



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Gomes, Romeu; Albernaz, Lidianne; Santos Ribeiro, Cláudia Regina; Nunes Moreira,
Martha Cristina; Nascimento, Marcos

Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a
paternidade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 5, mayo, 2016, pp. 1545-1552

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63045664020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade

Lines of male care geared to sexual health, reproduction and paternity

Romeu Gomes ¹
Lidianne Albernaz ¹
Cláudia Regina Santos Ribeiro ¹
Martha Cristina Nunes Moreira ¹
Marcos Nascimento ¹

Abstract *The article seeks to propose principles for male care geared to sexual health, reproduction and paternity, as well as present a blueprint for the involvement of men in prenatal care. The proposal of the authors was submitted to a consensus building process with invited experts. The main results presented include: (a) the principles of lines of male care geared to sexual health, reproduction and paternity; and (b) a blueprint for the involvement of men in prenatal care. The conclusion drawn is that the cultural preconceptions of how males should lead their lives, including their social relations and roles as fathers interfere in health care actions and touch on three main points: (a) the idea of man as a collaborator in the promotion of the health of his partner while pregnant and/or his offspring; (b) the idea of paternity being strongly linked to being the financial provider; (c) the hiatus generated between the traditional concept of paternity and the new family and gender patterns.*

Key words Men, Prenatal care, Paternity, Line of care

Resumo *O artigo objetiva propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, bem como apresentar um fluxo para o envolvimento de homens no pré-natal. A proposta dos autores passou por processo de estabelecimento de consenso entre especialistas convidados. Como resultados, são apresentados: (a) os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, e (b) proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. Conclui-se que as construções culturais sobre o que compete ao homem na vida, nas relações sociais e como pai, e que interferem nas ações de cuidado à saúde tocam em três pontos: (a) a ideia do homem como colaborador na promoção da saúde da companheira quando grávida e/ou da prole; (b) o exercício da paternidade vinculado fortemente ao sustento da família; (c) os hiatos gerados entre a ideia tradicional de paternidade e os novos arranjos familiares e de gênero.*

Palavras-chave Homens, Pré-natal, Paternidade, Linha de cuidado

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa, Flamengo. Rio de Janeiro RJ Brasil. romeugo@uol.com.br

Considerações iniciais

O presente artigo, de caráter opinativo, objetiva propor princípios para os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade, bem como apresentar um fluxo para o envolvimento de homens no pré-natal.

Entendemos *princípios* como bases estruturantes e fundamentos que norteiam as linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. São pontos de partida para que novas ações sejam pensadas ou as já existentes sejam problematizadas à luz das interrelações que nelas se estabelecem e a partir de seus contextos. Não são normas de procedimentos a serem seguidas.

Por *linha de cuidado* entendemos como *imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde*¹. Numa linha de cuidado, os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita¹.

Saúde sexual e reprodutiva aqui está sendo associada ao direito e à vontade do indivíduo de planejar a constituição ou não da sua família ou entidade familiar, aumentando-a, limitando-a ou evitando a sua prole².

Já *paternidade* é vista como o envolvimento dos homens e a possibilidade de prazer desses sujeitos no que se refere à gravidez, ao parto e aos relacionamentos mais democráticos e equitativos na esfera doméstica³.

Nossa discussão baseia-se na perspectiva relacional de gênero, acreditando que:

*O engajamento dos homens no cuidado tem um efeito positivo sobre a socialização de gênero de meninas e meninos e faz com que as crianças estejam mais abertas para questionar os papéis de gênero tradicionais*⁴.

Além disso, partimos de dois questionamentos. O primeiro deles refere-se à forma de participação masculina na saúde sexual e reprodutiva. Arilha⁵, ao mencionar que alguns profissionais de saúde costumavam entender que se deve estimular a participação dos homens como colaboradores da saúde das suas parceiras, indagava:

*[...] será isso o desejável? Homens, de todas as faixas etárias, não deveriam também se tornar sujeitos de direitos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos?*⁵.

