



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

---

Londrina  
2025

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de doutor. Área de concentração: Serviço Social e Política Social.

Londrina  
2025

### Ficha Catalográfica

C194m CAMPANUCCI, Fabrício da Silva.  
Masculinidades e o acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social /  
Fabrício da Silva CAMPANUCCI. - Londrina, 2025.  
144 f.

Orientador: LIRIA MARIA BETTIOL LANZA.  
Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade  
Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2025.  
Inclui bibliografia.

1. gênero; masculinidades; acesso às Políticas de Saúde e Assistência  
Social - Tese. I. LANZA, LIRIA MARIA BETTIOL. II. Universidade Estadual  
de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-  
Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36

FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Evelyn Secco Faquin  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Sandra Lourenço de Andrade Fortuna  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Flavia Fernandes de Carvalhaes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Reginaldo Moreira  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 12 de setembro de 2025.

## AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos nesta tese me fez lembrar de muitas pessoas. Pessoas que me estimularam a fazer Doutorado desde que defendi minha dissertação de mestrado, pessoas que acreditaram na minha capacidade de desenvolver esta pesquisa desde o início do meu ingresso nesta jornada, pessoas que me alertaram sobre as dificuldades que encontraria e sobre a exaustão que a pós-graduação pode gerar ao estudante trabalhador, pessoas que olharam desconfiadas, pessoas que me levantaram em vários momentos e pessoas que seguraram minhas mãos até o fim, como é o caso do meu marido, Luciano Augusto Gomes, e da minha orientadora, Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza.

À todas vocês, meu muito obrigado!

Preciso nominar meus agradecimentos a psicóloga feminista Amanda Gaion Pedro e a destemida assistente social Maria Edna Chagas Silva, que me fizeram enxergar possibilidades de combater preconceitos e desconstruir estereótipos através do processo de execução da Política de Assistência Social, desde meu primeiro emprego como assistente social, em 2012.

Agradeço imensamente aos homens que aceitaram participar desta pesquisa.

Agradeço também a todas as professoras do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, em especial as Dras. Evelyn Secco Faquin, Andréa Pires Rocha e Sandra Cordeiro.

Agradeço à Profa. Dra. Flavia Fernandes de Carvalhaes e ao Prof. Dr. Reginaldo Moreira, que, ao lado das Profas. Líria e Evelyn contribuíram grandemente com esta pesquisa através da banca de qualificação.

Agradeço às colegas de trabalho Heloiza, Fernanda, Gislaine, Flavia, Barbara, Susana, Lorraine e Yara pelas contribuições, incentivos e, principalmente, por me suportarem nestes últimos quatro anos.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro concedido através da bolsa de estudo.

E por fim, agradeço a minha família e às minhas amigas Chiara, Daniela, Deisi e Denise, que nunca duvidaram que este processo seria concluído.

*“Esse homem macho, machucado  
Esse homem violento, homem violado  
Homem sem amor, homem mal amado  
Precisamos nos responsabilizar, meus amigos  
A gente cria um mundo extremo e opressivo  
Diz aí, se não estamos todos loucos  
Por um abraço  
Que cansaço!  
Cuidado com o excesso de orgulho  
Cuidado com o complexo de superioridade, mas  
Cuidado com desculpa pra tudo  
Cuidado com viver na eterna infantilidade  
Cuidado com padrões radicais  
Cuidado com absurdos normais  
Cuidado com olhar só pro céu  
E fechar o olho pro inferno que a gente mesmo é capaz  
Cuida, meu irmão  
Do teu emocional  
Cuida do que é real  
Cuida, meu irmão  
Do teu emocional  
Cuida do que é real  
Minha alma é profunda e se afoga no raso  
Eu fico zozzo, fico triste  
Fico pouco, fico escroto  
Eu sigo à risca o que é ser homem  
Isso não existe, a vida insiste  
O tempo todo que eu repense  
O que é ser homem?  
O que é ser homem?  
O que é ser homem?  
Há tantos e tantos  
E tantos e tantos e tantos  
Possíveis homens  
Ser homem por querer se aprender, todo dia  
Dominar a si mesmo  
Apesar de qualquer fobia, respeito  
Tem que ter peito  
Tem que ter colher pra amar direito  
Vou dizer que não?  
Esperando sentado por salvação?  
Conexão, empatia, verdade  
Divino propósito, responsabilidade  
Deitar a cabeça no travesseiro e sentir paz  
Por ter vivido um dia honesto  
Ah  
Ser homem exige muito mais do que coragem  
Muito mais do que masculinidade  
Ser homem exige escolha, meu irmão  
E aí?”*

*(Masculinidade – Tiago Iorc, 2020)*

## RESUMO

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **Masculinidades e o acesso às políticas de saúde e assistência social**. 2025. 144 f. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

Identificar como os indivíduos se entendem como homens e manifestam suas masculinidades é um dos caminhos para entender o acesso da população masculina às políticas de Saúde e Assistência Social, já que seus hábitos, comportamentos e visões sobre o significado de masculino podem afastá-los dos serviços de Saúde e dificultarem suas compreensões sobre a Assistência Social enquanto um direito. Considerando que a multidimensionalidade da categoria acesso envolve aspectos como a organização da oferta das políticas, as informações disseminadas sobre os serviços e benefícios e absorvidas pela população, assim como as representações simbólicas e culturais das cidadãs e dos cidadãos sobre seus direitos, esta pesquisa questiona como as concepções e expressões das masculinidades interferem no acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social. O objetivo geral é analisar as trajetórias de homens no acesso a estas políticas em interface com as masculinidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental e de campo, que verifica como os sujeitos compreendem os homens e expressam suas masculinidades; problematiza o acesso da população masculina às políticas mencionadas; e discute a relação entre a configuração da oferta e a aceitabilidade dos homens que as acessam. As características das políticas em tela e a composição das redes de serviços existentes foram descritas a partir das pesquisas documental e bibliográfica. A pesquisa de campo foi conduzida por meio de entrevistas em profundidade, aplicadas com cinco homens na faixa etária de 28 a 65 anos, atendidos pelas políticas de Saúde e Assistência Social no município de Cambé, entre os anos de 2018 e 2023. Os resultados obtidos através da análise de conteúdo apontam que por não serem prioridade das ações socioeducativas, o acesso dos homens à política de Assistência Social limita-se a procura espontânea por benefícios. Apesar de serem acolhidos e orientados sobre os serviços e benefícios socioassistenciais, eles ainda apresentam desconhecimento sobre o que de fato acessam. No âmbito da saúde, as trajetórias demonstram que o descrédito do SUS e as diversas dificuldades na utilização da rede de serviços constroem barreiras organizacionais, informacionais e socioculturais que continuam comprometendo a aceitabilidade do acesso e dificultando a alteração das práticas curativas entre os homens. No entanto, mesmo no crítico contexto das políticas sociais brasileiras, seus objetivos configuram possibilidades de ressignificar as masculinidades e fortalecer as históricas lutas contra toda violência gerada pela naturalização da dominação masculina. Por isso, espera-se que esta pesquisa possa oferecer conhecimentos capazes de qualificar o acesso e a inclusão da população masculina nas formulações e nos processos de execução da Políticas de Saúde e Assistência Social na perspectiva de reconstruir relações de gênero horizontalizadas.

**Palavras-chave:** gênero; masculinidades; acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social

## ABSTRACT

CAMPANUCCI, Fabrício da Silva. **Masculinities and Access to Health and Social Assistance Policies**. 2025. 144 p. Doctoral dissertation presented to the Graduate Program in Social Work and Social Policy - State University of Londrina, Londrina, 2025.

Identifying how individuals understand themselves as men and express their masculinities is one way to understand men's access to health and social assistance policies, as their habits, behaviors, and views on the meaning of masculinity can distance them from health services and hinder their understanding of social assistance as a right. Considering that the multidimensionality of access involves aspects such as the organization of policy provision, the information disseminated about services and benefits and absorbed by the population, as well as citizens' symbolic and cultural representations of their rights, this research questions how conceptions and expressions of masculinities influence men's access to health and social assistance policies. The overall objective is to analyze men's trajectories in accessing these policies as they relate to masculinities. This is qualitative, documentary, and field research that examines how individuals understand men and express their masculinities; problematizes male access to these policies; and discusses the relationship between the configuration of the provision and the acceptability of men who access them. The characteristics of the policies in question and the composition of existing service networks were described based on documentary and bibliographic research. The field research was conducted through in-depth interviews with five men aged 28 to 65, served by Health and Social Assistance policies in the municipality of Cambé, between 2018 and 2023. The results obtained through content analysis indicate that, because they are not a priority in socio-educational actions, men's access to Social Assistance policies is limited to spontaneously seeking benefits. Despite being welcomed and informed about social assistance services and benefits, they remain unaware of what they actually access. In the healthcare field, the trajectories demonstrate that the discrediting of the Unified Health System (SUS) and the various difficulties in utilizing the service network create organizational, informational, and sociocultural barriers that continue to compromise the acceptability of access and hinder changes in healing practices among men. However, even within the critical context of Brazilian social policies, their objectives offer possibilities for redefining masculinities and strengthening the historical struggles against all violence generated by the naturalization of male domination. Therefore, it is hoped that this research will offer knowledge capable of improving male access and inclusion in the formulation and implementation processes of Health and Social Assistance Policies, with a view to rebuilding horizontal gender relations.

**Key-words:** gender; masculinities; access to Health and Social Assistance Policies

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Identificação dos participantes da pesquisa por idade, estado civil  
profissão e fonte de renda .....17
- Quadro 2** - Identificação dos participantes pela composição e vínculos familiares.....17
- Quadro 3** - Número de atendimentos, de benefícios concedidos e de famílias  
inseridas em atividades coletivas – Proteção Social Básica – CRAS.....84
- Quadro 4** - Número de trabalhadoras/es do SUAS no município de Cambé .....85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACESF	Administração dos Cemitérios e Serviços Funerários de Londrina
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATSH	Área Técnica de Saúde do Homem
BNDT	Biblioteca Nacional de Dissertações e Teses
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BPC PCD	Benefício de Prestação Continuada para Pessoas com Deficiência
CAD	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCI	Centro de Convivência da pessoa idosa
CECAD	Consulta, Seleção e Extração de Informações do Cadastro Único
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP - UEL	Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
CMDM	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
CMDPI	Conselho Municipal da Pessoa Idosa
CMPIR	Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTP	Companhia de Terras Norte do Paraná
COMSEA	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar

CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
GTI - M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário de Londrina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LA	Liberdade Assistida
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBTQUIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais
LÍLACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social National
NIS	Número de Inscrição Social
NIT	Número de Inscrição do Trabalhador
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PAS	Política de Assistência Social
PBF	Programa Bolsa Família
PCF	Programa Criança Feliz
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PL	Partido Liberal
PLC	Programa Leite das Crianças
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PRD	Partido da Renovação Democrática
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviço Comunitário
PSD	Partido Social Democrático
PSE	Programa Saúde na Escola
PSE	Proteção Social Especial
RF	Responsável Familiar
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIBEC	Sistema de Benefícios
SICON	Sistema de Condicionalidade
SUASWEB	Sistema informatizado do Ministério do Desenvolvimento Social
SMASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento fora do domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1</b>	<b>Entre vivências, descobertas e inquietações: a formulação do problema da pesquisa e a definição do objeto de estudo</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2</b>	<b>Caracterização dos participantes da pesquisa</b> .....	<b>23</b>
<b>1.3</b>	<b>A relevância desta pesquisa na produção de conhecimento</b> .....	<b>28</b>
<b>1.4</b>	<b>A localização da pesquisa</b> .....	<b>30</b>
<b>2</b>	<b>GÊNERO, PATRIARCADO E MASCULINIDADES</b> .....	<b>34</b>
<b>2.1</b>	<b>Os estudos das masculinidades e os questionamentos sobre os significados de ser homem</b> .....	<b>41</b>
<b>2.2</b>	<b>Masculinidades no Brasil</b> .....	<b>46</b>
<b>2.1</b>	<b>As expressões das masculinidades e a dimensão sociocultural do acesso</b> .....	<b>57</b>
<b>3</b>	<b>PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO</b> .....	<b>65</b>
<b>3.1</b>	<b>O acesso nas políticas de saúde e assistência social</b> .....	<b>71</b>
<b>3.2</b>	<b>A dimensão organizacional do acesso à política de saúde</b> .....	<b>77</b>
<b>3.2.1</b>	A dimensão organizacional do acesso à saúde no município de Cambé .....	79
<b>3.2.2</b>	Atenção básica da política municipal de saúde: o acesso nos territórios.....	83
<b>3.2.3</b>	Organização da atenção de média complexidade em Cambé .....	85
<b>3.2.4</b>	As trajetórias de acesso dos homens à política de Saúde.....	86
<b>3.3</b>	<b>A dimensão organizacional do acesso à política de assistência social</b> .....	<b>94</b>
<b>3.3.1</b>	A dimensão organizacional do acesso no âmbito local: a política de assistência social em Cambé.....	104
<b>3.3.2</b>	Organização da proteção social básica da política municipal de assistência social .....	109
<b>3.3.3</b>	Organização da proteção social especial da política municipal de assistência social .....	112
<b>3.3.4</b>	As trajetórias de acesso dos homens à política de assistência social.....	114
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>125</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
<b>APÊNDICE A</b> .....	145
<b>APÊNDICE B</b> .....	147
<b>APÊNDICE C</b> .....	149
<b>ANEXO 1</b> .....	151

## 1 INTRODUÇÃO

Entender o acesso enquanto uma categoria multidimensional implica considerar que suas diferentes dimensões – informacional, sociocultural, organizacional, financeira, geográfica – podem ser tanto facilitadores quanto barreiras de acesso para a população. Nesta pesquisa, as dimensões organizacional, sociocultural e informacional são exploradas com o objetivo de analisar as trajetórias de homens no acesso às políticas de Saúde e Assistência Social em interface com as masculinidades. Isto porque compreendemos que os hábitos, os comportamentos e as visões identitárias tanto da população quanto das equipes que executam as políticas em tela interferem positiva ou negativamente no alcance destas ações públicas e na aceitabilidade do acesso.

Estas constatações não surgiram ao acaso. Elas envolvem minhas experiências pessoais, acadêmicas e profissionais. Por isso, descrevo a seguir, os caminhos de formulação do problema da pesquisa e da definição do objeto deste estudo.

No segundo capítulo, os estudos sobre gênero, patriarcado e masculinidades são explorados a fim de enfatizar a urgência em fortalecer as lutas contra a persistente dominação masculina.

As trajetórias de homens no acesso às políticas de Saúde e Assistência Social são apresentadas no terceiro capítulo, a partir da contextualização da proteção social no Brasil e da discussão sobre as dimensões organizacional, sociocultural e informacional do acesso em interface com as masculinidades.

### 1.1 ENTRE VIVÊNCIAS, DESCOBERTAS E INQUIETAÇÕES: a formulação do problema da pesquisa e a definição do objeto de estudo

Antes mesmo de nascer, “um conjunto de desejos e expectativas adultas” (Butler, 2024, p. 34) é externalizado através da atribuição de um sexo para o bebê: vai ser menino ou menina? Após o nascimento da criança, esta definição binária segue sendo reforçada reiteradas vezes nos âmbitos familiar, escolar, religioso, estatal (institucional) e social. Nas palavras de Butler (2024, p. 36), “ninguém chega ao mundo isolado do conjunto de normas que nos aguarda de tocaia”.

Assim, a imposição do que é “ser homem” e do que é “ser mulher” invade nossas vidas praticamente desde a concepção, perpassa a infância e segue durante a fase adulta provocando apreensões, rejeições, frustrações, descobertas, dúvidas e questionamentos. É um

processo permeado por relações de poder e por uma forjada necessidade de autoafirmação e enquadramento nos padrões estabelecidos. Espera-se que meninos se diferenciem das meninas pela forma como se vestem, se comunicam, se divertem, cumprem ou não as regras que lhes são impostas.

Se os meninos apresentarem alguma semelhança com o feminino, ou, de alguma forma, não seguirem os padrões machistas cristalizados no meio em que vivem, estarão sujeitos a julgamentos, violência física e psicológica, ameaças, conflitos familiares, e, em muitos casos, até a morte.

As estratégias de autodefesa e afirmação das masculinidades são distintas e influenciadas pelas relações sociais, sofrendo variações de acordo com o contexto social.

Em grande parte do Brasil, a imagem idealizada de um “homem de verdade” representa força física, potência sexual e valentia. Crescemos ouvindo e reproduzindo expressões como “Seja homem! Homem não chora! Se você for homem... Fale como um homem! Eu sou sujeito homem!”, sem saber que este projeto de hipervirilidade é impraticável pela maioria da população masculina (Trevisan, 2021). Trata-se de um processo de testagem, regulação e autoafirmação das masculinidades que fatalmente resulta na sobreposição de uma masculinidade sobre as outras.

São expressões transformadas em práticas que carregam traços de brutalidade, contrapondo-se a todo e qualquer mínimo traço do que é visto como naturalmente feminino. É como se o cuidado (da família, das pessoas e da casa) e o autocuidado, a demonstração de carinho, a delicadeza e a sensibilidade fossem restritas a população feminina e, portanto, vistos como sinônimos de subalternidade.

Os casos relatados por Trevisan (2021, p. 14), sobretudo o do “matador confesso” Jonas Felix da Silva, nos mostram o peso do “fardo de ser homem”, “com a obrigação de ter coragem sempre, mostrar-se durão, enfrentar o mundo através da força - muitas vezes com requintes de crueldade, mas também de inconsciência”.

No meu caso, gay, pobre e de família católica, os questionamentos sobre “o que é ser homem” começaram a incomodar no início da adolescência, quando já era chamado de “bicha” frequentemente. Por isso, posso afirmar que a desvalorização da nossa masculinidade é um processo doloroso e violento.

Enquanto me torturava pensando “por que sou assim? Por que tenho esses sentimentos por meninos? Se nasci “homem”, não deveria sentir atração sexual por meninas? Eu sou menos homem por ser gay?”, sentia que eu era menos gente. E este sentimento se concretizou de várias formas violentas. Em uma noite que parecia comum, ao sair de um evento

público que ocorria na avenida principal do município, ouvi alguém me chamando. Eu estava com duas amigas e um amigo. Quando parei para ver quem era, levei um soco no rosto e vários meninos começaram a me socar e chutar. Uma das amigas tentou me defender e foi empurrada por eles. Rapidamente, me vi no meio de vários jovens que me chutavam sem parar. Consegui sair correndo e, felizmente, não tive ferimentos graves, mas este episódio de violência abalou significativamente aquele momento da minha vida e instalou em mim um medo difícil de controlar.

Este “rótulo derradeiro de desprezo” (Kimmel, 2016, p. 112) permaneceu, até porque ele é intrínseco às relações sociais estabelecidas em uma sociedade patriarcal, cruel e heteronormativa como a brasileira. No correr dos anos, meu posicionamento frente aos ataques e a subalternização da minha masculinidade foram ganhando outros sentidos e provocando diferentes reações – muitas vezes, equivocadas e ríspidas.

Em 1998, ainda com 16 anos<sup>1</sup>, necessitando gerar renda, comecei a trabalhar como estagiário – meio período - na Secretaria de Saúde de Cornélio Procópio, um pequeno município do norte do estado do Paraná onde nasci e vivi até os 20 anos. O fato de ser gay naquele ambiente de trabalho gerava olhares dissimulados de alguns e um certo acolhimento, em forma de orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e sexo seguro, de outros. Eu ainda não percebia como tais orientações me estereotipavam. Meu trabalho era elogiado e isto me trazia uma sensação de aceitação. A impressão era que se eu fosse reconhecido pelo meu trabalho, conseguiria ser respeitado.

Sem perceber, eu já tinha sido capturado pelas falácias e normas capitalistas e reproduzia um comportamento meritocrático. Eu ainda desconhecia que tal sistema nos faz acreditar - equivocadamente - que o respeito, o “sucesso” e a ascensão social derivam do trabalho árduo, da proatividade e do mérito individual. Tampouco sabia que “a meritocracia ignora os papéis desempenhados pela herança, pelas conexões, pela sorte, pela discriminação, pelo casamento e pela criminalidade no caminho para o sucesso” (Wayne; Cabral, 2021, p. 02).

Naquele contexto, eu visualizava acriticamente que o Sistema Único de Saúde (SUS) estava se expandindo e o acesso aos serviços já era diferente da minha infância, desvinculando-se do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que restringia o atendimento as famílias de trabalhadores registrados. Novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram construídas, aproximando os serviços de saúde das comunidades. Ainda tínhamos que

---

<sup>1</sup> Dos 13 aos 15 anos de idade, trabalhei com meu pai, vendendo e fazendo cobrança de fotografias de eventos religiosos; e com meu avô paterno, que era marceneiro e desejava que eu também me torna-se um deles.

madrugar na unidade de saúde para conseguir uma senha, mas poder contar com pediatras, ginecologistas e clínicos gerais no bairro, a meu ver, representava um avanço.

Esta constatação de ampliação do acesso aos serviços de saúde, ainda descolada de reflexões acadêmicas sobre Estado e políticas públicas, seguiu me acompanhando por cerca de dois anos, de 2002 a 2004, período em que atuei na função de Agente Comunitário de Saúde (ACS) levando informações sobre a atenção básica para famílias residentes no território de abrangência da UBS de referência.

A reflexão científica sobre políticas sociais, relações de gênero e masculinidades só foi introduzida neste processo com minha entrada no curso de Serviço Social, em 2007, na Universidade Estadual de Londrina. Fato que sempre me faz pensar em quem tem acesso a este tipo de informação.

O Serviço Social é uma profissão aliada da classe trabalhadora, uma vez que possui o compromisso ético de defender os direitos humanos, recusar o autoritarismo e lutar pela ampliação e consolidação da cidadania através da elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais. É uma categoria que deve se posicionar a favor da democracia, se empenhar no combate a todas as formas de preconceito e incentivar o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

Esta profissão se constitui através de dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, permitindo “ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho” (ABEPSS, 1996, p. 13).

Para tanto, a formação profissional tem uma perspectiva interdisciplinar e interseccional, fundamentais para a preparação de profissionais com competência crítica para investigar, analisar e intervir na realidade social.

Vale destacar que as interseccionalidades são meios de identificar e compreender as consequências da interação entre as formas de subordinação como o sexismo, o racismo e o patriarcalismo. E, de acordo com Grossi (2016, p. 208), o feminismo interseccional contribui para a materialização do projeto ético-político profissional do Serviço Social no sentido de construir uma “sociedade sem discriminação de gênero, raça/etnia, e classe social”. Para tanto, devemos nos atentar para as dimensões étnico-racial, de gênero e classe social no enfrentamento das desigualdades sociais presentes na ordem societária vigente, ou então correremos o risco de “perpetuar o ciclo de reverberação de violências e invisibilidades que pretendemos combater”.

Em 2009, ao iniciar o estágio curricular no Hospital Universitário de Londrina, tive a oportunidade de me aproximar de uma realidade impactante na Unidade de Internação

Masculina. Com mais de 70 leitos, observava um volume significativo de homens jovens vítimas de causas externas (como ferimentos por arma de fogo e acidentes de trânsito), além de outros, de diversas idades, com problemas cardíacos, vasculares, hepáticos e renais. Enquanto estagiário de Serviço Social, minha aproximação com a população masculina hospitalizada oportunizou a identificação de outras características entre eles, como a falta de proteção previdenciária, o temor do ambiente hospitalar, a fragilidade de vínculos familiares e a grande exposição a riscos, tanto no trânsito quanto em relações violentas, hábitos e comportamentos insalubres.

A partir de então, me vi diante de reflexões diferentes. Os questionamentos deixaram de ser apenas sobre a minha masculinidade e tomaram outra direção, mais próxima da minha vivência acadêmica, focando na saúde da população masculina e no acesso dos homens a serviços de saúde. Esta mudança foi influenciada não só pelo estágio, mas principalmente pela aproximação com as discussões teóricas viabilizadas pelo curso de Serviço Social.

Coincidentemente, neste período, através da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (Brasil, 2009a), o Estado brasileiro passou a reconhecer a condição de saúde dos homens como um problema de saúde pública, principalmente devido aos hábitos masculinos em relação a alimentação, a falta de autocuidado, ao comportamento violento e visão curativa do processo saúde-doença. O diagnóstico apresentado pela PNAISH destacou que os homens buscavam, prioritária e tardiamente, os serviços de urgência e emergência, em detrimento da atenção preventiva ofertada no nível básico de atenção à saúde.

Ainda que tenha representado algum avanço, a PNAISH carrega vários desafios desde a sua implantação. Destacam-se entre eles: a necessidade de construir caminhos que incentivem os homens a procurarem os serviços básicos de saúde antes que os agravos necessitem de atenção especializada (Brasil, 2008) em um contexto de crescente precarização das políticas sociais e de grande adesão ao discurso machista da extrema direita; a responsabilidade de romper progressivamente com os padrões machistas, inclusive entre os profissionais de saúde, como pressuposto para alcançar a humanização do atendimento na perspectiva descrita pela política; e a reorganização dos serviços voltada ao acolhimento qualificado dos homens a fim de fazer com que eles sintam-se integrados (Campanucci, 2013).

Tais desafios foram constatados ao analisar o acesso dos homens aos serviços básicos de saúde em Londrina em 2010<sup>2</sup>, no trabalho de conclusão de curso em Serviço Social;

---

<sup>2</sup>A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A SAÚDE DO HOMEM: Uma Análise do Acesso aos Serviços de Saúde, orientado pela Professora Doutora Líria Maria Bettioli Lanza (2010).

e, em 2013<sup>3</sup>, na dissertação de mestrado em Serviço Social e Política Social. Considerando as narrativas de homens e profissionais de saúde, foi possível demonstrar a existência de barreiras geográficas, organizacionais, socioculturais, informacionais e financeiras. Todas elas dificultavam que a população masculina utilizasse os serviços primários de saúde.

Identificamos que as barreiras organizacionais envolvem a infraestrutura deficitária das unidades de atendimento; a sobrecarga das equipes, insuficientes para o atendimento das demandas gerais, e despreparadas para o atendimento das especificidades da população masculina na Atenção Básica; as longas filas de espera para agendamento de consultas médicas; e a oferta dos serviços primários apenas em horário comercial (Campanucci, 2013).

Os resultados das referidas pesquisas evidenciaram que estereótipos de homem e masculino os tornam reféns da própria identidade no que se refere ao autocuidado e à sobrevivência, constituindo uma barreira sociocultural do acesso. Também revelaram que estas concepções construídas e/ou impostas socialmente moldam a população masculina induzindo-a a compreender e reproduzir a masculinidade como sinônimo de agressividade, de força, de potência sexual, de poder sobre as mulheres, de líder do grupo e de provedor. Características que corroboram para manter a população masculina longe dos serviços de saúde preventivos devido a reprodução de comportamentos que os expõe a situações de risco.

As barreiras organizacionais e socioculturais identificadas nos meus estudos anteriores explicitaram que mesmo com a implantação de uma política nacional para mudar o quadro de saúde da população masculina no Brasil e facilitar o acesso deste segmento populacional às ações básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), como é o caso da Política Nacional de Saúde dos Homens (Brasil, 2009a), os serviços ofertados ainda não privilegiavam suas demandas e necessidades. Continuaram sendo um “lugar oculto” para os homens (Campanucci, 2013).

Estas constatações acompanharam meu exercício profissional na execução da Política de Assistência Social (PAS) nos municípios de Londrina e Cambé, no norte do Paraná, por mais de dez anos, e sinalizaram que tais barreiras também podem existir nesta política. Embora as mulheres tenham sido capturadas pelo modo de produção capitalista há muito tempo, numa sociedade patriarcal, com expressões machistas naturalizadas, ser provedor permanece como papel social do homem (Saffioti, 1987). Neste cenário, buscar um serviço assistencial

---

<sup>3</sup> O LUGAR OCULTO DOS HOMENS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina (2013), orientado pela Professora Doutora Marcia Pastor.

pode transformar o acesso a um direito em uma situação vexatória e humilhante, mesmo quando o usuário é informado sobre sua condição de cidadão.

Esta experiência profissional enquanto trabalhador do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) permitiu identificar que a presença da população masculina nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) é assombrada pelo constrangimento<sup>4</sup>. Para muitos ali, o fato de necessitarem da intervenção do Estado para subsistência era motivo de vergonha, como se o acesso a um benefício - que é seu direito - reduzisse sua dignidade e ferisse sua masculinidade. Mesmo aqueles que já utilizavam o serviço e/ou recebiam benefícios assistenciais há mais tempo, sempre justificavam sua necessidade e reiteravam suas frustrações em relação ao desemprego, falta de oportunidades de trabalho e doenças incapacitantes.

Tais observações nos levam a refletir tanto sobre o desconhecimento da população em relação aos seus direitos, aos serviços e benefícios disponíveis, como também sobre as expressões das masculinidades evidenciadas neste constrangimento, já que a honra do homem trabalhador e provedor é colocada em xeque.

Os atendimentos individuais e coletivos realizados no CRAS causaram vários questionamentos que se desdobraram na necessidade de pesquisar mais sobre a relação das masculinidades com o acesso da população masculina às políticas públicas. Defendendo que as expressões das masculinidades, tanto da população usuária quanto dos profissionais, gestores e executores das políticas de Saúde e Assistência Social, constroem barreiras de acesso para os homens, e impactam na dimensão da aceitabilidade do acesso entre a população masculina, no primeiro semestre de 2021, elaborei um projeto de pesquisa e apresentei ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para cursar doutorado.

É preciso enfatizar que, de acordo com Martinelli (2008, p. 36),

Certamente, há diferentes modos de conceber o conhecimento, assim como há também diferentes modos de realizar pesquisa. Fazê-lo no âmbito do Serviço Social, pela via qualitativa, deve expressar uma opção teórico-metodológica fundada em nosso projeto ético-político, no qual a perspectiva da emancipação social dos sujeitos e o reconhecimento de sua singularidade e autonomia ocupam lugar central. Isto já põe em cena uma importante questão: a pesquisa nas profissões humano-sociais, e especialmente no Serviço Social, não é apenas um procedimento operativo, mas sim a expressão de uma opção política que se concretiza em uma opção teórico-

---

<sup>4</sup> Preciso destacar que o constrangimento observado não se restringe a população masculina, pois o acesso aos direitos socioassistenciais pressupõe comprovação da miserabilidade. Portanto, todas as pessoas que buscam um serviço na Política de Assistência Social são submetidas a uma série de questionamentos sobre sua situação financeira para provar sua necessidade.

metodológica. O método de pesquisa é uma expressão política, uma extensão de nosso projeto ético-político.

Na perspectiva de contribuir com a luta pela universalidade do acesso, bem como produzir conhecimento sobre o tema, uma questão tornou-se o problema desta pesquisa: como as concepções e expressões das masculinidades interferem no acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social?

A fim de responder esta questão norteadora, definimos que nosso objeto de estudo são as *trajetórias de homens no acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social em Cambé PR em interface com as concepções e expressões das masculinidades*.

O objetivo geral deste estudo é:

- Analisar as trajetórias de homens no acesso às políticas de Saúde e Assistência Social em interface com as masculinidades;

Para tanto, os objetivos específicos são:

- Verificar como os participantes da pesquisa compreendem os homens e expressam suas masculinidades;
- Problematizar o acesso da população masculina às Políticas de Saúde e Assistência Social, a partir das concepções de homens e das expressões de masculinidades reveladas pelos participantes da pesquisa;
- Discutir a relação entre a configuração da oferta das Políticas de Saúde e Assistência Social e a aceitabilidade dos homens que as acessam;

No âmbito da saúde, a aceitabilidade é definida por Sanchez e Ciconelli (2012, p. 263) como a “relação entre as atitudes dos profissionais [...] e dos indivíduos, influenciadas por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros”.

Esta relação é motivada pelas expectativas das/os profissionais em relação a compreensão das/os usuárias/os sobre sua condição, adesão aos encaminhamentos e/ou tratamentos prescritos. E abarca as expectativas da população usuária

[...] de que serão tratados com respeito pelos profissionais de saúde, de que os profissionais ouvirão atentamente a descrição dos sintomas, conduzirão um exame minucioso, explicarão as doenças e discutirão alternativas de tratamento; e as expectativas dos pacientes em relação à organização do sistema de saúde. Um ponto chave no conceito de aceitabilidade é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (Sanchez e Ciconelli, 2012, p. 263).

Aplicando esta concepção à Política de Assistência Social, entendemos que a aceitabilidade, assim como na Saúde, envolve a compreensão das/os usuárias/os sobre esta política pública, e a forma como as equipes acolhem as demandas e realizam a inclusão da população nos serviços, programas, projetos e benefícios assistenciais. Pressupõe o respeito, a escuta qualificada, o repasse de informações inteligíveis, a identificação e valorização das potencialidades dos indivíduos, famílias e territórios.

Partimos do pressuposto de que a estrutura e organização da oferta dos serviços de ambas as políticas em análise reproduzem uma concepção de masculinidade que identifica os homens, de um modo geral, como violentos, negligentes, distantes do autocuidado e dos cuidados com sua família – já que esse papel é visto como naturalmente feminino. Esta visão, é externalizada pelas prioridades dos serviços, pela falta de inclusão da população masculina como foco de intervenção do Estado numa perspectiva socioeducativa articulada com as lutas feministas, e pelas condutas das/os gestoras/es e executoras/es das políticas públicas.

Entretanto, veremos que se conseguirmos olhar para a população masculina como sujeitos de direitos, e não apenas como agressores, negligentes e dominadores, perceberemos que as próprias políticas sociais em questão se apresentam como espaços com grande potencial para a reconstrução do conjunto de práticas masculinas com o propósito de reduzir o índice de violência, melhorar o vínculo familiar, desonerar as mulheres das múltiplas jornadas, incentivar os homens a acessar as políticas públicas enquanto sujeitos de direitos (e não como fracassados).

No caso da saúde, a implantação da PNAISH ainda não representou grandes avanços em relação aos seus objetivos. Considerando que o Estado reconheceu a necessidade de intervir na condição de saúde da população masculina com a intenção de modificar seus hábitos, estimular o autocuidado e introduzir a perspectiva preventiva em seu comportamento, mas não se organizou estruturalmente para isso, a visão dos homens sobre o SUS continua sendo negativa. Os dados levantados nesta pesquisa demonstram que eles o entendem como uma possibilidade de acesso a saúde limitada, demorada, que não alcança a resolutividade esperada em todos os serviços utilizados. Assim, acessam os serviços somente em casos de urgência.

Entendo que identificados os desafios da PNAISH, o foco deve ser a superação destes, pois o fato de já existir uma política para os homens, deve nos manter atentos e ativos para que sua implementação se efetive.

Na Política de Assistência Social, a centralidade dada a família a responsabiliza pelos cuidados com seus membros, se pauta em papéis tradicionais e acaba onerando as

mulheres, entendendo-as como mães, cuidadoras, responsáveis pela gestão dos recursos socioassistenciais recebidos pela família.

Entretanto, enquanto trabalhador do SUAS<sup>5</sup>, também pude perceber que, embora haja traços conservadores e equivocados nesta política, seus objetivos abrem espaço para um trabalho socioeducativo que pode favorecer a luta por igualdade entre os gêneros.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Conforme destacado por Martinelli (2008, p. 38) “os temas de pesquisa nascem da experiência do pesquisador, de seus sentimentos, porém, a realização da pesquisa exige a interlocução com a teoria, a ida a campo, a interação com os sujeitos”. Nesta perspectiva, a partir da experiência acumulada e a fim de cumprir os objetivos propostos, selecionamos dez (10) homens atendidos em CRAS do município de Cambé entre os anos de 2018 e 2023. Os critérios de inclusão foram: ter entre 18 e 65 anos de idade; ter participado de oficinas; ou, ter sido atendido de forma particularizada no CRAS neste período. Embora estes homens tenham sido selecionados no contexto da Política de Assistência Social, uma política seletiva, que atende quem dela necessita, entendo que todos também eram usuários do Sistema Único de Saúde e, portanto, conseguiriam expressar suas opiniões sobre esta política a partir das suas vivências. Esta premissa foi confirmada através das entrevistas.

Aqui é preciso marcar o caráter qualitativo desta pesquisa que busca compreender os significados atribuídos pelos homens ao acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social a partir das suas experiências, para justificar a seleção dos participantes, já que

[...] uma característica bastante marcante da pesquisa qualitativa, é trabalhar-se com pequenos grupos de sujeitos. O importante é a densidade da experiência e não a extensão do grupo. [...] De toda forma, importa ressaltar que em pesquisas qualitativas, reportando-nos basicamente àquelas que se apóiam em fontes orais, o grupo de sujeitos deve ser intencionalmente composto pelo pesquisador. Não se trabalha com amostras aleatórias, uma vez que o interesse do pesquisador é conhecer a experiência social de sujeitos específicos, os significados que atribuem ao tema pesquisado. O fundamental para participar da pesquisa é a densidade da experiência do sujeito e sua expressão na qualidade da narrativa (Martinelli, 2008, p. 38).

---

<sup>5</sup> Minha experiência no Sistema Único de Assistência Social começou em 2012, no município de Londrina, quando trabalhei no CRAS Norte B, contratado por uma entidade que havia estabelecido parceria com a gestão municipal. Em 2015, fui convocado em Cambé, como servidor público municipal. Iniciei minha atuação em um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, onde fiquei até janeiro de 2017. Fui remanejado para o Centro Pop e lá fiquei até o trágico encerramento do serviço, em maio de 2018. No mesmo mês, fui transferido para o CRAS Tarobá, onde trabalhei até maio de 2023. Atualmente, trabalho no CRAS Ana Rosa, no mesmo município.

Os endereços dos participantes foram solicitados no CRAS e os convites foram realizados pessoalmente pelo pesquisador. Entre os dez (10) homens selecionados, (05) cinco foram localizados e aceitaram participar da pesquisa.

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (CEP-UEL)<sup>6</sup> e obedece às Resoluções do Ministério da Saúde 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional do Conselho Nacional de Saúde (CNS 001/2013). No ato do convite, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos previstos para este estudo, que as entrevistas seriam gravadas e que os áudios seriam deletados após transcrição e tratamento das informações. Todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>7</sup> e receberam cópia do documento.

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, seus nomes foram substituídos. Assim, nesta pesquisa eles serão denominados como Antônio, Bernardo, César, Daniel e Emanuel.

**Quadro 1:** Identificação dos participantes da pesquisa por idade, estado civil profissão e fonte de renda.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	FONTE DE RENDA
P1 - Antônio	53 anos	Solteiro - separado	Não definida – aux. De produção; movimentação de mercadorias; coleta e venda de recicláveis	BPC PCD + cesta básica
P2 - Bernardo	61 anos	Viúvo	Pintor;	Pensão por morte e Bolsa Família
P3 - César	28 anos	Solteiro - separado	Motoboy/entregador	Sem renda – a mãe é RF no CAD e a família recebe Bolsa Família + cesta básica
P4 - Daniel	42 anos	Casado	Aux. de produção – barbeiro	Bolsa Família – bicos como barbeiro
P5 - Emanuel	65 anos	Divorciado	Carpinteiro – pedreiro	Aposentadoria + cesta básica

Fonte: o próprio autor.

**Quadro 2:** Identificação dos participantes pela composição e vínculos familiares

IDENTIFICAÇÃO	COMP. FAMILIAR	TEM FILHOS? QUANTOS?	VÍNCULOS
P1 - Antônio	Vive sozinho em imóvel improvisado, construído em terreno da família	Sim, uma filha	Bom vínculo com a filha; mantém contato com a ex-mulher; conflitos com os irmãos; bom relacionamento com os vizinhos
P2 - Bernardo	Mora com o irmão – casa dividida – imóvel alugado	Sim, um filho e duas filhas	Frágil com os filhos mais velhos (primeiro casamento); bom

<sup>6</sup> Anexo 1.

<sup>7</sup> Apêndice C.

			relacionamento com a filha mais nova (2º casamento), conflitos com o irmão
P3 - César	Mora com a mãe e irmã	Não	Frágil com o pai; bom relacionamento com a mãe e irmã;
P4 - Daniel	Reside com a esposa e enteada em imóvel alugado	Sim – enteada	Bom relacionamento com a esposa e enteada; mãe e irmão residem em outro município
P5 - Emanuel	Reside sozinho em 2 cômodos alugados	Sim, dois filhos e duas filhas	Afirma que tem contato com filhos e netos.

Fonte: o próprio autor.

As características agrupadas nos quadros 1 e 2 revelam que os participantes desta pesquisa são homens com idade entre 28 e 65 anos, dois (02) solteiros, um (01) divorciado, um (01) viúvo e um (01) casado, ou seja, apenas um dos cinco homens entrevistados vive com uma companheira.

