procedimentos a seguir no atendimento, escutar e valorizar, garantir a privacidade e confidencialidade, incentivar a presença do acompanhante (BRASIL, 2012).

Além a PNAISH instituída no 2009, apostase na perspectiva de inclusão do tema da paternidade e cuidado por meio do Pré-Natal do Parceiro que promove a integração e acolhimento do pai ao PGN, desde a suspeita da gravidez (independentemente do resultado do teste) até o acompanhamento do APN e a presença no parto. O primeiro contato deve ser aproveitado para incorporar o homem nas ações voltadas para o cuidado integral da saúde do homem (como a tomada da pressão arterial, hemogramas, dosagem de glicose, vacinação, entre outros), ofertando desde o início o teste rápido de Sífilis e HIV e o aconselhamento (BRASIL, 2016a).



A presença ativa do pai é importante para que ele fique mais conectado não só emocionalmente mas também na prevenção e cuidados durante a gravidez, como por exemplo, conhecimento dos sinais de alerta, a prevenção de doenças durante a gravidez, como as DST que podem desencadear doenças congênitas ou nascimentos prematuros. Na prática, esta participação não é feita com muita regularidade. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde do Homem-CNSH (BRASIL, 2018), de outubro de 2017 até março de 2018, em todo o Brasil só se fizeram 1.078 atendimentos deste tipo. Infelizmente, é possível encontrar obstáculos e resistências nas mudanças dos processos na incorporação do pai no PGN por parte de alguns gestores/as, trabalhadores/as de saúde. (BRASIL 2016b).

A gestação, o parto, o nascimento são eventos carregados de sentimentos profundos, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (BRASIL, 2005b). A Lei Nº 11.108 (BRASIL, 2005a) procura garantir às parturientes o direito a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o que promoverá um espaço de maior comodidade e segurança para as mães ao vivenciar esse momento.

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

6. PROMOÇÃO DE NOVAS MASCULINIDADES



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

Nesse sentido a masculinidade compõe-se por uma série de atributos, valores, funções e condutas que se supõem essenciais ao homem em uma realidade sociocultural determinada. Podemos afirmar que a masculinidade hegemônica (MH) é o modelo social que têm prevalecido historicamente em todas as sociedades, ou seja, o modelo patriarcal, que ainda prevalece em nossos dias. Este modelo trata-se de um esquema culturalmente construído no qual o homem é apresentado como essencialmente dominante e totalmente oposto ao que é valorizado como feminino, gerando discriminação e subordinação às mulheres e outros homens que não se adaptam a este modelo (BONINO, 2002; KEIJZER, 1997). Como menciona Keijzer (1997, p. 12), “na realidade, não é exagerado comparar a masculinidade com uma nobreza” e completa Jiménez (2003, p.38),

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

Essa construção de MH ou tradicional explica as diferentes atitudes que muitos homens têm em relação a sua participação em processos histórico e biologicamente ligados à mulher, como é o caso do PGN, aos cuidados de sua saúde e a de sua família, na sua participação nos cuidados e tarefas do lar, entre outros. Essas construções tradicionais de masculinidade têm provocado muitas desigualdades ao longo da história, e as que têm maior desvantagem são as mulheres. De acordo com Bryam (2007) as desigualdades de gênero é o fundamento da agressão contra as mulheres, ou seja, a desigualdade de gênero não é apenas uma questão de justiça, é também uma questão de segurança.

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



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

No aspecto da sexualidade masculina, levando em consideração a construção tradicional e hegemônica, a sexualidade é uma questão de poder, onde o homem preocupa-se em reafirmar seu poder sobre as mulheres. O sexo é assumido como rendimento, se mantém a ideia do ego masculino, como uma autoafirmação individual de sua masculinidade, o sexo converte-se em conquista. Os homens consideram-se especialistas na sexualidade, na sensualidade e no prazer, mais no terreno da procriação, consideram-no como feminino, e são basicamente elas, as peritas e responsáveis pela reprodução. Vale lembrar que as relações de poder que se apresentam nessas esferas são quase sempre invisíveis. O problema das relações entre os gêneros é muito sério, pois os homens estão socializados com a ideia de que a sexualidade é um campo de poder e de reafirmação da sua masculinidade e a percepção que os homens têm sobre a mulher é de objeto sexual, então, muitas vezes as relações do casal tornam-se pouco prazerosas, com agressões e abusos que chegam até violações (JIMENEZ, 2003).