Outro questionamento se relaciona à reflexão de Gomes⁶ sobre o exercício da paternidade que finaliza com as seguintes perguntas:

*Como exercer a paternidade em situações em que a mulher é cabeça do casal? Como se define a figura paterna num casal homossexual que por ventura venha adotar uma criança? O que é ser pai quando não há figura da mãe?*⁶

Esses questionamentos, que datam mais de 15 anos, continuam ainda atuais apesar de alguns avanços. Um deles foi a instituição de uma política brasileira para a saúde do homem⁷, na qual essas questões são tangenciadas. Além disso, vários estudos vêm se debruçando sobre o envolvimento de homens no pré-natal e na paternidade⁸⁻¹⁰.

Nesses estudos, destacam-se os seguintes aspectos: (a) mulheres continuam sendo responsabilizadas pelo planejamento familiar e cuidado dos filhos⁸; (b) ainda há iniquidade entre os gêneros em termos de participação na esfera do cuidado⁹; (c) inclusão dos homens nos cuidados dos filhos envolve questões como: licença paternidade e/ou parental, jornadas de trabalho e transformações nas relações de gênero¹⁰; (d) a importância da participação paterna como um instrumento para melhoria da saúde materna e da criança é reconhecida, mas há uma dificuldade em reconhecer essa participação como um direito dos homens¹⁰; (e) homens sentem-se intimidados pela postura do profissional de saúde que não os acolhe no momento do parto como um ator importante nesse cenário¹¹; e, (f) alguns homens não participam das consultas de suas parceiras, seja por causa da vergonha das próprias gestantes ou dos companheiros, por coincidência com o horário de trabalho, ou por restrição à participação paterna nos serviços de assistência pré-natal¹².

Voltando aos questionamentos de Arilha⁵ e Gomes⁶, não pretendemos respondê-los de forma direta com recomendações específicas. Mas apresentamos propostas que – direta ou indiretamente – tiveram como mote tais questões.

Desenho metodológico

O estudo consiste num trabalho opinativo que parte da experiência dos autores e, em seguida, busca a sua validação por especialistas no assunto, ampliando assim o fórum de opiniões com vista a alcançar um consenso. Para isso adaptamos a técnica de conferência de consenso de Souza et al.¹³. Nessa adaptação, em termos de trajetória metodológica foram seguidas seis etapas.

Inicialmente os autores, com base nas referências aqui mencionadas e em sua experiência acumulada relacionada ao assunto, elaboraram

duas matrizes, uma denominada “Imagem-objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” e outra denominada “Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal”.

Em seguida, foram selecionados especialistas por meio de busca em bases de dados científicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Plataforma Lattes e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com as seguintes palavras-chave: saúde do homem, pré-natal e paternidade. Nessa busca, foi possível identificar 18 especialistas, dos quais 11 aderiram a todas as etapas da validação, sendo quatro homens e sete mulheres. Em termos profissionais, três eram médicos, quatro enfermeiros e quatro psicólogos. Todos tinham experiência na área ou trabalhos que articulassem os temas da saúde do homem, pré-natal e paternidade.

Na terceira etapa submetemos por meio de ferramenta de pesquisa online as duas matrizes aos 11 especialistas com vistas à validação das mesmas. A primeira matriz apresentou 14 princípios divididos em três dimensões: político-gerencial, atenção à saúde e educação na saúde. A segunda apresentou etapas e ações relativas à proposta de um fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. Nas duas matrizes cada especialista poderia pontuar os princípios e as ações propostas numa escala de 0 a 10, na qual 0 significava sem importância ou exclusão e 10 importância máxima. Além disso, ao final de cada dimensão seria possível incluir observações ou sugestões de princípios com descritores ou etapas com ações correspondentes, caso o especialista julgasse necessário.

Na quarta etapa, os autores analisaram a pontuação da primeira versão das matrizes, consolidando os dados e verificando o consenso de opiniões sobre cada princípio/etapa, com base em Souza et al.¹³, através da análise de médias e desvio padrão; médias menores que sete e/ou desvios padrão maiores que dois foram considerados dissensos. Com base nessa análise foram reformuladas as duas matrizes, levando em conta as sugestões de mudanças e inclusões dos especialistas. Nenhum especialista sugeriu excluir um princípio ou ação.