Dois participantes se autodeclararam brancos e os outros três se autodeclararam pardos. Nenhum deles tem ensino médio completo e a baixa escolaridade repercutiu em uma inserção instável no mercado de trabalho. As formas de geração de renda declaradas pelos entrevistados envolvem trabalho braçal, informalidade e, conseqüentemente, desproteção previdenciária.

A fonte de renda do Antônio é proveniente do Benefício de Prestação Continuada para Pessoas com Deficiência (BPC PCD). Ele teve poliomielite<sup>8</sup> quando tinha um mês de vida e, devido ao comprometimento dos membros inferiores, é uma pessoa com deficiência física. Antes de 2012, quando começou a receber o BPC, mesmo com a mobilidade reduzida pelas sequelas da poliomielite, Antônio foi exposto a funções que exigiram o dispêndio de grande esforço físico quando trabalhou como auxiliar de produção e movimentador de mercadorias, carregando e descarregando caminhões em um supermercado. Hoje, para complementar sua renda, coleta e vende materiais recicláveis.

A renda do Bernardo advém de um benefício Previdenciário – pensão por morte. Bernardo teve acesso ao benefício previdenciário após o falecimento da sua companheira, em 2023. Antes disso, recebia o Bolsa Família, uma cesta básica por mês e gerava renda esporadicamente como pintor. Sua inserção em atividades laborais que exigiam força física resultou em lesões que prejudicaram sua qualidade de vida.

Tanto César quanto Daniel fazem parte do grande volume de trabalhadores informais<sup>9</sup> no Brasil. São trabalhadores sem renda fixa, sem vínculo empregatício, sem direitos

<sup>8</sup> Uma doença transmitida pelo contato direto com fezes contaminadas, pelo consumo de água e alimentos contaminados por fezes e/ou gotículas expelidas ao falar, tossir ou espirrar. Os principais fatores que favorecem a transmissão são falta de saneamento básico e a higiene pessoal precária.

<sup>9</sup> A população ocupada chegou a 103,3 milhões de pessoas em 2024, batendo o recorde da série histórica, iniciada em 2012, ficando 2,6% acima de 2023. Frente à média de 2012 (89,7 milhões de pessoas), houve aumento de 15,2%. Entretanto, a taxa anual de informalidade passou de 39,2% em 2023 para 39,0% em 2024. (IBGE/PNAD, 2025).

previdenciários e direitos trabalhistas - como férias remuneradas e FGTS, por exemplo. César afirma que sempre gerou renda como motoboy e Daniel gera renda como barbeiro em um salão improvisado onde mora, mas afirma que sempre trabalhou “pra fora”.

Emanuel, de 65 anos, conseguiu se aposentar recentemente, e, assim como Bernardo, apresenta queixas relacionadas a problemas de saúde gerados pelo trabalho. Ele foi carpinteiro e pedreiro por mais de 40 anos e as lesões acompanharam sua trajetória laboral.

O padrão de habitabilidade e de acesso a moradia varia entre os homens que participaram desta pesquisa. Se considerarmos os gastos declarados pelos participantes com aluguel e dívidas com habitação, todos vivem com menos de meio salário-mínimo por mês.

Bernardo, Daniel e Emanuel, gastam entre R\$400,00 e R\$600,00 com aluguel. Antônio reside em unidade construída de forma improvisada em um terreno que pertence a sua família. Neste caso, as dívidas com IPTU e a possibilidade de vender o lote são motivos de conflitos entre os irmãos, e consomem metade do salário-mínimo (BPC) que recebe mensalmente. César, coabita com sua mãe e irmã. Como o imóvel pertence a sua mãe, ele entende que vive em cômodo cedido.

Além da baixa renda, a fragilidade de vínculos familiares é comum entre entrevistados. Embora alguns tenham relatado que têm contato com filhos, mãe, irmã, ex-esposa, três residem sozinhos e um deles reside com o irmão. César, foi acolhido pelo seu irmão após ficar em situação de rua por mais de 30 dias, logo após perder a esposa.

Observa-se que mesmo com rendas advindas de benefícios previdenciários e socioassistenciais, as despesas com habitação os mantêm em situação de baixa renda. No âmbito do Sistema Único de Assistência Social, a classificação da população através do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)<sup>10</sup> define que as famílias de baixa renda são aquelas com renda per capita mensal entre R\$218,00 e meio salário-mínimo (que, em 2025, é R\$ 759,00). De acordo com o Painel de Monitoramento do Bolsa Família e Cadastro Único, constavam inscritas no CadÚnico até março de 2025, 22.446.387 pessoas ou 7.952.578 famílias nesta condição no Brasil (Brasil, 2025).

---

<sup>10</sup> O Cadastro Único é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Este conjunto de dados apresenta a quantidade de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, o total de famílias e pessoas cadastradas no Cadastro Único, assim como o município e o ano/mês de referência. Até março de 2025, havia 40.820.923 famílias cadastradas, totalizando 93.716.836 pessoas.

Já as que vivem em situação de pobreza<sup>11</sup>, como nos casos de César e Daniel, que estavam desempregados no momento da entrevista, são aquelas com renda per capita mensal de até R\$218,00. No primeiro trimestre de 2025, das 93.716.836 pessoas de 40.820.923 famílias inscritas no CadÚnico, 48.492.845 pessoas, que compõem 20.083.895 famílias, estavam vivendo em situação de pobreza no país (Brasil, 2025).

No município de Cambé, no primeiro trimestre de 2025, havia 16.898 famílias inseridas no Cadastro Único. Destas, 8.466 famílias viviam com renda de até ½ salário-mínimo (Brasil, 2025).

Estas informações iniciais sobre os participantes da pesquisa demonstram alguns dos motivos pelos quais os homens entrevistados tornaram-se usuários das Políticas de Saúde e Assistência Social. A violação do direito à habitação, à educação, à proteção previdenciária, à segurança alimentar, ao acesso as ações e serviços de saúde, assim como a exposição ao trabalho braçal, fazem parte de suas trajetórias de acesso.

São homens que assim como boa parte da população brasileira, lutam para ter onde morar, interrompem os estudos devido a necessidade de trabalhar e, muitas vezes, são submetidos ao desemprego, ao trabalho sem vínculo empregatício e sem direitos trabalhistas. Situações que os colocam diante de inúmeras tensões cotidianas e que certamente influenciaram e influenciam suas construções e expressões de masculinidade porque estabelecem relações de poder. Pedir um emprego, ocupar funções de comando e de obediência, precisar da ajuda de familiares, amigos e políticas públicas para se alimentar, pagar aluguel, entre outras despesas domésticas, são formas de hierarquização das masculinidades subalternas.

É pertinente destacar que a aproximação com os sujeitos foi construída no processo de execução da Política de Assistência Social. Portanto, a relação entre os sujeitos e o pesquisador foi pautada nos objetivos da referida política. Embora este vínculo tenha permitido identificar a situação socioeconômica, habitacional, de saúde, a composição familiar, os vínculos familiares e comunitários, para desvelar as relações entre as percepções e expressões das masculinidades com o acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social, foi necessário realizar entrevistas em profundidade.

A entrevista em profundidade é uma

[...] técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e

---

<sup>11</sup> As famílias nesta condição tornam-se elegíveis ao Programa Bolsa Família. \*A Lei Nº 14.604 do Novo Bolsa Família define apenas a faixa de pobreza, logo a partir de março de 2023 em diante não constará nos recursos de dados a faixa de extrema pobreza.

apresentá-las de forma estruturada. Entre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos de resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas. Este tipo de entrevista procura intensidade nas respostas, não-quantificação ou representação estatística (Duarte, 2005, p. 62).

As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro capaz de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa (Apêndice A). Neste caso, o roteiro foi um guia com perguntas mais abrangentes e, a partir dessas questões, busquei explorar ao máximo cada resposta.

Os cinco homens que participaram desta pesquisa foram entrevistados em seus locais de moradia. Durante as entrevistas eles foram questionados sobre suas percepções e vivências em relação ao acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social, o que permitiu desvelar informações valiosas sobre suas trajetórias de acesso.

A análise de conteúdo (Marsiglia, 2009) será aplicada nos próximos capítulos através de dois eixos que são atravessados pela dimensão informacional devido a sua transversalidade: o da dimensão organizacional (ou técnica) e o da dimensão sociocultural. Através destes eixos são descritas a organização da rede, os serviços e benefícios ofertados, além de destacar os aspectos culturais e simbólicos que interferem no acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social.

### 1.3 A RELEVÂNCIA DESTA PESQUISA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Durante a formulação do projeto de pesquisa foi possível concluir que as produções de conhecimento sobre gênero no Brasil têm abordado as masculinidades e suas relações com a violência, a paternidade, os direitos sexuais e reprodutivos, o acesso a serviços e direitos, a prevalência de comorbidades, a taxa de mortalidade, entre outras categorias (Gomes; Nascimento, 2007; Gomes, 2008; Pinheiro; Couto, 2008; Medrado 2009; Schraiber; Figueiredo, 2011). As análises comprovam que os símbolos culturais e os conceitos normativos interferem na cidadania e podem impactar positiva ou negativamente o acesso a serviços e direitos.

Imerso no processo de investigação sobre como as concepções e expressões da masculinidade interferem no acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social, realizei uma pesquisa bibliográfica a fim de atualizar o registro da produção de conhecimento sobre o tema, considerando as publicações indexadas entre 2013 e 2024. As palavras-chave

utilizadas no levantamento foram: masculinidade; gênero; saúde pública; homens; saúde masculina; política de assistência social; e política de saúde.

O levantamento foi realizado pela internet, entre outubro de 2023 e julho de 2024, nos indexadores Scientific Electronic Library Online (SciELO), LÍLACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde - Portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde), Biblioteca Nacional de Dissertações e Teses (BNDT), no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e no Google Acadêmico.

Foram localizados mais de mil resultados entre artigos científicos, Teses, Dissertações, Artigos Publicados em Anais, Relatórios e Trabalhos de Conclusão de Curso. No entanto, ao aprofundar a análise sobre os resultados através da identificação dos objetivos dos textos, foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão, já que muitas pesquisas se distanciam da investigação em andamento. O primeiro critério de inclusão utilizado foi a busca das palavras-chave supracitadas nos títulos das publicações. O segundo critério para inclusão dos resultados foi a identificação das referidas palavras-chave nos objetivos das produções encontradas. Para tanto, os resumos foram consultados.

Ao aplicar esses critérios de inclusão, obtivemos 156 resultados: 42 sobre saúde dos homens; 40 sobre população LGBTQIA+; 30 sobre gênero, iniquidades e violências; 15 sobre masculinidades; 13 sobre acesso; 10 sobre homens e política de assistência social; e 6 sobre paternidade.

Os textos que discutem a “Saúde dos Homens” a relacionam com outros grandes temas como Atenção Básica (10); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (6); Câncer de próstata (5); Saúde Sexual e Doenças Sexualmente Transmissíveis (4); Autocuidado e Produção do Cuidado (4); Gênero e cidadania (4); Interseccionalidade (3); Saúde Mental (2); Doenças crônicas; Idosos; Úlceras falcêmicas; e atividade física.

Já as publicações sobre a população “LGBTQIA+”, direcionam-se majoritariamente aos estudos sobre transexualidade (15); saúde e políticas de saúde (14). Também encontramos resultados de pesquisas que registram a violência contra estas pessoas; que estudam as mulheres lésbicas; e o envelhecimento da população.

Os estudos agrupados com a denominação “Gênero, Iniquidades e Violência” exploram o atendimento de homens autores de violência contra mulheres, as iniquidades de gênero no âmbito da saúde, os discursos e identidades de gênero nos contextos hospitalares e penitenciários, a violência sexual, os desafios para a implantação de políticas públicas para a população LGBTQIA+, entre outros temas.

As produções científicas sobre “Masculinidades” encontradas nesta pesquisa bibliográfica podem ser divididas em cinco categorias: masculinidades e saúde (7); Masculinidades e PNAISH (2); Masculinidades e Violência (2); Transmasculinidades (2); Masculinidades e Sexualidade (2).

A categoria “Acesso” é discutida em interface com atenção básica, destacando as barreiras de acesso (5); com as desigualdades e iniquidades de gênero (4); com as populações idosa e em situação de rua (2); com medicamentos para tratamentos de doenças crônicas (1); e com a regionalização dos serviços de saúde durante a pandemia (1).

Metade dos textos relacionados a Política de Assistência Social demonstram a ausência, o não lugar e a invisibilidade masculina nesta política (Barbosa e Freitas, 2014; Campos, 2016; Andrade e Pereira, 2019; Campos 2020; Garcia, 2023). Também destacam a necessidade de reconstruir as masculinidades (2); os desafios desta política pública no atendimento dos homens (1); uma análise interseccional e um relato de experiência do atendimento da população masculina no CRAS.

As publicações sobre paternidade abarcam o papel paterno nas relações familiares; os métodos contraceptivos masculinos; a participação paterna no pré-natal; e a experiência do papel masculino na atenção à saúde da criança com deficiência.

É inegável a importância das produções científicas encontradas. Entretanto, não foi possível identificar uma pesquisa que analise a interface das masculinidades com o acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social. Encontramos pesquisas das áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Ciências da Saúde, Saúde Coletiva, entre outras, que apontam o não lugar dos homens na PAS (Campos, 2020), que destacam a possibilidade de reconstrução das masculinidades no âmbito do SUAS (Andrade e Pereira, 2019), que analisam o acesso a partir das desigualdades (Malta et al, 2022), das iniquidades (Canella, Martins, Bortoletto e Bandoni, 2016), das barreiras (Campanucci, 2013) e satisfação dos usuários (Pavan *et al*, 2020).

Não é nosso objetivo realizar o Estado da Arte, mas a diversidade e a relevância das produções encontradas permitiram adotar algumas publicações como referencial teórico e analítico nos próximos capítulos.

#### 1.4 A LOCALIZAÇÃO DA PESQUISA

O território “pode ser considerado como dimensão articuladora das problemáticas e questões da desigualdade de gênero vistas pela perspectiva interseccional”. O território não é

apenas o “lugar onde as relações de gênero, raça e classe se dão”, mas onde as relações de confluência entre elas são estabelecidas (Gomes, Toniolo; Paula, 2023, p. 54).

Neste sentido, para desvelar as concepções e expressões das masculinidades, considero importante descrever o município de Cambé a partir de informações documentais, de referências bibliográficas e das minhas experiências enquanto trabalhador do SUAS.

O município de Cambé, lócus desta pesquisa e local onde trabalho desde fevereiro de 2015, fica no norte central do Paraná, integra a região metropolitana de Londrina e tem atualmente uma população de 107.208 habitantes (IBGE, 2022). Nos primeiros anos do século passado, antes portanto do processo de expansão e exploração dessas terras, era uma região de floresta fechada, ocupada por povos indígenas e poucas famílias que praticavam uma agricultura de subsistência. Os grupos indígenas que habitavam a região foram “conquistados e aldeados em áreas delimitadas pelo Estado”, sendo perseguidos e brutalizados (Cambé, 2021).

O processo de colonização do norte paranaense começou no início da década de 1920. A região onde hoje fica o município de Cambé foi comprada em 1925 pela Companhia de Terras Norte do Paraná (CNTP) - subsidiária da firma inglesa Paraná Plantations Ltd – que adquiriu uma área com mais de 500 mil alqueires de matas nativas, com solo fértil, característico da região norte do estado (Cambé, 2021).

Arias Neto (1998), em sua análise sobre as representações da Política em Londrina entre 1930 e 1975, apresenta folhetos propagandísticos utilizados pela CNTP na década de 1940, ilustrando como o estímulo a exploração desta região enfatizava a fertilidade da terra: “Sinta a alegria de viver e prospere no Norte do Paraná” – “terras tão produtivas, dificilmente se encontram” (Arias Neto, 1998, p. 28); “O melhor Rumo, o melhor Futuro, é colocar-se no Norte do Paraná adquirindo uma das terras, por pequena que seja, da Comp. De Terras Norte do Paraná”; “as melhores terras roxas” e “clima salubérrimo” (Arias Neto, 1998, p. 31).

Em um dos folhetos de 1941, as vantagens destacadas para impulsionar a aquisição de terras eram: “títulos de domínio absolutamente seguros; fertilidade e salubridade; estrada de ferro e boas estradas de rodagem; água de uma pureza invulgar” (Arias Neto, 1998, p. 28).

A propaganda baseada no “discurso de modernidade urbana” acelerou o crescimento populacional da região, e o norte do Paraná passou de 345.600 habitantes em 1940 para cerca de um milhão de pessoas em 1950 (Arias Neto, 1998). Neste intervalo de tempo, desordenadamente, surgiram cerca de 250 novos núcleos urbanos na região, entre eles, Cambé.

O desenvolvimento econômico e o crescimento populacional tiveram como consequência a desestabilização: a) do sítio urbano – a proliferação dos loteamentos, do crescimento vertical, das residências de luxo construídas em

meio ao barro e aos casebres da população de baixa renda; b) da vida social – o aumento do custo de vida, a invasão de vadios e malandros, a multiplicação das casas de jogos e prostituição e dos grandes golpes de terra; c) dos equipamentos urbanos – insuficiência no abastecimento de água e do fornecimento de energia elétrica e deficiência de comunicações (número reduzido de telefones, precariedade de correio e telégrafos, bem como da estrada de ferro) (Arias Neto, 1998, p. 149).

No campo da política, a justificativa para as desigualdades provocadas pelo desenvolvimento era de que o progresso sempre cobra seu ônus, e que deveriam ser enfrentadas segundo as regras do jogo populista. Assim, a participação de todos os grupos sociais era mobilizada privilegiando o ideal de cidade das elites.

Presente no mesmo conjunto, está a representação do **homem moderno** que habitaria a cidade: fundamentalmente **equilibrado**, o cidadão deveria ser **trabalhador, moralmente respeitável, cumpridor dos deveres cívicos**. Dividiria suas atividades nos diferentes espaços urbanos da cidade (morar, trabalhar, recrear-se, circular), entendendo-a como um prolongamento de sua casa e, por isso mesmo, por ela zelando, participando comunitariamente da solução dos problemas públicos, fazendo portanto, dos interesses coletivos (da cidade) seus interesses privados (Arias Neto, 1998, p. 160-161) (grifo nosso).

Importa retomar que as primeiras levas de migrantes a chegarem na região que hoje é chamada de Cambé, foram de alemães oriundos da cidade de Dantzig, atual Gdansk, na Polônia, tornada independente após a 1ª Guerra Mundial (Cambé, 2021). Por isso, batizaram a colônia de Nova Dantzig.

Devido ao clima tropical a que não estavam acostumados e à flora e fauna estarem intocadas, enfrentaram muitas dificuldades para iniciar a colonização. Muitas daquelas famílias desistiram de permanecer na nova terra. Entretanto, atraídos pela fertilidade das terras, vieram em seguida japoneses, italianos, eslovacos, portugueses, alemães, espanhóis, libaneses, além de paulistas e nordestinos. O Norte do Paraná, afinal, significava a oportunidade de reiniciar vida nova em um ambiente fértil e promissor (Cambé, 2021, p. 16).

Estes povos, obviamente, trouxeram consigo suas culturas, seus valores, suas crenças e hábitos, solapando a cultura local e influenciando a formação sociocultural da região.

A floresta foi devastada para a extração da madeira, atividade típica dos colonizadores, abrindo espaço para o cultivo de café, cereais, algodão, aproveitando toda a fertilidade das terras roxas existentes na região. Uma economia, portanto, fundamentalmente lastreada nas atividades extrativista, num primeiro momento, e agrícola, na sequência.

Na década de 1940, durante a Segunda Guerra Mundial, o governo do estado obrigou as cidades e as colônias “de nomes relacionados com os países inimigos a trocarem de

denominação. Nova Dantzig passou a se chamar Cambé, nome de um ribeirão que banha o Município” (Cambé, 2021).

O movimento emancipacionista de Cambé começou após a redemocratização do país, em 1945, motivado também pelo crescimento econômico promissor da região. No dia 10 de outubro de 1947, Cambé foi elevado à categoria de Município. Sua instalação ocorreu no dia 11 de outubro do mesmo ano.

Naquela época, a pequena população urbana era “formada por pequenos e médios comerciantes, além de alfaiates, barbeiros, sapateiros, pedreiros, carpinteiros, marceneiros, caixeiros de lojas de armazéns, farmácias e operários”. Profissões, predominantemente masculinas até hoje. Em seguida, foram se estabelecendo com maior relevância os “profissionais liberais, funcionários públicos municipais e estaduais” (Cambé 2021).

A cultura cafeeira, que impulsionou a região durante 40 anos, constituiu-se na principal atividade dos colonizadores. O comércio, inicialmente instalado para atender a demanda local, acompanhou a passos largos a evolução da colônia, o mesmo acontecendo com a indústria, na época, de característica puramente agro-industrial (Cambé, 2022, p. 16).

No que se refere às correntes ideológicas que comandaram o município, podemos afirmar que as forças conservadoras se sobressaíram historicamente. De acordo com Spinassi (2010, p. 48), “as lideranças políticas cambesenses desde 1930 se enfileiraram em políticos que estavam no poder tanto a nível estadual como nacional. Raramente ou quase nunca na história política de Cambé dentre aqueles que ocuparam o poder teve tendência ideológica esquerdista”.

O resultado das eleições de 2024 prova que o município continua numa linha de comando distante das mais progressistas. O prefeito reeleito é filiado ao PSD, partido que tem como expoente de maior expressão o governador Ratinho Júnior, e o vice-prefeito ao PL. Ambos fazem parte da coligação VAMOS JUNTOS, formada pelos partidos PSD, AVANTE, MDB, PL, PRD, PSB, REPUBLICANOS, UNIÃO e PODEMOS, todos eles considerados de centro-direita. Os partidos das/dos vereadoras/es eleitas/os acompanham a tendência direitista, e, considerando os partidos aos quais são filiados, sugerem que não haverá oposição nesta gestão. Dos dez eleitos/as, três (03) são do UNIÃO; três (03) do PL; dois (02) do PSD e dois (02) do MDB, todos da coligação supracitada.

É neste contexto conservador que esta pesquisa sobre o acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social em interface com as masculinidades foi formulada e executada.

## 2 GÊNERO, PATRIARCADO E MASCULINIDADES

Considerar como os participantes se entendem como homens e manifestam suas masculinidades é um caminho fundamental para entender o acesso da população masculina às Políticas de Saúde e Assistência Social porque, como já sinalizado, seus hábitos, comportamentos e visões sobre o significado de masculino podem afastá-los dos serviços de saúde e dificultarem suas compreensões sobre a assistência social enquanto um direito. Por outro lado, podem também permitir a identificação de possibilidades de intervenção através das políticas sociais numa perspectiva de reconstrução de relações de gênero horizontalizadas, igualitárias, sem violência.

E não há como adotar esta perspectiva sem incluir na discussão os papéis histórica e socialmente atribuídos aos homens e mulheres, reproduzidos e reatualizados pelo Estado, pela família, pela escola, pelas religiões, pelas mídias e redes sociais, entre outros espaços normativos e formadores de opinião. Portanto, é impraticável falar das masculinidades sem registrar a importância das mulheres, dos movimentos feministas e dos estudos das relações de gênero no processo de questionamento das visões hierarquizadas, estereotipadas, violentas, equivocadas e fixas sobre os corpos (Arihla, Medrado; Unbehaum, 1998; Trevisan, 2021, Silva Junior; Carvalho, 2022).

Precedendo o interesse acadêmico pelos estudos sobre masculinidades, a dominação masculina, de alguma maneira, foi objeto de questionamento ao longo da história. Antes mesmo da organização dos movimentos feministas, as mulheres encamparam lutas por liberdade e igualdade, muitas vezes, pagando com suas próprias vidas.

Na Idade Média, por exemplo, em pleno período inquisitorial da Igreja Católica, as punições para aquelas que desafiavam os dogmas católicos eram implacáveis (Pinto, 2010). Naquele contexto teocrático, as mulheres que não aceitavam os ordenamentos cristãos (de esposa/mãe obediente) e que dominavam a utilização de plantas e ervas com finalidades curativas eram consideradas pela Igreja como figuras malignas, perversas e obscenas. Utilizando a punição como forma de controlar seus corpos e suas atribuições reprodutivas, degradá-las, demonizá-las e anular seu poder social, “foi promovida toda a matança orquestrada pela Igreja e anuída pela sociedade e Estado” (Maroneze, 2022, p. 08).

Para Maroneze (2022, p. 10), [...] “pode-se afirmar que a caça às bruxas abriu caminho para que se instituisse o patriarcado e o sistema capitalista”. E a partir disso, “foi instituída a lógica de que à mulher é destinado o espaço doméstico, ao lado da família e do marido”.

Em um período em que a Igreja Católica tentava recuperar seu poder e se reafirmar enquanto única religião, e que o Estado transitava do modelo econômico feudal para o modo de produção capitalista, as mulheres passaram a “incomodar aqueles que teriam privilégios com a implantação do capitalismo” (Maroneze, 2022, p. 08).

As mulheres possuíam participação de grande importância no embate antifeudal, elas questionavam o modelo imposto e lutavam por modos de vida alternativos, assim, é na luta antifeudal que encontramos o primeiro indício na história européia da existência das raízes de um movimento de mulheres que se opunha à ordem estabelecida e contribuía para a construção de modelos alternativos de vida comunal (Maroneze, 2022, p. 07).

Já durante a Revolução Industrial, a filósofa inglesa Mary Wollstonecraft<sup>12</sup>, precursora do chamado feminismo político, denunciava no livro publicado em 1792 - *A Vindication of the Rights of Woman* (Reivindicação dos direitos da Mulher) - que “as diferenças intelectuais e de papel social entre homens e mulheres resultavam da educação diferenciada dispensada a cada uma dessas classes” (Lattanzio; Ribeiro, 2018, p. 412), refutando os desígnios divinos e os fatores biológicos defendidos na época e que nos atormentam até hoje.

No contexto da Revolução Francesa, de acordo com Mustafá (2017, p. 62), mesmo sem o reconhecimento do direito de representação política nas Assembleias, as mulheres da pequena burguesia participavam dentro e fora desses espaços públicos “através de aplausos ou vaias às argumentações dos deputados”, fazendo o “papel de porta-vozes para o povo sobre o que se discutia lá dentro”, divulgando suas “opiniões e reivindicações através de panfletos e jornais” e formando clubes femininos de natureza política. Além do direito à participação política, essas mulheres reivindicavam o direito de acesso à educação, ao divórcio e à maioria a partir dos 21 anos de idade.

Enquanto mulheres da pequena burguesia conseguiam se interessar pela política, “as mulheres do povo, anônimas”, encontravam-se sempre à frente dos motins provocados pela carestia e pela fome (Mustafá, 2017, p. 63).

Destacando o viés revolucionário da luta e do pensamento das mulheres, Mustafá (2017) demonstra que elas sempre estiveram presentes e atuantes nos grandes momentos da história.

---

<sup>12</sup> Mustafá (2017) analisa as contribuições de Olympe de Gouges, Mary Wollstonecraft, Virginia Woolf e Alexandra Kollontai no artigo “A vida e engajamento das mulheres revolucionárias”, parte da coletânea “Veias Feministas: desafios e perspectivas para as mulheres do Século 21”, organizado por Sarita Amaro e Véronique Durand (2017).

Alargando os próprios horizontes, antes confinados à família e a questões domésticas, a mulher se colocou no patamar mais digno da humanidade quando vislumbrou possibilidades materiais e concretas de uma igualdade de gênero, de classe, de raça e etnia, seja nas trilhas da Revolução Francesa, seja no seio da Revolução Socialista. Empenhando toda sua energia física, mental e emocional, ela se colocou para além de seu tempo, sem perder de vista, mas às vezes perdendo a própria vida, valores e princípios éticos que são considerados fundamentais, tais com a negação da violência – posicionando-se contra o terror da Revolução Francesa -; a defesa da classe trabalhadora – na participação teórica e militante no processo que culminou com a Revolução de Outubro de 1917 -; o posicionamento contra a colonização e contra o racismo – especialmente pelos eventos e pela lógica do fascismo e do nazismo que marcaram as duas guerras mundiais (Mustafá, 2017, p. 76).

Céli Regina Jardim Pinto (2010, p. 15) registra que no Brasil, assim como no plano internacional, as primeiras lutas reconhecidas como feministas tiveram uma perspectiva sufragista, e o direito das mulheres de votar foi conquistado por aqui em 1932. Contudo, as reivindicações por melhores condições de trabalho, lideradas por mulheres do movimento operário de ideologia anarquista também devem ser lembradas como parte desta história de lutas (Pinto, 2010).

Este feminismo inicial, tanto na Europa e nos Estados Unidos como no Brasil, perdeu força a partir da década de 1930 e só aparecerá novamente, com importância, na década de 1960. No decorrer destes trinta anos um livro marcará as mulheres e será fundamental para a nova onda do feminismo: O segundo sexo, de Simone de Beauvoir, publicado pela primeira vez em 1949. Nele, Beauvoir estabelece uma das máximas do feminismo: “não se nasce mulher, se torna mulher” (Pinto, 2010, p. 16).

Djamila Ribeiro (2016, p. 22), afirma que a teoria feminista surgiu criticando a epistemologia masculinista, questionando o discurso hegemônico e assumindo o compromisso de emancipação das mulheres. No entanto, acabou incorporando o próprio discurso que combatia por ser “brancocêntrica e heterossexual”. Por isso, a autora destaca que não podemos universalizar a categoria mulher ignorando, por exemplo, que mulheres negras “possuem situações diferentes de mulheres brancas. Assim como mulheres lésbicas possuem situações diferentes de mulheres heterossexuais”. Recomendação que deve ser aplicada às análises sobre os homens.

Ribeiro (2016, p. p. 22) diz que não podemos tratar a luta das mulheres como movimento homogêneo, já que existem diferentes perspectivas políticas e analíticas: “há teorias que seguem viés liberal, outras marxista, radical, socialista, anarquista” (Ribeiro, 2016, p. 22).

A heterogeneidade das concepções e práticas não se restringem às mulheres. É notório que os questionamentos do machismo, da ordem patriarcal e de todos os privilégios

acumulados pelos homens também divide a população masculina. Em que pese haja iniciativas acadêmicas, políticas e independentes a favor da desconstrução do estereótipo do macho caminhando rumo a reconstrução das masculinidades na desejada perspectiva horizontal, aliada aos ideais feministas, a resistência dos machões ainda tem muita força, como veremos neste capítulo.

bell hooks (2018, p. 13), teórica feminista, escritora e crítica cultural, defende que o “feminismo é um movimento para acabar com sexismo, exploração sexista e opressão”. Ela adverte que se quisermos viver em um mundo onde podemos ser quem somos com paz e possibilidades, não podemos esperar que uma revolução feminista conquiste este mundo sozinha, “precisamos acabar com o racismo, o elitismo, o imperialismo”.

É fato que estamos frente a um grande desafio e que boa parte da população, sobretudo a que não tem acesso às universidades<sup>13</sup>, compartilham visões equivocadas dos movimentos feministas. Acreditam que as feministas são mulheres que sempre odiaram os homens ou que querem dominá-los (hooks, 2018).

Concordo plenamente com hooks (2018), quando ela explica que embora os homens percebam as dificuldades de ser patriarca, eles têm medo de renunciar aos privilégios patriarcais.

Eles não têm certeza sobre o que vai acontecer com o mundo que eles já conhecem tão bem, se o patriarcado mudar. Então acham mais fácil apoiar passivamente a dominação masculina, mesmo quando sabem, no fundo, que estão errados. Repetidas vezes, homens me falam que não têm a menor ideia de o que feministas querem. Acredito neles. Acredito na capacidade que eles têm de mudar e crescer. E acredito que, se soubessem mais sobre feminismo, não teriam mais medo dele, porque encontrariam no movimento feminista esperança para sua própria libertação das amarras do patriarcado (hooks, 2018, p. 14).

O patriarcado pode ser entendido como um sistema de dominação e exploração dos homens sobre as mulheres que surgiu há milênios dando direitos sexuais a eles, controlando a sexualidade feminina, configurando “um tipo de hierarquia de relação que invade todos os espaços da sociedade, e representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência” (Saffioti, 2015, p. 60).

---

<sup>13</sup>Não quero dizer que o acesso à universidade transforma as pessoas em feministas. Até porque elas estão cheias de machistas e defensores da extrema direita. Mas, seguindo a linha de raciocínio da autora, entendo que as discussões qualificadas sobre gênero, sobre feminismo e masculinidades ainda são restritas ao âmbito acadêmico elitizando quem tem acesso a informações críticas, capazes de mobilizar mudanças nas relações de gênero.

Tiburi (2019, p. 40) destaca que o patriarcado é uma forma de poder que funciona como

uma geringonça feita de ideias prontas inquestionáveis, de certezas naturalizadas, de dogmas e de leis que não podem ser questionadas, de muita violência simbólica e física, de muito sofrimento e culpa administrados por pessoas que têm o interesse de manter seus privilégios de gênero, sexualidade, de raça, de classe, de idade, de plasticidade.

Pautado numa interpretação dos corpos que atribui a função de reprodutora às mulheres, o patriarcado constitui um sistema opressor que transforma a “biologia em seu destino”. Sob esse olhar, entende-se que “a mulher é uma geradora por natureza e o homem tem toda liberdade de investir em outras esferas – economia, guerra, poder, etc. A elas, a maternidade e seus corolários; a eles, o restante das atividades humanas” (Jablonka, 2021, p. 49).

O patriarcado é, acima de tudo, um sistema de pensamento, baseado em leis, normas, crenças, tradições, práticas – e esse sistema se “sustenta” sozinho. Ele envolve instituições tão complexas quanto o Estado, a religião e a família, delas tirando argumentos que convergem na justificativa da subordinação das mulheres, de tal modo que ela pareça uma coisa “normal”, estabelecida pela natureza, fundada na razão, de acordo com o que “sempre se fez” (Jablonka, 2021, p. 72).

A visão androcêntrica pode ser considerada uma das principais características de uma sociedade patriarcal. Trata-se de um posicionamento que coloca o homem como o centro de tudo. Nesta perspectiva, “todos os estudos, análises, investigações, narrações e propostas” que focam unicamente na figura masculina são “tomadas como válidas para a generalidade dos seres humanos, tanto homens como mulheres” (Oliveira, 2004, p. 43).

Analisando a histórica dominação masculina, Bourdieu (2002) ressalta que o androcentrismo legitima-se pelas próprias práticas que ele determina atribuindo um preconceito desfavorável contra o feminino. Para o autor, “a representação androcêntrica da reprodução biológica e da reprodução social se vê investida do senso comum, visto como senso prático, dóxico, sobre o sentido das práticas” (Bourdieu, 2002, p. 45).

As definições biológicas e os papéis sociais impostos e naturalizados também passaram a ser questionados através das discussões de gênero enquanto uma construção social e histórica. Conforme destacam Silva Junior e Carvalho, (2022, p. 09), na virada dos anos 1960, ao estudos de gênero evidenciaram as desigualdades naturalizadas entre homens e mulheres. Neste contexto, as subversões na definição das identidades sexuais causaram grande mal-estar em parte da população masculina.

O direito ao divórcio, a pílula anticoncepcional e a emancipação sexual feminina, a condenação mais acintosa da violência contra as mulheres, o ajustamento dos papéis de gênero na sociedade, o fortalecimento do movimento negro, de jovens, gays, lésbica e transexuais [...] promoveram uma cisão entre os homens, um processo de reconfiguração subjetiva por necessidade de acomodação às identidades emergentes, com suas novidades culturais e a inadmissibilidade de comportamentos tradicionais (Silva Junior e Carvalho, 2022, p. 09).

Por colocar a ordem patriarcal em risco, o conceito de gênero tem sido demonizado pelos Estados e Igrejas como forma de manter o controle sobre a população, bem como os benefícios patriarcais. Para os fascistas que estão sempre de plantão, se o caráter natural e heteronormativo for abalado, a humanidade seria exposta a “perversidades sexuais, incluindo zoofilia e pedofilia” (Butler, 2024, p. 10).

Saffioti (2015) afirma que há consenso entre os estudiosos de que “o gênero é a construção social do masculino e do feminino”. Pautada em diferentes estudos, acrescenta que o conceito é utilizado como categoria analítica, mas deve ser apreendido, principalmente, como uma categoria histórica, o que permite sua concepção em várias instâncias:

[...] como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva (SCOTT, 1988); como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades (FLAX, 1987); como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem–mulher, mas também relações homem–homem e relações mulher–mulher (SAFFIOTI, 1992, 1997b; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995) etc. (Saffioti, 2015, p. 47).

De acordo com Scott (1995, p. 3), o termo “gênero” foi adotado pelos movimentos feministas inicialmente como forma de rejeitar o “determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. “O gênero sublinhava também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades”.

O núcleo essencial da definição de gênero para a autora é a “conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (Scott, 1995, p. 21).

Para explicar a definição de gênero, enquanto uma “categoria social imposta sobre o corpo sexuado”, ela destaca quatro elementos relacionados entre si: **os símbolos** culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (frequentemente contraditórias); **os conceitos normativos** que evidenciam a interpretação dos símbolos,

“expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tipicamente tomam a forma de uma oposição binária que afirma de forma categórica e sem equívoco o sentido do masculino e do feminino”; **o aspecto político** - que deve incluir as instituições e organizações sociais, produtoras e reprodutoras de normas - necessário para destruir a noção de “fixidade” da representação binária dos gêneros; e **a identidade subjetiva** (Scott, 2017, p. 21).

Na concepção de Connell (2016, p. 17), gênero é uma questão de corporificação social. Segundo a pesquisadora, o conceito de gênero pode ser definido de várias formas:

[...] como um papel, uma identidade, uma formação discursiva, uma classificação dos corpos, e outras mais. Mas o que faz com que qualquer uma delas tenha importância para o mundo é o que podemos fazer coletivamente com essas identidades e classificações. O que conta são nossas práticas sociais – em instituições como escolas, fábricas ou prisões, em relacionamentos íntimos de nossa vida pessoal, na mídia de massas, na internet, em igrejas e mesquitas. Práticas sociais não acontecem sem corpos. Práticas sociais envolvem mãos que fazem, olhos que observam, peles que sentem, cérebros que raciocinam e sofrem.

No livro “Gênero: uma perspectiva Global”, Connell e Pearse (2015, p. 37) destacam que “a crença de que distinções de gênero são ‘naturais’ faz as pessoas se escandalizarem quando alguém não segue o padrão”, como pessoas que se relacionam com outras do mesmo gênero, por exemplo.

E aqui é preciso dizer que, além das lutas das mulheres, as organizações dos gays, lésbicas, travestis e transexuais também impactaram significativamente o ideal fixo de masculinidade (Arihla; Unbehau; Medrado, 2001; Silva Junior; Carvalho, 2022).

A reivindicação da masculinidade pelos homossexuais constitui uma das principais afrontas à concepção da masculinidade hegemônica. De acordo com Connell (1995, p. 195) “a Liberação Gay nos anos 70 lançou uma vigorosa crítica tanto dos estereótipos convencionais dos gays quanto da masculinidade convencional, vistos como fontes de opressão”.

Entretanto, as reações conservadoras se reconstróem o tempo todo e nos atacam através de legislações antigays, antiaborto e de vários tipos de violência contra mulheres e a população LGBTQIA+. São estratégias que fazem

[...] parte de um esforço social enorme para canalizar o comportamento das pessoas. Ideias sobre comportamentos adequados a cada gênero circulam constantemente, não apenas pelas mãos de legisladores, mas também nas atitudes de padres, pais, mães, professores, publicitários, donos de pontas de estoque, apresentadores de talk-shows e Djs (Connell; Pearse, 2015, p. 38).

Neste contexto conservador, muitas pessoas insistem em definir o gênero como uma expressão de diferenças naturais das identidades entre homens e mulheres, ignorando seu real significado enquanto uma estrutura social<sup>14</sup> multidimensional que envolve a identidade, o trabalho, o poder e a sexualidade ao mesmo tempo.

Não é tarefa simples teorizar sobre este conceito, e, como vimos, as interpretações são diversas. Aqui, entendemos que o gênero – masculino, feminino, não binário - é construído como uma resposta ao lugar que nos é dado no ato do nascimento. Um processo complexo que não depende apenas do sexo e de como nos sentimos, mas de como os símbolos, as normas, as instituições e nossas relações impactam nossos corpos e práticas. Este processo de “tornar-se” ocorre no contexto em que crescemos e vivemos, envolve muitas relações de poder, tensões, ambiguidades e mudanças ao longo da vida. Considerar este contexto, pressupõe compreender que as relações sociais que estabelecemos, as oportunidades que temos ou não temos, a nossa condição econômica, o local onde moramos e trabalhamos, as relações sexuais que desejamos e temos, a nossa raça, etnia, religião, orientação sexual e vários outros marcadores, fazem parte da construção das nossas identidades e expressões de gênero.