Em consequência, considera-se à masculinidade tradicional ou MH é um fator de risco para a saúde do homem e seu entorno, por isso se deve confrontar com outros modelos de masculinidade que incorporem entre seus valores o cuidado e a proteção da vida e da saúde. Pensar em novas masculinidades que fomentem o desenvolvimento de comportamentos cooperativos, cuidadosos, corresponsáveis e mais presentes dos homens em todas as situações sócio sanitárias. Por exemplo, no que respeita à sua participação no cuidado da SSR como a sua participação no PF, no APN, no parto; nos atendimentos pediátricos de suas crianças e no cuidado de sua



própria saúde e dos/das outros integrantes de sua família. (BONINO, 2002). Assim a ruptura da visão única, universal e histórica da masculinidade, em conjunto com a ideia de novas masculinidades, permite formular novas intervenções na vida social, em prol da igualdade de gênero, pois isso beneficia a todos e todas (OPS, 2010).

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

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, acredita-se que, ao incorporar uma perspectiva de gênero ao atendimento do processo da gravidez e do nascimento, estará se promovendo mudanças no que diz respeita a igualdade de gênero em seu aspecto amplo, social. A perspectiva de gênero nesse contexto permitirá ir derrubando estereótipos de gênero tradicionais que fomentam a desigualdade entre homens e mulheres, em contextos ainda considerados muito íntimos e privativos como na sexualidade do casal e na formação das famílias. Destaca-se então que é indispensável adotar essa perspectiva não só no âmbito da SSR, mas também na saúde em geral envolvendo não apenas o casal, o homem e a mulher, mas também a equipe de atendimento em saúde, pois é necessária uma mudança de todas as pessoas envolvidas no processo.



8. REFERÊNCIAS

ARTAZCOZ, Lúcia; CHILET, Elisa; FENÁNDEZ, Ana Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. **Gaceta Sanitaria**. v.32, p. 92-97, 2018.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 222p, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000. **Correspondente ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. 2000. Disponível em:<www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF>. Acesso em: outubro 2015.

BRASIL. Lei Federal Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Lei do parto humanizado. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF. 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.2005a. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html> Acesso em: outubro 2015.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 163p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> Acesso em: janeiro de 2016

BRASIL. Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009 570. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.165, p.61, 27 de agosto. De 2009, Seção 1. 2009. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html> Acesso em: outubro 2015



BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério de Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em: janeiro de 2016.

BRASIL. Saúde sexual e reprodutiva. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).Disponívelem <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf> Acesso em: janeiro de 2016.

BRASIL. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.170 p. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf> Acesso em: novembro 2019

BRASIL. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016b. 55 p. Disponível em:<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf> Acesso em: dezembro 2019

BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Do Homem. Monitoramento Estratégico Pré-Natal do Parceiro. Pai Presente Cuidado e Compromisso. 2018 [online] Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/420122/>>.Acesso em: outubro 2019

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV-AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 70p.Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>> Acesso em: dezembro de 2019



BRYAM, Robert et.al. **Sociologia: sua bússola para o novo mundo.** São Paolo. Congage Learning, 2007, 610p.

BONINO, Luis. **Masculinidad, salud y sistema sanitario.** Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Instituto de la mujer-España/OMS, y actualizado en Ruiz Jarabo C. y Blanco, P (Comp). La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Diaz de Santos. 2004. Disponível em <http://ipes.oaistore.es/img/ipes/00014001_00014500/00014061/descarga/00014061_0001.pdf> Acesso em: setembro 2015

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. v. 2. pp. 19-382, 013.