A quinta etapa consistiu em resubmissão das matrizes aos especialistas. Nesse momento não mais cabiam sugestões de inclusões ou exclusões de princípios e ações e sim apenas pontuações.

Por último, foi realizada análise final da validação, levando em conta os mesmos parâmetros¹³ da primeira análise.

Resultados

Houve consenso em relação à maioria dos princípios e etapas propostos, sendo retirado da proposta inicial somente um princípio. Os resultados encontram-se dispostos em dois quadros.

No Quadro 1, os princípios das linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade integram três dimensões: macroprincípios que orientam a planificação das ações e sua gestão (político-gerencial); relações entre profissionais e usuários no trato dos assuntos aqui focalizados (atenção à saúde) e ações educativas voltadas para profissionais e usuários (educação na saúde).

O Quadro 2 aponta para uma proposta de fluxo de envolvimento de homens no pré-natal. As etapas não são necessariamente lineares ou excludentes. Elas, em determinados momentos, podem coexistir e, até mesmo, se superpor.

Acreditamos que a integração dos princípios (Quadro 1) e do fluxo (Quadro 2) configuram o que entendemos por linha de cuidado.

Discussão

Os princípios e o fluxo englobam temas transversais, que servem para o desenvolvimento da discussão. Essa discussão remonta às perspectivas filosóficas, orientadoras de reflexão e crítica, promotoras de conhecimento. E aqui destacamos que a filosofia não aponta um bem em si, mas configura-se como a primeira forma sistematizada de produção de estranhamento sobre o mundo e busca de explicações que podem levar a respostas e a encaminhamentos diferentes. Assim, assumimos a proposição baseada em três temas transversais e geradores de mudanças, voltados para a diversidade e a pluralidade: 1) as polaridades na representação do masculino que o têm como referência e hierarquizam as relações com as dimensões do feminino e da infância, as quais precisam ser relidas à luz de luta por hegemonia, sendo relativizadas; 2) a equidade no reconhecimento dos marcadores sociais da diferença; 3) a participação social como ferramenta promotora de direitos no acesso e acolhimento.

Quadro 1. Imagem-Objetivo para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade.

| Dimensão político-gerencial | |
|--|---|
| Princípio | Descritor |
| Equidade de gênero | Igualdade dos direitos entre os gêneros e busca da superação das desigualdades entre homens e mulheres. |
| Pluralidade da concepção masculina | Concepção sobre as especificidades de socialização dos homens a partir de uma visão relacional de gênero, cor/raça, classe social, idade e orientação sexual. |
| Organização voltada para o atendimento às necessidades de saúde de homens de diferentes perfis | Organização das ações orientadas para o processo saúde-doença-cuidado, contemplando as necessidades biopsicossociais de homens de diferentes perfis e levando em conta os diferentes contextos locais e regionais. |
| Organização da atenção à saúde em rede | Valorização da dimensão simbólica dos vínculos sociais que atravessam as relações de gênero, promovendo o diálogo intersetorial (trabalho, saúde, lazer, dentre outros). |
| Acompanhamento, avaliação e transparência da gestão | Acompanhamento e avaliação das ações voltadas para homens no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade com vistas a, de um lado, gerar evidências sobre seu alcance e impacto e, de outro, promover transparência na comunicação com as pessoas, famílias, responsáveis, com a mídia e com a sociedade. |
| Ambiência voltada para as relações de gênero, parentalidade e geração | Organização dos serviços não só a partir de sua função instrumental de oferecimento de tratamentos, exames, remédios, práticas e técnicas; mas como espaços de encontros e mudanças de atitudes. Envolve a promoção de outros valores que desconstruam a associação exclusiva do masculino a contágio/transmissão/periculosidade/ameaça. |
| Dimensão da atenção à saúde | |
| Promoção de uma atenção integral | Organização das práticas dos cuidados masculinos (individuais e coletivos), a partir da identificação das necessidades biopsicossociais, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. |
| Atenção baseada no acolhimento | Garantia da perspectiva intersetorial no diálogo entre os espaços onde os homens constroem referências, tais como os espaços educacionais, do lar, do mundo do trabalho e de grupos de filiação, que necessariamente não estão referidos ao sistema de saúde em suas funções e instituições. Significa também acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. |
| Envolvimento dos homens nas consultas do pré-natal, parto e pós-parto | Valorização e incentivo à participação dos homens de diferentes perfis em todas as etapas da gravidez (pré-natal, parto e pós-parto), respeitando o direito de escolha do acompanhante pela mulher. |
| Atenção relacionada à vulnerabilidade e ao risco | Problematização da divulgação de imagens que relacionam o homem ao risco, principalmente reificando sua imagem como sujeito de contágio, violência, susceptibilidade às drogas lícitas e ilícitas; ou ainda, como sujeito que não está presente em momentos de cuidado aos filhos. |