Consideramos ainda que os padrões de gênero não são fixos, eles estão sempre mudando, embora existam modelos “ideais” tensionando as mudanças, sobretudo aquelas que são positivas na perspectiva da igualdade. Não existe um tipo de homem e um tipo mulher. Existem homens, mulheres e pessoas que não se identificam com as diferenciações binárias. Existem homens com vagina e mulheres com pênis. Assim como também existem pessoas com pênis e vagina que se identificam tanto como homens quanto como mulheres. Existem gays machistas e héteros feministas. Por isso, observamos tanta diversidade em disputa. Sem esta consideração, descartaríamos a pluralidade das masculinidades e feminilidades aqui defendidas.

## 2.1 OS ESTUDOS DAS MASCULINIDADES E OS QUESTIONAMENTOS SOBRE OS SIGNIFICADOS DE SER HOMEM

Cardoso e Amorim (2022, p. 15) defendem que o gênero é uma categoria de análise privilegiada, constituindo-se “como referência dos estudos relacionais entre homens e mulheres, permitindo atenção às especificidades masculinas, social e historicamente construídas, e aos seus efeitos, tanto sobre os homens como sobre as mulheres”.

---

<sup>14</sup>A manutenção de padrões amplamente difundidos entre relações sociais é o que a teoria social chama de estrutura. Nesse sentido, o gênero deve ser entendido como uma estrutura social (Connel; Pearse, 2015, p. 47).

Em 1995, o lançamento do livro *Masculinities* da socióloga australiana Raewyn Connell, que criou o conceito de masculinidade hegemônica e evidenciou a produção de múltiplas masculinidades – hegemônica, subalterna, marginalizada e cúmplice - em contextos econômicos, políticos, sociais, culturais e históricos singulares tornou-se um dos principais referenciais teóricos globais sobre o tema.

De acordo com Nascimento (2009), dois momentos importantes que marcaram mundialmente a proliferação de pesquisas sobre a construção social das masculinidades e evidenciaram os danos que a masculinidade tradicional, hegemônica, causa para a sociedade, foram a realização da Conferência sobre as Mulheres em Pequim (1994) e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1995). Os eventos enfatizaram a importância de pensarmos as masculinidades e suas relações com a saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, a homossexualidade, a paternidade, o racismo, a manutenção de culturas patriarcais e machistas, entre outros temas.

Pautados na definição de Connell e Messerschmidt (2013), podemos definir a masculinidade hegemônica como o “padrão de práticas” que mantém a histórica dominação dos homens sobre as mulheres, mas também sobre masculinidades subordinadas. Esta masculinidade “incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens” (Connell; Messerschmidt, 2013 p. 245).

De acordo com os autores, para não violar a historicidade do gênero e da evidência das transformações nas definições sociais das masculinidades, não podemos utilizar o conceito de masculinidade hegemônica como um modelo algo fixo ou “trans-histórico” (Connell e Messerschmidt, 2013, p 252). Ademais,

Os homens podem adotar a masculinidade hegemônica quando é desejável, mas os mesmos homens podem se distanciar estrategicamente da masculinidade hegemônica em outros momentos. Consequentemente, a “masculinidade” representa não um tipo determinado de homem, mas, em vez disso, uma forma como os homens se posicionam através de práticas discursivas (Connell e Messerschmidt, 2013, p 257).

Embora não seja adotada pela maioria da população masculina, “certamente ela é normativa” (Connell; Messerschmidt, 2013 p. 245). Os autores afirmam que devemos manter a ideia de que “o conceito de masculinidade hegemônica presume a subordinação de masculinidades não hegemônicas” e que a “hierarquia das masculinidades é um padrão de

hegemonia, não um padrão de uma hegemonia simples baseada na força” (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 263).

Kimmel (2016, p. 99) também afirma que a masculinidade não é estática nem atemporal, mas sim, histórica. E acredita que os homens podem mudar tanto individualmente quanto coletivamente. Consideração importante para sustentar minha tese de que a reconstrução das masculinidades é possível e que as políticas públicas podem favorecer e acelerar este processo.

Para ele, a masculinidade hegemônica pode ser definida como: um homem no poder, um homem com poder, e um homem de poder. Assim, iguala-se “masculinidade como o ser forte, vencedor, capaz, confiável, e em controle” (Kimmel, 2016, p. 105). Segundo esta definição, os homens devem cumprir várias regras cujo alcance é avaliado e validado pelos próprios homens: é preciso repudiar a feminilidade, não demonstrar suas emoções, ser viril, agressivo e corajoso, ter sucesso, ser rico, ter poder e ser reconhecido por isso. Este modelo de masculinidade obriga os homens a fugirem do feminino, a buscarem incessantemente uma aprovação homosocial e a assumirem um posicionamento homofóbico, sexista e racista.

Kimmel (1998, p. 105), explica que o “hegemônico e o subalterno surgiram em uma interação mútua mas desigual em uma ordem social dividida em gêneros”. Assim como no caso econômico, em que o desenvolvimento de alguns países acarreta o subdesenvolvimento de outros, o autor observa que o mesmo ocorre em relação ao gênero. Neste sentido, o ideal hegemônico “foi criado em um contexto de oposição a “outros” cuja masculinidade era assim problematizada e desvalorizada”.

Na concepção do autor, as masculinidades devem ser compreendidas como um conjunto de significados e comportamentos fluidos construídos socialmente, que variam no transcorrer do tempo, perseguem um modelo, dependem da classe, da raça, etnicidade, idade, entre outros marcadores (Kimmel, 1998). Nesta perspectiva, o conjunto de práticas que moldam os comportamentos em determinado contexto histórico e sociocultural deve ser analisado de forma interseccional.

Reitero que a interseccionalidade é uma ferramenta analítica que “investiga como as relações de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais da vida cotidiana”. Para tanto, a análise na perspectiva interseccional de considerar “que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente” (Collins e Bilge, 2021, p. 15-16).

No caso desta pesquisa, que analisa como as concepções e expressões das masculinidades interferem no acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social, estas categorias são fundamentais para entendermos como os participantes se entendem como homens. Afinal, estamos falando de homens pobres, usuários das políticas de saúde e assistência social, cujas vidas estão marcadas pela subalternização de suas masculinidades devido a sua classe social, pelas dificuldades de acesso a direitos como moradia, educação, trabalho, renda, saúde, entre muitos outros.

A leitura gramsciana das classes e grupos subalternos destaca a diversidade e heterogeneidade entre eles “apontando para as diversas formas e níveis de subalternidades que se distinguem pelo seu nível de conscientização política e organização” (Toledo, 2016, p. 207).

Trazendo a discussão para o âmbito das masculinidades, as subalternidades podem ser percebidas pelas dificuldades ou incapacidades de criticar, explicar, dominar e superar a ordem patriarcal e o “ideal” inalcançável do que é ser homem. A necessidade de se aproximar do modelo hegemônico de masculinidade cria um ciclo ininterrupto de busca por validação social entre os subalternos estabelecendo uma hierarquia social, como se os menos pobres, os heterossexuais e os brancos, por exemplo, fossem mais homens e melhores que os mais pobres, os gays, os negros e indígenas. Portanto, não é só através da renda e das posses materiais que esta competição por reconhecimento é externada. As características físicas e estéticas, o sobrenome, as habilidades laborais, e até mesmo as vivências e aventuras tornam-se critérios para “ser o melhor”.

Pode ser comum que esta validação ocorra na disputa de quem se relacionou com o maior de número de mulheres na vida, no mês e no dia. Contudo, entre os homens atendidos pela política de assistência social, por exemplo, outras formas de se destacar também são manifestadas. A necessidade de ser melhor é tamanha, que os homens chegam a disputar quem passou pelas piores formas de exploração no trabalho; quem já tomou o “maior porre”; quem já se envolveu no maior número de brigas; quem já sofreu o pior acidente; quem passou o maior tempo hospitalizado ou sem banho.

É possível perceber que as formas de competir ganham novos contornos de acordo com o local onde as masculinidades são expressas, avaliadas e validadas. Muitas vezes, o homem que conhecemos dentro de casa é outro homem no trabalho, outro homem no lazer, outro homem na Igreja, outro homem no CRAS, outro homem na UBS e pode ser outro homem durante as relações sexuais.

E enquanto o “ideal de homem de verdade” se reproduz, ele também se atualiza quando encontra resistências. A suposta “crise do masculino” como consequência de qualquer

reivindicação das mulheres por igualdade, respeito, liberdade e segurança vem sendo foco dos estudos sobre masculinidades. De acordo com Francis Dupuis-Déri (2022, p. 36), “o discurso da crise da masculinidade defende que os ‘verdadeiros homens’ não devem ser sensíveis, trocar fraldas e se preocupar com o prazer sexual das mulheres”.

Com este discurso, a “revalorização de uma identidade masculina tradicional” ganha espaço e insiste na definição do “homem de verdade” como “heterossexual, autônomo, ativo, agressivo, competitivo e possivelmente violento”. Enquanto das mulheres se espera, para além da heterossexualidade, um comportamento cuidadoso, atencioso, cooperativo, pacífico, doce, e dependente dos homens (Dupuis-Déri, 2022, p. 40).

Dupuis-Déri (2022) considera que o discurso de “crise da masculinidade” é falso e propõe concepções dogmáticas sobre o que os homens e as mulheres devem ser, ter e fazer. Um discurso que expressa a recusa da igualdade pelos homens.

O autor salienta que as “crises da masculinidade” existem desde a Roma Antiga e foi se alastrando globalmente nos séculos XIX e XX. Entretanto, destaca que as crises do passado são muito menores do que a “verdadeira crise da atualidade, que começou no Ocidente com revolução cultural e com o feminismo do fim dos anos 1960”, quando “as feministas teriam realmente conseguido emancipar as mulheres” (Dupuis-Déri, 2022, p. 354).

Os homens fazem a crise, pois eles não suportam ser contrariados, não ter aquilo que eles pensam ter por direito, em particular as mulheres a seu serviço. Os homens não estão em crise, mas eles fazem as crises, realmente, ao ponto de matar as mulheres.

Em termo de justiça e injustiça, o problema hoje não é que a masculinidade esteja em crise, mas, antes, que ela ainda não esteja. Essa crise que não é, as mulheres já esperaram por muito tempo, pois nós resistimos já há muito tempo. É portanto, tempo de parar de discorrer sobre a crise da masculinidade e fazer com que ela, enfim, advenha (Dupuis-Déri, 2022, p. 375).

Dupuis-Déri (2022) nos convoca a continuar questionado e problematizando a supremacia masculinista e o persistente mito da crise da masculinidade. A meu ver, seu chamado sugere que os homens de fato entrem numa crise que, talvez, possa conduzi-los a mudanças reais, livres dos padrões patriarcais.

O item a seguir, demonstra que o discurso de crise da masculinidade também atravessa os estudos realizados no Brasil e nos oferecem pistas sobre como avançar nos questionamentos e mudanças rumo a transformação.

## 2.2 MASCULINIDADES NO BRASIL

As produções teóricas e políticas feministas se consolidaram no Brasil na década de 1970 a partir de duas tendências: uma com foco no mundo privado, caracterizando-se pelo interesse em grupos de estudos, de reflexão e de convivência; e a outra, voltada “para a atuação pública das mulheres, tendo como foco questões relativas ao trabalho, ao direito, à saúde e à redistribuição de poder entre homens e mulheres”. Foi esta segunda tendência que conseguiu “influenciar as políticas públicas em nosso país, empregando canais institucionais criados dentro do próprio Estado, no período da redemocratização dos anos 1980”. A partir de então, a multiplicidade das produções teórica e política dos feminismos brasileiros seguiram a linha internacional, deixando de tratar especificamente da mulher para focar nas relações de gênero (Medrado e Lyra, 2008, p. 813).

Foi no âmbito dos estudos de gênero que, na década de 1990, as pesquisas sobre homens e masculinidades ganharam força no país, concentrando-se majoritariamente nas áreas de Antropologia e Psicologia Social (Nascimento, 2009; Silva Junior e Carvalho, 2022; Cardoso e Amorim, 2022).

As produções apontavam uma suposta “crise da masculinidade” resultante das “incipientes mudanças nas relações entre homens e mulheres” alcançadas pela atuação do movimento de mulheres feministas e do movimento homossexual brasileiro a partir da década de 1960. O livro “o Mito da masculinidade” do psicólogo Sócrates Nolasco, publicado em 1993, e a realização dos primeiros Seminários Internacionais sobre Identidade Masculina, organizados pelo próprio Nolasco em 1992 e 1995, marcaram a trajetória das pesquisas sobre o tema no Brasil, além de estabelecerem diálogos internacionais neste campo da produção de conhecimento (Nascimento, 2009, p. 18).

A partir da percepção de que “os homens estavam mudando” e de que havia uma “autorização social” veiculada pela mídia para que eles pudessem realizar atividades consideradas femininas, como, por exemplo, demonstrar suas dores e poder chorar, preocupar-se com sua aparência, envolver-se com o trabalho doméstico e no cuidado com os filhos, Nolasco (1993, p. 12) discute a “maneira opressiva pela qual tradicionalmente os homens são socializados”, fazendo-os renunciar aos seus sentimentos, sonhos e desejos para reproduzir um padrão de comportamento pré-definido para eles. O autor também problematiza os padrões sociais que pretendem definir “quem é um homem” buscando oferecer subsídios para “aumentar cada vez mais o sentimento de identidade, partindo da indagação de que cada indivíduo faz a si mesmo: Quem sou eu aos meus olhos?”.

Na análise de Nolasco (1993), o “novo homem” começou a ser construído no Brasil, na década de 1960, no bojo do Tropicalismo, movimento marcado pelas letras das músicas de Gilberto Gil e Caetano Veloso, que esboçavam o perfil dos homens do futuro considerando-os libertos dos estereótipos e clichês que os definiam.

Mesmo reconhecendo que os homens estavam diante de possibilidades de mudar, Nolasco (1993) percebeu que o modelo “antigo” continuava sendo pano de fundo para a construção do “novo”. Assim, esperava-se que os homens fossem ativos sem serem dominadores, que expressassem suas emoções sem serem vistos como homossexuais, e mantivessem suas características viris sem traços machistas.

Nolasco (1993, p. 185) sugeriu que os “novos homens” da década de 1990 buscassem inspiração na força da década de 1960, “quando a transformação da ordem social estava articulada, até certo ponto, a uma mudança de comportamento dos indivíduos”. E, para isto, seria necessária uma mobilização maior, “nos moldes daquela que se encontrava a todo vapor no centro da contracultura”, ausente, para ele, no contexto em que escrevia.

Da década de 1990 para cá, as pesquisas continuaram problematizando a “crise da masculinidade” (Nolasco, 1997; Trevisan, 1997), e passaram a abarcar outros temas como a paternidade, a saúde reprodutiva e sexual e a desigualdade de gênero<sup>15</sup>.

Sob o mote da persistente “crise da masculinidade”, o livro “Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil”, organizado por Silva Junior e Carvalho (2022), foi construído com base em entrevistas com 12 pesquisadores<sup>16</sup> brasileiros, oferecendo-nos uma panorama intersetorial<sup>17</sup> sobre as masculinidades. São pesquisadores vinculados às áreas de Educação, Sociologia, Psicologia, Filosofia, Letras, Artes e Comunicação, que defenderam suas Teses de Doutorado a partir de 2000.

As entrevistas foram realizadas em setembro de 2021, por e-mail, período que estávamos vivendo o ano mais letal da pandemia da Covid-19 e já havíamos acumulado inúmeros descontentamentos em relação à condução política do país.

Em que pese os pesquisadores tenham posicionamentos particulares sobre o assunto, eles concordam que a suposta “crise da(s) masculinidade(s)” é consequência das

---

<sup>15</sup>Os livros “Homens”, organizado por Dario Caldas (1997) e “Homens e Masculinidades”, organizado por Margareth Arilha, Sandra G. Unbehaum e Benedito Medrado, nos oferecem uma série de artigos que confirmam esta afirmação.

<sup>16</sup>Richard Miskolci, Anderson Ferrari, Djalma Trürler, Tiago Duque, Luiz Felipe Zago, Neil Franco Pereira de Almeida, Paulo Melgaço da Silva Junior, Avelino Aldo de Lima Neto, Samilo Takara, João Paulo Baliscei, Caetano Diniz e Vicente Tchalian.

<sup>17</sup> Embora as contribuições destes pesquisadores sejam de extrema importância, reconhecemos que existem outras pesquisas sobre o tema. Portanto, este panorama é parcial.

tensões provocadas pelos movimentos feministas, gays, lésbicos, LGBTQIA+, pela emancipação das mulheres, pela construção de novas masculinidades, pela reivindicação da diversidade das identidades de gênero, pelos questionamentos e desconstrução do machismo, pela exposição das violências que mantém os privilégios dos homens, dos brancos e dos ricos, entre outros fatores. Portanto, a discussão contemporânea sobre a “crise da masculinidade” se coloca muito mais no sentido de reconhecimento e entendimento de um processo de transformação sociocultural em curso do que como um colapso a ser lamentado.

Miskolci (2022, p. 28) defende que a “crise da masculinidade” seja analisada sob a ótica da transformação, uma vez que a “perda do poder masculino” ocorreu em benefício da “construção de uma sociedade mais plural, democrática e igualitária”, na qual os homens se veem libertos das pressões coletivas para seguirem modelos ideias de masculinidade. “As novas masculinidades emergentes são ganhos coletivos e para os próprios homens, não apenas para as mulheres e outros grupos que antigamente eram a eles subordinados”. Para ele, menos utópico do que perseguir um mundo sem gênero é a ênfase na “des-hierarquização” dos gêneros, “haja vista a continuidade de demandas de identificações de gênero por segmentos sociais antes subalternizados” (Miskolci, 2022, p. 29).

Numa abordagem parecida, Caetano Diniz<sup>18</sup> (2022) reforça que a desconstrução do machismo incentivada pelo estudos de gênero continuou ocorrendo em meio a conflitos e tensões que marcam este estágio ainda inicial de transição entre velhas e novas masculinidades (Diniz, 2022, p. 115).

Já Tchalian<sup>19</sup> (2022) acrescenta que os privilégios acumulados pela branquitude, masculinidade e capitalismo não se sustentam no momento histórico em que vivemos porque são injustificáveis as ações “perpetradas contra populações inteiras como forma de manter essa parcela normativa no poder” (Tchalian, 2022, p. 121).

Sem o discurso de que mulheres, pessoas negras, pessoas LGBTQIA+ e pessoas das periferias socioeconômicas são menos humanas, as posições de controle dessa elite masculina, branca, rica e cristã não se sustentarão por muito tempo. Vivemos agora o início da queda desse projeto de sociedade que vem sendo levado a cabo no Brasil; somando uma gigantesca crise econômica, social, humanitária e sanitária à total falta de capacidade de eficiência, esse

---

<sup>18</sup> Psicólogo, professor universitário, Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, estudou a experiência de homens que vivenciaram violência perpetrada por suas parceiras íntimas através de uma abordagem fenomenológica-existencial.

<sup>19</sup> Vicente Tchalian afirma-se como “uma pessoa transmasculina e transfeminista” e, além de fazer parte de movimentos sociais LGBTQIA+, dedica-se “às pesquisas sobre Direitos Humanos e Diversidade, Estudos de Gênero, Transmasculinidades, Políticas Públicas e Metodologia Científica” (Silva Junior e Carvalho, 2022, p. 16).

projeto está fadado ao total fracasso, infelizmente levando consigo a absurda marca de mais de 600 mil vidas ceifadas (Tchalian, 2022, p. 122)

Djalma Trürler<sup>20</sup> (2022) aprofunda o debate acrescentando outro ingrediente na análise desta crise: a cultura. Ele resgata o amor livre da cultura hippie vivenciado na década de 1960, como um período de horizontalização das relações de gênero. Esta onda de radicalismo que “instou os jovens descontentes a questionar a autoridade, a recusar o ideal burguês de família e a rejeitar a sociedade heterossexual, levou à abundância de cores brilhantes e fixou a presença da neutralidade de gênero na moda” (Trürler, 2022, p. 43). Portanto, as masculinidades precisariam ser discutidas sob a lógica da desconstrução, projetando imaginários corporais que

[...] concomitantemente constroem, subvertem e resistem à dicotomia masculino-feminino nas relações sociais. Devem ratificar a intenção de apresentar certa desestabilização da masculinidade singular, minar as grandes expectativas sobre a forma idolatrada de masculinidade, deserdar o homem das patologias sociais do patriarcado, em que o simples fato de nascer biologicamente com pênis o torna mais importante; e, por fim, sequestrar do papel masculino suas características fundantes, a fim de identificar e compreender melhor as construções culturais que ele articula (Trürler, 2022, p. 48).

Numa linha de pensamento semelhante à de Trürler, Neil Franco Pereira de Almeida<sup>21</sup> (2022) destaca que o impulso discursivo e revolucionário do movimento feminista desde 1960, a emancipação feminina - que pode representar risco na concepção de alguns homens em relação a sua colocação laboral -, entre outras mudanças na contemporaneidade, também contribuíram fortemente para abalar as estruturas do machismo. Na visão do autor, as “crises de masculinidades” guardam relação estreita com a diversidade e imprevisibilidade das “construções do masculino” que “estarão em crise a partir dos aspectos históricos e culturais pelos quais são afetados” (Almeida, 2022, p. 72) Para Almeida (2022), a obscuridade é a definição do futuro das masculinidades, das feminilidades e daqueles que se anunciam não binários. Como entende que as masculinidades são desestruturadas e reestruturadas constantemente, acredita que

Por uma lado, correm o risco de repetirem princípios hegemônicos que as nomearam como superiores, ainda que mergulhadas num mar de fragilidades e medos; e, por outro, de se tornarem um fenômeno mais livre (talvez mais que uma identidade), que possibilite ao sujeito humano viver e desfrutar das

<sup>20</sup> Djalma Trürler é dramaturgo, Doutor em Letras e professor da Universidade Federal da Bahia.

<sup>21</sup> Neil Franco Pereira de Almeida é Doutor em Educação, dedicou-se aos estudos sobre professores gays, lésbicas e travestis, e sobre a constituição identitária de professoras transexuais no Brasil.

inúmeras experiências corporais que nos relacionam com o mundo (Almeida, 2022, p. 76).

Lima Neto<sup>22</sup> (2022) também destaca que o feminismo e as militâncias que questionam a heteronormatividade estão embutidos na “crise da masculinidade”. De acordo com o educador, estamos em um momento “de fortalecimento de uma masculinidade que nunca desapareceu, mas que ficou no subterrâneo da epistême atual e, mais recentemente, encontrou espaço para irromper”. Por isso, ele enfatiza que as “questões de gênero devem ser tratadas como fundamentais na atividade do Estado” (Lima Neto, 2022, p. 89).

Na visão de Anderson Ferrari<sup>23</sup> (2022), a ideia de crise deve ser problematizada porque sempre que outros “sujeitos e corpos reivindicam seus pertencimentos como sujeitos masculinos, a masculinidade como algo universal e homogêneo passa a ser questionada”. O pesquisador salienta que a reboque do movimento feminista “os homens também passaram a ressignificar esse modelo masculino no singular, para reivindicar masculinidades no plural, aquelas que melhor descrevessem seus pertencimentos” (Ferrari, 2022, p. 35).

Ferrari (2022, p. 35) também destaca a importância dos estudos gays, lésbicos e do movimento LGBTQIA+ para entendermos o que estamos vivendo no campo das masculinidades. Considerando a escola como parte de um processo de constituição dos sujeitos, aposta em masculinidades plurais, livres dos padrões universais e homogêneos, enfatizando a necessidade de investimentos no sistema educacional para a promoção de discussões sobre gênero e sexualidade conscientemente vinculados a construção de “projetos de sujeitos e projetos de nação”.

A partir de um referencial teórico queer, do estudos culturais, pós-coloniais e interseccionais, Tiago Duque<sup>24</sup> (2022) problematiza a chamada crise da masculinidade pontuando que “não existe masculinidade sem crise, afinal, gênero é crise, esteja a crise aparente ou não (no sentido da disputa, do tensionamento, dos jogos de poder e da própria ideia de construção em que o conceito está inserido)” (Duque, 2022, p. 52). Para o pesquisador, o futuro das masculinidades reserva ainda mais transformações, que “continuarão marcadas e marcarão processo de diferenciação e identificação cada vez mais midiaticizados e neoliberais” (Duque, 2022, p. 60). Ele sustenta que o futuro das masculinidades “é seguir em

---

<sup>22</sup> Avelino Aldo de Lima Neto é Doutor em Educação, Professor do Instituto Federal do Rio Grande do Norte e Pesquisador sobre as relações entre Filosofia e Educação, corpo, gênero e sexualidade, entre outras temáticas.

<sup>23</sup> Anderson Ferrari é licenciado em História e Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Em sua tese, estudou os discursos sobre homossexualidade em grupos gays brasileiros.

<sup>24</sup> Tiago Duque é Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos, sob orientação do Prof. Dr. Richard Miskolci, e Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Karla Bessa – tradutora de Judith Butler no Brasil

transformação”. E considera que essas transformações “continuarão marcadas e marcarão processos de diferenciação e identificação cada vez mais midiáticos e neoliberais”.

Luiz Felipe Zago<sup>25</sup> (2022) questiona a ideia de “crise da masculinidade” porque, para ele, não seriam somente as masculinidades que estariam em crise, mas “tudo aquilo que somos chamadas/os a ocupar enquanto cidadãos/ãos, enquanto sujeitos”, como por exemplo, as feminilidades, a religiosidade, os pertencimentos nacionais e as identidades raciais (Zago, 2022, p. 66). Argumenta que “talvez o futuro de todas/os nós, homens, mulheres, não-binários, assexuais e pansexuais seja por em prática uma política de aliança: precisamos reforçar nossas afinidades ético-políticas para fazer frente ao conservadorismo emergente” (Zago, 2022, p. 69).

Por sua vez, Paulo Melgaço da Silva Junior<sup>26</sup> (2022) enxerga o momento que estamos vivendo como um período de questionamentos do desenvolvimento de múltiplas masculinidades derivados dos movimentos feministas, do feminismo negro, do movimento gay iniciado nos Estados Unidos na década de 1960, entre outros acontecimentos que expuseram as fragilidades e os medos da população masculina (Silva Junior, 2022). Acredita que o campo dos estudos das masculinidades ainda está se consolidando e que as “múltiplas possibilidades de ser homem estão vindo à tona e sendo discutidas, inquiridas, investigadas, estranhadas”. Considerando que diversos sujeitos lutam por inteligibilidade e reconhecimento social, defende que “em um tempo próximo, não mais precisaremos discutir masculinidades ou feminilidades, falaremos apenas de sujeitos sociais” (Silva Junior, 2022, p. 83).

Samilo Takara<sup>27</sup> (2022) entende que as masculinidades estão em disputa, e não em crise. Para ele, o que pode estar em crise “são os sistemas binários de representação e noções fixas sobre a categoria masculinidade” (Takara, 2022, p. 95). Embora diga que não saiba se posicionar em relação ao futuro das masculinidades, declara que “a fixidez de uma norma que erige a masculinidade precisa ser problematizada para que possamos pensar nas condições do futuro” (Takara, 2022, p. 100).

Diferentemente dos demais, na concepção de João Paulo Baliscei<sup>28</sup> (2022), as transformações e desconfortos vivenciados pelos homens a partir das lutas dos movimentos

---

<sup>25</sup>Luiz Felipe Zago é Mestre e Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFRGS na Linha de Pesquisa em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero.

<sup>26</sup> Paulo Melgaço da Silva Junior é professor de Arte na Educação Básica e, em seus estudos, buscou problematizar a heterossexualidade e o modelo hegemônico de masculinidade, demonstrando que assim como a homossexualidade, a heterossexualidade também é uma construção social. Atualmente pesquisa sobre as múltiplas masculinidades negras, enfatizando o contexto escolar.

<sup>27</sup>Samilo Takara, Mestre e Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá, é um pesquisador das “relações entre mídia, educação e as representações de gênero e sexualidades em artefatos culturais” (Silva Junior e Carvalho, 2022, p. 15).

<sup>28</sup> João Paulo Baliscei também cursou Mestrado e Doutorado em Educação na Universidade Estadual de Maringá e suas pesquisas são relacionadas às masculinidades e educação.

feministas não devem ser nomeados como uma crise, uma vez que este posicionamento sugere a defesa de uma concepção fixa sobre o que significa ser homem. Nesta perspectiva, se não superarmos a fixidez do que é ser homem, “qualquer fissura socialmente provocada à ideia dura e estereotipada de homem – o sujeito branco, heterossexual, cisgênero, cristão, caçador, detentor do conhecimento científico e do poder civilizatório – implicaria uma “crise” (Baliscei, 2022, p. 103). E o que queremos, na verdade,

[...] é que esse sujeito violentador e violentado se modifique, transforme-se, que entre em colapso e que perceba que as diretrizes que adota para se fazer masculino são responsáveis pelo adoecimento de si e de pessoas – mulheres, maridos, filhos/as, colegas de trabalho, amigos/as, etc. – à sua volta. Se alguns e algumas chama isso de crise, a mim soa melhor chamar de “libertação” (Baliscei, 2022, p. 103).

Diante de todas estas diferentes nuances apresentadas é notória a percepção de que as masculinidades estão em constante transformação, reinvenção, libertação e disputa. Ainda que hoje existam múltiplos espaços que autorizam as expressões de outras masculinidades, como a gay e a transgênero, por exemplo (Baliscei, 2022), continuamos enfrentamos reações violentas daqueles e daquelas que defendem os estereótipos tradicionais de masculino e feminino. Meninos usam azul e meninas usam rosa.

Enquanto percebemos algumas mudanças em relação ao autocuidado estético entre os homens, à afetividade paterna e às atividades domésticas, todos os tipos de violência contra as mulheres continuam crescendo, conforme destaca o Relatório do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024). Mesmo com a histórica subnotificação da violência contra a população LGBTQIA+ devido à ausência de dados governamentais, nossa população continua sendo vítima de crimes de ódio, conforme destacado no Dossiê sobre Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil (2023). Os homens continuam sendo os que mais matam, os que mais morrem por causas violentas e os que mais se matam.

Benedito Medrado e Jorge Lyra, docentes da Universidade Federal de Pernambuco, coordenadores do Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema) e cofundadores do Instituto PAPAI, podem ser considerados grandes referências nesta área de conhecimento. Eles entendem as masculinidades como “tecnologia de gênero”, a partir da expressão utilizada por Teresa Lauretis (1994). “A tecnologia de gênero é um processo que articula diferentes técnicas, práticas, procedimentos e instituições para produzir sujeitos que se identifiquem como homens e mulheres” (Medrado; Lyra, 2022, p. 22).

Neste sentido, para eles, as leituras teóricas e os projetos sociais que buscam transformação no campo do gênero devem considerar:

1) a dimensão relacional da vida cotidiana; 2) as produções culturais e simbólicas que se produzem ao longo da história; e, principalmente, 3) as instituições que alimentam e atualizam jogos de verdade, por meio de tecnologias que buscam converter em natural algo que fundamenta a produção de desigualdades e relações de poder, tal qual o gênero (Medrado; Lyra, 2022, p. 22).

Os pesquisadores reconhecem a implantação da PNAISH como um avanço no âmbito institucional que colocou o Brasil ao lado do Canadá, Irlanda e Austrália, únicos países que implementam políticas públicas para a população masculina no mundo e criticam o período de retrocessos advindo com o (des)governo Bolsonaro. Isto porque as práticas e discursos do ex-presidente intensificaram “leituras sobre as masculinidade associada a violência, simbolicamente marcada pela apologia as armas”, multiplicando o número de perfis e canais protagonizados pelos “empreendedores da masculinidade”. Pessoas que desconsideram a fundamentalidade das discussões sobre relações de poder, dimensões institucionais e tecnologias de gênero, depositando suas expectativas em mudanças individuais (Medrado; Lyra, 2022, p. 22-23).

A ascensão da extrema direita intensificou posicionamentos que caminham de mãos dadas com o patriarcado e que fatalmente reverberam nas concepções e expressões de masculinidades, estimulando a defesa do machismo e da misoginia que alcançou a internet como mais um meio de propagação.

Conforme destacado por Morais e Chaveiro (2024, p. 15)

[...] com o advento da globalização e da internet, as masculinidades hegemônicas passaram, em grande parte, a se comunicarem através da “manosphere” ou “machosfera” (como é traduzido literalmente para o português), que pode ser definida como um conjunto de plataformas (sites, blogs, fóruns, etc.) onde esse diálogo entre formas de masculinidade hegemônica se estabelece.

Diante do aumento da disseminação de conteúdos misóginos pela internet, o Observatório da Indústria da Desinformação e Violência de Gênero nas Plataformas Digitais, através de uma parceria do Ministério das Mulheres com o NetLab UFRJ, realizou uma pesquisa para investigar a presença de discursos misóginos e da chamada “machosfera” no YouTube; mapear, coletar e analisar evidências científicas sobre estratégias de monetização por

meio da produção e disseminação de discursos misóginos na plataforma (Santini et al, 2024, p. 07).

De acordo com o relatório “*Aprenda a evitar ‘esse tipo’ de mulher*”: *estratégias discursivas e monetização da misoginia no YouTube*”, o expressivo crescimento da “machosfera” e do volume de conteúdos misóginos veiculados pelo YouTube tornou-se mais evidente a partir de 2022<sup>29</sup>. Disfarçados como estratégias de valorização dos homens, os conteúdos dos vídeos promovem a crença de que as mulheres são manipuladoras e oportunistas, e que os homens devem resistir “a essa dominação e se insurgir contra as mulheres” (Santini et al, 2024, p. 05).

Os conteúdos são disseminados por 137 canais e somam mais de 105 mil vídeos misóginos, com 3,9 milhões de visualizações. Além de depreciar as mulheres e declararem aversão, desprezo e ódio contra elas, os conteúdos negam a existência do patriarcado invertendo a lógica de dominação. Para os membros da “machosfera”, o feminismo é um movimento social que oprime e subjuga os homens e que também prejudica as mulheres (Santini et al, 2024).

Além de questionarem os “direitos das mulheres e da família, como a garantia à pensão alimentícia e a proteção da mulher vítima de violência pela Lei Maria da Penha”, os produtores de conteúdos misóginos estão ganhando dinheiro com suas mentiras através de anúncios e doações realizadas durante as transmissões ao vivo, da venda “de produtos e serviços, plataformas de financiamento coletivo e links de afiliados, chegando a cobrar R\$1 mil por consulta individual” (Santini et al, 2024, p. 06).

A machofesra (ou manosfera) criou subculturas entre seus seguidores que passaram a se autoidentificar como RedPill<sup>30</sup>, MGTOW (sigla em inglês para “Homens seguindo seu próprio caminho”), Pick Up Artists (“artistas da pegação” ou da conquista) e Incel (celibatários involuntários). Para além do YouTube, os conteúdos misóginos alcançam outras redes sociais, como Instagram, Facebook, X, por exemplo, facilitando a disseminação dos discursos de ódio.

A análise de Morais e Chaveiro (2024, p. 24) sobre as masculinidades hegemônicas, a violência contra as mulheres nas mídias e o movimento RedPill, aponta que o membros deste movimento

---

<sup>29</sup> Um movimento que existe desde a década de 1980, nos Estados Unidos, e se alastrou com o advento da internet (Vilaça e D’Andrea, 2021).

<sup>30</sup> “[...] indivíduos deste grupo acreditam que “tomaram a RedPill”, o que possibilitou a abertura de seus olhos para a realidade de que, segundo eles, a sociedade matriarcal atual, em conjunto com o feminismo, tenta esconder dos homens. Esse termo surgiu do filme Matrix, onde o protagonista vive em uma ilusão, até o momento em que lhe é oferecido a oportunidade de tomar duas pílulas; a pílula azul, que o manteria na ilusão, ou a pílula vermelha, que revelaria para ele como o mundo funciona e o que tentaram esconder dele durante a vida toda” (Morais; Chaveiro, 2024, p. 15-16).

[...] rechaçam homens que demonstram seus sentimentos, que respeitam a liberdade da mulher, que não tem o desejo de serem provedores de casa, entre outros comportamentos “não conservadores”. Além disso, para eles, existe uma única forma correta de ser homem, ou seja, uma única forma “correta” de enxergar e agir nas relações de gênero. Essa maneira de ser é considerada natural, biologicamente determinada e imutável, enquanto todas as outras formas são ilegítimas e, nos dias atuais, corrompidas pelo feminismo.

São conteúdos que estimulam comportamentos completamente contrários ao que defendemos, mas que são acessados livremente por muita gente. Por isso, “machosfera” apresenta-se como um monstro que precisamos exterminar.

E, neste sentido, Morais e Chaveiro (2024, p. 24) destacam que os “movimentos de ciber feministas são diversos e infinitamente maiores” que os movimentos conservadores como o RedPill. Portanto, precisamos fortalecer nossas lutas e resistências também no âmbito da internet, do “online”, para frear o crescimento deste tipo de grupo violento.

Como exemplos positivos da luta contra a hegemonia online, citam o movimento #Elenão, utilizado em 2018 no Facebook, Instagram e Twitter como reação contrária ao, na época candidato, Jair Messias Bolsonaro; os perfis do Instagram “Quebrando Tabu”, “Odara Instituto da Mulher Negra” e “A Ponte Para Pretxs!” que representam as mulheres negras, a comunidade LGBTQIAP+ e outras minorias; e também destacam perfis da mesma plataforma focados na “transformação saudável masculina” (Morais e Chaveiro, 2024, p. 23) como o Papo de Homem e o Masculinidade. Saudável.

A produção e disseminação de conhecimento sobre pluralidade das masculinidades no âmbito acadêmico, como os estudos sobre as masculinidades negras e as transmasculinidades, por exemplo, também são fortes armas contra hegemônicas além de serem fundamentais para refletirmos “sobre os modos como colonizamos corpos, a partir de um viés de gênero racista e orientado por matriz cisheteronormativa” (Medrado; Lyra, 2022, p. 23).

Nascimento (2009, p. 21) também destaca a importância das pesquisas nas áreas da saúde, da educação, da paternidade, da homossexualidade e da transexualidade. Políticas públicas de educação com uma perspectiva de gênero podem superar a reprodução das assimetrias de gênero, do sexismo, da heteronormatividade e fomentar a construção de masculinidades e feminilidades críticas aos padrões tradicionais. A paternidade enquanto uma comprovação social da virilidade tem sido problematizada a fim de reconstruí-la na perspectiva da inovação do afeto. Instituições como Ecos, Papai, Promundo e Noos trabalham no sentido de promover a igualdade de gênero há mais de 20 anos. E a incorporação da “homoparentalidade” nos estudos sobre paternidade possibilitaram compreender o que de fato

significa ser pai e os sentidos do cuidado para os homens, lançando luz sobre a paternidade exercida por homens gays, bissexuais ou transsexuais. Estudos que denunciam e combatem a violência homofóbica/transfóbica também são importantíssimas para a produção de conhecimento e para a reconstrução de masculinidades igualitárias, até porque a homofobia tem sido um dos pilares para a afirmação da masculinidade.

Pensar “essa história de ser homem” é pensar sobre que projeto de sociedade queremos. Pensar sobre suas possibilidades de transformação na direção de um mundo mais justo e igualitário, menos assimétrico e com mais valorização da diversidade. Nem meninos, nem cabra-macho, mas homens (Nascimento, 2009, p. 25).

As pesquisas e a disseminação de conhecimento devem continuar abalando a estrutura patriarcal, conservadora, violenta, excludente e heteronormativa, atravessando o Estado através dele mesmo. A produção de conhecimento deve permear as políticas públicas, a participação e o controle social provocando questionamentos ininterruptos sobre os padrões estabelecidos pela minoria que detém o poder econômico e encorpar o processo de libertação dos corpos de modelos estereotipados. Sabemos que o Estado é burguês e que se utiliza das políticas públicas para manter o controle e a ordem capitalista. Contudo, a perspectiva democrática das próprias políticas podem ser usadas para contra-atacar o conservadorismo e reconstruir as relações de gênero.

Neste sentido, defendemos que o desconhecimento ou dúvidas em relação ao conceito de gênero, sobre as armadilhas do patriarcado, do capitalismo e da ideia de fixa do que é ser homem devem/podem ser foco de políticas públicas e um caminho para reconstruir as masculinidades numa perspectiva feminista (hooks). Para tanto, nos cabe refletir sobre quais espaços ocorrem discussões conceituais qualificadas sobre gênero! Qual parcela da população brasileira tem acesso a informações capazes de formar opiniões contrárias ao patriarcado, machismo e todas as violências deles decorrentes, e fomentar a ampliação destes espaços.

Há, portanto, a necessidade de construir masculinidades feministas para reduzir a violência e favorecer a equidade de gênero nos mais diversos âmbitos. Acreditamos que esta construção pode ocorrer via políticas sociais.