CARVALHO, Jovanka. **Significados e percepções do homem diante da gravidez de sua companheira com síndrome hipertensiva.** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 130 p, 2010. Disponível em <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFRN_701bb2acc6ce69bb63cc9f10f91e24e9> Acesso em: julho 2016

CASTOLDI, Luciana. **A construção da paternidade desde a gestação até o primeiro ano do bebê.** Tese (Doutorado em Psicologia) -Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 285p.2002.

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

COUTO, Márcia Thereza; SCHRAIBER, Lilia Blima. Homens, saúde e violência: Novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M Y COIMBRA,



C (Org). **Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 687-703, 2005.

D'EÇA JUNIOR, Aurean et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996;2015: qual é a tendência predominante? **Cadernos Saúde Pública.** v27, pp. 20-24, 2019.

GARCÍA, Dailys Jorda; DÍAZ, Zoe Bernal. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. **Revista Cubana Salud Pública.** v.36, n.4, pp. 330-336, 2010.

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

HARRIS, Chris. Patriarcado. In: SCOTT, J. (org). **Sociologia: Conceitos-chave.** Rio de Janeiro: Zahar.245p, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA - IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2018.Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil.** Ministério de Economia Rio de Janeiro: Editora do Ministério de Economia, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf> Acesso em: dezembro 2019.

JIMÉNEZ, Lucero Guzmán. **Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos.** Cuernavaca, Morelos, México: Editora C RIM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, 366p, 2003.

JOVCHELOVITCH, Sandra Vivendo a vida com os outros: Intersubjetividade, espaço público e representações sociais. JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais.** Rio de Janeiro, Brasil: Vozes Ltda. 324 p, 2003.



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

KEIJZER, Benno. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, Salud mental y salud reproductiva. Texto publicado en Tuñón, Esperanza (coord.), **Género y salud en el Sureste de México**, ECOSUR y UJAD, Villahermosa. 1997. Disponível em <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EI%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf>. Acesso em: setembro 2015

KUROKAWA, Neide Emy; SANCHO, Leyla Gomes. O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. V 17, n.45, p. 463-471, 2013.

LAMAS, Marta. La antropología feminista y la categoría "género". **Nueva Antropología**, v.VIII, n.30, p. 173-198, 1986.

NAVARRO, Gracia Maroto; et al. Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. **Revista Española de Salud Pública**, v.83. p: 267-278, 2009.

MENENGAGE. Hombres, Masculinidades y cambios en el poder. **Participación de los hombres en la igualdad del género desde Beijing 1995 hasta 2015**. 67p, 2015.

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

MOURA, Erly. (2012). **Perfil da Situação de saúde do Homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-Instituto Fernandes Figueira. 128p, 2012.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe de 2015**. Disponível em <file:///C:/Users/Comercial%201/Downloads/UNDP_MDG_Report_2015.pdf> Acesso em: Maio 2016.



ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS- ONU Mujeres. **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing** declaración política: declaración política y documentos resultados de Beijing+5.2004. Disponívelem:<www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf>. Acesso em: agosto 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro. 2011 Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf> Acesso em: Abril 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS. Género y salud. **Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud.** 2010. Disponível em: <<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>> Acesso em: Março 2016

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

PARCERO, Sonia de María. (2012). **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.** 2012. 85p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12175/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Sonia%20Parcero.pdf> Acesso em: Março 2016

PLAN INTERNACIONAL. Marco de referencia para la realización de los derechos sexuales y derechos reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. **Plan-Región de las Américas y el Caribe, 2010-2015.** Disponível em: < <https://plan-international.org/> > Acesso em: Maio 2016



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

NÚCLEO DO
CONHECIMENTO

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO

CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

RODRÍGUEZ, Yuriria et al. **Guía para la Incorporación de la perspectiva de género en programas de Salud.** México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva – Secretaria de Salud de México, 57p, 2010. Disponível em: <[www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/GUIA_PERSPECTIV](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO_ssa.pdf)A_GENERO_ssa.pdf> Acesso em: Março 2016

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

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

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

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

Enviado: Outubro, 2020.

Aprovado: Novembro, 2020.