continua

Quadro 1. continuação

| Dimensão da educação na saúde | |
|--|---|
| Princípio | Descritor |
| Educação, saúde e comunidades de prática | Consideração dos possíveis espaços de atenção à saúde, em geral, e em especial a masculina, considerando as diferenças relacionais de gênero, geração, classe e etnia. |
| Qualificação profissional | Qualificação dos profissionais para atuarem com homens de diferentes perfis numa perspectiva de gênero, a partir da realidade do trabalho em saúde. |
| Promoção de grupos de homens e/ou mistos | Incentivo à formação de grupos de discussão com foco nas questões de gênero e saúde, voltados para homens, ou para homens e mulheres, no âmbito da saúde sexual, reprodução e paternidade, como uma estratégia de transformação das relações de gênero. |
| Reflexão da equipe profissional sobre masculinidade, saúde e paternidade | Promoção da reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, saúde, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens. |

Quadro 2. Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal.

| Etapas | Ações |
|---|--|
| Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação do pai no pré-natal, parto e pós-parto. • Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo, suas expectativas em relação à paternidade, pré-natal, parto e pós-parto. • Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar – com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo – as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas. • Discutir as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, de métodos contraceptivos. • Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companhia ou par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par e favorecendo a importância deste homem neste processo. • Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, parto e pós-parto. |
| Realização de exames, testes rápidos e vacinação | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança. • Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação. |
| Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais | <ul style="list-style-type: none"> • Durante as consultas do pré-natal, manter o diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e possíveis estressores relacionados à gravidez. • Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal pode assegurar a manutenção da saúde da criança e deles. |
| Envolvimento dos homens no parto e no puerpério | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito da escolha do acompanhante pela mulher. |

O primeiro vai ao encontro das *representações culturais*¹⁴ do masculino que relacionam os homens às ideias de risco, força, pressa e provisão.

Essas representações reificam um modelo de masculinidade que embaça ou apaga outras possibilidades da existência masculina, podendo limitar as ações de saúde masculina e reduzir as possibilidades de apoio dos homens/parceiros/pais no cuidado à saúde da mulher e da criança, e/ou a relacionar o masculino às ideias de contágio, violência, opressão dessa díade. Ideias que promovem o afastamento do homem dos serviços de saúde. Apoiados em Gramsci¹⁵, compreendemos que determinadas representações culturais tornam-se hegemônicas, prevalecendo no espaço e no tempo. Mesmo não sendo únicas, se afirmam a partir de uma posição no campo, servindo à organização de forças sociais e, no caso apontado acima, organizando papéis relacionais de gênero. Ousamos dizer que, dentro dessa tradição, o plano das ideias, noções, valores, expectativas sociais compartilhadas – matéria-prima das representações culturais¹⁴ – possui um papel fundamental na mudança social. Nesse sentido, cabe perguntar o que aconteceria se tivéssemos um movimento de homens em que determinadas iniciativas masculinas – como, por exemplo, homens que ao casarem assumem como sobrenome o nome da mulher¹⁶ e não o contrário, ou ainda homens que assumem a casa e o cuidado aos filhos, enquanto as suas mulheres trabalham – fossem iluminadas e se associassem aos movimentos por direitos ampliados?