É urgente que os homens sejam tomados como público-alvo de políticas focadas na construção de masculinidades feministas, capazes de ressignificar suas práticas, hábitos e posicionamentos em favor da saúde coletiva, da redução da violência e da exposição a riscos. De acordo com hooks (2018, p. 79), os “homens devem criticar e desafiar a dominação masculina sobre o planeta, sobre homens menos poderosos e sobre mulheres e crianças”.

Para tanto, no atual cenário brasileiro, além da recomposição orçamentária, será necessário investir em ações capazes de reconstruir as concepções reprodutoras da masculinidade hegemônica por dentro e para fora. Se as/os próprias/os profissionais não conseguirem alterar suas concepções sobre os homens, consideramos improvável enfrentar o machismo via políticas públicas. Já o processo de reconstrução para fora, pressupõe o sucesso da reconstrução por dentro. Só assim, seria possível desenvolver ações eficazes na perspectiva aqui defendida: é necessário e possível alterar as concepções e expressões das masculinidades que mantêm a dominação masculina, a subordinação das mulheres e de outras masculinidades.

hooks (2018, p. 108) nos mostra que

[...] o bem-estar emocional de mulheres e de homens seria maior se ambas as partes aderissem ao pensamento e à prática feministas. Políticas genuinamente feministas sempre nos transportam da servidão à liberdade, da falta de amor ao amor. A mutualidade é a base para o amor. E a prática feminista é o único movimento por justiça social em nossa sociedade que cria condições para que a mutualidade seja nutrida.

Concordamos que “precisamos de novas estratégias, novas teorias, diretrizes que nos mostrarão como criar um mundo em que a masculinidade feminista prospere” (hooks, 2018, p. 81). Esperamos que esta pesquisa contribua com esta luta e favoreça o acesso universal, previsto legalmente.

## 2.1 AS EXPRESSÕES DAS MASCULINIDADES E A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL DO ACESSO

Vimos até aqui que existem múltiplas masculinidades em disputa, cujo ideal de homem normatizado, defendido e reproduzido por instituições e atores sociais, induz muitas pessoas a seguirem padrões e práticas que mantêm a dominação masculina sobre as mulheres e estabelece uma competição entre homens. Este confronto por status, poder e dominação se dá mesmo entre aqueles já subordinados pela sua condição de classe, raça, idade, capacidade, entre outros marcadores.

Embora esta masculinidade hegemônica – autoindulgente, branca, misógina, homofóbica - tenha se estabelecido com o padrão a ser seguido, sabemos que ela é inalcançável para a maioria. Além disso, devemos lembrar que, influenciados por estas normas, os homens concretos, assim como as mulheres reais, são construídos/das a partir de diferentes intersecções, como relações familiares, sociais, renda, raça, etnia, local onde vivem, trabalho ou ausência dele, religiões. Também é necessário considerar que as mudanças provocadas pelas disputas

travadas pelos movimentos sociais contra a dominação masculina, contra a naturalização da noção fixa, binária e heteronormativa dos corpos, das identidades e expressões de gênero, alteraram o cenário que vivemos. Um contexto no qual a defesa do “homem de verdade” perde o sentido tornando-se confusa, já que as mulheres conquistaram vários espaços restritos aos homens por muito tempo, assim como os homens passaram a realizar atividades antes consideradas obrigatoriamente femininas.

Os homens – heterossexuais, cisgêneros - que participaram desta pesquisa demonstram que suas identidades foram (e ainda são) formadas por este emaranhado de representações e expressões de masculinidades, entre modelos forjados como ideais pela minoria dominadora, reproduzidos e atualizados no cotidiano pelo homens concretos.

Ao serem questionados sobre o que é ser homem, quatro dos cinco participantes manifestaram insegurança em responder, como se de fato não soubessem o que dizer.

Expressões faciais de surpresa e momentos de silêncio foram seguidos por perguntas: “ué, como assim?” (Antônio), “vixi, ser homem?” (Bernardo), “não entendi, em que sentido?” (César), “como assim?” (Emanuel). Daniel respondeu rapidamente: “eu acho que o homem tem que ser o cabeça da casa”.

Por um lado, tais reações indicariam a ideia de que a resposta seria tão óbvia que não ensejaria questionamentos. Por outro, revelam que a complexidade da pergunta reside no fato de que, para respondê-la, é preciso mobilizar valores enraizados. Um embate interno que torna a resposta confusa e incerta.

Quando estimulados para descreverem o que consideravam como principais características dos homens e o que os fazia se sentirem homens, as respostas evidenciaram ideais de virilidade derivados dos padrões patriarcais e capitalistas, mas também apontaram que eles reconheciam as mudanças envolvendo o papel das mulheres no tempo presente. Entre as principais concepções declaradas pelos participantes sobre o que é “ser” homem, cabe destacar expressões como “ter caráter”, “ser trabalhador” e “ser o cabeça da casa”.

Ser homem é ter caráter. É não ficar enganando os outros, não fazer dívidas. Não pode ser uma pessoa enganadora. [...] Ser homem é ser homem! Tem que fazer as coisas certas. (Antônio, 53)

Eu me descreveria como um cara que desde os sete anos de idade trabalhou na roça, limpei tronco de café. Depois, com oito anos, eu fui tirar leite [...] Você tem que trabalhar! Se você não trabalhar, como é que você vive? (Bernardo, 62)

Tem uns que são muito chucros. Tem cara que é sistemático, tem cara que é explosivo, se estressa à toa. Qualquer coisa já quer partir para ignorância. (César, 28).

Eu acho que o homem tem que ser o cabeça da casa. As dificuldades, as necessidades que você tem para manter uma família vêm para o homem. [...] Então eu acho assim, vem para o lado masculino. Cuidar da família, tipo assim, dar uma posição, porque o homem tem mais uma posição né? Não tirando a posição da mulher nem nada. Mas eu acho que o homem carrega um pouco dessa responsabilidade (Daniel, 42).

(Homem) É um cara mais durão né? Que não gosta de ir no médico (risos)... É que agora eu estou mais perto né? Por isso que eu procuro. [...] E ser homem para mim... eu acho que é a pessoa ser honesta, não fazer mal para ninguém, não ter inveja, porque eu acho que a pior coisa que tem no mundo é a pessoa ter inveja do outro. A mulher é mais atenciosa, mais cuidadosa que homem. O homem é mais desligado né? (Emanuel, 65).

Saffioti (2015, p. 38) nos lembra que “o papel de provedor constitui o elemento de maior peso na definição da virilidade. Homens que experimentam o desemprego por muito tempo são tomados por um profundo sentimento de impotência, pois não há o que eles possam fazer”. Sentimento percebido entre boa parte dos homens usuários da PAS e reforçado nas falas dos participantes da pesquisa.

A filósofa também aponta que “ser macho não significa somente ter êxito econômico”, é preciso demonstrar força, razão [e] coragem” (Saffioti, 1987, p. 25), visão evidenciada principalmente pelas falas de Antônio, Daniel e Emanuel.

A questão do caráter, da honestidade, de não ser invejoso e não ter dívidas, são os adjetivos que restam para esta parcela da classe trabalhadora e refletem o poder moral como parte da identidade masculina. Ademais, manter o nome limpo e ser confiável não servem apenas para manter a “honra masculina”. São exigências capitalistas para manutenção do crédito, avalizadoras da própria sobrevivência.

Questionado sobre o que o faz se sentir como homem, o posicionamento do Antônio (53) chama atenção pela forma como enxerga os homens e as mulheres e pela crítica em relação aos homens no poder. Contudo, também revela resquícios de uma visão verticalizada sugerindo que, normalmente, os homens são melhores que as mulheres. Sua fala comprova que os homens adotam valores e práticas distintas em diferentes momentos e contextos.

[...] hoje em dia as mulheres e os homens fazem praticamente as mesmas coisas. Tem muitas mulheres que são melhores que os homens. Ser homem é ser homem! Tem que fazer as coisas certas. Os governantes que estão lá em cima não sentem na pele o que a gente passa. Isso não é ser homem. A gente não pode ser machista. [...] aquele homem autoritário, que quer tudo

do seu jeito, que acha que a mulher tem que obedecer ele, fazer isso, fazer aquilo, tem que lavar o pé dele, tirar o pinico de baixo da cama. Sabe? Então o machista é esse daí, autoritário. E eu estou fora disso aí! (Antônio, 53).

Daniel (42) apresenta confusões e incertezas quando explica as diferenças entre os homens e as mulheres. Mesmo desempregado, insiste na concepção de que o homem deve ser o provedor e o “cabeça da casa”, explicitando o peso desta responsabilidade.

[...] estou desempregado... então a cabeça fica daquele jeito. Eu não vou falar para minha esposa: “vai trabalhar!”. Eu não vou falar isso: “vai trabalhar para manter a casa”. Então isso aí, eu carrego para mim que eu tenho que manter essa posição... de provedor. Eu tenho que manter. Eu tenho que manter e colocar o pé firme no chão. Eu acho que o homem deveria ser desse jeito. Na parte de casa também, assim, eu sempre ajudei minha esposa a limpar, a lavar. Então a gente divide as tarefas. Porque assim, sou eu e ela. Se ela suja, eu também sujo. Então vamos limpar juntos (Daniel, 42).

Os sintomas de uma crise acentuam-se no decorrer da sua fala. Ao mesmo tempo em que avalia ser diferente de outros homens que se recusam a “ajudar” nas tarefas domésticas, ele aponta as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres destacando a força física para marcar a superioridade masculina, sobretudo no mundo do trabalho. Em seguida, reconhece que muitas mulheres realizam as mesmas atividades que os homens, inclusive ocupando o papel de provedoras. E chega à conclusão de que a única diferença entre homens e mulheres se limita aos órgãos sexuais. Podemos inferir que ao não reconhecer que as diferenças são produtos histórico e social ele acaba naturalizando suas práticas.

Acho que a diferença que têm entre o homem e a mulher é que o homem é homem e a mulher é mulher. Tipo, no corpo. Por exemplo assim, o homem já carrega com ele aquela disposição de trabalhar. A mulher já é um pouco mais frágil, lógico! Mas só que hoje em dia, tem mulher que cuida de homem e que mantém uma casa sozinha. Ela é pai e mãe ao mesmo tempo. Então eu acho que não tem aquela diferença (Daniel, 42).

*Quando você diz que a mulher é um pouco mais frágil, o que você quer dizer?*  
Ah, em sentimento, em força (física). Até em mercado de trabalho também, porque o povo procura mais quem tem mais experiência, eles procuram força. É mais fácil de pegar do que mulher né? **Mas a diferença para mim essa. Não tem diferença nenhuma. Por que é um ser humano normal.** [...] a disposição, o sentimento e força de vontade, é a mesma... é só a diferença de genital mesmo (Daniel, 42).

[...] parece que eu sou diferente de outros. Porque às vezes você vê ao redor que o que eu faço, o que eu penso, o que acho não é igual aos outros homens que estão do meu lado sabe? Às vezes os caras tiram sarro... ah, você está limpando casa, está fazendo comida, está fazendo isso... como se não fosse coisa de homem né? Mas eu acho que é aquele... aquele machismo que fala né? (Daniel, 42).

Suas respostas descortinam a cumplicidade com o modelo de homem dominador, idealizado pela minoria e imposta para a maioria, mas também revelam que ele se entende como um homem que não reproduz o machismo pelo fato de participar das atividades domésticas, manifestar afeto e ter cuidado com a família. Daniel (42) informou que sua mãe sempre o incentivou a respeitar as mulheres, as pessoas mais velhas e a participar das atividades domésticas. No entanto, seu pai reprovava qualquer envolvimento dos meninos nas tarefas da casa, por entendê-las como obrigação das mulheres. Além das influências familiares na construção deste homem, certamente suas concepções também estão interseccionadas com as normas cristãs, já que ele afirmou frequentar uma igreja evangélica, bem como com seu lugar de classe.

Falando sobre o que entende por machismo, ele disse:

[machista] É o cara querer ser mais do que a mulher. Ou querer ser mais que outros. Então eu acho que não deveria ser assim. A gente está no mesmo barco. Eu não sou rico.... e se eu fosse rico... a mesma coisa. Por que o rico é diferente né? Por que o rico vai querer desfazer da pessoa né? Tem homens que têm o pensamento de rico. Ah, eu sou mais que aquela pessoa. Como se tivesse mais poder que o outro. Então, vários homens têm essa... esse jeito de ser. Mas eu, eu sou diferente (Daniel, 42).

[...] minha me ensinou desse jeito: você não é mais que ninguém, seja serviço de mulher ou de homem. Por que, mais para frente, e se você for viver sozinho e não tiver uma mulher, o que você vai fazer? (Daniel, 42).

Não podemos negar que o significado de “ser homem” foi fortemente abalado pelas lutas e movimentos das mulheres, dos gays, das lésbicas, dos estudos de gênero, das masculinidades, transmasculinidades, conforme destacado pelos estudiosos acima. Mas, quem tem acesso às produções e reflexões acadêmicas? Eles conhecem estes movimentos sociais? O que estas lutas representam para eles? Obviamente também não podemos desconsiderar que a massificação da informação em outros espaços – como na música, na publicidade, na internet – impacta os homens, mas nestas instâncias nem sempre as discussões são as mais qualificadas na perspectiva aqui defendida.

Entendendo que, assim como Daniel, poucos homens têm a oportunidade de repensar criticamente seus valores e práticas a partir de uma concepção de gênero e das leituras feministas. O caminho a ser percorrido é longo e desconhecido pela maioria. Observo que as mudanças e transformações em curso ainda geram uma espécie de confusão no imaginário de boa parte da população. O “descumprimento” do modelo machista acaba por estabelecer um

vazio identitário, uma confusão sobre o que é ser homem, sobre o que é coisa de homem. Mas também, acredito, que este vazio, confusão ou crise pode ser foco de intervenção das políticas públicas na perspectiva de construir masculinidades mais igualitárias.

No trabalho, na família e até entre amigos vejo que muitos homens (e mulheres) limitam-se em considerar que o fato de “ajudar” nos serviços domésticos e assumir a paternidade para além da posição de provedor já representam as mudanças desejadas para o homem contemporâneo. É patente que cenas de homens que cuidam dos seus filhos ainda causam comoção em muitas pessoas, assim como também percebo que homens considerados vaidosos, sensíveis, educados e gentis, são questionados quanto a sua heterossexualidade. Tais nuances de comportamento social reforçam que os estereótipos precisam ser questionados e que as masculinidades devem ser reconstruídas no imaginário social.

Para César (28), o mais jovem entre os participantes, sua concepção sobre o que é ser homem apresenta mudanças, mas não abandona a perspectiva machista, expressando-a através da alta exposição a riscos e de um olhar depreciativo em relação as mulheres. Após se envolver com a criminalidade, ele experimentou o poder quando era traficante e o abandono durante o período que ficou privado de liberdade. César (28) ilustra como o contexto no qual cresceu e foi socializado influenciou diretamente suas concepções e práticas.

Já fui preso, fiquei preso por tráfico de drogas. [...] E eu falava que era viciado pra sair e vender droga de novo. [...] eu era da putaria. Mulher gosta de vagabundo (risos) (Cesar, 28).

[...] A gente chegava nas festas e descia litros de uísque. [...] Era ostentação. A vida no crime te dá isso. Mulher, ostentação, poder. Por isso que a molecada hoje em dia, essas favelaiada, busca isso. As pessoas falam que eles não têm vergonha. Não é que não tem vergonha. O moleque nasce num barraco... não tem o que comer [...] quantas vezes eu vi parceiros meus não terem tênis pra sair. Saía com pé de um pé de outro. E depois se envolveu no crime o moleque vai no Pop Shop, toma um banho de camelô e saía usando Oklei, Quiksilver, óculos de 200 reais na cara, corrente de prata de 700 reais. Mas tudo por quê? Porque foi tudo conquistado ali, vendendo droga, no tráfico, roubando (Cesar, 28).

*E o que que te atraiu para isso? O dinheiro, e as mulheres, a ostentação, o poder que você tem na mão. Aí depois você vai subindo. É como uma empresa. Numa empresa você não começa lá de baixo? Daí se você for um cara dedicado você vai subindo. Eu cheguei a ser quase patrão daí eu caí (Cesar, 28).*

*Então nesse período você tinha bastante amizade, era bem influente? Ah, amigos na verdade não era né? Então, enquanto eu tinha dinheiro sim... Depois que eu caí preso lá [...] Os caras me abandonaram. Aí eu saí e fiquei um tempo ainda.... depois que uns amigos foram me ver. (César, 28).*

Para responder o que o faz se sentir homem, ele destacou seu desejo de ser diferente do seu pai, que, na visão dele, não conseguiu manter o papel de provedor. A fala de César sinaliza tanto permanências quanto rupturas nas formas de ser homem entre as gerações. Ela revela uma reconstrução da masculinidade marcada pelo rompimento com o modelo paterno ausente e, na visão do entrevistado, irresponsável. Essa comparação intergeracional evidencia um movimento de transição, no qual a masculinidade é, ao menos parcialmente, reconfigurada a partir de valores afetivos e responsabilidades emocionais.

Hoje o que me faz sentir homem é poder cuidar... cuidar da minha mãe e da minha irmãzinha. Conseguir comprar uma casa porque eu não vou ter as pessoas para sempre. Formar uma família. Comprar um carrinho. ...Eu acho que todo pai sonha em ter seus filhos formados na faculdade. [...] Meu pai só vive atrás de raparigagem na rua. [...] Não ajuda em nada, não paga nada. Então eu quero ajudar minha mãe criar a nossa caçulinha... (César, 28).

As falas dos entrevistados nos permite refletir sobre a percepção de que as masculinidades seguem sendo construídas em meio a contradições, tensões e disputas. Embora subsistam traços do modelo hegemônico – como a ideia do homem provedor, forte, racional e autossuficiente – é perceptível que esse ideal passa por um processo de erosão. Ainda não se pode afirmar se isso será suficiente para suplantá-lo e fazer emergir um novo modelo, mas os relatos permitem identificar sinais de desconforto com os papéis tradicionais, pressionados por exemplo pela ascensão das mulheres em diferentes esferas sociais e da instabilidade econômica que fragiliza o provimento masculino.

Marcadores identitários da masculinidade parecem estar sendo reavaliados, ainda que de forma tímida, difusa e imprecisa. Características que antes eram tidas como certas e inquestionáveis – força, autoridade, proibição da sensibilidade – hoje em dia já não garantem mais o reconhecimento pleno sobre o que é “ser homem”. Por outro lado, no entanto, não se pode negligenciar que práticas cotidianas como cuidar da casa ou demonstrar afeto ainda transitam no campo da excepcionalidade, não como parte integrante de uma nova identidade masculina.

Poderíamos afirmar que estaríamos testemunhando o prenúncio de uma nova identidade, que brotaria dessa tal “crise da masculinidade”? Talvez ainda seja prematuro. O que se anuncia se assemelha muito mais a um período de transição, um campo ainda nebuloso de disputa simbólica e material em que diferentes formas e maneiras de “ser homem” entram em rota de colisão, se adaptando e se reinventando sob outros formatos e modelos. Cabe ponderar ainda que o reconhecimento desse movimento não implica na negação dos privilégios

masculinos. Para além disso, é preciso entender que o desmonte do modelo hegemônico – ainda que parcial até o momento – tem potencial para abrir espaço para a construção de masculinidades mais éticas, plurais e comprometidas com a justiça de gênero e social. O que vislumbramos é uma oportunidade histórica de intervenção crítica e pedagógica, especialmente através de políticas públicas que abarquem esse novo cenário, de novas práticas educativas e do diálogo com os homens concretos, em suas múltiplas realidades.

### 3 PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

A tensão gerada pelas necessidades da classe trabalhadora e pelas suas lutas por melhores condições de vida e de trabalho, desde o final do século XIX, exigiu que alguns Estados Nacionais dispusessem de um conjunto de políticas públicas fortes e articuladas que fossem capazes de responder à questão social, mantendo a coesão necessária para o desenvolvimento capitalista. As variações históricas nas intervenções estatais relacionam-se com o nível de desenvolvimento do capitalismo em cada país e, sobretudo, com o modelo de formação política da classe trabalhadora (Esping-Andersen, 1991).

Os sistemas de proteção social “têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e sociedade” e resulta da “ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura, etc” (Viana; Levcovitz, 2009, p. 17). Neste sentido, significa disponibilizar acesso a diversos serviços e ações públicas para toda a população.

Pochman (2004, p. 3) explica que as reformas socialdemocratas realizadas ao longo do século XX - que resultaram em avançados Estados de bem-estar social – foram “uma excepcionalidade das economias que constituem o centro do capitalismo mundial, ou seja, uma minoria de nações e também uma parcela relativamente pequena do conjunto da população mundial”.

Em países considerados periféricos devido ao nível de desenvolvimento capitalista, como é o caso do Brasil, a incorporação de políticas inspiradas nas reformas socialdemocratas tiveram menor impacto, foram implantadas tardiamente e se instalaram de forma corporativa e fragmentada (Behring; Boschetti, 2010).

Por aqui, a proteção social avançou significativamente com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), quando a Seguridade Social foi definida como um conjunto integrado de ações do Estado destinadas a garantir proteção social a toda população através da articulação das políticas públicas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Entretanto, esta conquista das lutas populares das décadas de 1970 e 1980 e do processo de redemocratização do país foi atacada desde a sua formulação. Afinal, o Capítulo da Ordem Social era incompatível com o Estado mínimo para o social - defendido pelas lideranças nacionais - e apresentava-se na “contramão do movimento do capitalismo sob a dominação das finanças e da hegemonia da doutrina neoliberal em escala global” (Fagnani, 2017, p. 03).

Por isso, em que pese a Constituição Federal (CF) de 1988 tenha representado importantes conquistas para os direitos sociais da população brasileira, “engendrando um formato social-democrata com mais de 40 anos de atraso, as condições econômicas internas e internacionais [...] eram extremamente desfavoráveis” (Behring; Boschetti, 2010, p. 147).

Enquanto o texto da Constituição Federal (1988) desenhava o caminho da proteção social, as orientações neoliberais nos empurravam para a desproteção. As justificativas forjadas para desconstruir as conquistas constitucionais através de um acelerado processo de privatização eram atrair capitais, reduzir os preços para os consumidores, qualificar os serviços, e “atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado” (Behring; Boschetti, 2010, p. 152).

Brettas (2017, p. 60-61) elucida que, “ao contrário da realidade de muitos países da Europa, no Brasil não havia uma grande rede de proteção social em funcionamento para ser desmontada”. Na verdade, ela ainda deveria ser construída. Esta é uma das particularidades históricas destacadas pela autora que “imprimem contradições específicas” aos processos ocorrido em outros países.

No Brasil, ao mesmo tempo em que o receituário neoliberal ganhava força, as definições da recém aprovada Constituição Federal foram implementadas – “por meio de leis complementares e da criação de novos aparatos estatais” (Brettas, 2017, p. 61). Isto ocorreu a partir de 1990 na área de proteção à criança e ao adolescente, através da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); na área da saúde através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) que instituiu o Sistema Único de Saúde; na Previdência Social, por meio da Lei 8.213/1991 que regulamentou os Planos e Benefícios da Previdência Social através da Lei 8.213/1991; na área da Assistência Social, com o advento da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS); e na Educação, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) – Lei nº 9.394/96.

O problema<sup>31</sup> a ser destacado é que a simultaneidade da absorção do ideário neoliberal com o momento de pôr em prática as conquistas constitucionais, além de impedir a superação da fragmentação, da focalização e da privatização, acentuou estas características que sempre estiveram presentes nas políticas sociais brasileiras (Brettas, 2017). E a construção da rede de proteção social prescrita pela CF/88 passou a ser limitada através de contrarreformas.

---

<sup>31</sup>Para Brettas (2017, p. 61), esta argumentação é necessária para “problematizarmos a tese de um “desmonte das políticas sociais” nos anos 1990, “evitando a interpretação de que foram montadas as bases de uma rede de proteção universal no período anterior ao neoliberalismo, como se a realidade do nosso capitalismo dependente pudesse ser igualada a da Europa”.

[...] apesar dos avanços constitucionais e da ampliação da cobertura de algumas políticas, não consolidamos um sistema de proteção social universal, gratuito e de qualidade. Novas formas de participação do setor privado no provimento destes serviços vieram à tona ao mesmo tempo em que práticas antigas foram reforçadas. As contrarreformas da previdência, os programas de transferência de renda e a ampliação e diversificação do crédito para setores populares ampliaram significativamente a relação entre a classe trabalhadora e as instituições financeiras (Brettas, 2017, p. 71).

Fagnani (2017) reforça que depois de mais de uma década de ataques às conquistas formalizadas pela CF/88, as mudanças esperadas com a eleição presidencial do Partido dos Trabalhadores não se efetivaram. Ainda em 2002, com a publicação da “Carta ao Povo Brasileiro” propondo uma aliança de classe para conciliar os interesses do mercado com as políticas sociais e criar condições mais favoráveis para conquistar as eleições presidenciais, o partido abandonou o posicionamento anticapitalista que constituía seu fundamento e continuou o processo de contrarreformas exigidas pelo mercado, reduzindo as possibilidades de fortalecer as políticas sociais.

Devemos reconhecer que ao melhorar a articulação entre os objetivos econômicos e sociais, os brasileiros puderam vivenciar melhorias<sup>32</sup> em seus padrões de vida através do acesso a empregos formais, da elevação da renda e da potencialização dos efeitos “redistributivos da Seguridade Social. [...] “O reconhecimento desse fato, no entanto, não implica endossar a ideia de que teria sido implantado um “novo modelo de desenvolvimento” e também não sustenta a visão de que “os governos progressistas eleitos no Brasil e em diversos países da América Latina seriam “pós-neoliberais”” (Fagnani, 2017, p. 07-08).

Na segunda década deste século, o antipetismo e a radicalização do projeto liberal tomaram conta das ruas até desembocar, com o retorno de lideranças mais conservadoras ao poder após quatro eleições, no encerramento deste ciclo de construção da cidadania social que persistia, ora com maior intensidade ora com menor intensidade, desde 1988 (Fagnani, 2017). A mudança de rota foi no sentido de levar ao extremo a reforma do Estado, priorizando por exemplo as privatizações.

Na atual análise de Pereira (2020, p. 119), vivemos em um período histórico no qual a “aparência, a estética e a imagem importam, como nunca, muito mais do que a essência, o

---

<sup>32</sup>O crescimento econômico e a expansão dos gastos sociais observados entre 2007 e 2010 resultaram do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC/2007) e de medidas anticíclicas adotadas frente a crise financeira internacional de 2008, no final do segundo mandato do Presidente Lula (PT). Porém, na continuidade do governo federal petista sob o comando de Dilma Rousseff, as tensões entre a manutenção de um Estado Mínimo e as necessidades de um Estado Social se agravaram, adquirindo “caráter antipopular e antidemocrático” (Fagnani, 2017, p. 07).

concreto, a verdade”. A estratégia contemporânea de dominação burguesa sobre a classe trabalhadora desconsidera a ciência, as pesquisas e os fatos, transformando notícias reais em mentiras e mentiras em notícias reais.

Continuamos observando um crescente receio a tudo que é público e coletivo, o que torna mais fácil a cooptação de segmentos populacionais para defenderem “ideias que não são suas e que, geralmente, nem sequer lhes beneficiam. Muitas dessas ideias, inclusive, os prejudicam gravemente” (Pereira, 2020, p. 120).

É no seio do desprezo ao coletivo e às causas comuns, no repúdio às massas, ao povo e aos argumentos bem fundamentados, que ganham força o individualismo exacerbado, a meritocracia, o ódio ao diferente e as soluções de problemas personalizadas, como a justiça com as próprias mãos, o armamento individual, as “carteiradas”, as amizades influentes e a corrupção e, conseqüentemente, avança a direita e endurece a direita que avança” (Pereira, 2020, p. 120).

A ascensão da nova direita, que deve ser entendida como a fusão entre o neoliberalismo e o neoconservadorismo, trouxe consigo o repúdio à proteção social e o descrédito da ideia de universalidade, com a defesa intransigente de que o mercado devesse assumir o lugar da oferta de serviços e produtos, já que poderia se adaptar mais facilmente ao gosto e às preferências de cada pessoa. Aí fica evidente mais um dos engodos utilizados para ludibriar a população e favorecer a visão mercadológica em detrimento das ações e serviços públicos. Os adeptos da ideologia da nova direita esperam que o Estado seja forte “para restaurar autoridades morais e garantir respeito aos valores tradicionais” além de “servir para salvaguardar o mercado dos riscos intrínsecos à sua livre ação e socorrê-lo sempre que estiver ameaçado” (Pereira, 2020, p. 130-131).

Figura emblemática e simbólica desta direita radical no Brasil e da defesa dos valores ultraconservadores - heteronormativos, moralistas, meritocráticos, fascistas – Jair Messias Bolsonaro, ex-presidente que chegou ao poder em 2018, condenado pelo Supremo Tribunal Federal em setembro de 2025 como um dos articuladores da tentativa de golpe de Estado colocada em prática em janeiro de 2023, conquistou larga parcela do eleitorado utilizando-se de “palavras de ordem grosseiras, ameaças aos discordantes e uso generalizado da intimidação psicológica, com *modus operandi* importado da disciplina militar e religiosa” (Trevisan, 2021, p. 264). Ideias e ressentimentos que foram amplificados por uma atuação massiva das chamadas milícias digitais, que inflamam as redes sociais e dão vazão a todo tipo de radicalização. Enquanto um fenômeno sociopolítico, o bolsonarismo abriu espaço para a

reação violenta do masculino falocrata, que se sentia acuado pelos direitos conquistados pelas pessoas excluídas, sobretudo, as mulheres (Trevisan, 2021).

Desde 2011, Bolsonaro se aproveitou das acusações da ala conservadora do Congresso contra o programa educacional Escola sem Homofobia - criado para qualificar os docentes na abordagem da diversidade sexual em escolas – para ampliar a sua base eleitoral e arrebanhar de vez cristãos e religiosos conservadores. Chamando pejorativamente o programa de “kit gay” e atribuindo-lhe a intenção de transformar as crianças em homossexuais, ele “quadruplicou seu eleitorado nas eleições de 2014” (Trevisan, 2021, p. 266).

Suas mentiras, seus discursos de ódio e a virulência emanada de suas ações e posicionamentos tiveram impactos nocivos junto a população. De tal magnitude, que acabaram servindo como uma grande barreira informacional de acesso às políticas públicas. Mentiras que relacionam os direitos humanos à defesa de bandidos, que transformam programas educacionais em ameaças à família, que oferecem armas à população como medida de segurança, que negam a importância da ciência, das vacinas, das políticas públicas. Estratagemas que se consolidaram como axiomas para o eleitores submetidos a um verdadeiro “surto de lavagem cerebral linguístico e simbólico, impulsionado por milícias de bloggers e youtubers financiados” (Trevisan, 2021, p. 268).

A partir da eleição de 2018, o quadro político articulado por Jair Bolsonaro exerceu influência daninha por todo o país. Sua chegada ao governo federal remeteu àquele mito grego em que certa Pandora, em desobediência às ordens dos deuses, abriu uma caixa proibida, de dentro da qual escaparam todas as desgraças, que daí infestaram o mundo. Bolsonaro comportou-se como a Pandora do Brasil. Com o Mito no papel de mandatário máximo, ocorriam práticas violentas por fanáticos bolsonaristas, nas mais diversas circunstâncias, da vida política ao cotidiano do país, graças à sensação de impunidade – desde xingamentos, afrontas, ameaças e ataques físicos até invasões de terras indígenas e incêndio orquestrado da floresta amazônica (Trevisan, 2021, p. 268).

Apostando na radicalização, o bolsonarismo dividiu famílias, desfez amizades, instalou um clima de ódio, extinguiu espaços legítimos de participação social e conseguiu arrebanhar até mesmo a população mais impactada pelo seu desgoverno: pobres, mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiência e a população LGBTQIA+.

Conforme destacado por Caggiola (2020, p. 22) a “vanguarda bolsonarista” que saiu espancando mulheres e homossexuais pelas ruas [...] se apoiou sobre uma vasta massa passiva e despolitizada que se inclinou nas urnas pelo candidato da extrema direita”. A progressiva aproximação com as Forças Armadas, a criminalização das políticas e das lutas

sociais com apoio das “bancadas evangélicas/BBB (Bíblia, Boi e Bala)” - que formavam a base parlamentar do governo Bolsonaro – marcaram significativamente esta última gestão presidencial do Brasil (2019-2022).

Durante a pandemia de COVID-19, programas e benefícios socioassistenciais foram bombardeados por *fake news*. O posicionamento criminoso das autoridades sanitárias do país colocava em xeque tanto as formas de prevenção e tratamento quanto a própria urgência da vacinação, impactando negativamente o acesso e a execução das Políticas de Saúde e Assistência Social. Milhares de vidas foram colocadas em risco. Até mesmo a relação e os vínculos das pessoas com as equipes foram prejudicados. Naquele contexto, mesmo diante do espantoso aumento no número de vítimas divulgados diariamente, os executores das políticas públicas na linha de frente tinham que desmentir as informações acessadas pela população através das redes sociais o tempo todo. E nem sempre, os esclarecimentos repassados eram compreendidos e adotados.

Como líder máximo na cadeia de comando das ações do governo durante a crise sanitária, Bolsonaro contradizia as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à implementação do isolamento social, ao uso de máscaras e à vacinação em massa. Para um país que já vinha imerso em crises políticas, econômicas e sociais desde bem antes da pandemia, o resultado não poderia ser nada diferente do que um desastre, que ampliou a “abissal desigualdade social e não colocou o país na curva do crescimento prometida” (Lanza et al. 2021, p. 122). Ao invés de fortalecer o SUS, Bolsonaro politizou a existência do sistema e desmontou continuamente suas estruturas, revogando portarias (Lanza *et al*, 2021), extinguindo espaços de participação e controle social, recusando-se a adquirir vacinas e depondo contra o processo de imunização.

Raichelis e Arregui (2021) avaliam que o contexto pandêmico revelou uma mudança na forma de atuação das forças capitalistas.

Esta crise sanitária, econômica e social que assola o mundo no início do século XXI está imbrincada com as profundas modificações do capitalismo na sua forma de organização e de atuação econômica, social e política, tendo como base o capital imperialismo (Fontes, 2010), cujos traços fundamentais são: predomínio do capital monetário e seu impulso avassaladoramente expropriador; aumento da concentração e centralização do capital; presença de propriedade capitalista altamente transnacionalizada e difusa; captura de todos os recursos disponíveis e todas as atividades humanas para a sua transformação em forma de produção e extração de valor (Raichelis; Arregui, 2021, p. 137).

O cenário que já era crítico, portanto foi acentuado e a pandemia acabou por explicitar a “ruptura do pacto social construído em torno da Constituição Federal de 1988 (especialmente na Seguridade Social)”, com o discurso de que “ela não cabe no orçamento, que os direitos sociais oneram demais o fundo público e que o enfrentamento da crise é de responsabilidade de toda a sociedade” (Raichelis e Arregui, 2021, p. 142). As autoras pontuam que a emergência do COVID-19 exigia sistemas de proteção social eficientes e não podia prescindir da ação do Estado, mas o que se viu foi a adoção de medidas ultraconservadoras de desfinanciamento das políticas sociais, impactando as políticas de gênero, ambientais, a Saúde e Assistência Social.

Após um longo período de retrocessos desde o golpe que abreviou a presidência de Dilma Rousseff, com ataques à democracia, à cidadania e aos sistemas de proteção social, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva em 2023 representou uma chance de recuperar, não sem dificuldades, algumas conquistas democráticas, a participação popular e direitos sociais. De outra parte, a polarização política extremada não perdeu força. Ao contrário, tem sido intensificada por grupos contrários aos princípios constitucionais, que ultimamente buscam reverberar suas ideias inclusive no exterior, com ações que representam ameaças reais à soberania nacional. A extrema direita provocou a destruição de muitas das conquistas civilizatórias arduamente alcançadas e diante deste cenário político partidário atual composto por uma diversidade de interesses, a construção de consensos em torno dos temas antagônicos parece exigir esforços tão substanciais quanto imprevisíveis. Para impedir o retrocesso, será essencial a construção de uma consciência crítica e o fortalecimento da participação popular (Nogueira, 2022).

### 3.1 O ACESSO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Mesmo sofrendo ataques desde sua implantação, na letra da lei, as políticas de Seguridade Social brasileiras – Previdência Social, Saúde e Assistência Social – ainda preconizam o acesso através do princípio da universalidade da cobertura e do atendimento desde a Constituição Federal de 1988, conforme disposto em seu artigo 194. É importante enfatizar que entre as três políticas que compõem a Seguridade Social no Brasil, a Previdência

Social<sup>33</sup> é a única que condiciona o acesso a contribuições diretas, mensais, mantendo-se nos moldes do seguro social inspirado pelo modelo Bismarckiano<sup>34</sup> alemão.

O conceito de acesso como uma categoria multidimensional vem sendo o foco de análise de vários estudiosos como Donabedian (1973), Andersen; Newman (1973), Pechansky; Thomas (1981), Giovanella; Fleury (1995), Travassos; Martins (2004), Travassos; Castro (2008), Sanchez; Ciconelli (2012), Assis; Jesus (2012), entre outras(os).

Na concepção de Giovanella e Fleury (1995), a categoria acesso possui quatro dimensões analíticas: 1) política: que expressa o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular em relação ao sistema de saúde. Aplicando-a a Política de Assistência Social, podemos dizer que esta dimensão abarca a compreensão da Assistência Social como um direito que deve ser garantido pelo Estado; 2) econômica: que se refere à relação entre oferta e demanda; 3) técnica: que corresponde a organização e planejamento da rede de serviços; 4) e simbólica: vinculada às representações sociais relacionadas ao tipo de atenção ofertado pelas políticas.

As autoras também utilizam o conceito de “adequação funcional” para analisar os fatores capacitantes e a organização da oferta dos serviços. Por essa perspectiva, o acesso é analisado considerando os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde e como os serviços absorvem essa demanda. Isto significa que a adequação funcional do acesso considera que os potenciais usuários disponham de informações sobre a organização dos serviços, saibam onde está localizado, o que ele oferece e como funciona. Para tanto, os serviços devem disponibilizar informações sobre sua oferta e adequar o atendimento às necessidades apresentadas pelos usuários. E, neste processo, a informação deve ser tratada como uma dimensão transversal da categoria acesso.

A transversalidade da informação nas trajetórias de acesso da população masculina aos serviços Saúde e Assistência Social vincula-se a relevância da linguagem nos processos de prestação dos serviços públicos. Afinal, a inteligibilidade das informações e a forma como estas são repassadas podem facilitar ou dificultar a compreensão dos potenciais usuários sobre seus direitos, sobre os critérios de acesso no caso da Política de Assistência Social, sobre seu

---

<sup>33</sup>De acordo com a definição do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), “a Previdência Social é um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. [...] Mas para se ter direito a esses benefícios, o cidadão deve se inscrever no Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e contribuir mensalmente. Disponível em: [https://www.inss.gov.br/inscricao-e-contribuicao-sao-necessarias-para-ter-direito-a-beneficios-previdenciarios/\\_Acesso](https://www.inss.gov.br/inscricao-e-contribuicao-sao-necessarias-para-ter-direito-a-beneficios-previdenciarios/_Acesso) em 21 abr. 2021.

<sup>34</sup> De acordo com Behring e Boschetti (2010, p. 66), “o modelo bismarkiano é identificado como sistema de seguros sociais, pois suas características assemelham-se à de seguros privados”. É financiado pelas “contribuições diretas de empregados e empregadores, baseadas na folha de salários”.

diagnóstico, sobre benefícios, tratamentos e meios de acessá-los (Travassos; Martins, 2002; Travassos; Castro, 2008; Sanchez; Ciconelli, 2012).

Na revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde realizada por Travassos e Martins (2002, p. 190), o uso dos serviços é abordado como “resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”. Portanto, a comunicação entre profissionais e usuários bem como a informação que ambos detêm sobre o público-alvo, a disponibilidade dos serviços e o fluxo de atendimento, por exemplo, têm impacto direto no acesso.

No Brasil, os estudos sobre as desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde suscitam “marcadas iniquidades” (Travassos; Castro, 2008, p. 230). Segundo as autoras, embora a necessidade seja o fator mais importante na utilização dos serviços de saúde,

[...] as pessoas que deles mais necessitam, que se encontram nos grupos sociais menos privilegiados, têm menor probabilidade de utilizar serviços. [...] as pessoas de maior renda, mais escolaridade, com cobertura de planos de saúde, residentes em áreas urbanas e nas regiões mais desenvolvidas são as que procuram e utilizam mais serviços de saúde quando deles necessitam. Relativamente, os indivíduos mais pobres procuram preferencialmente por motivo de doenças e os mais ricos, para exames de rotina e prevenção (Travassos; Castro, 2008, p. 230).

A partir da apreensão destas abordagens teóricas sobre o tema, entendemos que acesso é uma categoria multidimensional por abranger os aspectos políticos, técnicos, organizacionais, geográficos, sociais, culturais, simbólicos e econômicos que facilitam ou obstaculizam o acesso e utilização dos serviços. Este conceito contempla em suas múltiplas abordagens a entrada nos serviços, a sua utilização, os resultados produzidos e a satisfação dos usuários.

Considerando que todas as dimensões estão conectadas, nesta pesquisa a análise dos dados foi realizada através de dois eixos: o da dimensão organizacional (ou técnica) que considera a organização e planejamento da rede de serviços; e o da dimensão sociocultural, que envolve os aspectos sociais, culturais e simbólicos do acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social. Tanto a informação quanto a aceitabilidade serão exploradas nos dois eixos.

Embora os conceitos de acesso supracitados tenham sido formulados e aplicados nas políticas de Saúde, o exercício profissional na Política de Assistência Social por mais de dez anos possibilitou perceber sua aplicabilidade nesta política pública. Até porque, no caso brasileiro, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi formulado na mesma perspectiva

que o Sistema Único de Saúde: possui níveis de proteção, descentralização dos serviços e gestão democrática.

Diferente do que é previsto legalmente para a Política de Saúde, a Assistência Social é uma política seletiva, com critérios de elegibilidade baseado na renda. Entretanto, nesta política, a universalidade de acesso aos programas, projetos serviços e ações entre os que dela necessitam, constitui um princípio organizativo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O objetivo desta universalidade é tornar a população usuária da Assistência Social alcançável pelas demais políticas setoriais.

De fato, conforme destacam Assis e Jesus (2012, p. 2866), “a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação”. A universalidade do acesso a saúde e a pretensa universalização dos direitos sociais através da política de assistência social, legalmente garantidas, encontram-se comprometidas pela condução neoliberal das políticas sociais que busca insistentemente reduzir os gastos sociais do Estado. Assim, “na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente”.

No que se refere especificamente a política de assistência social, Bronzo e Araújo (2024) sustentam que houve um intenso e deliberado processo de desmonte a partir de 2016, após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a tomada do poder por uma coalizão política conservadora e antidemocrática, envolvendo não apenas aspectos econômicos, mas também políticos e institucionais. O desmantelamento, conforme os autores, pode ser identificado através do desfinanciamento; da mudança da opinião pública sobre a política enquanto direito, enfatizando valores meritocráticos; da alteração de regras e estruturas institucionais e do enfraquecimento dos grupos sociais. São ações que ilustram a fatídica união dos ideias neoliberais e neoconservadores que inflaram a nova direita no Brasil com o golpe de 2016.

O desfinanciamento enquanto uma redução contínua de despesas arquitetada pela EC/95 de 2016 e impulsionada com a criação do Programa Criança Feliz (PCF) que era coordenado pela primeira-dama da época, Marcela Temer, constitui “um tipo sistêmico e programático de desmonte ao mesmo tempo” (Bronzo; Araújo, 2024, p. 09).

Vários estudos tecem críticas ao PCF como um programa pontual estabelecido por decreto; sem previsão legal de continuidade de seu financiamento; sob lógica da adesão dos municípios; sobreposto ao já estabelecido pelo SUAS; sem previsão de concursos públicos para contratação; com centralização da gestão sem participação social; sem alinhamento com demais entes federados; e marcado por uma lógica assistencialista (Martinelli; Couto, 2021; Silveira, 2017; Sposati, 2017). Entretanto, esta foi a opção do governo: investir recursos nesse programa ao mesmo tempo em que reduzia o montante das

transferências para o financiamento dos serviços do SUAS, em uma clara intenção de desmonte programático e sistêmico (Bronzo; Araújo, 2024, p. 10).

No período de 2016-2018, a Proteção Social Básica do SUAS e os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes perderam mais de 99% dos recursos repassados pelo governo federal. O desmonte financeiro identificado pela equipe de transição estabelecida em 2022, após a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, comparando o orçamento de 2023 em relação ao de 2022, demonstra uma “redução de R\$ 638 milhões para R\$ 31 milhões na Proteção Social Básica; redução de R\$ 327 milhões para R\$ 16 milhões na Proteção Social Especial; e redução de R\$ 1,5 bilhão para R\$ 50 milhões na Estruturação da Rede de Serviços” (Bronzo; Araújo, 2024, p. 12).

Ademais, não havia previsão orçamentária para o financiamento do Programa Auxílio Brasil - que substituiu o Programa Bolsa Família durante o governo Bolsonaro - em 2023, o que demonstra a falta de compromisso com a população beneficiada pelo programa e marca o viés eleitoreiro utilizado na última gestão presidencial.

Este tipo de desmonte compromete diretamente o acesso a política já que reverbera na impossibilidade da manutenção das equipes, dos equipamentos e dos benefícios socioassistenciais, resultando em filas de espera tanto para atendimentos quanto para acesso a benefícios. Prova disto é o fato de o início do governo Bolsonaro ter sido o período mais longo da história com baixo índice de inclusão de novos beneficiários em programas de transferência de renda do governo federal (Bronzo; Araújo, 2024).

Com base no sistema de Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD), a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) apurou que a demanda reprimida do Programa Auxílio Brasil era de 3,1 milhões de famílias, em novembro de 2021. As que aguardavam o acesso ao pagamento do benefício representavam uma demanda reprimida porque já tinham sido caracterizadas pelo CadÚnico como elegíveis ao programa de transferência condicionado de renda. Eram famílias que viviam em situação de extrema pobreza, que dispunham de renda per capita mensal de até R\$105,00, e em situação de pobreza, cuja renda per capita era de até R\$ 210,00. Em abril de 2022, ainda havia 2,7 milhões de famílias com perfil na fila de espera para receber o Programa Auxílio Brasil (CNM, 2022).

Tamanho impacto só foi minimizado com a PEC da Transição, aprovada no final de 2022, que “conseguiu aumentar o orçamento para a provisão de serviços socioassistenciais para 2023 em quase R\$ 2 bilhões, o que, mesmo assim, significa 80% do valor pactuado com a CIT em 2015” (Bronzo; Araújo, 2024, p. 13).

Em outubro de 2024, a Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei para tentar acabar com a fila de espera no Programa Bolsa Família, que, desde 2023, substituiu o Programa Auxílio Brasil e voltou a ser o principal programa de transferência de renda condicionada do Brasil. O projeto de lei proíbe a formação de fila de espera para ingresso das pessoas habilitadas no PBF e determina que as dotações orçamentárias deverão ser suficientes para atender todos os beneficiários do programa (Agência Câmara, 2024).

O desmonte simbólico do SUAS operacionalizado entre 2016 e 2022 também merece destaque por se relacionar a dimensão sociocultural do acesso - aquela que se vincula às concepções que as/os potenciais usuárias/os têm de determinada política. Esta forma de desmonte se expressa por meio da ênfase dada tanto pelo governo Temer quanto pelo Bolsonaro às práticas assistencialistas, ao primeiro-damismo, à caridade dos “cidadãos de bem” e a concepção meritocrática do programa de transferência de renda. Assim, a lógica de direito da política de assistência social regrediu para a velha concepção de ajuda, que tanto se tentava combater (Bronzo; Araújo, 2024).

O Sistema Único de Saúde (SUS) também padece de ataques que vêm desconstituindo seu poder sanitário (Santos e Guimarães, 2020) e estabelecendo um “continuum de desmontes da saúde pública” (Mendes, Carnut e Melo, 2023). O autoritarismo, a intolerância e o ataque às instituições democráticas agravaram a crise sanitária ao enfraquecer a capacidade de resposta do Estado e ao promover uma visão de mundo que desconsidera os direitos sociais e a importância do Estado para assegurar proteção social.

Santos e Guimarães (2020, p. 74) observam que o processo de desconstituição do poder sanitário do SUS, “apesar de não ter se iniciado com o golpe de 2016, conhece desde então um ponto de inédita inflexão destrutiva”. De acordo com os autores, “no pós-2016, o conteúdo regressivo do estado brasileiro assume um renovado dinamismo, aprofundando a corrosão dos espaços em que a luta por cidadania buscava afirmar sua agenda sanitária em três caminhos:” 1) através do desfinanciamento exacerbado pela EC 95/2016, que interditou “sistemicamente as agendas das lutas sanitárias, ao passo que fomenta propostas de fortalecimento do setor privado”; 2) por meio da desregulamentação da intervenção estatal, concretizado pelas reformas recentes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que “fragilizaram as normas de construção de equipes multidisciplinares para os gestores municipais”; 3) e também pela “adoção de práticas que desrespeitam a dinâmica de funcionamento dos espaços de participação e controle social, desidratando a importância dessas instâncias”.

De longe, foi o princípio mercantil o que mais operou para destruir por fora e por dentro a realização plena do SUS. Externamente, o movimento articulou estruturas de limitações orçamentárias drásticas e persistentes do sistema, que se reconhecem nas medidas de Desregulamentação dos Recursos da União (1995), na Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), e na EC-95 (2016). Internamente, a destruição se fez reconhecer pelo assalto ao provimento público dos servidores por meio de sua terceirização, e com a criação da Agência Nacional de Saúde (1998), que, de fato, retirou do âmbito da soberania do SUS, e do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS), a regulação do mercado suplementar da saúde (Santos; Guimarães, 2020, p. 75).

Na mesma linha crítica, Mendes, Carnut e Melo (2023, p. 03) reiteram a intensificação do desfinanciamento do SUS com a introdução da EC nº 95/2016 e enfatizam que a gestão da saúde pública, especialmente durante a pandemia, foi afetada por ações e discursos que fragilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e por uma postura que pode ser interpretada como autoritária ou neofascista, especialmente na figura do Bolsonaro.

No cenário político e social atual, esses textos demonstram uma preocupação crescente sobre os retrocessos democráticos e a vulnerabilidade do sistema de saúde diante de governos que priorizam interesses econômicos ou ideológicos em detrimento do bem-estar coletivo. Eles também reforçam a importância de fortalecer a democracia, a participação social e a defesa do SUS como um patrimônio de todos.

A fim de analisar as trajetórias de acesso dos homens às políticas sociais selecionadas em interface com as masculinidades, nos próximo itens, seus depoimentos serão relacionados ao referencial teórico e documental consultado buscando discutir a relação entre organização e planejamento das políticas de saúde e assistência social.

### 3.2 A DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE

*Naquela época (1970), o senhor sabe se havia algum serviço de saúde? Não, não tinha nada. O meu pai só trabalhava pra sustentar aquele monte de filho. Então ele tinha que trabalhar, trabalhar. Quando ele percebia que alguém estava muito mal, que ia morrer com dor de barriga, ele dava um lombrigueiro lá... raspava chifre de boi e misturava na água pra gente beber. Era pra matar os vermes dentro da barriga. Por que antigamente dava muito verme e a criança morria né? Por que isso acontecia? Por causa da água né? A gente bebia água de poço. Eu lembro quando eu era criança, que veio um homem limpar o poço quando a gente se mudou para o sítio... ele tirava cada sapo desse tamanho de dentro do poço. Tirou uns três sapos... e naquela época minha mãe ainda não fervia água pra dar pra gente. Aí depois de um tempo a gente conseguiu um filtro de barro. Na verdade, eu tenho uma irmã que morreu bem novinha. Deu uma doença nela logo depois que ela nasceu. Era pra gente ser em 11 irmãos, mas dois morreram. Morreu essa novinha e outro morreu*

de acidente de carro. ...Eu sempre fui tratado no Hospital Universitário. Quando a gente ficava muito mal meu pai levava a gente lá (Antônio, 53).

Antônio (53) retrata o atraso no processo de implantação das políticas públicas no Brasil com a sua história de vida. Em sua fala é notória a falta de saneamento e de unidades de serviços de saúde até a década anterior ao advento da Constituição Federal (1988) e Lei Orgânica de Saúde (LOS/1990), marcos legais da implantação do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Lima, Fonseca e Hochmann (2005, p. 32), as primeiras políticas de saúde começaram a ser implementadas no Brasil no final da década de 1910, quando o movimento sanitário transformou a saúde em questão social e política. Caracterizando-se como um “grande obstáculo à civilização”, resultaram do “movimento sanitário, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento do Estado e do papel do governo federal”, e da conscientização das elites sobre os impactos negativos que o quadro sanitário da época representava.

Behring e Boschetti (2010, p. 106) entendem que o Estado começou a intervir de forma mais significativa nas expressões da questão social a partir da década de 1930, período em que as relações de trabalho foram regulamentadas a fim de “transformar a luta de classes em colaboração de classes”. Conforme destacado pelas autoras, o Estado brasileiro desenvolveu-se obedecendo a uma lógica corporativa e fragmentada. Na área da saúde, seguiu um caminho fincado na assistência médica previdenciária, restringindo o acesso aos contribuintes. Os poucos serviços disponibilizados pautavam-se em uma visão curativa do processo saúde-doença e possuíam caráter campanhista.

Segundo Escorel, Nascimento e Elder (2005), algumas lideranças do movimento sanitário conseguiram ocupar cargos em instituições responsáveis pela condução da política de saúde no Brasil, oportunizando a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Esta conferência marcou a necessidade de abandonar as práticas existentes e avançar para a construção de um sistema de saúde com o direito de todos e dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado como “uma conquista do povo brasileiro por ter sido formulado no âmbito dos movimentos sociais e acatado pelo Estado”. Contudo, o processo de implementação das determinações constitucionais e das leis complementares foi tensionado pela disputa de projetos antagônicos: Projeto Democracia de Massas, fundamentado na ampla participação social, *versus* Projeto Democracia Restrita, pautado pelo neoliberalismo, a fim de restringir os direitos sociais e reduzir o Estado (Campanucci, 2013, p. 49).

O processo de enxugamento do Estado impactou o financiamento das políticas sociais conforme determinam as legislações. Este desfinanciamento gerou as condições necessárias para o processo de focalização e precarização da Política de Saúde (Bravo, 2006), minando a premissa da universalização do acesso.

Como se observa, a construção do Sistema Único de Saúde sempre esteve tensionada pelos interesses capitalistas e pelas reivindicações de intelectuais, profissionais de saúde e organizações da sociedade civil. Do lado capitalista, o mote é a desconstrução do SUS. Já entre os seus defensores, a ideia está alicerçada na consolidação de um sistema de saúde público e de qualidade, garantido pelo Estado a toda população brasileira. No meio deste embate, os usuários do SUS continuam enfrentando diversas dificuldades para acessar a rede de serviços (Campanucci, 2013, p. 61).

Mesmo diante dos ataques históricos, sobretudo a partir da EC 95/2016 e da última gestão presidencial, o SUS se consolidou como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tornando-se uma referência internacional. É um sistema que oferta serviços de assistência básica, de média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, pesquisa e educação em saúde. Entretanto, o desfinanciamento crônico, a priorização do mercado em detrimento dos direitos sociais através da insistente privatização da gestão e prestação dos serviços, a desinformação acentuada nos últimos anos que resultam no descrédito deste sistema continuam fazendo com que, na prática, o SUS seja incapaz de cumprir seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Para seguir com a análise aqui proposta, consideramos que o acesso às políticas sociais pressupõe a disponibilidade de uma rede de serviços, o conhecimento da população sobre seus direitos e sobre a existência da referida rede, e que as concepções em relação ao processo saúde-doença e sobre as masculinidades podem interferir no autocuidado, favorecer ou dificultar o acesso e utilização dos homens aos respectivos serviços. Portanto, nos próximos itens serão apresentados a organização da política de saúde no município de Cambé e as trajetórias de homens no acesso à esta política.

### 3.2.1 A dimensão organizacional do acesso à Saúde no município de Cambé

A Política de Saúde em Cambé é regida pelo Plano Municipal de Saúde, construído em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, os projetos, atividades e ações estabelecidas no Plano Plurianual e Programação Anual de Saúde (PAS) “visam atender as propostas prioritárias aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde, e alcançar as metas

pactuadas para os indicadores de monitoramento SISPACTO<sup>35</sup> e PAS<sup>36</sup> junto às esferas federal e estadual” (Cambé, 2021, p. 7).

A Secretaria Municipal de Saúde é integrada pela: Diretoria de Atenção Básica; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Vigilância em Saúde Ambiental; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Regulação e Agendamento, que responde pela média complexidade, direcionando usuários ao SUS, organizando filas através dos sistemas de informação e encaminhando a população para acompanhamento do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); e Ouvidoria municipal. O conselho municipal de saúde cumpre seu papel de fiscalizar, acompanhar e propor ações para a política de saúde do município, além de aprovar os planos e relatórios de gestão.

Cambé faz parte da 17ª Regional de Saúde, situada em Londrina, que é formada por 25 municípios da região.

A Região de Saúde de Londrina, é uma das mais importantes do estado devido à sua infraestrutura e à quantidade de serviços de saúde que ela concentra. Apesar de ser uma região relativamente bem estruturada, a Região de Saúde de Londrina enfrenta alguns desafios típicos do sistema público de saúde, como a demanda crescente por atendimentos de urgência e emergência; atendimento e cirurgias eletivas em algumas especialidades, além da escassez de recursos em algumas áreas (Cambé, 2024, p. 7).

Para atender a demanda provocada pela Pandemia de COVID-19, em 2020 e 2021 o município precisou contratar uma empresa de serviços temporários, e estes trabalhadores terceirizados foram mantidos em 2022. Conforme destacado pelo Relatório Anual de Gestão de 2022, “na atenção básica, mesmo após a convocação de todos os médicos do concurso 01-2019 [...] não foi possível completar todas as unidades, já que os mesmo não assumiram” (Cambé, 2022, p. 17). Por isso, os contratos de serviços de atendimento médico terceirizados também foram mantidos.

Além dos recursos humanos, outros desafios referentes ao contexto pandêmico foram apontados nos Relatórios Anuais de Gestão da Saúde no município de Cambé: a desinformação provocada pelas Fake News sobre vacinação, diagnósticos e tratamentos; “a desestruturação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família [...],o registro do atendimento realizado em prontuário físico para posterior digitação no sistema e a dificuldade

---

<sup>35</sup> SISPACTO (Sistema de Informação de Planejamento e Acompanhamento de Contratos e Termos) utilizado para o registro e acompanhamento das metas pactuadas entre os entes federados (União, estados e municípios).

<sup>36</sup> PAS (Programação Anual de Saúde) é um instrumento de gestão que operacionaliza as metas estabelecidas no Plano de Saúde.

com a aquisição de equipamentos de informática para suprir as necessidades dos serviços” (Cambé, 2022, p. 23).

Atualmente, para ofertar os níveis de atenção básica e de média complexidade, a rede de serviços de saúde no município é composta por Unidades Públicas, Filantrópicas e estabelecimentos privados contratados pelo SUS. Esta rede dispõe de: uma (01) Central de Gestão em Saúde; onze (11) Unidades Básicas de Saúde (UBS); duas (02) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas; um (01) Centro de Especialidades Odontológicas (CEOC); um (01) Centro de Testagem e Aconselhamento; uma (01) Central de Regulação e Agendamento; uma (01) Farmácia Municipal – além das farmácias vinculadas às UBS; dois (02) Centros de Atenção Psicossocial, sendo um adulto e um infantil; duas (02) Unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência; uma (01) Policlínica; uma (01) Unidade de Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado); e dois Hospitais Gerais (Cambé, 2023).

De acordo com Eira (2024), em 2023, o investimento da Prefeitura no SUS foi de R\$ 115.979.044,89, o que representa 30,46% dos recursos próprios aplicados - 1,46% a mais do que foi destinado à saúde em 2022. A ampliação dos recursos municipais destinados à saúde refletiu no quadro de funcionários, que saltou de 430 no ano de 2021 para 503 servidores em 2024. Assim, foi possível ampliar “categorias profissionais de atenção básica, enfermeiros, laboratórios, saúde bucal, médicos e equipe multiprofissional de outras áreas”; e, conseqüentemente, aumentar a capacidade de atendimento da “Atenção Especializada na UPA, 24 Horas, Policlínica, CAPS e Reabilita”. Em 2024, o investimento municipal foi de 31,9% (Cambé, 2024).

Entre as/os trabalhadoras/es da saúde no município temos: Enfermeiras/os; Técnicas/os e Auxiliares de enfermagem; Médicos (clínico geral, pediatra e ginecologistas); Dentistas e Técnicos de saúde bucal; Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Psicólogas/os; Assistentes Sociais; Fisioterapeutas; Nutricionistas; Fonoaudiólogos; Farmacêutica/os Bioquímicos; Motoristas e funcionários de apoio, como Administrativos, Recepcionistas, e Auxiliares de Serviços Gerais.

Em 2023, o município de Cambé deu início à construção do Centro de Especialidades Odontológicas e de uma nova UBS no Jardim Silvino. Também foram realizadas a ampliação da UBS do Jardim Novo Bandeirantes e a reforma da UBS do Jardim Ana Rosa. Em parceria com o governo estadual, foi anunciada a construção de uma nova unidade de Pronto Atendimento (PAM), que substituirá e ampliará a estrutura do atual Pronto-Atendimento Maria Anideje. No mesmo período, houve continuidade na aquisição de equipamentos e mobiliário hospitalar (Cambé, 2023).

O Relatório Anual de Gestão de 2023 avalia positivamente a política de saúde municipal, considerando seu desempenho nos anos anteriores.

Houve um avanço na informatização das Unidades Básicas de Saúde com a implantação do Prontuário Eletrônico em todos os serviços e com a utilização dos tablets pelos Agentes Comunitários de Saúde refletindo gradualmente nos resultados dos indicadores, principalmente aqueles relacionados ao programa do Ministério da Saúde Previne Brasil. O reforço da Equipe de Saúde da Família com a contratação, por meio de concurso público de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e farmacêuticos bioquímicos foi um fator que impactou diretamente nos resultados dos indicadores e no aumento dos atendimentos realizados em 2023. No campo da Vigilância Epidemiológica, os indicadores apontam melhora na cobertura vacinal com percentual próximo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, considerando coberturas acima de 90% ou 95% a depender do conjunto das 8 vacinas selecionadas. Embora o processo de vacinação tenha avançado, a população encontra-se cética em relação aos benefícios da vacinação, influenciando na busca por vacina nos serviços de saúde (Cambé, 2023, p. 43).

Se considerarmos que a dimensão organizacional do acesso à saúde está diretamente vinculada à disponibilidade de serviços, podemos concordar que alguns avanços foram obtidos nos últimos dois anos, viabilizados, sobretudo, pelo maior investimento municipal nesta política, tais como a informatização das UBS; a implantação de Prontuário Eletrônico; a realização de concurso público e a contratação das/os profissionais aprovadas/os.

Mas, assim com a política de Assistência Social, o SUS também enfrenta alguns desafios que precisam ser enfrentados com urgência, entre eles, destacamos a desinformação da população e a persistente dificuldade de manter as equipes completas. No que se refere a desinformação, acreditamos que ações socioeducativas devem ser ampliadas e implementadas em todos os territórios a fim de combater as Fake News e promover uma consciência sanitária na população capaz de reverter a histórica concepção curativa do processo saúde-doença. E, para manter as equipes completas, a valorização das/os trabalhadoras/es de saúde é fundamental. Desafio que implica não só na remuneração e nos planos de carreira das/os profissionais, mas em boas condições de trabalho, incentivo a qualificação profissional, efetivação dos planos de educação permanente e da gestão democrática e participativa do SUS.

### 3.2.2 Atenção Básica da Política Municipal de Saúde: o acesso nos territórios

Configurada como a porta de entrada do SUS, este nível de atenção à saúde busca alcançar os munícipes através de onze (onze) Unidades Básicas de Saúde: UBS Ana Rosa; UBS Cambé II (Tarobá); UBS Cambé IV; UBS Centro; UBS Cristal; UBS Guarani; UBS Novo Bandeirantes; UBS Santo Amaro; UBS São Paulo; UBS Silvino; UBS Maria Anideje – que funciona 24horas. Além das UBS, outras duas unidades de saúde são vinculadas a atenção básica do município: a Clínica da Mulher e a UNILAC – Unidade de Lactação de Cambé.

Estas unidades de saúde realizam o acolhimento com classificação de risco; atendimentos médicos; atendimentos de enfermagem, de Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) e de saúde bucal; atendimentos domiciliares; grupos de caminhada, de alongamento e de tabagismo; curativos; pré-natal e puerpério; vacinação; controle de endemias; atividades coletivas nas escolas e outras ações socioeducativas territorializadas; dispensação de medicamentos; e atendimento de psicologia. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), os Programas Estratégicos de atuação da Atenção Básica deve abarcar a: Saúde Da Criança; a Saúde Da Mulher; a Saúde Do Adolescente; a Saúde Do Homem; a Saúde Do Idoso; a Saúde Bucal; o Controle de Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; e a - Prevenção De Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Para tanto, as unidades de serviço de Atenção Básica à Saúde em Cambé contam com agentes comunitários de saúde, administrativos, enfermeiras/os, técnicas/os de enfermagem, auxiliares de enfermagem, motoristas, auxiliares de serviços gerais, farmacêuticas/os bioquímico, técnicas/os de laboratório, auxiliares de laboratório, dentistas, técnicas/os em saúde bucal, auxiliares saúde bucal, clínicos geral, ginecologistas, pediatras, médico do Serviço de Atendimento Domiciliar, assistente social, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas (Eira, 2024).

Considerando o potencial das ações socioeducativas promovidas pela política de saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) merece destaque. Em 2023 e 2024, através de um acordo firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e três escolas municipais, o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), formado por profissionais da saúde como médicos, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos, fonoaudiólogos, equipe de saúde bucal, vigilância ambiental e Secretaria de Educação, levaram informações para mais de 500 estudantes de 0 a 15 anos e seus familiares. Atuação que rendeu ao município o prêmio regional da 20ª Mostra “Brasil, aqui tem SUS”, promovida pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems-PR) e (Conasems) (Eira, 2025).

A grande novidade foi a criação da Gincana PSE com estações temáticas como combate ao mosquito da dengue, prevenção ao tabagismo, cultura da paz, vacinação, saúde bucal, saúde ocular, entre outras. As atividades ocorreram em datas estratégicas, como o dia da família e a entrega de boletins, para facilitar a participação das famílias. Em dois anos foram feitas 13 ações com mais de 600 carteiras vacinais avaliadas; 129 vacinas aplicadas; 680 testes de visão realizados, com mais de 220 encaminhamentos oftalmológicos; aumento da cobertura vacinal; e identificação precoce de déficits visuais (Eira, 2025).

A Secretaria Municipal de Saúde avalia que o município vem melhorando nas ações de prevenção de doenças cardiovasculares entre pessoas de 30 a 69 anos,

na conscientização das gestantes sobre a importância do parto normal, na prevenção da transmissão vertical do HIV e na prevenção da gravidez na adolescência. O Programa Saúde na Escola (PSE), os grupos de tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde, os grupos de caminhada e outras atividades físicas, além da promoção do uso de métodos contraceptivos e o acompanhamento das gestantes pelas equipes de saúde da família, são exemplos de ações que impactaram diretamente esses resultados (Cambé, 2024, p. 109).

Quanto a população masculina, embora o Plano Municipal de Saúde tenha indicado que a Atenção Básica deve mobilizar e sensibilizar os homens e suas famílias a fim de estimular hábitos saudáveis, o autocuidado, “principalmente voltado a prevenção do câncer de próstata, incentivando-os a buscar a UBS para acompanhamento de rotina, por meio de ações de informação, educação e comunicação, com foco na elaboração de estratégias para aumentar a adesão dos homens aos serviços de saúde” (Cambé, 2022, p. 69), não foi possível localizar a execução destas ações nos relatórios.

Observa-se que os homens não são excluídos das ações de saúde, mas também não são prioridade. Neste sentido, mesmo diante da falta de informações públicas sobre o gênero da população usuária do SUS no município, não é arriscado afirmar que as ações preventivas são acessadas majoritariamente pelas mulheres.

A atenção dada a população masculina tem ocorrido durante uma semana do mês de novembro, através da Campanha Novembro Azul. Em 2021, 2022 e 2023, durante o Sábado Azul, ofertado das 8 às 14:00 horas em todas UBS do município, foram ofertadas consultas médicas e de enfermagem, testes de PSA, aferição de pressão, atualização da carteira vacinal, avaliação da saúde bucal, prevenção de doenças crônicas e aconselhamento para a busca por acompanhamento recorrente (Nogueira, 2021; Santos, 2022; Eira, 2023).

Apesar das ações tentarem focar na saúde masculina em geral, sabemos que a Campanha Novembro Azul sempre remete ao câncer de próstata. Por isso, questionamos a adesão dos homens a esta estratégia de atendimento da Secretaria de Saúde de Cambé.

### 3.2.3 Organização da Atenção de Média Complexidade em Cambé

A média complexidade do SUS destina-se a atendimentos especializados e aos atendimentos de urgência e emergência. Existem serviços cujo acesso ocorre por procura espontânea, como nos casos dos pronto atendimentos, e outros que querem encaminhamento da Atenção Básica e ou dos serviços de urgência e emergência, como as consultas com especialistas e os exames complementares.

Coordenada pela Central de Regulação e Agendamento, a média complexidade em Cambé dispõe de duas (02) Unidades de Pronto-Atendimento, destinadas ao atendimento de urgência e emergência, que funcionam 24 horas; um (01) Centro de Especialidades Odontológicas (CEOC), que atende especialidades odontológicas como periodontia, endodontia e prótese; um (01) Centro de Testagem e Aconselhamento que, além de ofertar testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, também oferece acompanhamento dos casos confirmados, presta orientações farmacêuticas e dispensa medicamentos para HIV, Tuberculose, Hanseníase e Hepatite; um (01) Centro de Atenção Psicossocial Adulto e um (01) Centro de Atenção Psicossocial Infantil, que realizam consultas psiquiátricas, psicoterapia, atividades comunitárias e domiciliares; duas (02) Unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência; uma (01) Policlínica, onde ocorre os atendimentos com médicos especialistas; uma (01) Unidade de Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado); um (01) Espaço Municipal de Saúde e Reabilitação (REABILITA), que oferece fisioterapia e hidrostatica; e dois Hospitais Gerais (Cambé, 2023).

Mesmo com uma aparente diversidade de serviços disponíveis, o acesso aos atendimentos especializados têm filas de espera que atrasam os tratamentos e violam a universalidade e a integralidade do SUS. Como narrado pelos participantes desta pesquisa, o acesso a estes serviços é demasiadamente moroso. O fato é que a existência de uma estrutura, por si só, não garante o acesso e a resolutividade dos serviços. Por isso, é necessário que a Secretaria de Saúde consiga avaliar o tempo de espera para consultas e tratamentos, a cobertura populacional, o desempenho clínico, e trace estratégias para alcançar maior eficiência.

### 3.2.4 As trajetórias de acesso dos homens à política de Saúde

Relatando suas trajetórias, os participantes expõem suas concepções, hábitos, causas de adoecimento, resistências e dificuldades de acesso à Saúde. A visão curativa sobre o processo saúde-doença, além de marcar as masculinidades, parece se desdobrar da forma como a Política de Saúde se consolidou no Brasil.

*Por quais motivos o senhor procurou (e procura) os serviços de saúde? Só quando eu estou precisando né Fabrício? Quando foi a última vez que o senhor procurou um serviço de saúde? Vixi, faz muito tempo ... é que quando eu tive a paralisia eu tive que tomar muita injeção, muita injeção... aí então foi injeção pra tudo quanto é lado. Depois disso eu parei de procurar o médico. Eu tive problema nos rins também, quando eu tinha uns 13, 14 anos. Inchou, inchou, inchou... daí eu fiquei internado na Santa Casa. Depois disso nunca mais procurei o médico. Foi a última vez que fiquei internado no hospital (Antônio, 53).*

Esta fala refere-se às duas décadas anteriores a institucionalização do Sistema Único de Saúde, mas a visão sobre a saúde construída neste período formatou as trajetórias de acesso do Antônio ao longo de toda sua vida. Como veremos, é um comportamento que reflete traumas, mas que também se apresenta como resistência às orientações e encaminhamentos recebidos recentemente, fatores que o mantiveram longe dos serviços de saúde.

*Quando eu cheguei, o senhor disse que não está se sentindo bem desde o final de semana. Até agora o senhor não foi procurar o médico? Não, não. Mas não precisou... porque hoje já estou melhor já. Tomei um remédio pra cortar febre... o Dorflex ou Doril... foi a mãe da minha filha que me deu. Ela tinha lá e me deu. E como o senhor está se sentindo? Minha febre baixou, estou bem melhor. Tomei 3 litros de suco de laranja. Já consegui comer um pouco ontem. Ainda não consegui comer arroz, assim. Mas comi pão. Aqui perto da sua casa tem um posto de saúde, o senhor já foi atendido ali? Não. Porque minha saúde está boa. Quando eu perceber que estou ruim mesmo, daí eu procuro. Isso que estou sentindo foi algum problema alimentar mesmo, fiquei três dias com dor de barriga, mas já estou bem. Faz uns 15 dias que não bebo nada de álcool (Antônio, 53).*

A trajetória de acesso à saúde deste homem demonstra que ele se automedica e que adquiriu problemas de saúde osteomusculares trabalhando – lembrando que Antônio é deficiente físico. Embora tenha conhecimento sobre os serviços de saúde, parece não acreditar na resolutividade do sistema. Para ele, os pobres se cuidam menos e só procuram os serviços em casos de extrema necessidade.

*[...] O senhor foi adquirindo o problema por causa do peso que o senhor carregava? É. Adquiri o problema porque eu pegava muito peso. Eles me*

colocaram pra carregar pacote de arroz, assim. Eu pegava, assim. Pegava, assim (abaixava, levantava o saco e colocava nos ombros). Jogava lá no caminhão. Tirava, ajudava a carregar o caminhão. Ajudava o depósito, ajudava a manter o depósito lá. Ajudava a fazer serviço geral. Era pra fazer serviço geral. Até pra limpar. Ia lá de sábado pra domingo, que não abria. Mas ia lá limpar o mercado. Fazer limpeza no mercado. *E daí, o senhor começou a sentir dor e passou pelo médico?* É, ele só falou que o problema meu é por causa da perna. Uma perna mais curta que a outra. E, devido a isso, aconteceu de dar problema aqui no quadril. Aqui e tal. *Mas ele não pediu para o senhor fazer fisioterapia? Não te deu remédio?* Fiz fisioterapia. Fiz fisioterapia, mas não adiantou nada. Não adiantou nada, não. *O senhor fez bastante sessões?* Fiz. Eu tinha aqui, subindo aqui, no lado... Então, é ali que eu fiz. Ali que tinha fisioterapia. *O senhor fez esse tratamento por quanto tempo?* Fiquei vários meses, né? Dos meses que eu estava afastado, eles me davam (auxílio-doença)... Mas não teve jeito, não. Aí, como eu recorri pelo INSS, aí fui indo, trabalhava um pouco e voltava. Aí, eu trabalhei um tempo sentado ali, antes de fechar. *E aí outra coisa que me chamou a atenção, foi que uma vez o senhor falou pra mim que uma das suas vontades era fazer os dentes, arrumar os dentes. O senhor já foi alguma vez atrás disso?* Não, não fui. Eu tô esperando que caia esse zagueiro aqui, o central, aí eu já... *Entendi. E o senhor não foi ali no posto de saúde? Nunca foi ver isso? Porque eu lembro que naquela época eu falei pro senhor ir. Falei como que funcionava.* Eu tenho até o papel que você me deu aí, tá aí guardado [...] Olha, eu vou falar a verdade. O pobre só precisa do médico quando ele está morrendo. Não é verdade? O rico, é o seguinte, deu um problema ali, ele já corre lá pra saber o que ele tem. Ele quer cuidar do dinheiro dele, não quer morrer e deixar pra família. Agora o pobre não, assim, eu mesmo, se morrer, morreu. Então que se dane. *Então o senhor acha que as pessoas mais pobres se cuidam menos?* Na minha opinião sim, é isso... *Mas o senhor acha que é por conta da dificuldade de acesso, qualidade do serviço? Por que eles procuram menos?* Não, não. É que o pobre é o seguinte, a pessoa que está necessitada ela vai procurar, senão ele sabe que vai morrer. Então é isso (Antônio, 53).

A multidimensionalidade da categoria acesso aparece na falas do Bernardo (62) e do Emanuel (65), reproduzidas abaixo, se considerarmos que o conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços - que reflete sua dimensão organizacional - mesmo permeada pela dimensão informacional é impactada pela dimensão sociocultural. Neste sentido, a disponibilidade e a informação sobre a oferta dos serviços não superam os hábitos construídos e praticados por eles. Portanto, acreditar que o autocuidado não é coisa de homem, temer o diagnóstico ou disfarçar a dor para demonstrar algum tipo de fraqueza ainda fazem parte do comportamento destes homens.

Eu avalio hoje que eu estou bem. Graças a Deus, eu estou bem. Porque eu não tenho nenhum problema, nunca tive. No médico assim, eu não estou indo, porque eu acho que é até normal de alguns homens não ir fazer é...exames. Ela (esposa) fala pra mim: você em que fazer exames, fazer uma bateria de exames. Mas eu falo: eu estou bem e tal. *Você acha que os homens procuram menos o médico do que as mulheres? Por quê?* Procura. Não sei cara. Não dá para explicar assim. Na minha parte, vamos supor, na minha parte mesmo, eu acho que é por medo de saber que tem alguma coisa. De você não conseguir

superar aquilo que você vai ouvir. E nessa parte as mulheres são mais fortes (risos) Então eu fico assim, com receio (Daniel, 42).

Eu não faço tratamento. Eu tenho desgaste na coluna faz muitos anos. *O senhor se machucou trabalhando?* Sim. Machuquei trabalhando, mas eu trabalhava na base da diária. Então não podia me afastar. Até tive que trabalhar sem poder porque naquele tempo não tinha como sobreviver. Mas eu fiquei um tempo achando que nem ia mais conseguir andar rapaz; *O senhor procurou o médico nessa época?* Fui, fui no médico. Ele passou remédio, tudo. Mas desse tempo pra cá foi assim... agora o que está pegando é o nervo ciático. No postinho o médico falou que é desgaste na coluna. Pra eu subir essa subida aqui eu tenho que para umas três vezes para descansar. Quando estou aqui em casa de boa eu não sinto nada. É mais quando eu vou andar assim, que força mais né? Não é dor sabe? É tipo uma canseira dolorida. Ai eu tenho que parar, dar uma disfarçada e tal, finjo que estou olhando alguma coisa né? (risos) *Por que o senhor tenta disfarçar?* Tem que disfarçar um pouquinho né (risos) (Emanuel, 65).

Bernardo (61) entende que tem problemas de saúde. Mas isto não significa que os tratamentos sejam acessados de forma adequada. Quando pedi seu documento para preencher o TCLE, ele disse: “anota aí que não enxergo”. Ele tinha comprado um colírio e o contorno dos seus olhos estava bem vermelho. Então, questionei: *Faz tempo que o senhor está com esse problema nos olhos?* “Desde que a [minha esposa] estava internada (janeiro de 2023). Eu ficava muito tempo acordado. *O senhor foi ao médico para receber tratamento?* Eu fui, mas tem que fazer cirurgia, não tem jeito. O médico disse que deu um derrame” (Bernardo, 61).

Questionado sobre quantas vezes procurou serviços de saúde nos últimos meses afirmou que “não precisou”, indicando certa negligência com sua atual condição de saúde.

Não. Nem durante a pandemia. Eu não precisei. Só falta tomar uma dose da vacina contra covid-19. Eu só vou na consulta médica que marcaram dia 12 porque falaram que pra eu renovar a receita eu tenho que passar pelo médico. *Mas o Sr. Entende que o médico precisa te avaliar com frequência para ter certeza que o tratamento é o mais adequado?* Mas esse médico do posto? Ele vai avaliar o que? *Como foram as consultas anteriores?* Eu nunca fui. Vai ser a primeira vez. *Então faz mais de 2 anos que o senhor pega a receita sem precisar da avaliação médica?* É. Não preciso de avaliação. Eu já sei o que eu tenho. Me sinto bem. Então só preciso da receita mesmo. Acho que seria bom uma avaliação do médico especialista. Mas posto não. Eu não estou sentindo nada! Se eu não sinto nada por que vou procurar o médico? *Como o senhor avalia a necessidade de passar por essa consulta para renovar a receita?* Ah, eu vou porque eles pediram. Então eu vou, beleza (Bernardo, 61).