O segundo evoca os *marcadores sociais da diferença, a equidade no acesso e as necessidades equitativas de cuidado* – gênero, raça/cor, classe social, idade, escolaridade, orientação sexual – com destaque para os papéis de gênero e orientação sexual. Aspectos que vão ao encontro do debate sobre rearranjos familiares e de gênero baseados no prazer de cuidar de si ou do outro, no envolvimento afetivo e sexual, e na construção da parentalidade. Nessa direção, algumas ideias já foram discutidas em estudo anterior³, mas ensejam mais discussões. Uma delas, que atravessa os nossos princípios e o fluxo, é o desejo de problematizarmos as fronteiras entre sexo e gênero, homem e mulher, masculino e feminino, pai e mãe³, tendo em conta diferentes arranjos familiares³. Nesse sentido, haverá momentos que mais do que paternidade, seja preciso abordar a parentalidade, como um conjunto de funções voltadas para o desenvolvimento da autonomia e do sentimento de segurança das crianças, que garanta a generatividade¹⁷. Será preciso pensarmos ainda

na homoparentalidade, no caso de famílias formadas por pessoas do mesmo sexo. Ou ainda, na parentalidade de pessoas transexuais e/ou travestis^{3,18}. E, nessa diversidade, será importante que o acolhimento e a criação da criança seja vista a partir do estabelecimento de vínculos, e de uma relação de troca de bens de cuidado³.

O terceiro tema evoca as evidências no direito de acesso e decisões em saúde: a *participação* no cuidado em saúde que convoque homens, mulheres e crianças presentes nas diversas cenas e espaços de promoção de saúde; onde são requeridas mudanças físicas e conceituais, requalificação dos ambientes. Na medida do possível, e resguardado o que justifica o sigilo e a privacidade, parece muito promissora a ideia de expansão do consultório e da relação, para conversas em salas de espera ou rodas de bate-papo que estimulem a reflexão, a crítica e a participação. Essa ideia funciona como estratégia dialógica de acolhimento do outro em sua diversidade, em que a solidão de quem espera pode reconfigurar-se em fala, em “inter-a-ação”, transformando o embate de ideias em material de trabalho.

Essas conversas podem lançar mão também do lúdico, dos jogos, para promover discussões sobre papéis de gênero, diversidades, impasses cotidianos a respeito das escolhas de cuidado, gerência entre universo doméstico e vida pública, educação dos filhos e exercício da parentalidade. Assim, os serviços de saúde podem ser percebidos como espaços de promoção da vida, da saúde e de vínculos. O tema *participação* também guarda em si a potência do convite aos profissionais de saúde a se colocarem num movimento contra-hegemônico, reposicionando-se frente aos usuários numa atitude que remeta menos ao ensinamento, e mais às trocas e aprendizados.

A necessidade de iluminar outras possibilidades de interpretação sobre o cuidado masculino – o cuidado de si e o que oferece ao outro – se faz urgente quando reconhecemos que as ações de saúde reificam uma tradição cujos modelos são confrontados pela multiplicidade de devires da contemporaneidade, e pelos índices de morbimortalidade masculina, quando comparados aos femininos^{19,20}. Assim, ainda são surpreendentemente atuais as observações de Arilha⁵ e Gomes⁶ mesmo passadas quase duas décadas.

Considerações finais

As opiniões aqui focalizadas esbarram de certa forma com alguns limites. Um deles refere-se ao

fato de que por se tratar de uma discussão muito recente e contemporânea, não nos resumimos unicamente a nossa experiência, mas submetemos a nossa opinião a um fórum mais ampliado. No entanto, a busca de especialistas nesse assunto se tornou um desafio, uma vez que não é simples identificá-los em uma área que ainda carece de maior visibilidade.

O segundo limite traduz-se no que o artigo oferece ou pretende oferecer de contribuições ao campo da saúde. Pode vir a provocar a expressão da tensão existente entre o modelo tradicional de família e outros arranjos familiares. Assim, ao propormos arranjos que abordem linhas de cuidado para ações de saúde voltadas, por exemplo, para “pares do mesmo sexo”, podemos no mínimo trazer um certo estranhamento tanto de usuários como de profissionais.

As interfaces entre as construções culturais sobre o que compete ao homem na vida, nas relações sociais e como pai, e que interferem nas ações de cuidado à saúde tocam em três pontos: a) a ideia do homem como colaborador na promoção da saúde da companheira quando grávida e/ou da prole; b) o exercício da paternidade vinculado fortemente ao sustento da família; c) os hiatos gerados entre a ideia tradicional de paternidade e os novos arranjos familiares e de gênero. Ressaltamos que esses pontos estão inseridos em uma arena política de intensos debates nacionais e internacionais sobre o envolvimento dos homens na saúde, no exercício da paternidade e na promoção da igualdade de gênero. Dessa maneira, não podemos descolar nossas análises de um contexto global mais amplo em que estes temas estão sendo continuamente problematizados.

Tais ideias/entendimentos encontram forte investimento de grupos tradicionais e reproduzem sentidos que ignoram as mudanças em curso no contexto das lutas dos grupos e sujeitos por afirmação e reconhecimento. Esses investimentos

que ocorrem em diversas frentes, se realizam, por exemplo, no cenário Legislativo Federal onde um Projeto de Lei apresentado como “Estatuto da Família”, ignora a diversidade dos arranjos familiares, o prazer que cimenta as relações afetivas e as transformações nos papéis de gênero, apontando para um modelo único de família, e indo contra o que vemos na realidade.

Colaboradores

L Albernaz, CRS Ribeiro, MCN Moreira e M Nascimento, sob a coordenação de R Gomes, participaram em todas as fases do estudo e na redação do artigo.

Agradecimentos

Por terem participado da técnica de consenso, agradecemos aos seguintes profissionais: Bárbara Tarouco da Silva, Caroline Oliveira de Castro, Eduardo Schwarz Chakora, Fabio de Mello, José Medeiros do Nascimento Filho, Márcia Reis Longhi, Marcus Renato L. N. de Carvalho, Maria Cristina Montenegro Pereira, Maria Luiza Mello de Carvalho, Viviane Manso Castello Branco e Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas.

Referências

1. Pessoa LR, Santos EHA, Torres KRBO, organizadores. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. [acessado 2015 out 17]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf
2. Gomes R. *Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero: projeto de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3589-3598.
4. Instituto Promundo. Programa P. Manual para o exercício da paternidade e do cuidado. Rio de Janeiro: Instituto Promundo; 2014. [acessado 2015 out 12]. Disponível em: <http://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Programa-P-Manual-para-o-exercicio-da-paternidade-e-do-cuidado.pdf>
5. Arilha M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B, organizadores. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS, Ed. 34; 1998. p. 51-77.
6. Gomes R. As questões de gênero e o exercício da paternidade. In: Silveira P, organizador. *Exercício da paternidade*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1998. p. 175-181.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
8. Ávila MB, Ferreira V, organizadores. Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres. Recife: SOS Corpo; 2014.
9. Kato-Wallace J, Barker G, Eads M, Levto R. Global pathways to men's caregiving: Mixed methods findings from the International Men and Gender Equality Survey and the Men Who Care study. *Global Public Health* 2014; 9(6):706-722.
10. Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta paul enferm* 2007; 20(2):131-137.
11. Medrado B, Lyra J, Oliveira AR, Azevedo M, Nanes G, Felipe DA. Políticas públicas como dispositivo de produção de paternidades. In: Moreira LVC, Petrini G, Barbosa FB, organizadores. *O pai na sociedade contemporânea*. Bauru: EDUSC; 2010. p. 53-79.
12. Pesamosca LG, Fonseca AD, Gomes VLO. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *Rev Mineira de Enfermagem* 2008; 12(2):182-188.
13. Souza LEPP, Silva LMV, Hartz ZM. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 65-102.
14. Laplantine F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea à luz de uma experiência brasileira. In: Jodelet D, organizadora. *Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 241-259.
15. Gramsci A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.
16. Quando o homem assume o sobrenome da mulher. [acessado 2015 out 18]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/quando-homem-assume-sobrenome-da-mulher-17805074>
17. Barroso RG, Machado C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psicologia* 2010; 52(1): 211-229.
18. Zambrano E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horiz. antropol.* 2006; 12(26):123-147.
19. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
20. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(10):2569-2578.

Artigo apresentado em 19/10/2015

Aprovado em 10/12/2015

Versão final apresentada em 12/12/2015