Relatando como avalia seu quadro de saúde, verbalizou:

[...] Qualquer lugarzinho que eu bato já fica roxo. Mas o problema de saúde que eu tenho é o comprimido que eu tomo (fenobarbital), e agora eu tenho uma consulta no posto de saúde dia 12.... Eu comecei a tomar porque eu estava indo trabalhar e apaguei no meio da rua [...] uma outra vez eu estava

trabalhando, daí acendi um cigarro e não lembro de mais nada. Eu sei que meus colegas me seguraram. Mas essa foi fraquinha... Uma semana depois veio outra. Daí foi mais forte. Então fiz todos os exames, eletros que ele pediu, e tal. Agora eu estava renovando as receitas na UBS. *É só esse remédio que o senhor está tomando?* Sim, um comprimido por dia e pronto. *O Sr. Faz algum tratamento para as dores nas costas e nos braços?* Eu passei por ortopedista e descobri que tenho um desvio na quinta vértebra. E isso aqui é só cirurgia. Eu não vou fazer essa cirurgia nunca. Já vou fazer 62 anos... na minha idade você vai fazer uma cirurgia dessas? *Desde quando o Sr. toma esse remédio?* *O Sr. passou por neurologista, o outro especialista?* Eu não lembro. Em 2017 eu já estava tomando, mas não sabia que podia renovar a receita (Bernardo, 61).

Cesar (28), o mais jovem entre os entrevistados, teve problemas de saúde causados pelo uso abusivo de álcool. Ao ser questionado sobre sua saúde, quais serviços costuma procurar e como avalia o acesso e atendimento nesse processo, demonstra, por um lado, a insatisfação em relação a algumas unidades de saúde pública de Cambé indicando seu descrédito sobre o SUS, e, por outro, apresenta grande satisfação referente ao Hospital Universitário de Londrina, que também faz parte do SUS. Optamos por apresentar esta longa fala porque entendemos que ela retrata o que entendemos como aceitabilidade do acesso.

Hoje estou melhor. Mas fiquei muito ruim heim... *Bom, eu percebi que nesse período você procurou serviços públicos de saúde. Quais você procurou?* Fui aqui no posto [...] Ele (o médico) fez o que ele podia. Só que daí ele falou: você conhece o SUS né? *Ele te passou algum tratamento?* Ele avaliou e me mandou para a UPA. Daí eu cheguei lá, me passaram uma sonda, colocaram soro e me mandaram lá pra Santa Casa. Cheguei na Santa Casa era 4 horas da tarde. Deu 7 da noite, só tinham me mantido no soro, eu ainda estava com a bolsa de urina que colocaram na UPA, o médico passou só uma vez, olhou para mim e me deixou. *E como você avalia esse atendimento?* Foi ruim porque não me falavam as coisas direito. O médico só me falou que eu tinha que esperar o outro médico porque eles iam trocar de plantão. Ele disse que como ele tinha que ir embora, não podia fazer mais nada. Ele pediu uns exames quando eu cheguei, mas os resultados só foram analisados pelo outro médico (plantonista). Daí eu falei: como eu vou ficar aqui nesse calor? Sem me dar medicamento, sem tomar banho, sem nada? Daí o médico me falou que não podia fazer nada, que tinha que ir embora, não sei o que.... Eu falei: então vê o que o Sr. faz pra mim aí. Ele falou: se você quiser ir embora amanhã cedo você volta. Eu falei: então eu vou, porque eu vou ficar com isso aqui doendo pra urinar. Eu não conseguia urinar. Eu tomei 3 litros de soro, não conseguia urinar. Parecia que eu estava mais amarelo ainda. Minha barriga aumentou. E eu não urinava! Daí eu falei: não, deixa eu ir embora. Daí quando eu acordei, meu tio viu que eu estava piorando e me levou no médico. Eu já tinha feito uma bateria de exames que eu tinha feito... foi pago. Daí eu peguei esses exames e fui no médico. Assim que ele olhou os exames ele já falou: você precisa ir para o HU. Pode passar na sua casa pegar roupa que vou te encaminhar para lá. [...] Vou dizer que estou encaminhando um rapaz que não tem condição e que ele precisa de atendimento. Ele que me ajudou! *E na Santa Casa?* Lá estava todo mundo querendo ir embora. E ele não. Ele ligou no

hospital. Deixou tudo certo. Eu cheguei lá, quando chamou minha senha eles já me identificaram. Daí me perguntaram: você trouxe roupa? Lá eles me passaram vários medicamentos. Antes de aplicar eles falavam o nome do medicamento. Não passaram aquela sonda. Eu tomei até uma composição que vem com mel, que custa 80,00 cada frasquinho. Eu tomei 8 desses pra ir desintoxicando. Daí vai saindo tudo pela urina. *Como você chegou lá no HU? Com quais problemas?* Eu tinha tudo. Icterícia, hepatite, começo de cirrose, minha pressão sempre foi alta, acho que sou hipertenso. Minha pressão estava lá em cima. Daí o fígado né? Eles fizeram uns exames num dia, no outro dia já começaram a me dar os medicamentos certos. Eles fizeram aquele ultrassom, que passa aquele gel geladinho. Mas eles acham que meu corpo respondeu muito bem. Porque quando eu cheguei, me falaram que eu tinha perdido 80% do fígado. Mas daí me atenderam, me deram alta e me passaram um monte de remédio. [...] *O que você estava sentindo?* Saiu esse monte de ferida na minha pele. Eu não conseguia comer direito. Me dava muita ânsia de vômito. Eu almoçava, saía pra rua, dobrava ali e vomitava tudo. *Quando isso aconteceu?* Foi depois que você saiu de lá (do CRAS). Eu não tinha nada... porque lá você ainda falava com a gente, dava uns conselhos né? Quando eu fazia acompanhamento com você eu ainda estava bem... mas aí depois eu não tinha ocupação, conselho... apoio nem nada. Daí eu voltei a beber mais ainda. A família só ficava brigando... *E você tem algum retorno agendado?* Eu tenho no AHC, na quinta-feira. E a médica do HU me falou: se você chegar lá (no AHC) e o médico perceber que você está ruim de novo, ele vai te mandar pra cá. E eu vou falar a pura verdade para você: se você voltar do mesmo jeito que você chegou, sua família não vai mais te ver. É difícil, mas eu tenho que te falar a verdade. Você é jovem, bonito, novo, tem tudo pela frente. E sua família vai ter que reconhecer seu corpo lá na Acesf. *Como você avalia o atendimento no HU?* Fabrício, aquilo lá parece hospital particular. Ar-condicionado, comida na hora, comida boa. Quem reclama da comida de lá tem que apanhar (risos). Café da manhã: é pão com margarina, leite com café ou chá. Onze e meia tem almoço. Todo dia um refogado diferente, uma mistura diferente, arroz e feijão tudo fresquinho, e um copo de suco natural. Daí 3 horas tem café da tarde. Daí é pão com margarina de novo, leite com café ou chá. E sete e meia tem a janta. E tem o café da noite, às nove horas. Então tem pessoa que vai lá e não quer ir embora (risos). As enfermeiras falaram pra mim... (risos). É melhor tratado lá, que em casa. Eu fiquei no pronto-socorro. Lá na parte de baixo *O seu problema foi resolvido naquele(s) atendimento(s)?* Aqui em Cambé não. Foi no Hu que deu certo (Cesar, 28).

Observa-se que os motivos do não acesso citados acima envolvem falta de informação e compreensão sobre a doença, sobre os fluxos de atendimento dos serviços e o descrédito em relação ao SUS. Problemas organizacionais e erros de conduta também chamam atenção neste relato. Por outro lado, os atendimentos prestados por profissionais que explicaram corretamente sua condição, mesmo sendo grave, modifica a credibilidade atribuída aos serviços prestados.

Como seus problemas são sempre urgentes, alguns homens preferem se esforçar para pagar por atendimento médico disponibilizado por planos de saúde populares, para não se submeterem às filas de espera. No caso do Cesar (28), o fato de ter pago por exames e tê-los

em mãos, facilitou o diagnóstico e o acesso ao atendimento no Hospital Universitário de Londrina. Para ele, o ambiente climatizado, a oferta de cinco refeições por dia pelo Hospital o faz parecer privado, como se esse nível de qualidade de atendimento só fosse possível nesta esfera. Ele também valoriza o repasse de informações claras sobre seu estado de saúde comparando o atendimento do HU com suas experiências anteriores em serviços do município de Cambé.

As falas de Bernardo (62) e Cesar (28) evidenciam o comprometimento de pelo menos três princípios do SUS: a universalidade do acesso; a integralidade, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; e, a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (Brasil, 1990).

É notório que esses deficits da Política de Saúde geram gastos para a população, aumentam o descrédito do sistema público de saúde, favorecem o processo de mercadorização da saúde e representa uma grande barreira de acesso aos seus direitos. Além disso, a demora no acesso ao tratamento mantém as população incapacitada para o trabalho por mais tempo, aumentando as privações decorrentes da baixa renda.

Celuppi et al. (2019, p. 308), analisando a relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde, nos lembram que o favorecimento do mercado privado é produto dos governos neoliberais e das disputas “de poderes entre as esferas política, social e econômica”. E que, desde a criação do SUS, o neoliberalismo vem construindo um terreno propício para “priorização, expansão e fortalecimento do mercado privado de saúde”.

*Quando eu cheguei, o senhor falou que tinha marcado uma consulta hoje com o oftalmo, que o senhor ia pagar. O senhor ia pagar por quê? Porque é mais rápido. Para passar a saúde. Porque pelo posto de saúde ia ter que encaminhar... Aí até sair a consulta, até... Aí demora. Então o senhor vai insistir em pagar, né? Não, mas eu paguei... Eu peguei uma guia, sabe que tem ali? E a consulta custou 90 reais. A minha filha falou, Papai, foi 90 reais. Você separa esse dinheiro pra pagar (Bernardo, 61).*

[...] Cambé é tão foda, que agora que eu tenho retorno no AHC, depois de um ano esperando, tive que tirar dinheiro de onde não tenho para comprar essas ataduras elásticas que melhora a circulação... tive que gastar mais 120,00 com isso... e agora que saiu a fisioterapia pelo SUS. Eu já comecei a fazer... vou ter que ir lá justificar. *Então você está fazendo dois tratamentos agora? A fisioterapia, referente ao acidente de moto que sofreu em 2022 e o acompanhamento no HU e AHC relacionado ao alcoolismo? Isso mesmo. Como você avalia o acesso a fisioterapia? Demorou mais de um ano e meio né? Então eu podia ter melhorado antes. E ali assim, eu fui duas vezes. Eu não tenho do que reclamar não. Sou atendido no horário, ela me passa os exercícios que eu já sei mais ou menos como faz (Cesar, 28).*

Quando questionados sobre o acesso aos serviços de saúde durante o período mais grave da Pandemia (2020-2022), apenas três participantes afirmaram ter procurado atendimento. O Bernardo (62) utilizou os serviços de saúde devido a um acidente de motocicleta ocorrido em 2021 e, em 2023, por causa das complicações derivadas do uso abusivo de álcool.

Emanuel, de 65 anos, procurou a UBS para refazer exame preventivo do câncer de próstata e demonstra ter compreendido as orientações médicas obtidas nos atendimentos anteriores.

Fui duas vezes no posto de saúde. Foi o seguinte, eu fiz exame de próstata no começo do ano, aquele de sangue, então eu entreguei o exame para o médico e estava tudo normal. Aí ele me perguntava se eu estava urinando normal... e eu falava que sim né? Aí depois de uns 6 meses começou a encurtar a pressão da urina. Então como ele sempre perguntou se estou urinando bem, e agora está encurtando, eu não sei se é a idade ou é problema na próstata. Daí eu voltei e pedi outro exame. Ele falou: mas não faz nem 6 meses que o senhor fez o exame. Daí eu expliquei pra ele: toda vez o senhor me pergunta se estou urinando bem, e agora estou sentindo que a pressão está muito menor, muito pouca. Aí ele passou outro exame e também pediu uma chapa dos pulmões. *Teve Covid? Procurou o serviço?* Eu não peguei. Olha rapaz, eu procurei sim. Nessa época estava meio sufocado né? Porque teve um tempo mesmo que o postinho estava em reforma, aí ficou complicado. *O seu problema foi resolvido naquele(s) atendimento(s)?* Ah, ele me atendeu, pediu os exames (Emanuel, 65).

Já Daniel (42), afirmou ter procurado atendimento médico em decorrência de sintomas gripais. Neste momento da entrevista, ele apresenta sua insatisfação em relação a qualidade do atendimento, ao tempo de espera e destaca problemas que antecedem o período pandêmico:

Ah, é mais o dia a dia né? Gripe, dor de cabeça. Às vezes você fica com pensamento de que está com Covid né? *Você teve Covid?* Não, já tomei as vacinas, tudo... *O seu problema foi resolvido naquele(s) atendimento(s)? (Está falando da UPA)* Cara, às vezes, às vezes eles resolvem. Às vezes você vê que tipo... querem te liberar logo. Mas é balanceado, resolve e não resolve. Eu estava com uma gripe outro dia, estava meio ruim. Podia ser uma Covid, e aí a mulher.... depois de tantas pessoas que passaram, ela não fez nem teste. Ela falou assim: nem vou fazer teste, porque não tem nada. Isso aí é uma coisa que as pessoas já estão vindo aqui com os mesmos sintomas e acho que não é. Eu acho que se ela é uma médica, ela tem que pedir exame. Eu não queria fazer, porque é um negócio ruim pra caramba. Mas se for dentro do certo, ela deveria fazer. Então pra mim é uma falta de... como que eu posso falar, não atendeu aquela pessoa direito. Então umas ela atende, outras não. *Você considera o atendimento satisfatório?* Olha, na UPA, muitas vezes é mais insatisfatório do que satisfatório. Você fica 6 horas cara...6, 7 horas para ser atendido lá cara...aí o cara passa dipirona e ibuprofeno que a gente tem em casa. 7 horas esperando né mano? Tem vez que a gente chega lá e volta para

trás porque não jeito de ficar lá. É muita gente, é muita gente. Às vezes você entra bom e sai ruim de lá. Então na UPA é... agora é falta de médico né? Quem nem eles falaram: a culpa não é da gente cara. A gente... eu estou aqui atendendo muitos e muitos e muitos pacientes, só que não tem médicos. A gente está em falta de médicos. Aí o povo que está lá fora não quer saber né? *Como avalia esses serviços?* Regular né? Porque às vezes você é atendido bem por um médico. Mas outro dia você não é. Então assim, é regular. Eu falo assim: quando você vai lá para ser atendido, ninguém sabe o que você está passando. Nem o médico sabe o que você está passando, e aí você fica 6 horas... e se nessas 6 horas você não aguenta esperar? Você morre lá fora! Até você ir para a triagem, demora pra caramba. Demora até para buscar resultado de exame. Então demora muito. Graças a Deus a gente não chegou assim, em um estado crítico de saúde para estar passando por isso, mas a gente imagina pô, se chegar uma pessoa quase morrendo aqui, ele vai morrer aqui fora. *E quando você acompanha sua esposa nas consultas na UBS, como você avalia o atendimento?* Eu acho que no posto de saúde é mais... eles atendem bem ali. No posto de saúde eles atendem bem! Assim, não tem demora. Tem o quadro de pessoas, mas é certinho. Tudo agendado certinho, você não espera muito. Qualquer coisa se você tiver algum probleminha eles já te levam para dentro, porque eu já vi. Se está passando mal, a pessoa já te leva lá para dentro na enfermaria e tal. *Você já precisou de algum atendimento especializado, desses que não tem na UBS? Que precisa de encaminhamento e agendamento?* Eu não, mas minha esposa sim. Precisou fazer uns exames. E foi tranquilo. *De um modo geral, como você avalia os serviços de saúde de Cambé?* Ah, precisa de uma melhora né? Acho que ainda é muito demorado. Assim, que nem eu falei, minha esposa tem uns problemas de saúde que não são tão graves. Mas só que tem que ser cuidado. Então ela está correndo atrás há muito tempo, muito tempo e eles só passam é... passam pra fazer exames, mas os exames são caros né? 600, 700, 500 reais. Minha mulher estava esperando uma cirurgia para retirar o útero desde 2019. Agora que ela conseguiu. Ela estava com uma inflamação que poderia virar até um câncer. Ela teve hemorragia... Então nessa parte, como eu falei pra você, graças a Deus que Deus colocou a mão e deu para esperar. Mas se não desse tempo... *Você acha que a pandemia afetou o agendamento de consultas, exames e cirurgias, como a da sua esposa?* Ah, não sei cara. Eu acho que não. Porque antes já era assim. E eu falo pra você, o governo está bom de dinheiro, se ele quiser melhorar a saúde, dá pra melhorar. Mas parece que eles não querem! Tipo assim, eles devem falar: eu estou bem, eu estou no poder, então vamos colocar um qualquer ali que o pobre já fica satisfeito. Qualquer coisinha já agrada eles. Então eu acho que é isso. Porque, condições tem. Até na época da Covid eu até entendo por que foi mundial. Eles ficaram assim, tudo ouriçado. Então, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo. Mas agora passou, então tem como melhorar, dar uma modificada assim (Daniel, 42).

A preferência por pronto atendimento é comum entre Bernardo (62), Cesar (28) e Daniel (42). Antônio (53) afirma não procurar serviços de saúde porque entende que “está bem”, enquanto Emanuel (65), afirma procurar a UBS.

Olha, a partir de agora, se eu precisar, vou procurar o Hospital 24 horas [...] minha filha até me falou: papai, quando precisar de médico, não vai na UPA não, vai lá no 24 horas. Senão o senhor fica lá esperando por horas. *Vocês consideram que o atendimento de lá é melhor?* É porque lá tem tudo. Tudo que precisar fazer você já faz na hora (Bernardo, 61).

A UPA né? Quem vai mais na UBS é ela (esposa). Para exames, essas coisas. Eu não fiz nenhum exame recente. Só teste para Covid. Fiz assim, exame no pulmão, de tórax, assim. Só para descartar algo mais grave (Daniel, 42).

As trajetórias de acesso à saúde descritas pelos participantes demonstram várias dificuldades na utilização dos serviços. Em comum, destacam-se características preocupantes em relação ao autocuidado, à preferência por serviços emergenciais, a automedicação e recusa de atendimento médico. Demonstram ainda que a lógica da mercadorização da saúde acompanhada do desfinanciamento do SUS submete a população pobre a pagar por atendimento, contrariando os princípios da Política Pública de Saúde no Brasil.

Na perspectiva de direito a ser defendido e assegurado, entendemos que a população brasileira ainda carece de políticas públicas mais efetivas que favoreçam o acesso à seguridade social. Nesse sentido, esperamos que as iniciativas tomadas, mas que não tiveram a capilaridade esperada, voltem a ganhar espaço na agenda pública e nas lutas por direitos no Brasil. Um exemplo é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), lançada em 2009 justamente para alterar o quadro negativo da saúde dos homens brasileiros e que ainda não chegou em todas as unidades de saúde do país.

Entre os desafios de trabalhar na perspectiva da universalização do acesso e da equidade de gênero destacamos: a necessidade de reconstruir as trajetórias do acesso aos serviços de Saúde e Assistência Social; de incluir a reflexão sobre a construção social da masculinidade hegemônica nos processos de trabalho das políticas públicas; e de fomentar a criação de espaços inclusivos para os homens nas unidades de serviços das políticas públicas. Precisamos falar com os homens e sobre os homens!

### 3.3 A DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO ACESSO À POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Ah, nossa vida não foi boa não. Nós moramos no sítio assim rapaz, era muito distante para ir à escola. Não tinha um chinelo velho pra colocar no pé. Não tinha bolsa pra levar... Roupas? A gente não tinha. Pra falar a verdade, minha mãe tinha uma maquininha de costurar. Ela fazia os nossos calções. A gente ganhava umas roupas dos patrões, donos de onde a gente morava. Mas minha mãe fazia nossos calções com saco de açúcar. Eram aqueles branquinho.... Aí minha mãe lavava, cortava e costurava. Fazia os shorts pra gente ir pra escola. As camisetas eu não lembro se ela também fazia. Mas os calções eu lembro. Naquele tempo não era saco de estopa, o saco de açúcar era feito de algodão. Daí meu pai comprava um saco de açúcar e levava pra casa. Quando acabava o açúcar minha mãe fazia roupa com o saco. Naquele tempo a gente não tinha nada de assistência social. Naquele tempo não tinha nada né? *De que período*

*o senhor está falando? Onde o senhor nasceu?* Eu nasci aqui na Warta, em 1969. Então foi nessa época. Daí deu esse problema em mim de paralisia, minha mãe dizia que achava que eu ia morrer (Antônio, 53).

Mais uma vez a fala do Antônio ilustra a história de vida de muitas famílias brasileiras e demonstra o atraso da intervenção do Estado nas relações entre capital e trabalho na perspectiva de garantir direitos sociais a população brasileira como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, entre outros.

A Assistência Social só adquiriu o *status* de política pública em 1988, com a sua inclusão no tripé de Seguridade Social brasileira. Antes disso, as ações assistenciais eram conduzidas numa perspectiva caritativa, benevolente, caracterizando-se como “não política” (Couto, Yazbek; Raichelis, 2013, p. 55).

Desde o Brasil colônia, as ações assistenciais eram “ditadas por valores e interesses que se confundiam com dever moral, vocação religiosa, sentimento de comiserção, [...] com práticas eleitoreiras, clientelistas e populistas” (Pereira, 2007, p. 64). Estas ações assistencialistas e descontinuadas, ofertadas por entidades privadas e filantrópicas, atribuíam ao público-alvo o caráter de incapaz.

Até hoje as práticas conservadoras que antecederam a construção da Política de Assistência Social apresentam-se como grandes desafios presentes no processo de sua implementação e na sua afirmação enquanto direito.

De acordo com Sposati (2007, p. 436-437), existe muita “resistência ao paradigma de extensão de direitos sociais que persistem em manter a permanência da hegemonia da versão conservadora e patrimonialista nessa área de ação”. Esta resistência dificulta a alteração “desse *status quo* para fazer da assistência social política pública, dever de Estado e direito do cidadão”.

Corroborando com a autora, observa-se que

Esta proposta supõe uma ação de ruptura com a tradição conservadora, de caráter liberal (voltada ao Estado mínimo e a conseqüente subsidiariedade entre ele e a sociedade no campo social). Os projetos de fundamentação liberal-social ou economicista por sua vez, negam o reconhecimento do direito de cidadania extensivo e consideram a atenção social compatível somente a grupos focais caracterizados pelo grau de indigência estabelecido sob alta seletividade. Nesse caso o acesso social depende do prévio enquadramento do cidadão à condição de necessitado, sem direito a requerer atenção a sua necessidade social (Sposati, 2007, p. 437).

A concepção de direito do cidadão e dever do Estado nesta área, advinda com a CF/88, foi reiterada pela Lei 8.742/93, denominada como Lei Orgânica de Assistência Social

(LOAS). A partir deste marco regulatório, a Assistência Social passou a ser definida como uma política de Seguridade Social não contributiva, [...] que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Brasil, 1993), a quem dela necessitar.

Sua construção ocorreu no bojo do contraditório contexto da década de 1990, quando as conquistas dos movimentos sociais começaram a ser atacadas pelo neoliberalismo. E a aprovação da lei não apagou as marcas negativas de seus antecedentes históricos.

Couto (2015, p. 669) destaca que “tradicionalmente, o debate sobre a assistência social tem sido referido como contraponto ao trabalho”, materializando uma “relação de indignidade, de um suporte transitório que deve ser logo superado”.

Para a autora,

O preconceito em relação à “dependência” que o benefício assistencial cria no cidadão que a ele precisa recorrer vem acompanhado não raro da ideia associada a vagabundagem, displicência e falta de empenho. Retomam-se aqui as antigas formas de julgar os sujeitos que por suas condições não conseguem sobreviver, atomizando-os e descolando do coletivo e da análise das condições da sociedade capitalistas. Não raro é possível ouvir argumentos da opção dos sujeitos pela pobreza, pela falta de condições. Recai sobre eles a culpa pela sua precária situação, da mesma forma que a sua redenção, bastando para isso esforço e dedicação (Couto, 2015, p. 669).

As legislações estruturantes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993; 2011), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), a Norma Operacional Básica (NOB, 2005), a NOB-RH SUAS (2006), a Tipificação Nacional do Serviços Socioassistenciais (2009), a NOB/2012, e os diversos cadernos de orientações técnicas produzidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, esbarraram nos limites impostos pela condução neoliberal das políticas públicas no país, desde a sua implantação, e se intensificaram nos últimos anos com a ascensão da nova direita.

Apesar do processo de precarização das políticas sociais ter se exacerbado, os princípios organizativos do SUAS continuam envolvendo a universalidade de acesso às pessoas que dela necessitarem; a gratuidade das ações, serviços, programas e benefícios; a integralidade da proteção social; a intersetorialidade; e a equidade (Brasil, 2012).

Alterada pela Lei 12.435/2011, atualmente, os objetivos da LOAS são:

- I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
  - a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (Brasil, 2011).

A proteção social oferecida por esta política deve garantir a **segurança de renda** para que todas as pessoas tenham recursos monetários para sobreviver, independente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego; a **segurança de acolhida**, que opera com a provisão de necessidades humanas como os direitos à alimentação, ao vestuário e ao abrigo, e envolve o acesso a ambiência acolhedora, à privacidade, à orientações e encaminhamentos que instrumentalizem a população usuária para acessar os serviços, benefícios e programas sociais aos quais tem direito; a **segurança de convívio familiar e comunitário**, que deve oportunizar “a construção, restauração e o fortalecimento de laços de pertencimento, de natureza geracional, intergeracional, familiar, de vizinhança e interesses comuns e societários”; o **desenvolvimento de autonomia** que exige ações profissionais e sociais para promover o “desenvolvimento de capacidades e habilidades para o exercício do protagonismo” e da cidadania, oportunizar “a conquista de melhores graus de liberdade, respeito à dignidade humana”, favorecendo a “conquista de maior grau de independência pessoal e qualidade, nos laços sociais, para os cidadãos e as cidadãs sob contingências e vicissitudes”; **segurança de apoio e auxílio**: que “exige a oferta de auxílios em bens materiais e em pecúnia, em caráter transitório, denominados de benefícios eventuais para as famílias, seus membros e indivíduos” (Brasil, 2012, p. 16-17).

O público-alvo do SUAS, denominado como “usuários” da Política de Assistência Social é constituído por

[...] cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária

ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (Brasil, 2005, p. 33).

O fato é que, para além do perfil supracitado, as/os usuários da PAS só se tornam elegíveis aos benefícios socioassistenciais a partir da renda declarada. Por isso, precisamos destacar a focalização e seletividade desta política, sobretudo no que se refere ao acesso a segurança de rendimento, que deveria ser potencializada através dos benefícios de transferência de renda federais, estaduais e municipais, e dos benefício eventuais, mas que não alcançam a universalidade da cobertura devido ao investimento insuficiente do governo federal, estados e municípios.

Conforme sinalizado anteriormente, o instrumento utilizado como forma de coletar, processar, sistematizar e disseminar informações com a finalidade de realizar a identificação e a caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda que residem no território nacional é o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal<sup>37</sup> (CadÚnico), regulamentado recentemente pelo Decreto nº 11.016/2022. É a partir da classificação realizada por este instrumento que as famílias e indivíduos podem ser contempladas pelos Programas Sociais como o Bolsa Família, a Tarifa Social da Energia Elétrica, ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), e a Carteira da Pessoa Idosa, por exemplo.

Para tanto, as famílias inscritas no CadÚnico devem declarar renda per capita mensal de até meio salário-mínimo ou renda familiar de até três salários-mínimos. Importa destacar que para cada benefício existe um critério de renda. O Programa Bolsa Família, atende famílias com renda per capita de até R\$ 218,00. O Benefício de Prestação Continuada, é destinado às pessoas idosas, com 65 anos ou mais, e às Pessoas com Deficiência, cuja renda per capita seja de até  $\frac{1}{4}$  do salário-mínimo (R\$ 379,50). Já a Tarifa Social de Energia Elétrica, destina-se às famílias com renda per capita de até meio salário-mínimo, e estende-se a famílias com membros beneficiários do BPC.

Assim como no Sistema Único de Saúde (SUS), o SUAS organiza a Política de Assistência Social por níveis de proteção<sup>38</sup>: Proteção Social Básica (PSB), focada na prevenção

---

<sup>37</sup> Instituído pelo art. 6º-F da LOAS - Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

<sup>38</sup> I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos; (Brasil, 2011).

das situações de “vulnerabilidade e risco social”; e Proteção Social Especial que prioriza o enfrentamento das situações de violação de direito (Brasil, 2011).

Na Proteção Social Básica, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são as unidades públicas estatais de “referência para o desenvolvimento de todos os serviços socioassistenciais de proteção básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, no seu território de abrangência”. Considerando sua proximidade com o público-alvo da política alcança uma capilaridade que o caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS (Brasil, 2009, p. 09).

De acordo com o Caderno de Orientações Técnicas sobre o CRAS, estas unidades de serviços municipais assumem “como fatores identitários dois grandes eixos estruturantes do Sistema Único de Assistência Social - SUAS: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização” (Brasil, 2009, p. 11).

A matricialidade sociofamiliar determina a família como foco central das ações e serviços da PAS, entendendo-a como “o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou dependência econômica” (Brasil, 2009, p. 12).

A assistência social também compreende a família como um espaço contraditório, marcado por tensões, conflitos, desigualdades e, até mesmo, violência. Nessa direção, ao eleger a matricialidade sociofamiliar como eixo do SUAS, a família é enfocada em seu contexto sociocultural e econômico, com composições distintas e dinâmicas próprias. Essa compreensão busca superar a concepção tradicional de família, o modelo padrão, a unidade homogênea idealizada e acompanhar a evolução do seu conceito, reconhecendo que existem arranjos distintos, em constante movimento, transformação. A compreensão da família ainda é determinada pelas estruturas geracionais e de gênero presentes: os conflitos e desigualdades vivenciadas no âmbito familiar devem ser analisados e trabalhados a partir da diferenciada distribuição de poder e responsabilidade entre seus membros (Brasil, 2009, p. 12).

Diante das definições de família apresentadas pela PAS, convém questionar se o reconhecimento da pluralidade das composições e dinâmicas familiares são suficientes para superar o enfoque “familista”, cujo centro de atenção é dado a mulher-mãe (Carloto e Mariano, 2008), vistas como embaixadoras do cuidado (Campos, 2020).

Este questionamento é pertinente se observarmos que a implementação da PAS ainda continua interpelando a participação da mulher-mãe nas atividades socioeducativas responsabilizando-as pelo cuidado com os filhos e pelo cumprimento dos critérios de permanência em programas de transferência de renda (Carloto; Mariano, 2008).

Assim, nesta política,

[...] a família é identificada pela figura da mulher, e não pela do homem. E a mulher, por sua vez, é considerada com base nas funções maternas, o que fixa e essencializa o sujeito mulher, vinculando-o à maternidade. Consideramos à luz de algumas das teorias feministas, que os processos de fixação e essencialização de identidades de homens e mulheres constituem-se em sérios obstáculos para uma sociedade democrática, a qual exige a construção de sujeitos plurais e identidades contingentes. Consideramos, ainda, que a fixação de papéis sexuais, a exemplo do aprisionamento das mulheres às tarefas reprodutivas, contribui para o reforço da lógica binária de classificação e para a (re)produção subordinação feminina (Carloto e Mariano, 2008, p. 158).

A Lei nº 14.601/2023<sup>39</sup> indica que o pagamento do Programa Bolsa Família seja feito preferencialmente às mulheres. Por um lado, esta recomendação pode representar o reconhecimento de que as mulheres têm menos possibilidades de gerar renda devido aos cuidados demandados pelos filhos, que o acesso a renda as valoriza (ainda que de forma equivocada), que pode contribuir com elevação da autoestima e com o empoderamento feminino. Por outro, ratifica o papel naturalizado das mulheres como mães-cuidadoras esperando que elas sejam capazes de multiplicar os conhecimentos e orientações recebidos nas ações socioeducativas das quais terão que participar, e, sobretudo, que elas garantam o cumprimento das condicionalidades estabelecidas para a permanência no programa (Carloto; Mariano, 2008; Campos, 2020).

As contradições entre a naturalização de papéis tradicionais e a pretensa garantia da autonomia feminina, entre o reconhecimento da pluralidade dos arranjos e dinâmicas familiares e o pressuposto de que a família é responsável pelo cuidado dos seus membros, entre o empoderamento feminino e a culpabilização das mulheres pelo descumprimento de condicionalidades do PBF, por exemplo, são reproduzidos no processo de execução da PAS ocultando a população masculina como foco das ações socioassistenciais.

Em março de 2024, 83,4% das 20,89 milhões de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, tinham uma mulher como responsável familiar (RF). No mesmo período, a família monoparental chefiada por mulheres representava 51,03% do total de famílias beneficiárias do programa (Brasil, 2024). Isto significa que elas, as mulheres, é que serão cobradas pelas equipes executoras das políticas de Assistência Social, Saúde e Educação sobre

---

<sup>39</sup> Institui o Programa Bolsa Família; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), a Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a autorização para desconto em folha de pagamento, e a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284, de 29 de dezembro de 2021, e 14.342, de 18 de maio de 2022, e a Medida Provisória nº 1.155, de 1º de janeiro de 2023.

o comparecimento nas reuniões promovidas pela escola, pelo CRAS e pela UBS, nas atividades socioeducativas, nos atendimentos particularizados, sobre a frequência escolar, sobre a vacinação dos seus filhos, entre outras cobranças e condicionalidades.

Deste modo, conforme já destacavam Carloto e Mariano (2008, p. 161)

A mulher/mãe é penalizada ao levar a culpa por não manter os filhos na escola, pelo comportamento destes por não conseguir estabelecer vínculos, diálogo e um ambiente acolhedor para esses adolescentes. E, além da culpa, é penalizada com a perda do benefício.

Analisando o não lugar dos homens nas ações do PBF, Campos (2020) identifica que no preenchimento do CadÚnico, o registro de dados nutricionais não é obrigatório para os homens. Enquanto para as gestantes, deve-se registrar peso, estatura, situação gestacional, e para as mulheres não gestantes questiona-se a situação gestacional buscando aferir se ela pode ou não pode ter filhos. No caso das crianças, as orientações indicam ser “fundamental preencher os campos: peso, estatura, vacinação em dia e para crianças com menos de dois anos o tipo de aleitamento materno” (Campos, 2020, p. 174).

Assim, ele conclui que o grupo tradicionalmente priorizado nas ações do programa evidenciam que o “modelo teórico de abordagem não é família e, sim o grupo composto por mulheres, crianças e adolescentes” (Campos, 2020, p. 175). Este formato de operacionalização do programa reverbera na forma como a população usuária é vista pelas/os gestoras/es e executoras/es da PAS e oculta o lugar dos homens como foco das ações.

Campos, Cavalcanti e Nascimento (2019, p. 240) observam que

No âmbito da assistência social, há um conjunto de programas articuladores de um expressivo contingente de atores e recursos contemplando a família. Contudo, esses programas organizam-se a partir de uma perspectiva pautada em papéis tradicionais, com um direcionamento funcional de família, incentivando a reinserção da mulher-mãe como responsável pelo cuidado e educação dos filhos e do homem-pai pelo provimento financeiro e exercício da autoridade familiar.

Como os homens são considerados como sujeitos com menor vulnerabilidade na esfera da proteção social, é comum que sejam entendidos como “algozes no interior das relações de gênero, não sendo reconhecidos como sujeitos de direitos e com necessidade de proteção assim como as mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência” (Campos; Cavalcanti; Nascimento, 2019, p. 241-242).

Por isso, ao caracterizar os “homens da assistência social”, é necessário entender que reconhecer os “homens como sujeitos de direitos, e não somente como sujeitos de

privilégios (de gênero), não implica o desconhecimento e a negação das assimetrias entre homens e mulheres no contexto social atual”. Significa acreditar na “pluralidade das masculinidades, na promoção da equidade e igualdade de gênero e na direção de um mundo mais justo e democrático” (Campos; Cavalcanti; Nascimento, 2019, p. 252).

De acordo com os autores,

O silêncio sobre esses homens que se encontram em situação de vulnerabilidade social pode reforçar traços impostos pelo padrão cultural hegemônico que demarcam concepções referentes à masculinidade (os homens não são confiáveis, não se responsabilizam pelo cuidado com a família e não sabem gerenciar o recurso oferecido pelo programa em prol da satisfação familiar). Em outras palavras, é imprescindível reconhecer a dimensão relacional do gênero que possibilita desconstruir, principalmente, argumentos culpabilizantes sobre o masculino que demarcam o discurso de parte das discussões em torno das relações de gênero e que ainda se faz presente, direta ou indiretamente, nas produções acadêmicas (Campos, Cavalcanti; Nascimento, 2019, p. 248).

A territorialização, enquanto eixo estruturante do SUAS e um dos fatores identitários dos CRAS, expressa sua relevância no âmbito da PSB quando entendemos o território como um espaço humano, habitado, marcado pelas vidas que nele residem. O conceito de território apresentado pela PAS “abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade”. “É no território que se evidenciam as contradições da realidade: os conflitos e desigualdades que perpassam e ressignificam as relações familiares e comunitárias”. Neste sentido, “as características de determinada localidade são intrinsecamente ligadas às formas de relacionamento social predominantes, que por sua vez são diretamente influenciados pelos contextos social, cultural e econômico do território” (Brasil, 2009, p. 13).

Considerando que a Gestão Territorial e a oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) configuraram as principais funções dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), conhecer os territórios referenciados é um pressuposto fundamental para as ações implementadas nos CRAS.

A Gestão Territorial no contexto da PAS deve abarcar o mapeamento e a articulação da rede de serviços intersetorial, a fim de identificar as potencialidades para o enfrentamento das desigualdades sociais presentes no território. Sem a mobilização da rede de serviços, certamente os CRAS limitariam drasticamente o alcance das suas ações na perspectiva do atendimento integral determinado/preendido pelo Serviço de Proteção Integral à Família (PAIF).

O PAIF é descrito na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) como um trabalho social com famílias de caráter continuado, que deve respeitar a heterogeneidade dos arranjos familiares, os valores, crenças e identidades das famílias (Brasil, 2009).

Seus objetivos são:

Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; - Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas; - **Promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades;** - Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; - **Promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos;** - Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares (Brasil, 2009, p. 13) grifo nosso

Espera-se que com a implementação do PAIF seja possível reduzir a ocorrência de situações de vulnerabilidade social no território, prevenir a ocorrência de riscos sociais, bem como o agravamento e reincidência destes, aumentar o acesso aos serviços socioassistenciais e setoriais, e melhorar a qualidade de vida das famílias residentes no território de abrangência do CRAS (Brasil, 2009).

Para cumprir os objetivos prescritos e alcançar o impacto social esperado, o trabalho social desenvolvido pelo PAIF deve contemplar:

Acolhida; estudo social; visita domiciliar; orientação e encaminhamentos; grupos de famílias; acompanhamento familiar; atividades comunitárias; campanhas socioeducativas; informação, comunicação e defesa de direitos; promoção ao acesso à documentação pessoal; mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio; desenvolvimento do convívio familiar e comunitário; mobilização para a cidadania; conhecimento do território; cadastramento socioeconômico; elaboração de relatórios e/ou prontuários; notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social; busca ativa (Brasil, 2009, p. 13).

O acesso à PAS pode ocorrer através da procura espontânea, por busca ativa, ou por encaminhamento. A busca ativa e o encaminhamento derivam da identificação da vulnerabilidade da família ou indivíduos pela própria política de Assistência Social ou pelas outras políticas públicas. Mas a procura espontânea certamente é a principal forma de acesso, sobretudo aos CRAS.

A centralidade da renda como critério de elegibilidade, a responsabilização das mulheres no cumprimento das condicionalidades do PBF e invisibilização da população masculina atravessam a dimensão organizacional do acesso à Política de Assistência Social. São contradições que se materializam no cotidiano local, no qual a operacionalização da política expressa tanto marcas das desigualdades estruturais quanto os limites de um formato de proteção social calcado em lógicas seletivistas, familistas e poucos sensíveis às interseções de classe, raça e gênero. A análise da organização da PAS no município de Cambé permite observar, de forma concreta, como essas tensões se expressam no território, afetando diretamente o acesso aos serviços, programas e benefícios socioassistenciais.

### 3.3.1 A dimensão organizacional do acesso no âmbito local: a Política de Assistência Social em Cambé

Para tratar a organização e o funcionamento da rede de serviços socioassistenciais no município de Cambé enquanto dimensão organizacional do acesso, é preciso descrever como esta política está estruturada no âmbito local e apontar os serviços disponíveis, as unidades de serviços instaladas, o número, cargo e funções das/os trabalhadoras/es envolvidas/os. Para tanto, foram consultados os três documentos disponíveis no portal da transparência do município: O Plano Municipal de Assistência Social (2022-2025) e os Relatórios Anuais de Gestão de 2023 e 2024.

No Relatório mais recente, observa-se que o órgão gestor da PAS, responsável pelo planejamento, implementação e monitoramento da política de assistência social, é constituído pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SMASC) e conta com:

- Assessoria de assuntos de assistência social;
- Assessoria de políticas para criança, adolescente e juventude;
- Assessoria de políticas para pessoa idosa, mulheres e pessoas com deficiência;
- Assessoria de conselhos de assistência social;
- Departamento administrativo, composto pela divisão de gerenciamento de pessoal; divisão de controle financeiro e orçamentário; e divisão de logística;
- Departamento de gestão do sistema municipal de assistência social, composto pela divisão de convênios, monitoramento e avaliação; e divisão de vigilância social;
- Departamento de proteção social básica, composto pela divisão de proteção social comunitária; e divisão de serviço de convivência e fortalecimento de vínculos;

- Departamento de proteção social especial, composto pela divisão de gerenciamento de serviços de média complexidade; setor de atendimento das pessoas em situação de rua; e divisão de gerenciamento de serviços de alta complexidade (Cambé, 2024a, p. 11).

As ações da SMASC destacadas pelo Relatório Anual de Gestão de 2024 são:

Reforma da sede da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania; Participação no processo de alteração da Lei Municipal da Política Municipal de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente; Participação no processo de alteração da Lei Municipal da Pessoa com Deficiência; Viabilização dos servidores na Capacitação CRAS em movimento; Captação de Recursos Federais; Implantação da Coordenação Exclusiva nas unidades da Proteção Social Básica e Especial do Município; Implantação da Vigilância Socioassistencial; Início da implantação da Residência Inclusiva Municipal; Ampliação do número de vagas conveniadas em Residência Inclusiva; Abertura e conclusão do processo de contratação de Entrevistadores para o Cadastro Único; Elaboração dos seguintes Planos Municipais: Plano de Educação Permanente; Plano de Acolhimento Institucional de crianças e adolescentes; Plano da Política para Mulheres; Plano de Implementação da Residência Inclusiva; Plano do SINASE; Participação no Monitoramento e na Avaliação de entidades conveniadas com o Município; Representação como membro na CIB e COGEMAS; Ampliação da frota de veículos e de equipamentos para as unidades de atendimento; O Programa Cambé que Acolhe arrecadou (através dos eventos de Páscoa, Cambé Musical e Futebol Solidário) 32 toneladas de alimentos, 2350 kits de doces, 2350 livrinhos, 5 móveis encaminhados e 1 enxoval para bebê (Cambé, 2024a, p. 11)

A SMASC também organiza a participação da sociedade civil e o controle social através do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS); do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM); do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI); do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA); e do Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial (CMPIR) (Cambé, 2023).

Apesar dos avanços, a Diretoria de Gestão do SUAS enfrentou desafios relacionados à resistência na adoção de novas tecnologias e processos mais ágeis para a sistematização de dados. Essa resistência impactou na implementação de mudanças que poderiam otimizar o trabalho das equipes, na gestão das informações, no mapeamento territorial e na gestão das ações territoriais. A articulação intersetorial, embora tenha apresentado avanços, ainda enfrenta barreiras em relação à definição de responsabilidades e à construção de fluxos contínuos de trabalho entre as políticas setoriais para a elaboração de Planos Municipais e propostas de atuação conjunta. (Cambé, 2024a, p. 13)

Importa ressaltar que os desafios supracitados, principalmente a inexistência de um sistema de informação unificado para registro dos atendimentos e ações realizadas pelas

unidades de serviços, impactam diretamente nas condições objetivas de trabalho das equipes e, conseqüentemente, no atendimento direito a população. Isto porque o tempo gasto pelos profissionais para registrar o trabalho executado reduz a capacidade de atendimento dos serviços. Um exemplo emblemático é o registro do atendimento realizado para viabilizar o acesso à cesta básica: a situação apresentada pela/o usuária/o é registrada na ficha social física; seu nome, CPF e endereço deve ser registrado em uma lista na qual a/o beneficiária/o assina afirmando o recebimento do benefício; o atendimento é registrado em um formulário do Google, no Prontuário SUAS, e numa planilha do Excel, totalizando cinco registros de um único atendimento. Além do tempo demandado para registrar as informações, a sistematização dessas informações é extremamente morosa.

Ao analisar os dados sobre os atendimentos diretos a população, observa-se que tanto a pandemia quanto as decisões políticas desfavoráveis à classe trabalhadora desafiam as políticas sociais e aumentaram significativamente o volume de atendimentos realizados, sobretudo na Proteção Social Básica da PAS. O quadro abaixo, demonstra que entre 2018 e 2022, o número de atendimentos realizados nos CRAS cresceu 113%. O número de benefícios eventuais (cesta básica) entregues a população também chama atenção pelo crescente aumento antes, durante e depois do período mais crítico da crise pandêmica, demonstrando o aumento das privações e violações de direitos derivadas do desemprego, da baixa renda, da desproteção previdenciária, entre tantos outros fatores que colocaram o Brasil novamente no mapa da fome.

Outro impacto significativo da pandemia na execução da PAS em Cambé foi a mudança na dinâmica de atendimento com a interrupção das atividades coletivas e a lenta retomada deste formato de intervenção devido à grande procura espontânea por atendimentos particularizados para acesso a benefícios eventuais, principalmente, à cesta básica, e ao número reduzido de profissionais por equipe.

**Quadro 3** – Número de atendimentos, de benefícios concedidos e de famílias inseridas em atividades coletivas – Proteção Social Básica - CRAS

<b>Ano de referência →</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Número de atendimentos particularizados realizados</b>	28.945	36.005	45.999	61.188	78.504	68.469	64.876
<b>Número de benefícios eventuais concedidos (Auxílio Alimento; documentos e vale-transporte)</b>	12.458	16.873	16.361	21.524	23.125	31.177	33.174
<b>Número de famílias participando regularmente</b>	3.291	3.014	328	0	276	347	440

<b>de grupos no âmbito do PAIF</b>							
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Relatório Mensal de Atendimentos (RMA)

Em 2024, como resultado do Plano Plurianual da SMASC (2022-2025), o setor de Vigilância Socioassistencial da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania de Cambé (SMASC) passou a publicar Boletins Informativos mensais. Na Edição N° 2 de Novembro/2024, Cambé tinha 17.939 famílias inscritas no CadÚnico; e 5.121 famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (Cambé, 2024a).

Isto significa que a renda per capita familiar de mais de 11 mil pessoas era de até R\$218,00 antes de receber o benefício. Entre os beneficiários do PBF, 46,46% eram homens e 53,54% eram mulheres (CECAD, 2025). Não há informações sobre o sexo dos responsáveis familiares.

Para atender à crescente população que necessita da Política de Assistência Social, a rede socioassistencial governamental, gerida pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SMASC)<sup>40</sup>, conta com 136<sup>41</sup> trabalhadoras/es: 61% são servidoras/es estatutárias/os e 39% são terceirizadas/os, conforme detalhado no quadro abaixo.

**Quadro 4:** Número de trabalhadoras/es do SUAS no município de Cambé

<b>Cargo/função</b>	<b>Quantidade de Trabalhadoras/es estatutários</b>	<b>Quantidade e Trabalhadoras/es terceirizados</b>	<b>Total</b>
<b>Agentes Sociais</b>	8	0	8
<b>Assistentes Administrativos/apoio administrativo</b>	12	5	17
<b>Assistentes Sociais</b>	27	0	27
<b>Auxiliares de serviços gerais</b>	19	8	27
<b>Cozinheiras</b>	0	4	4
<b>Cuidadoras/es</b>	0	14	14
<b>Entrevistadores Sociais (CadÚnico)</b>	0	6	6
<b>Motoristas</b>	3	2	5
<b>Orientadoras/es sociais</b>	0	2	2
<b>Psicólogas/os</b>	14	0	14

<sup>40</sup> Com mais de 100 mil habitantes, Cambé é considerado um município de grande porte e está habilitado em Gestão Plena da Política de Assistência Social, sendo responsável por organizar a Rede de Proteção Social Básica e Especial, a fim de “prevenir as vulnerabilidades e situações de risco sociais das famílias e indivíduos e, quando necessário, oferecer Serviços Especializados e de Acolhimento Institucional aos que se encontram em situação de violação de direitos” (Cambé, 2022, p. 10).

<sup>41</sup> Entre 2023 e 2024, ou seja, após a pandemia, 18 servidoras/es foram contratados através de concurso público, e outras/os 8 trabalhadoras/es terceirizadas/os passaram a trabalhar nesta política.

<b>Recepcionistas</b>	0	10	10
<b>Zeladoria</b>	0	2	2
<b>Total=</b>	<b>83</b>	<b>53</b>	<b>136</b>

Fonte: Relatórios Anuais de Gestão (2023-2024)

Considerando o gênero<sup>42</sup> de todas/os trabalhadoras/es estatutárias/os lotados na SMASC, apenas 8% são homens. Entre as/os assistentes sociais, 4 das/os 27 são homens, representando 15% do total. Entre as/os psicólogos, com apenas 1 homem, o percentual é ainda menor, 7%. Não foi possível descrever o gênero das trabalhadoras/es terceirizadas/os devido a rotatividade destas/es trabalhadoras/es e porque não há esta especificação nos documentos consultados. Contudo, podemos afirmar que a maioria também é feminina.

Este quadro de trabalhadoras/es nos mostra que a execução da PAS é conduzida majoritariamente por mulheres. Portanto, a expressiva presença de mulheres na execução desta política é um fator que merece destaque e aponta para a necessidade de investigação tanto sobre a priorização das ações com foco na população feminina quanto sobre a impressão de que os serviços são espaços femininos.

A maioria feminina na gestão e execução do SUAS não é uma particularidade de Cambé. Desde 2018, a Vigilância Socioassistencial do Ministério do Desenvolvimento Social já destacava que “em todos os equipamentos e níveis de complexidade, mulheres são a maioria das trabalhadoras/es do SUAS. Isso se deve a uma inserção profissional feminina compatível com suas funções privadas de cuidado e acolhimento” (Brasil, 2018, p. 18). O mesmo boletim revela que os homens só são maioria no SUAS quando considerados os usuários da política em situação de rua e em cumprimento de medida socioeducativa.

Este perfil profissional majoritariamente feminino permanece até hoje. De acordo com o Censo SUAS 2024, 81% das trabalhadoras são mulheres. Na esfera estadual, não é diferente. A edição nº 6 do Boletim Informativo publicado em 2025 pela Vigilância Socioassistencial do Paraná, revela que entre as trabalhadoras/es do SUAS no estado, apenas 15,9% são homens.

A grande presença das mulheres na execução e gestão da Política de Assistência Social reafirma o protagonismo feminino nesta política. No entanto, apesar dessa predominância representar avanços significativos em termos de inserção profissional das mulheres, ela também dialoga com construções sociais de gênero que historicamente associam

<sup>42</sup> Em 2024 o Município contabilizou 2.942 servidores, sendo 2.240 mulheres, o que representa 76% do total de trabalhadoras/es (Cambé, 2024b, p. 02).

o cuidado e a proteção ao universo feminino. Essa associação quase automática entre cuidado e feminilidade pode não apenas reforçar estereótipos de gênero, mas também alimentar a ideia equivocada de que os homens são naturalmente alheios ou inaptos para essas funções.

Frente a isso, é fundamental que gestoras/es e executoras/es da política de assistência social sejam capacitadas/os para reconhecer e enfrentar as desigualdades de gênero presentes tanto entre a população usuária quanto entre as equipes. Essas capacitações devem considerar que, assim como as mulheres podem — e devem — ser empoderadas, a população masculina também precisa ser provocada a refletir sobre suas concepções, comportamentos e valores identitários. Questionar os papéis tradicionalmente atribuídos aos homens é parte essencial do processo de construção de uma política mais equitativa, inclusiva e transformadora.

### 3.3.2 Organização da Proteção Social Básica da Política Municipal de Assistência Social

Tratando-se das unidades de serviços, a Proteção Social Básica da PAS em Cambé dispõe de seis (06) CRAS, instalados no Jd. Ana Rosa, Jd. Campos Verdes, Jd. Novo Bandeirantes, Jd. Santo Amaro, Parque São Francisco e Jd. Tarobá. O município também conta com outras unidades de serviços referenciadas aos respectivos CRAS, sendo dois (02) Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para crianças e adolescentes de 06 a 15 anos de idade, ofertados pela rede não governamental, e dois (02) Centros de Convivência do Idoso (CCI) executados pela SMASC (Cambé, 2022-2025).

Através dos CRAS deste município, a população tem acesso ao Cadastro Único para Programas Sociais, ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), aos Serviços de Convivência para crianças, adolescentes e idosos, a benefícios eventuais como cesta básica, auxílio funeral, vale-transporte e documentação, a benefícios de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa Comida Boa<sup>43</sup>, além do Programa Leite das Crianças<sup>44</sup> e ao Programa Nossa Gente Paraná<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup>O Comida Boa é um benefício de transferência de renda estadual, que tem por finalidade contribuir com a segurança socioassistencial das famílias em situação de vulnerabilidade de renda, por meio da concessão mensal de R\$ 80,00, pago todo dia 25, por meio de cartão alimentação. O benefício não é sacado, e sim utilizado diretamente nos supermercados, mercados, empórios e assemelhados credenciados (Paraná, 2021).

<sup>44</sup>O Programa Leite das Crianças tem, prioritariamente, como beneficiárias, crianças de 06 a 36 meses de idade, pertencentes a famílias, previamente cadastradas, com renda média per capita até o limite de meio salário mínimo regional (Paraná, 2009).

<sup>45</sup>O Nossa Gente Paraná (Lei Estadual nº 20.548/2021) é um programa estratégico que tem como atribuição primordial a articulação das políticas públicas de várias áreas dos governos estadual e municipal com outros diferentes setores da sociedade, para promover o protagonismo, a proteção e a emancipação das famílias que vivem em situação de alta vulnerabilidade social em todo o Estado (Paraná, 2021, p. 4).

Os CRAS também repassam alimentos do Programa de Aquisição de Alimentos<sup>46</sup> e Compra Direta<sup>47</sup>, realizam orientações e requerimentos de Passe Livre Municipal, Intermunicipal e Interestadual para Pessoas com Deficiência, imprimir Carteira do Idoso, realiza requerimentos, cumprimento de exigências e acompanha o status dos benefícios junto a Meu INSS, e também cadastra as famílias com crianças menores de três anos no Programa Estadual Leite das Crianças (PLC).

Para além dos serviços e benefícios supracitados, observa-se que os CRAS se tornaram pontos de referência para acesso à informação tanto sobre a Política de Assistência Social quanto sobre as políticas intersetoriais. Informações sobre vagas em centros de educação infantil, sobre transporte da área da saúde, sobre acesso a tratamentos diversos, sobre habitação e sobre atividades voltadas para crianças, adolescentes e idosos são as solicitações mais comuns.

Podemos considerar que as orientações prestadas a partir da procura espontânea configuram parte das aquisições sociais promovidas pela PAS. No âmbito do PAIF, estas aquisições são potencializadas através de várias atividades coletivas na perspectiva de ampliar a autonomia das famílias e indivíduos a partir do acesso às informações, qualificar a acolhida e favorecer a convivência familiar e comunitária. Em 2023 e 2024, as ações coletivas ofertadas pela Proteção Social Básica abarcaram Oficinas com mulheres no CRAS Campos Verdes; Oficinas com Famílias do Programa Nossa Gente Paraná nos CRAS São Francisco e Ana Rosa; Oficinas com idosos e pessoas com deficiência que recebem o BPC no CRAS Taborá; Oficina com Imigrantes no CRAS Santo Amaro; Oficina com Idosos no CRAS Campos Verdes, no CRAS Novo Bandeirantes e no CRAS Santo Amaro; e reunião com Famílias em Descumprimento de Condicionalidades, realizada no CRAS São Francisco. Estas ações territorializadas atingiram 1.184 pessoas durante o ano (Cambé, 2023; Cambé, 2024).

---

<sup>46</sup>Criado em 2003, o Programa de Aquisição de Alimentos tem duas finalidades centrais: promover o acesso das pessoas à alimentação, sobretudo as mais vulneráveis, e incentivar a produção da Agricultura Familiar. Para isso, por meio do PAA o Governo Federal compra alimentos produzidos pela Agricultura Familiar e doa esses alimentos para organizações das redes socioassistencial, públicas e filantrópicas de ensino e saúde e justiça e para equipamentos de segurança alimentar e nutricional, que é como são chamados os Restaurantes Populares, as Cozinhas Comunitárias, os Bancos de Alimentos, entre outros que atendem pessoas vulnerabilizadas, que não tem acesso à comida de forma regular e adequada, ou seja, estão em situação de insegurança alimentar (Brasil, 2003)

<sup>47</sup> Instituído pelo Decreto nº 7.306, de 13 de abril de 2021, o Programa Compra Direta Paraná tem o objetivo de promover o abastecimento e acesso a alimentos in natura, diversificados, minimamente processados e processados, produzidos por agricultores familiares, às pessoas em situação de vulnerabilidade assistidas pela rede socioassistencial ou rede pública de saúde, ou alvo de ação alimentar ou nutricional específica custeada com recursos públicos (Paraná, 2021).

Ainda no âmbito da PSB, os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos destacam-se no processo de promoção das aquisições sociais, principalmente entre as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e entre as pessoas idosas.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009, p. 16), o SCFV é

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social.

Observa-se que os SCFV têm um grande potencial socioeducativo e conseguem atingir membros das famílias que não procuram diretamente os serviços, como é o caso das crianças e adolescentes. O Relatório Anual de Gestão da SMASC (2024) demonstra que os percursos construídos por estes serviços em Cambé no ano de 2024 envolveram temas como “trabalho infantil, violência contra criança e adolescente, estatuto da criança e do adolescente (ECA), meio ambiente, envelhecimento ativo e saudável, inclusão e diversidade” (Cambé, 2024, p. 20).

No entanto, a oferta de SCFV no município ainda não dispõe de unidades de serviços em todos os territórios, portanto, não consegue atender de forma universal, nem a totalidade de famílias beneficiárias dos Programas de Transferência de Renda, público recomendado pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2009).

Tanto as ações do PAIF quanto dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos são fundamentais para a promoção das aquisições sociais, contribuindo para o enfrentamento das vulnerabilidades que marcam os territórios. Esses serviços assumem um papel estratégico como pontos de referência para a população no acesso aos seus direitos através dos serviços e benefícios socioassistenciais e das diversas informações repassadas no processo de atendimento da família ou indivíduo. Nesse sentido, cabe recomendar a ampliação da oferta de SCFV e maior investimento em recursos humanos a fim de ampliar a qualidade e a capilaridade das ações socioassistenciais.

### 3.3.3 Organização da Proteção Social Especial da Política Municipal de Assistência Social

Conforme já destacado, a Proteção Social Especial (PSE) da PAS divide-se em serviços de Média e Alta Complexidade. A prestação de serviços de Média Complexidade está vinculada a unidade do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). No CREAS do município oferta-se o PAEFI (Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias); o Serviço Especializado em Abordagem Social (ofertado por entidade conveniada do terceiro setor - Lar Santo Antônio); o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

Assim como os serviços da PSB, a PSE também realiza atendimentos particularizados e coletivos, orientações, encaminhamentos, busca ativa e reuniões com a rede de serviços.

Entre as atividades coletivas executadas entre 2023 e 2024, estão as oficinas territoriais para a rede de Proteção no Maio Laranja; rodas de conversa sobre Cultura de Paz; Dia da Família na Escola; palestra sobre a função protetiva do núcleo familiar; Violência Doméstica abordada na Semana “Cuidando de quem Cuida” na Santa Casa; Rodas de conversa com idosos, sobre os direitos dessa população nos CCIs; Oficina “Sol para mulheres” alusiva ao Dia Internacional da Mulher; Palestras com o objetivo de divulgar a campanha Maio Laranja e prevenir o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes; Oficinas sobre o Agosto Lilás que visa combater a Violência Doméstica; grupo de mulheres vítimas de violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial com objetivo específico de pesquisar os aspectos da violência doméstica; Projeto itinerância, Alteridade e Adolescência elaborado e executado no prazo de 02 meses pela equipe medidas socioeducativa voltado para o público adolescentes em cumprimento de medida socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC); Oficinas sobre sexualidade na adolescência e métodos contraceptivos; Trabalho em Grupo com os adolescentes e famílias atendidas pelo serviço de medidas socioeducativas, abordando diversos temas como: Cidadania, profissionalização, geração de renda e trabalho por meio do programa Jovem aprendiz e Agente de Cidadania (Cambé, 2024).

A SMASC também tem desenvolvido ações focadas nas políticas para mulheres e na Promoção da Igualdade Racial. Os primeiros passos nesta direção envolveram ações coletivas territorializadas e a instituição de conselhos de direitos tanto para promoção da igualdade racial quanto para as mulheres, em 2024 e 2025, respectivamente.

Embora seja uma demanda apresentada nas três últimas conferências municipais de Assistência Social, Cambé ainda não dispõe de unidades de serviço de atendimento especializado ou acolhimento para mulheres vítimas de violência. Os atendimentos a este público são realizados pelo CREAS, sem equipe específica.

A alta complexidade da PSE do município oferta o Serviço de Acolhimento Institucional e Familiar, e o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes; a Residência Inclusiva e uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com 10 vagas cada; o Serviço Especializado em Abordagem Social e o Acolhimento Institucional na modalidade Casa de Passagem.

Tanto a Abordagem Social quanto o acolhimento institucional para pessoas em situação de rua são ofertados pela rede não governamental. O município já contou com um Centro Pop, mas a unidade de serviço foi fechada em maio de 2018.

Em 2024, o Serviço Especializado em Abordagem Social registrou 3.719 abordagens a 1.372 pessoas, sendo necessário realizar 918 encaminhamentos para a Casa de Passagem (Cambé, 2024). No Boletim Informativo da SMASC nº 08/2024, consta que, apenas no mês de agosto do referido ano, “foram efetuadas 386 abordagens sociais” a “241 pessoas” em situação de rua. “Destas, 42 eram do sexo feminino e 199 do sexo masculino” (Cambé, 2024b, p. 08).

Devemos destacar o esforço da SMASC para ofertar ações de proteção às mulheres, adolescentes e pessoas idosas, e valorizar a diversidade de ações coletivas realizadas pela equipe do CREAS entre 2023 e 2024, com foco na promoção de direitos e prevenção de violências. Por outro lado, persistem lacunas relevantes na estrutura da política que não podem ser esquecidas. A ausência de unidades especializadas para atendimento e acolhimento de mulheres em situação de violência, apesar de ser uma demanda histórica registrada em sucessivas conferências municipais, revela uma fragilidade na resposta institucional à violação de direitos.

Quanto aos homens, não há indicação de ações específicas no Plano Municipal, nem nos relatórios anuais de gestão. Por isso, cabe destacar que a não inclusão da população masculina em atividades socioeducativas — tanto na Proteção Social Básica quanto na Especial — reduz significativamente o alcance e o impacto das ações de enfrentamento à violência, de prevenção de reincidências e de transformação das relações de gênero. E para avançar na consolidação de uma política pública efetivamente protetiva é essencial reconhecer os homens também como sujeitos de direitos da política de Assistência Social — não apenas como alvos

de controle, mas como agentes que podem (e devem) ser chamados à responsabilidade, à escuta e à mudança.

### 3.3.4 As trajetórias de acesso dos homens à Política de Assistência Social

As narrativas dos homens apresentadas a seguir, demonstram que a primeira unidade de serviço socioassistencial procurada por eles foi o CRAS. Também revelam os motivos pelos quais eles procuraram a Política de Assistência Social e suas trajetórias de acesso. Observa-se que muitas das suas necessidades extrapolam os limites desta política e evidenciam lacunas de outras políticas setoriais como as de habitação, saúde e trabalho. Por mais que haja articulação do CRAS com a rede de serviços intersetorial, a inexistência de programas habitacionais de interesse social, a morosidade do acesso a atendimentos com médicos especialistas e as dificuldades apresentadas pelo mercado de trabalho para a população atendida pelo SUAS, marcam as trajetórias de acesso a esta política.

*[Eu procurei o CRAS]* Por causa da data que eu moro. Aquelas dívidas do IPTU. Daí você encaminhou lá pra prefeitura, parcelei e estou pagando. Daí também consegui a baixa renda da luz e a cesta básica. *E o BPC, como o senhor teve acesso?* Eu consegui lá em Londrina, no Shangrilá [*agência do INSS*]. O senhor mesmo que foi atrás? Não, foi minha irmã e minha ex-mulher. Foi em 2008. Mas eu só comecei receber em 2012 (Antônio, 53).

Eu não lembro. Eu não lembro por que que eu procurei. *O senhor estava trabalhando?* Trabalhava. Servicinho meu era... a renda era pouca. [...] *Aí...* Ele falou pra mim, ele falou, vai lá, que você consegue uma cesta básica por mês. *Aí fui lá, esqueci o nome da menina que trabalhava lá.* Ela pegou e fez tudo lá e tal. *Falou: vou fazer o Bolsa Família pra você também. Aí ela fez o Bolsa Família e a cesta básica* (Bernardo, 61).

Ah, eu tinha sofrido um acidente de moto, não estava conseguindo trabalhar (Cesar, 28).

Eu procurei uma vez... a primeira vez que eu procurei foi quando eu tive problema com droga. Eu morava fora daqui. Então como eu fiquei internado, eu procurei porque me falaram que eu tinha a possibilidade de receber algum benefício. E que eu devia entrar nesse negócio do CRAS para estar recebendo. Por que era pago né? A clínica era paga. Então para ter uma ajuda a mais eu procurei isso daí. Fiz o cadastro tudinho, mas naquela época, eu não sei o que aconteceu que não deu certo. Não aprovaram o meu cadastro. E quando eu vim pra cá eu fui no CRAS de novo. Eu trabalhei, fiquei desempregado, não tinha renda nenhuma, então foi daí eu fiquei sabendo dessa política do CRAS e tal, que eu podia receber o Bolsa Família, então aí fui lá pra fazer o cadastro do Bolsa Família. *Aí a mulher falou que eu já tinha um cadastro, daí só atualizei. Aí atualizei e deu certo. Comecei a receber. Aí fui trabalhar, arrumei um registro [em CTPS], aí tive que atualizar. Daí foi cancelado porque depois*

que você registra eles cancelam. Aí quando eu saí da empresa eu atualizei o cadastro de novo e voltei a receber. Consegui outro emprego, o benefício era seiscentos e pouco. Daí eu atualizei e caiu para 350,00. Aí eu estou desempregado. Então estava registrado e falei: vamos atualizar porque eles explicaram que tem que atualizar tudo certinho. Se for para perder vamos perder, porque eu estou registrado né? Aí a gente atualizou certinho e eles não cortaram tudo. Então deixaram 350,00. Aí agora eu estou desempregado de novo. *Você sabe quais são os critérios para receber o Bolsa Família?* Ah, eles falaram lá (no CRAS), mas eu não lembro certinho. Eles fizeram uma reunião explicando o que pode e o que não pode (Daniel, 42).

Ah, foi para pedir baixa renda da luz e a cesta né? Eu ainda não recebia aposentadoria. Foi a primeira vez que eu procurei o CRAS. Assim, agora eu recebo um salário-mínimo. Mas desconta o aluguel, água, luz e gás, sobra menos da metade pra eu comer. Por isso que ainda pego a cesta no CRAS. Para dar uma força né? Quando me mudei pra cá eu pegava um mês sim um mês não. Agora o negócio apertou mais e passei a pegar todo mês. A assistente social falou pra mim o seguinte: o senhor pode pegar todo mês, o mês que o senhor não precisar a gente repassa para outra família. Mas eu preciso né? Então, pego todo mês (Emanuel, 65).

Antônio (53) destaca que a dívida com o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) o motivou a buscar atendimento no CRAS. O lote onde construiu sua moradia de forma improvisada pertence a sua família e, caso a dívida não fosse paga, seria leiloado. Embora tenha sido encaminhado à Secretaria Municipal de Fazenda para negociar, ele não recebeu isenção do imposto e o parcelamento de aproximadamente R\$ 500,00 por mês compromete significativamente sua renda (BPC/PCD). É pertinente destacar que a Lei Municipal nº. 1.953/2005 autoriza o Executivo Municipal a conceder isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU e outros créditos, ao idoso, deficiente físico e ou mental, aposentado e pensionista. Entretanto, ele não teve acesso a isenção e não soube explicar o motivo da negativa.

Bernardo (61) e Emanuel (65) destacam o desemprego, a informalidade e a baixa renda como os motivos que os levaram a procurar uma unidade de serviço da Política de Assistência Social. Já os participantes César (28) e Daniel (42) apontam a incapacidade laboral e a desproteção previdenciária como a causa da necessidade de Assistência Social.

Durante a descrição dos motivos que os levaram até a Política de Assistência Social, os participantes demonstram um conhecimento limitado sobre a estrutura organizacional do SUAS. Eles não têm certeza sobre qual é o público-alvo da PAS, sobre os objetivos da política, sobre quais são os serviços, nem sobre os critérios de acesso e de permanência nos programas sociais, sinalizando que a dimensão informacional do acesso se apresenta como uma barreira a ser enfrentada.

Quando questionados sobre quais serviços procuraram e quais benefícios acessaram, apresentam confusões entre unidades de serviço, serviços e benefícios. Em algumas

entrevistas, foi necessário citar alguns serviços e benefícios possivelmente acessados para facilitar o diálogo e a compreensão do participante sobre as informações solicitadas.

Procurei o CRAS. Recebi a cesta básica (Antônio, 53).

*Então os benefícios que o senhor acessou pela Assistência Social são o Bolsa Família e a cesta básica? Documento, essas coisas, alguma vez o senhor precisou de isenção? Precisei de uma isenção. Ah, precisei. [...] Eu precisei de uma segunda via da minha separação. E o RG novo. E os serviços que o senhor utilizou foram o PAIF e o Abrigo? É, eu vinha naquele grupo com você, era atendido lá no CRAS... O senhor passou ali pelo abrigo?. Passei... Dois dias que...Quero esquecer da minha vida. Fui obrigado a ir pra lá, porque eu estava... Eu não tinha dinheiro. Estava devendo. Não tive pra onde correr. Foi no período do falecimento da sua mulher? Foi... Eu não tive pra onde correr. Os filhos dela pegaram, entraram em casa, venderam tudo. Eu deixei uma chave com eles. Quando eu cheguei em casa, não tinha mais nada (Bernardo, 61).*

Eu participei daquele acompanhamento com você e recebi cesta básica. O Bolsa Família nunca deu certo. O Auxílio Emergencial também não. *Você trabalhava registrado naquela época? Não. Eu comecei a trabalhar com 16 anos. Mas meu primeiro contrato que seria como “menor aprendiz” seria no Muffato. Mas aí não deu certo. Daí eu comecei a trabalhar aqui na troca de óleo. Antes eu atendia telefone para o meu pai no moto táxi. Quando meus pais ainda eram casados. Eu tinha uns 14 anos. Então os serviços e benefícios socioassistenciais que você acessou foram: as oficinas (PAIF), a cesta básica, aqui tem tarifa social da energia elétrica? Eu acho que tem sim. Você está no cadastro da sua mãe. Ela recebe Bolsa Família? Sim, ela recebe por causa da minha irmãzinha né? (Cesar, 28).*

*Além do Bolsa Família, você teve acesso a outro benefício? Não! As tarifas sociais de energia elétrica e da água, cesta básica? Ah, a da luz eu consegui, da água ainda não. Cesta básica eu pegava no CRAS quando eu estava desempregado. Agora eu até estou pensando em tentar pegar de novo porque só eu que estava trabalhando aqui. Já não estou trabalhando mais. A única coisa que ela [esposa] tem, são os bicos que ela faz aqui, de vez em quando aparece uma pessoa ou outra sabe? Que dá pra gente comprar alguma coisinha, pagar uma água... (Daniel, 42).*

Participei daquelas reuniões com você né? Fiz aquele cadastro, daí consegui a baixa renda da luz. E a cesta né? *O senhor já recebeu Bolsa Família? Ah, eu consegui. Eu recebi aqueles 600,00 do Auxílio Emergencial na pandemia e depois todo mês caía 120,00. Aí quando eu consegui aposentadoria eles cortaram (Emanuel, 65).*

A partir das falas dos homens entrevistados, pode-se afirmar que, mesmo não conseguindo denominar exatamente as ações, serviços e benefícios acessados, os participantes desta pesquisa passaram por cadastramento socioeconômico (CadÚnico) para serem enquadrados em programas de transferência de renda e avaliações sociais para receberem

benefícios eventuais; foram acolhidos por um profissional de nível superior (assistente social ou psicólogo); receberam diferentes encaminhamentos para as políticas setoriais, sobretudo a de saúde; e alguns participaram de atividades socioeducativas como palestras, oficinas e rodas de conversa.

As dificuldades em descrever os serviços e benefícios acessados lançam luz sobre a transversalidade da informação. De fato, não é simples conhecer todos os benefícios, os critérios de acesso e os nomes das unidades de serviço. Além disso, nem todos os atendimentos realizados por recepcionistas, cadastradores ou profissionais de nível superior conseguem abordar/informar a totalidade das ações, serviços e benefícios ofertados em apenas uma oportunidade. Por isso, é importante que o processo de acolhida seja capaz de desvelar, a partir das necessidades apresentadas, quais são as intervenções adequadas para cada família ou indivíduo, bem como munir a população de informações sobre seus direitos e formas de acessá-los. Mas para que a Acolhida se efetive, a recepção e o cadastramento, constituem importantes etapas nas trajetórias de acesso.

No ato da procura espontânea por um CRAS, por exemplo, a pessoa normalmente se identifica na recepção e apresenta brevemente o motivo que a levou até a unidade de serviço: “eu vim fazer o Bolsa Família”; “eu quero o baixa renda da água e da luz”; “é que aqui que faz a Carteira do Idoso?”; “perdi meus documentos”; “eu preciso de uma cesta básica”; “posso falar com a assistente social?”; “aqui tem psicólogo?”; “como faz pra receber o benefício do idoso?”; “vocês agendam perícia para o INSS?”; “preciso fazer uma denúncia”. Diante de falas como estas, as/os recepcionistas conduzem este primeiro contato através de orientações, encaminhamentos imediatos e agendamentos. Quando esta pessoa ainda não tem o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), ela recebe informações sobre a obrigatoriedade do cadastramento para acesso a programas sociais e benefícios socioassistenciais, e o agendamento da inclusão cadastral é sugerida. No ato do agendamento, a pessoa recebe uma lista de documentos que deverão ser apresentados no dia do cadastramento para comprovar seu endereço, renda e composição familiar. Durante o cadastramento (e durante o primeiro atendimento social), as condições de habitação, trabalho e renda, os gastos com alimentação, moradia e medicamentos são questionadas, gerando expectativas e frustrações.

Algumas expectativas certamente são criadas antes da procura, quando a pessoa entende que naquela unidade de serviço sua necessidade será atendida. Afinal, quem procura a PAS necessita de algum tipo de assistência social, seja a inclusão no Programa Bolsa Família, o acesso imediato a benefícios eventuais (cesta básica, segunda via de documento, vale-transporte, auxílio funeral, etc.), ou algum tipo de informação, orientação e encaminhamento.

Outras expectativas, se constroem a partir da recepção, do cadastramento e da acolhida realizada pela equipe, quando a pessoa atendida recebe as primeiras informações sobre os serviços e benefícios disponíveis na unidade e começa a ser atendida pela política.

Diante destas considerações sobre o fluxo de atendimento do CRAS, observa-se que as trajetórias de acesso dos homens a Proteção Social Básica da PAS foram construídas em três momentos: o primeiro foi decorrente das suas necessidades e das informações que tinham sobre a política; o segundo foi construído pela recepção e cadastramento; e o terceiro foi criado a partir da acolhida realizada pela equipe executora da política de nível superior.

Nos casos dos homens que participaram desta pesquisa, o primeiro momento de suas trajetórias de acesso a PAS – através do CRAS - foi marcado pelas necessidades derivadas do desemprego, baixa renda, incapacidade laboral, desproteção previdenciária, e das expectativas de receber cesta básica, ser beneficiado pela Tarifa Social de energia Elétrica e pelo PBF. Segundo os entrevistados, as informações sobre a disponibilidade dos benefícios foram obtidas primeiramente por vizinhos, amigos e familiares.

Com suas necessidades e expectativas, eles procuraram a unidade de serviço e iniciaram o segundo momento de suas trajetórias de acesso, passando pela recepção e pelo cadastramento.

Na perspectiva da aceitabilidade do acesso, o primeiro contato de uma pessoa com a política é importantíssimo e pressupõe que a/o profissional que a recebe demonstre empatia pelas necessidades apresentadas, e tenha o conhecimento necessário para conduzir adequadamente esta recepção. Como normalmente este primeiro contato é realizado na recepção da unidade de serviço, um local onde a privacidade é limitada, ele nem sempre ocorre com o cuidado que uma Acolhida deve ter. Por isso, as/os recepcionistas devem ser orientadas/os a limitar seus questionamentos aos dados cadastrais (nome, CPF, NIS, endereço, telefone, composição familiar), registrar a demanda apresentada e repassar para as/os técnicos de nível superior daquele CRAS por meio de contato imediato, ou por agendamento, a depender da gravidade da situação identificada.

Já no processo de cadastramento das famílias, os entrevistadores têm a função de levantar e registrar informações sobre a identificação da família detalhando a composição familiar, as características do domicílio, a renda, a documentação e a escolaridade de todos os membros, além de identificar a presença de pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, expostas ao trabalho infantil e a outros tipos de violações de direitos. Durante a entrevista, é comum que as/os entrevistadas/os contem suas histórias de vida, fato que pressupõe uma escuta cuidadosa e respeitosa por parte das/os entrevistadoras/es.

Neste sentido, entendemos que as informações coletadas e repassadas tanto na recepção quanto pelas/os entrevistadores de CadÚnico não só mediam o processo de Acolhida como também configuram a aceitabilidade do acesso porque fazem parte do estabelecimento da relação de confiança entre trabalhadores e o público atendido.

Para que esta recepção tenha a qualidade prescrita pelo SUAS, é fundamental que estas/es trabalhadoras/es demonstrem sensibilidade para “compreender as diversas situações enfrentadas pelas famílias, evitando posturas inquiridoras ou mesmo preconceituosas. Para tanto, as capacitações revelam-se extremamente necessárias” (Brasil, 2012, p. 20).

No município de Cambé, a qualificação permanente das/os recepcionistas e entrevistadoras/es do CadÚnico é um desafio devido a, pelo menos, dois fatores: 1) a terceirização, que resulta na contratação de pessoas sem a qualificação necessária para o desempenho da função, e conseqüentemente, na alta rotatividade destas/es trabalhadoras/es; 2) e por se tornar mais uma demanda para a coordenação da unidade.

Como boa parte das/os recepcionistas dos serviços de Saúde e Assistência Social são contratados por uma empresa terceirizada, as/os profissionais responsáveis pela gestão das unidades de serviço precisam se esforçar para qualificar as/os terceirizadas/os e evitar que informações equivocadas sejam repassadas. E não é apenas o tipo de vínculo empregatício que pode comprometer a qualidade desta etapa do atendimento, mas a desqualificação e a conseqüente rotatividade destas/es trabalhadoras/es. Embora acabe se tornando uma demanda da coordenação, o processo de qualificação destas/es trabalhadoras/es sempre envolve vários membros da equipe, aumentando o trabalho para todas/os.

A fala de Bernardo (62) destaca a importância do vínculo com a equipe demonstrando uma impressão negativa sobre as mudanças no atendimento provocadas pela rotatividade ou remanejamento dos profissionais.

Pode falar? Quando você estava lá, era mais fácil. Mas depois trocou um monte de funcionários, já ficou mais burocrático. *Entendi*. O único lá é o... administrativo? Ele é super gente boa. Mas os outros pessoalzinhas lá, eles não falam... Eles só falam que tem que passar pela assistente social (Bernardo, 62).

O fato de a recepção insistir no agendamento de atendimentos com assistentes sociais, no contexto cambense, é uma medida adotada para evitar que informações equivocadas sejam passadas a população, considerando a mencionada rotatividade das/os trabalhadoras/es que ocupam esta função. Contudo, conforme destacado por Bernardo, esta conduta acaba gerando insatisfação e descrédito para o Serviço.

O volume de trabalho e de responsabilidades da recepção, devem ser destacados e valorizados. Além do atendimento presencial, estas/es trabalhadoras/es também realizam o atendimento por telefone. Em ambas as modalidades, são identificadas as demandas, o território onde o indivíduo ou família reside, se tem CadÚnico e se o cadastro está atualizado, são realizadas orientações e agendamentos. A recepção também entrega documentos solicitados por Correios, Passe Livre, consulta da folha de pagamento do PBF e distribui material informativo. Assim como os outros membros da equipe (cadastradores, assistentes sociais, psicólogos, e agentes sociais), as/os recepcionistas precisam registrar todos os atendimentos realizados em um formulário elaborado pela SMASC e no Prontuário SUAS. E a ausência da/o recepcionista em um dia de trabalho acarreta vários transtornos para a equipe e para a população.

Outro fator que pode comprometer a aceitabilidade do acesso, a credibilidade do SUAS e a criação de uma relação de confiança entre Serviço e população usuária é a seletividade da PAS. Muitas vezes, são as/os trabalhadoras/es da recepção e do CadÚnico que dirão o temido NÃO para a demanda apresentada.

Para quem procura uma unidade de serviço socioassistencial, ter sua solicitação negada pode soar como uma violação de direito ou como um julgamento da equipe em relação a sua demanda. O fato de não conhecer ou não compreender os critérios de acesso, ou seja, o corte de renda definido para que uma pessoa receba algum benefício socioassistencial, certamente acentua esta sensação.

No âmbito da Proteção Social Básica, principal porta de entrada para o acesso aos benefícios de transferência de renda condicionada e para os benefícios eventuais, as expectativas apresentadas pela população podem facilmente se transformar em frustrações, devido aos critérios de elegibilidade estabelecidos, pela exigência de comprovação da situação econômica declarada, pelo fato dos gastos declarados não serem reduzidos da renda viabilizando acesso a benefícios de transferência de renda, ou pela unidade de serviço/secretaria/município não dispor do benefício ou serviço solicitado<sup>48</sup>.

Após passar pela recepção e cadastramento, inicia-se o terceiro momento das trajetórias de acesso com o processo de Acolhida. Nesta etapa, o acesso ao SUAS deve ser qualificado através de atendimentos capazes de sanar dúvidas, atender as expectativas e lidar com as possíveis frustrações trazidas pelos indivíduos e famílias.

De acordo com as orientações técnicas sobre o PAIF (Vol. 2), a Acolhida pode ser o primeiro contato qualificado de um indivíduo ou família com o SUAS, iniciando a

---

<sup>48</sup> Como os benefícios eventuais são custeados com recursos do município, cada um estabelece uma carta de benefícios a população (Bovolenta, 2017).

constituição do vínculo entre Serviço e família. É um momento que exige um “diálogo franco, uma escuta sem julgamento ou preconceitos, que permita à família falar de sua intimidade com segurança”. Assim, torna-se possível identificar os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas, de refletir com o indivíduo ou família sobre sua relação com o território, com redes de apoio, com a rede de serviços, na perspectiva de auxiliar a população atendida a compreender sua realidade, conhecer seus direitos, entender “quais as possibilidades e limites da ação socioassistencial e qual será o prosseguimento dado no seu atendimento” (Brasil, 2012, p. 17).

A partir da relação estabelecida entre profissionais e usuários, os atendimentos podem superar as necessidades materiais, cujas respostas da PAS são limitadas, e adentrar no âmbito das aquisições sociais, ampliando o universo informacional da população atendida e tornando-a alcançável pelas demais políticas públicas. São intervenções que podem prevenir a violência, potencializar o acesso da população as demais políticas setoriais, facilitar a compreensão da PAS como um direito das famílias de baixa renda e qualificar o acompanhamento sociofamiliar.

Foi neste percurso, por meio de acolhidas particularizadas, sistematização e análise dos dados levantados, que identifiquei a possibilidade de criar um espaço para os homens no âmbito do PAIF.

Os resultados alcançados através das oficinas envolveram diversas aquisições sociais, como a criação de vínculo entre os membros do grupo e a equipe do CRAS; a formação de rede de apoio comunitária; o acesso a serviços de saúde preventivos; a procura de atendimento médico para diagnosticar problemas existentes; a adesão aos tratamentos; a ampliação do conhecimento sobre os serviços e benefícios socioassistenciais e da rede de serviços sociais do município; a participação social na Política de Assistência Social através de reuniões do conselho e conferências municipais.

Estes resultados foram obtidos a partir do vínculo criado com os homens no terceiro momento das suas trajetórias de acesso; devido aos questionamentos das concepções e expressões das masculinidades; e das reflexões sobre os problemas que o machismo pode causar para a sociedade. Isto porque as manifestações iniciais dos homens durante as oficinas estereotipavam seus posicionamentos e condutas. Era comum falas como “não vou no médico porque quem procura acha”, “homem não seu cuida mesmo”, “isto não é coisa de homem”. Por isso, desde o início, a desconstrução deste ideal de “homem invulnerável” foi fomentada através de vídeos, de dados estatísticos e das histórias de vida compartilhadas nas oficinas.

Não é possível assegurar que os homens que participaram das oficinas ou que passaram por atendimentos sociais neste CRAS foram completamente transformados. Mas perceber que a preocupação com o autocuidado e a revisão de posicionamentos racistas, machistas e homofóbicos tornaram-se uma realidade entre eles, reitera a premissa de que a estratégia de implementar oficinas com a população masculina no âmbito da Política de Assistência Social é uma potente ferramenta de combate a estereótipos e preconceitos e uma forma de tornar a população usuária alcançável pelas demais políticas públicas. Trata-se de um caminho para questionar o padrão hegemônico de masculinidade, estimular a reconstrução de masculinidades numa perspectiva feminista e criar um lugar para os homens na Proteção Social Básica do SUAS.

É preciso destacar que as aquisições sociais enquanto uma dimensão socioeducativa da PAS são pouco conhecidas pela população usuária. No CRAS onde os sujeitos desta pesquisa eram atendidos, por exemplo, apenas mulheres nos procuravam interessadas em atividades coletivas como rodas de conversas e oficinas. Na verdade, o interesse apresentado por elas, não era exatamente sobre os conteúdos trabalhados nesses espaços, mas sim sobre os trabalhos manuais/artesanais que já foram ofertados nos CRAS de Cambé como forma de atraí-las para encontros periódicos nos quais eram disseminadas informações sobre direitos, sobre o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, entre outros.

Como não é comum a existência de atividades deste tipo focadas na população masculina, o conhecimento dos homens sobre a oferta da Proteção Social Básica do SUAS acaba se limitando aos benefícios.

Nas avaliações sobre o acesso à Política de Assistência Social realizadas pelos participantes, as expectativas e frustrações geradas a partir da acolhida se evidenciam. Antônio (53), ainda sonha com o acesso a uma casa através do Programa Minha Casa Minha Vida, que, embora não seja ofertado no CRAS, está vinculado ao Cadastro Único para Programas Sociais.

*Como o senhor avalia o acesso aos serviços do CRAS? Não é ruim não, porque ajuda a gente. O que o senhor acha que poderia ser melhor? Preciso de uma casa. Queria poder construir aqui nesse terreno. Mas não tenho dinheiro. Fazer o que? (Antônio, 53).*

César apresenta um equívoco entre CRAS e CAPS e valoriza o vínculo construído com a equipe do CRAS. Sua crítica em relação ao acompanhamento do CAPS sugere que, por algum motivo, ele não compreendeu a abordagem terapêutica aplicada.

*Ah, a gente fica tímido na primeira vez né? Eu não conhecia você, não conhecia ninguém. Mas depois, para mim, era até uma alegria ir lá. (risos) Eu*

peguei amizade com você, conheci um, conheci outro. Aí ficou até divertido. Agora esse outro que eu faço ali olha... ali eu não gosto não. *Esse serviço é o CAPS, que trata especificamente da sua condição de saúde mental. É que eu confundo, mas eu prefiro mil vezes aquele atendimento lá com você do que aqui. Por que aqui, Jesus. Você não gosta do atendimento do CAPS? Ah, eu só vou porque minha mãe insiste. Porque eles não falam nada. Não conversam com a gente. Só perguntam se você quer pintar desenho. Sabe? Não dá pra gostar... (Cesar, 28).*

Daniel (42) consegue detalhar alguns atendimentos acessados tecendo elogios a equipe. No entanto, seu posicionamento em relação ao público-alvo da PAS, revela um olhar hierárquico sobre os homens beneficiários do PBF.

Fui muito bem tratado. O pessoal é bem gente boa. A recepção, explica tudo certinho. Se tem que agendar eles agendam. Falam que se eu estiver precisando de alguma coisa eu posso ir. Eles explicam certinho. Fizeram até uma reunião e explicaram o que que é o CRAS, o que é o Bolsa Família e tal, o que você tem direito, porque o benefício pode ser bloqueado, se está dentro da renda, é tudo explicado. Aí explicaram tudo, mas às vezes a gente até esquece porque é muita coisa né? É muita informação. *Como avalia os benefícios?* A gente paga 600,00 de aluguel. O Bolsa família é o que salva a gente para não morar na rua né? Eu falo para minha esposa, graças a Deus que tem isso, porque se a gente ficar sem emprego, pelo menos morar na rua a gente não mora. Porque tem isso daí. Porque para comer a gente corre atrás. Faz um biquinho aqui outro ali... Quando aperta muito a mãe dela dá uma ajudinha. Mas até eles também ficam apurados sabe? Está muito difícil. Então quando eu preciso da cesta básica eu vou lá no CRAS. *Quer fazer alguma consideração sobre o acesso dos homens às políticas de saúde e assistência social?* Olha cara, eu vou te falar bem a real, eu acho que nessa parte de assistência social seria prioridade de mulheres. Porque tem muita mulher aí que é abandonada, que o cara abandona a mulher com filho, com tudo. Aí... o Bolsa Família vem mais para isso né? É mais dedicado para as mulheres. Mas hoje em dia do jeito que está, tem muitos homens pegando o Bolsa Família para fazer nada. Para gastar à toa. Entendeu? Mas como todos têm direito dentro do critério, assim... Então para mim não foi difícil, eu fui lá quando eu estava desempregado. Como eu tenho esse direito, eu falei: vou procurar porque eu preciso e tal. E me atenderam certinho. Me entregaram uma cesta básica, normal, tudo certinho. Mas o Bolsa Família seria mais para mulher, porque é para a criança né? (Daniel, 42)

A fala abaixo é de um homem idoso que demonstra a importância da recepção na aceitabilidade do acesso. Mas é preciso dizer que a agilidade na resolução das demandas pressupõe sinergia entre a recepção e equipe técnica.

Fui atendido na hora, ainda perguntou para a assistente social como fazer o cartão do idoso e ela fez na hora. Nem precisei marcar nada. Mas quando precisa eles agendam certinho. Aí no dia que atualizei o cadastro eu já consegui receber a cesta. *Como avalia os benefícios?* Ah, ajuda né? Essa cesta mesmo, ajuda muito. Porque está tudo muito caro e como ganho só um salário-mínimo, pago aluguel, sou sozinho, ajuda muito. (Emanuel, 65)

De acordo com Campos (2020, p. 142), uma das barreiras estruturais da priorização das mulheres como beneficiárias do PBF, é a “ausência de assistência aos homens”. Assim como o pesquisador, quando defendemos a inclusão dos homens no planejamento das ações da PAS, “não estamos imaginando que seja necessária a institucionalização de unidades, setores ou departamento específicos voltados exclusivamente para a população masculina”, mas que é preciso “unir esforços às atividades que já são desenvolvidas com as mulheres, maximizando estratégias e ampliando o impacto das ações”.

As trajetórias de acesso dos homens à PAS em Cambé evidenciam que os CRAS se consolidaram como a porta de entrada da população à esta política. De acordo com as narrativas dos participantes, as necessidades que motivam os homens a buscar atendimento estão, em grande medida, vinculadas à precarização das condições de vida, como o desemprego, a insegurança alimentar e ausência de proteção previdenciária. Apesar de serem acolhidos e encaminhados para a rede de serviços, observa-se que eles ainda demonstram desconhecimento sobre os serviços acessados, evidenciando falhas na comunicação entre equipes e população usuária, comprometendo a dimensão informacional do acesso.

A recepção e o processo de cadastramento configuram etapas fundamentais para a construção da aceitabilidade do acesso. Porém, a terceirização dos postos de trabalho, somada à alta rotatividade e à ausência de processos permanentes de capacitação para estas/es trabalhadoras/es, compromete a qualidade do atendimento inicial e pode fragilizar a relação de confiança entre os usuários e a equipe técnica.

Como a contratação por concurso público realizada nos dois últimos anos não contemplou as funções de recepcionistas, entrevistadores de CadÚnico e auxiliares administrativos, faz-se necessário criar processos formativos das equipes terceirizadas e mecanismos institucionais que garantam a continuidade das capacitações, mesmo diante da rotatividade. Também é necessário oferecer recursos e estruturas adequadas as equipes a fim de qualificar o atendimento desde a recepção, reconhecendo o seu papel estratégico na construção de vínculos e na efetivação dos direitos. Além disso, a produção e disseminação de materiais educativos simples e acessíveis sobre os serviços e benefícios do SUAS pode contribuir para reduzir a desinformação.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise aqui realizada considerou o posicionamento de pessoas que representam boa parte da população brasileira: homens que vivem com renda de até um salário-mínimo, usuários das políticas de Saúde e Assistência Social, que tiveram as vidas marcadas pela subalternização de suas masculinidades devido a sua classe social, pelas dificuldades de acesso a direitos como moradia, educação, trabalho, renda, saúde, entre outros.

As narrativas dos homens confirmam que suas práticas e visões sobre o significado de masculino interferem no acesso a estas políticas na medida em que moldam seus comportamentos e decisões, podendo atraí-los ou afastá-los dos serviços, facilitar ou dificultar suas compreensões sobre a Assistência Social enquanto um direito, e da Saúde para além da doença.

As trajetórias de acesso dos homens à política de Assistência Social evidenciam que os CRAS se consolidaram como a porta de entrada da população a esta política, assim como um ponto de referência de acesso à informação. No entanto, apesar de serem acolhidos e orientados sobre os serviços e benefícios disponíveis, eles ainda demonstram desconhecimento sobre o que de fato acessam. Por não serem prioridade das ações socioeducativas, o acesso se limita a procura espontânea por benefícios.

Mesmo não existindo ações específicas para a população masculina, os homens comparecem nas atividades coletivas quando são convidados. Eles estão presentes nas reuniões de acolhida, nas atividades coletivas com beneficiários do Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada, nas oficinas com migrantes, entre outras. Por isso, acreditamos que o PAIF e o PAEFI têm grande potencial para abordar as discussões e reflexões aqui propostas. E esta abordagem não precisa se limitar aos CRAS, SCFV e CREAS, já que todas as unidades de serviço da política de Assistência Social têm espaço para promover a reflexão e disseminar informações.

No âmbito da saúde, as trajetórias de acesso dos homens demonstram o descrédito do SUS quando há necessidade de atendimentos especializados. Elas também revelam que a morosidade da atenção especializada expõe a população a pagar por serviços ofertados pelo sistema público para evitar a longa espera pelo agendamento. Erros de condutas, filas de espera e diversas dificuldades na utilização dos serviços comprometem significativamente a aceitabilidade do acesso, além de não colaborar para mudar a visão deles sobre eles mesmos e sobre as ofertas disponíveis nas unidades de serviço, conforme prescrito pela PNAISH. Neste

sentido, barreiras organizacionais, informacionais e socioculturais de acesso se entrecruzam minando as possibilidades de reconstruir os hábitos cristalizados e praticados por eles.

Frente a tais constatações, as recomendações feitas pela própria PNAISH revelam-se urgentes. Precisamos superar as ações pontuais, como é o caso do “Sábado Azul”, e implementar as recomendações da política no cotidiano dos serviços. Isto significa promover atendimentos capazes de estimular o autocuidado e introduzir a perspectiva preventiva em suas condutas, cujo caminho passará pelo questionamento dos padrões e práticas naturalizadas pela população. E, mais uma vez, devemos nos lembrar que para isto, as/os profissionais precisam ser capacitadas/os e terem condições objetivas de trabalho.

Sabemos que as masculinidades estão em constante transformação e disputa, e que, enquanto observamos algumas mudanças em relação ao autocuidado estético, à afetividade paterna e às atividades domésticas entre alguns homens, as violências contra mulheres e contra a população LGBTQIA+ continuam aumentando. Entretanto, se as masculinidades são construídas socialmente e estão sempre em transformação, acreditamos que elas podem ser ressignificadas através do acesso a serviços e informações qualificadas. E este acesso pode ser viabilizado pelas políticas de Saúde e Assistência Social.

Considerando que nem todos os homens têm a oportunidade de repensar criticamente seus valores e práticas a partir de uma concepção de gênero e das leituras feministas, temos uma longa jornada pela frente. Mas devemos utilizar a ambivalência das concepções do que é ser homem e os equívocos sobre o patriarcado como foco de questionamentos ininterruptos sobre os padrões estabelecidos. E, para isso, precisamos incluir as discussões sobre masculinidades nas ações socioeducativas executadas pelas políticas em tela, sempre na perspectiva de libertar os corpos de modelos estereotipados, rumo a igualdade de gênero.

É urgente que os homens sejam tomados como público-alvo das políticas sociais na perspectiva de promover a construção de masculinidades feministas, capazes de reconstruir suas práticas, hábitos e posicionamentos em favor da saúde coletiva, da redução da violência e da exposição a riscos. Precisamos estimular a construção e reconstrução de homens que se questionam e estranham os estereótipos, que dialogam e que se autorizam mudar; homens que não se sentem pressionados a esconder suas vulnerabilidades e fraquezas; homens que saibam desenvolver e expressar afeto; homens que se permitem cuidar e serem cuidados; homens que conseguem ter relações horizontais com os outros gêneros e que são contra a violência.

Observa-se que as políticas analisadas já nos fornecem objetivos, princípios e diretrizes que devem ser tomados como caminhos para a reconstrução das masculinidades na

perspectiva aqui defendida. Mas, para isso, é necessário modificar a forma como os percorremos. Não se trata de interromper as ações ofertadas à população feminina, pelo contrário. Precisamos avançar no empoderamento feminino envolvendo os homens neste processo. Sem questioná-los, sem oportunizar que eles pensem sobre suas práticas, corremos o risco de limitar a luta às vítimas da dominação masculina. Assim, não atacamos a causa e ficamos tentando remediar as consequências negativas de relações violentas.

Quando defendemos a reconstrução das concepções reprodutoras da masculinidade hegemônica por dentro e para fora dos serviços, estamos dizendo que devemos mexer com os comportamentos e práticas tanto das/os profissionais quanto da população atendida. Se as/os próprias/os profissionais não conseguirem alterar suas concepções sobre os homens, consideramos improvável enfrentar o machismo via políticas públicas. Neste sentido, a valorização das/os profissionais – independente do vínculo empregatício ou função - e a capacitação permanente, já recomendada pelas políticas de Saúde e Assistência Social, são fundamentais.

Esperamos que o entendimento sobre a complexa construção social das relações de gênero possam permear as relações estabelecidas entre as equipes e a população usuária desde as recepções dos serviços até as discussões que já são promovidas em datas comemorativas, como por exemplo, a campanha de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes (18 de maio); o dia da mulher; a semana da família; o aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente; o Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio); o Outubro Rosa e o Novembro Azul, para superar a pontualidade desta discussão e ampliar o alcance da população.

A recomposição orçamentária das políticas, o incentivo a qualificação profissional, a efetivação dos planos de educação permanente, da gestão democrática e participativa do SUS e do SUAS também são fundamentais para avançarmos nesta luta onerada pela desinformação e pelas Fake News. É igualmente necessário que as produções de conhecimento geradas no âmbito acadêmico cheguem rápido até as equipes encarregadas de gerir e executar estas políticas públicas como forma de nutrir os processos de trabalho e continuar abalando a estrutura patriarcal, conservadora, violenta, excludente e heteronormativa, atravessando o Estado através dele mesmo. Deste modo, a perspectiva democrática e socioeducativa das próprias políticas podem ser usadas para contra-atacar o conservadorismo e reconstruir as relações de gênero.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf) Acesso em: 20 de nov. 2020.
- AGÊNCIA CÂMARA. **Comissão aprova projeto para tentar acabar com a fila de espera no Programa Bolsa Família**. Brasília: out. 2024. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/noticias/1103780-comissao-aprova-projeto-para-tentar-acabar-com-a-fila-de-espera-no-programa-bolsa-familia/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.camara.leg.br/noticias/1103780-comissao-aprova-projeto-para-tentar-acabar-com-a-fila-de-espera-no-programa-bolsa-familia/?utm_source=chatgpt.com) Acesso em: 9 jan. 2025.
- ALMEIDA, N. F. P. de. Entrevistado: Neil Pereira Franco de Almeida. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil**. Curitiba: CRV, 2022, p. 71-78.
- ANDERSEN R. M, NEWMAN J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society** Vol 51, 1973, p. 95-124. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>. Acesso em: 10 fev 2021.
- ANDRADE, P. M. de; PEREIRA, Lucélia Luiz. A (In)visibilidade de Gênero e Raça na Assistência Social: estudo de caso nos Centros de Referência de Assistência Social. **O Social em Questão - Ano XXII - nº 45**, p. 57-80. Set a Dez/2019. Disponível em: [https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_45\\_art\\_3.pdf](https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_45_art_3.pdf) Acesso em 01 dez 2023.
- ANTONELLI, D. **Por que a saúde é a última preocupação do homem?**. 2012. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1277956&tit=Por-que-a-saude-e-a-ultima-preocupacao-do-homem>. Acesso em: 23 jul. 2012.
- ARIAS NETO, J. M. **O Eldorado: representações da política em Londrina, 1930/1975**. Londrina: Ed. UEL, 1998. 308 p.
- ARILHA, M.; UNBEHAUM, R.; MEDRADO, B.. (Org.) **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Editora 34, 1998.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, 2012, p. 2865-2875. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BAKER P., WHITE, A.; e MORGAN, R. Men's health: COVID-19 pandemic highlights need for overdue policy action. **The Lancet**. Londres, Reino Unido. Vol. 395, p. 1886-1888, jun de 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31303-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31303-9/fulltext). Acesso em 21 abr. 2021.

BALISCEI, J. P. Entrevistado: João Paulo Baliscei. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 101-120.

BARBOSA, D. de O.; FREITAS, R. C. S.. A invisibilidade dos homens na proteção social básica: um debate sobre gênero e masculinidades. **OPIS**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 58–83, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufcat.edu.br/Opsis/article/view/23131/15908> Acesso em: 25 out. 2023.

BETRON, M.; GOTTERD, A; PULERWITZ, J. SHATTUCK, D. Men and COVID-19: Adding a gender lens. **Global Public Health**. Londres, Reino Unido. Vol 15, 2020, p. 1090-1092. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1769702>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 7. Ed. São Paulo: Cortez. 2010. 213 p.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kunner. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 160 p.

BOVOLENTA, G. Cesta básica e assistência social: notas de uma antiga relação. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 130, p. 507-525, set./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7f5DsXpKXHW4GkVFt4jKxh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 7 mar 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm). Acesso em 02 jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa de Aquisição de Alimentos**. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/aceso-a-alimentos-e-a-agua/programa-de-aquisicao-de-alimentos>. Acesso em 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004: Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas -, Brasília, 2008. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf). Acesso em 14 jan. 2022.

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm). Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **NOB/SUAS**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)**. Vol. 1-2. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional n.º 001, de 30 de janeiro de 2013**. Define procedimentos para o funcionamento do Sistema CEP/CONEP. Brasília, DF: CNS, 2013.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em 20. nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial. Doença pelo Coronavírus**. Nº 59, Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/22/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_59.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/22/boletim_epidemiologico_covid_59.pdf). Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. Institui o Programa Bolsa Família**; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), e outras; e revoga dispositivos das Leis nºs 14.284/2021 e 14.342/2022, bem como da MP nº 1.155/2023. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 jun. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/114601.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114601.htm). Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Informe Bolsa Família Nº 39** – março de 2024. Brasília: MDS, 18 mar. 2024. Disponível em: [https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2\\_Acoes\\_e\\_Programas/Bolsa\\_Familia/Informes/2024/Informe\\_Bolsa\\_Familia\\_N\\_39.pdf](https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Bolsa_Familia/Informes/2024/Informe_Bolsa_Familia_N_39.pdf). Acesso em: 11 mar 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Cadastro Único: dados consolidados por município – Cambé/PR, 1º trimestre de 2025**. Brasília, DF: MDS, 2025. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br>. Acesso em: 08 maio 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Painel de Informações do Cadastro Único**. Brasília, DF: MDS, 2025. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pbfcad/index.html>. Acesso em 10 maio. 2025.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S.. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 p. 88 – 110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, MOTA, A. E.; et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 p. 167 – 217.

BRETTAS, T. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**. N. 17 v. 34, p. 53-76, 2017. Disponível em: [https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/17702?utm\\_source=chatgpt.com](https://periodicos.ufes.br/index.php/temporalis/article/view/17702?utm_source=chatgpt.com) Acesso em: 14 set. 2023.

BRETTAS, T. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Consequência, 2020. 292 p.

BRONZO, C; ARAUJO, E. T. de. Desmonte da Política de Assistência Social no Brasil pós 2016: uma tragédia anunciada. **Revista Brasileira de Ciência Política**. v.43, p. 1-33, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/yswnrP7bqXsh7HvgjnYRhfq/> Acesso em: 18 fev. 2025.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. Tradução: Renato Aguiar. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2023. 287 p.

BUTLER, J. **Quem tem medo de gênero?** Tradução: Heci Regina Candiani. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2024, 272 p.

CAETANO, M.; JUNIOR. P. M.; (Orgs.). **De guri a cabra-macho**. Rio de Janeiro: 2022. 230 p.

CAGGIOLA, O.. Crise Econômica, desgaste institucional e extrema direita. In: In: PEREIRA, Potyara Amazonida P. (Org.). **A ascensão da nova direita e colapso da soberania política: transfigurações da política social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2020, p. 15-36.

CAMBÉ. Lar Santo Antônio. **Plano de trabalho exercício 2019/2020/2021**. Cambé, 2019. Disponível em: <https://larsantoantonio.org.br/> Acesso em: 25 ago. 2020.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Cambé, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/PLANO\\_MUNICIPAL\\_SAUDE\\_CAMBE\\_2022\\_2025\\_OFICIAL.pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/PLANO_MUNICIPAL_SAUDE_CAMBE_2022_2025_OFICIAL.pdf). Acesso em 28 set. 2023.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Plano Municipal de Assistência Social 2022-2025**. Cambé, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/Plano%20Municipal%20de%20Assistencia%20Social%2022%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/Plano%20Municipal%20de%20Assistencia%20Social%2022%20(1).pdf). Acesso em 28 set. 2023.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relatório Anual de Gestão 2024 da Secretaria Municipal da Assistência Social e Cidadania de Cambé**. Cambé, 2024a. Disponível em: <file:///C:/Users/luaug/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202024.pdf> Acesso em: 20 jan. 2025.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania, **Boletim informativo Oficial da Secretaria de Assistência Social e Cidadania do Município de Cambé**. Edição Especial, mar 2024b. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/Boletim-Informativo-Edicao-Especial-Politica-para-Mulheres%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/Boletim-Informativo-Edicao-Especial-Politica-para-Mulheres%20(1).pdf) Acesso em: 20 jan. 2025.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. **Relatório Anual de Gestão 2023 da Secretaria Municipal da Assistência Social e Cidadania de Cambé**. Cambé, 2024c. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/relat%C3%B3rio%20de%20gest%C3%A3o%202023%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/relat%C3%B3rio%20de%20gest%C3%A3o%202023%20(2).pdf) Acesso em: 20 jan. 2025.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Cambé, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/PLANO\\_MUNICIPAL\\_SAUDE\\_CAMBE\\_2022\\_2025\\_OFICIAL%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/PLANO_MUNICIPAL_SAUDE_CAMBE_2022_2025_OFICIAL%20(6).pdf) Acesso em: 20 jan. 2025.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022**. Cambé, 2023. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/1.rag%202023-%20COMPLETA%20FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/1.rag%202023-%20COMPLETA%20FINAL%20(1).pdf) Acesso em 30 ago. 2024.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2023**. Cambé, 2024. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/1.rag%202023-%20COMPLETA%20FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/1.rag%202023-%20COMPLETA%20FINAL%20(1).pdf) Acesso em 30 ago. 2024.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2024**. Cambé, 2025. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/1-RAG%20FINALIZADO1\\_%20COM%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/1-RAG%20FINALIZADO1_%20COM%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20(2).pdf) Acesso em 15 maio 2025.

CAMPANUCCI, F. S. **A Atenção Primária e a Saúde do Homem**: uma análise do acesso aos serviços de saúde. 2010. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

CAMPANUCCI, F. S. **O Lugar oculto dos homens na Atenção Primária à Saúde: um estudo sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde em Londrina.** 2013. 157fls. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2013.

CAMPOS, D. S. O lugar dos homens no Programa Bolsa Família: desafios e percepções para a inclusão. **(SYN)THESIS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 41–50, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/42253> Acesso em 28 out. 2023.

CAMPOS, D. S.; CAVALCANTI, Ludmila F.; NASCIMENTO, Marcos A. Homens e Proteção Social: desafios para a Política Nacional de Assistência Social. **O social em questão.** Ano XXII, nº 43, jan/abr de 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=670&sid=58>. Acesso em 04 mar. 2020.

CAMPOS, D. S. **O não lugar dos homens nas ações do Programa Bolsa Família: experiências de beneficiários e profissionais do município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2020, 241p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

CANELLA, D. S; MARTINS, A. P. B.; BANDONI, D. H. Iniquidades no acesso aos benefícios alimentação e refeição no Brasil: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vpwKymBFJVCKbMXwMqCbNjd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 16 dez. 2023.

CARDOSO, F. A.; AMORIM, M. A. Prefácio à edição brasileira. Ser macho no Brasil: a crise da masculinidade e o antifeminismo de Estado. In: DUPUIS-DÉRI, F. **A crise da masculinidade: anatomia de um mito persistente.** Tradução: Paulo Victor Bezerra. São Paulo: Blucher, 2022. p. 11-31.

CARLOTO, C.M.; MARIANO, S.A. A família e o foco nas mulheres na política de assistência social. **Sociedade em Debate**, n. 14, p. 153-68, 2008. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/377> Acesso em: 6 jun. 2023.

CARLOTO, C.M.; MARIANO, S.A. As mulheres nos programas de transferência de renda: manutenção e mudanças nos papéis e desigualdades de gênero. In: Congresso internacional da rede mundial de renda básica de cidadania, 13., 2010, São Paulo. Anais. São Paulo:

CARLOTO, C.M.; MARIANO, S. A. Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no Programa Bolsa Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, n. 11, p. 258-72.

CECAD (2024). **Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico.** Disponível em: [https://cecad.cidadania.gov.br/tab\\_cad.php](https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php). Acesso em: 18 fev. 2024.

CELUPPI, C.; GEREMIA, D. S.; FERREIRA, J.; PEREIRA, A. M. M; 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, n. 121, v. 43, 2019. Abr-Jun. p. 302-313. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zf7bkDWh8bcM7GKvPwtdvRd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 out. 2020.

CNM. Confederação Nacional dos Municípios. **Auxílio Brasil: levantamento da CNM indica que 2,7 milhões de famílias aguardam na fila de espera**. Brasília, jun 2022. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/auxilio-brasil-levantamento-da-cnm-indica-que-2-7-milhoes-de-familias-aguardam-na-fila-de-espera> Acesso em 28 abril 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social** : os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais . Rio de Janeiro: CRESS, 2013. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilhas-projeto-etico-politico-e-exercicio-profissional-em-servico-social-os-principios-do-codigo-de-etica-articulados-a-atuacao-critica-de-assistentes-sociais.pdf>. Acesso em 21 abr. 2021.

CONNEL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**. v 20, n.; 2, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71725/40671>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CONNELL, R. W. **Masculinities**, Los Angeles, Berkeley, 2005. Disponível em: [https://lulfmi.lv/files/2020/Connell\\_Masculinities.pdf](https://lulfmi.lv/files/2020/Connell_Masculinities.pdf) . Acesso em: 04 mar. 2020.

CONNELL, R. W. e MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito repensando o conceito repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/cPBKdXV63LVw75GrVvH39NC>. Acesso em: 04 mar. 2020.

CONNEL, R. **Gênero em termos reais**. Tradução e Revisão: Marília Moschkovich. São Paulo: nVersos, 2016. 272 p.

CONNEL, R.; PEARSE, R.; **Gênero: uma perspectiva global**. Tradução e Revisão: Marília Moschkovich. São Paulo: nVersos, 2015. 325 p.

CONNELL, R. W. “Globalization, Imperialism, and Masculinities.” In: KIMMEL, M. S.; HEARN, J.; CONNELL, R. W. (Ed.). **Handbook of Stud MEN & Masculinities**. SAGE Publications Thousand Oaks • London, 2004. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277282710\\_Masculinities\\_and\\_Affective\\_Equality\\_Love\\_Labour\\_and\\_Care\\_Labour\\_in\\_Men's\\_Lives](https://www.researchgate.net/publication/277282710_Masculinities_and_Affective_Equality_Love_Labour_and_Care_Labour_in_Men's_Lives). Acesso em 04. mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social - Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. Brasília, 2011, 60 p. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf). Acesso em: 10 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Série assistente social no combate ao preconceito: MACHISMO**. Brasília (DF), 2019. 26 P. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno06-Machismo-Site.pdf> Acesso em: 12 fev. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social** : os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais . Rio de Janeiro: CRESS, 2013. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilhas-projeto-etico-politico-e-exercicio-profissional-em-servico-social-os-principios-do-codigo-de-etica-articulados-a-atuacao-critica-de-assistentes-sociais.pdf>. Acesso em 21 abr .2021.

COUTO, B. R. Assistência social: direito social ou bem-estar? Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, 2015, out./dez. p. 665-677. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/wMXBqGcc6RRfyvLXFpC6hRm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 jan. 2021.

COUTO, B.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A política nacional de assistência social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2012. p.32-65

COUTO, B. R; YASBEK, M. C.; SILVA, M O. S.; **O sistema único de assistência social no Brasil**: Uma realidade em movimento. Cortez: São Paulo, 3. ed. rev., 2010. 327 p.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: RJ, 2020, V. 36. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n11/1678-4464-csp-36-11-e00223120.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2021.

DINIZ, C. Entrevistado: Caetano Diniz. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 107-120.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071786/pdf/hsresearch00558-0085.pdf> . Acesso em 04. Mar. 2020.

DUARTE, J. Entrevista em Profundidade. In: DUARTE; BARROS. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. 2.ed. São Paulo: Atlas. 2005.

DUQUE, T. Entrevistado: Tiago Duque. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 51-64.

DUPUIS-DÉRI, F. **A crise da masculinidade**: anatomia de um mito persistente. Tradução: Paulo Victor Bezerra. São Paulo: Blucher, 2022. 384 p.

EIRA, V. A. B. Prefeitura Municipal de Cambé. **Prefeitura promove dia de atenção à saúde masculina, em prol do Novembro Azul, neste sábado**. Cambé: Prefeitura Municipal, 9 nov. 2023. Disponível em: <https://www.cambe.pr.gov.br>. Acesso em: 1 jun. 2025.

EIRA, V. A. B. Prefeitura Municipal de Cambé. **Cambé investiu mais de 30 % dos recursos próprios em saúde em 2023, o dobro da determinação legal.** Jornal União, Cambé, 14 jun. 2024. Disponível em: <https://jornaluniao.com.br/noticias/cambe/cambe-investiu-mais-de-30-dos-recursos-proprios-em-saude-em-2023-o-dobro-da-determinacao-legal>. Acesso em: 1 jun. 2025.

EIRA, V. A. B. **Cambé conquista prêmio regional de saúde com o programa Saúde na Escola.** Cambé: Prefeitura Municipal, 8 maio 2025. Disponível em: <https://www.cambe.pr.gov.br>. Acesso em: 1 jun. 2025.

ESCOREL, S.; NACIMENTO, D. R.; ELDER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005, p. 59-82.

ESPING-ANDERSEN, G. As três Economias Políticas do Welfare-State. *Lua Nova*, n. 24, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H> Acesso em: 03 jul. 2019.

FAGNANI, E. **O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015).** UNICAMP: Campinas. 2017. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3537/TD308.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2021.

FERRARI, A. Entrevistado: Anderson Ferrari. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil.** Curitiba: CRV, 2022, p. 33-40.

GARCIA, R. R. A. **A proteção social do SUAS e os sujeitos do sexo masculino: os ausentes presentes.** Orientadora: Nayara Hakime Dutra. 2023. 249 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/f8bef23b-1d29-4058-b641-4620d2705134/content> Acesso em 10 fev. 2024.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198

GROSSI, P. K. Feminismo Interseccional: os determinantes de gênero, raça/etnia, e geração na vida de mulheres quilombolas. In: AMARO, Sarita, DURAND, Veronique (Org.) **Veias Feministas: desafios e perspectivas para as mulheres do Século 21.** Rio de Janeiro: Bonecker, 2017. p. 195-212.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do Homem em Debate.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R; e NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública** [online], v 22, n. 5, 2006, p. 901-911. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/KMknvMWHjFTLxYv8nBHymqL/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em: 22 ago. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 3, 2007, p.565-574. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em: 22 ago. 2020.

GOMES, C. G.; TONIOLO, M. A.; PAULA, A. M. Interseccionalidade, desenvolvimento e território: Análise do índice de equidade de gênero no estado de São Paulo. **Revista Gênero: Niterói**. n. 24, p. 53-79, jul. 2023. Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/interseccionalidade-desenvolvimento-territorio-analise-1046765709> Acesso em 4 mar. 2024.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHv7XkBsxZqZ8Jm4RCDGhrf/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

hooks, bell. **A gente é da hora**. Tradução: Vinícius da Silva. São Paulo: Elefante, 2022. 272 p.

hooks, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução: Ana Luiza Libânio. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6969603/mod\\_resource/content/1/bell\\_hooks\\_O\\_feminismo\\_%C3%A9\\_para\\_todo\\_mundo\\_Pol%C3%ADticas\\_arrebatadoras%20%282%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6969603/mod_resource/content/1/bell_hooks_O_feminismo_%C3%A9_para_todo_mundo_Pol%C3%ADticas_arrebatadoras%20%282%29.pdf). Acesso em: 22 out. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua: principais destaques da evolução do mercado de trabalho em 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2025.

JABLONKA, I. **Homens Justos: do patriarcado às novas masculinidades**. Tradução: Julia da Rosa Simões. São Paulo: Todavia, 2021. 427 p.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. H. P. M.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 15, n. 1, 2010. p. 161-170. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n3/02.pdf> Acesso em: 03 jun. 2020.

KIMMEL, M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. Tradução de Andréa Fachel Leal. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre. Ano 4, n. 9, p. 103-117, out. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/B5NqQSY8JshhFkpgD88W4vz>. Acesso em 10 de out. 2024.

KIMMEL, M. S. Masculinidade como homofobia: medo, vergonha e silêncio na construção de identidade de gênero. Tradução de Sandra Mina Takakura. **Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFAM**, v. 3, n. 4, p. 97–124, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/14910/pdf>. A Acesso em 10 out. 2024.

LAURENTI, R.; JORGE. M. H. P M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, 2005, p. 35-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VjZYYSTpV5ms54kvS8wfmSm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 03. Jun. 2020.

LANZA, L. M. B.; FAQUIN, E. S.; SANTOS, E. R.; CAMPANUCCI, F. S.; CAMILO, C. S.. Exercício profissional do(a) assistente social: problematizações dos impactos da pandemia covid-19. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 21, n. 41, p. 119-135, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34483> Acesso em 10 jul. 2023.

LATTANZIO, F. F; RIBEIRO, P de C.; Nascimento e primeiros desenvolvimentos do conceito de gênero. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 30, n.3, p. 409 – 425, set-dez/2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n3/02.pdf> Acesso em: 10 out. 2020.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LIMA NETO, A. A. Entrevistado: Avelino Aldo de Lima Neto. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil**. Curitiba: CRV, 2022, p. 85-92.

MALTA, D. C. *et al.* Desigualdades na assistência à saúde e no acesso aos serviços de saúde em adultos brasileiros com autorrelato de hipertensão arterial: Pesquisa Nacional de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, n. 38, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8121/18207> Acesso em 6 mar 2024.

MARONEZE, A. R. “As bruxas do patriarcado”: resignificando a história das mulheres nos tempos da caça às bruxas. **Revista Semina**, Passo Fundo, vol. 21, n. 2, p.127-138, abri/set 2022. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/49c2/bc994234c4f5c28f0a9b4de9bf8b8ccb6280.pdf> Acesso em 10 mar. 2024.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a Pesquisa: In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 383-408.

MARTINELLI, M. L.. Pesquisa qualitativa: um caminho para a intervenção profissional. **O social em questão**. Rio de Janeiro: PUC Rio. Ano XI, n. 19, 2008. p. 31-44. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/v11n19a03.pdf>. Acesso em: 05 abril 2022.

MEDRADO, B. LYRA, J.. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Estudos Feministas**. Florianópolis, n. 16, p. 809-840. Set- dez, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/7VrRmvB6SNMwQL5r6mXs8Sr/> Acesso em: 10 out. 2020.

MEDRADO, B.; et al. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens. Recife; **Instituto Papai**; 2009. 48 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1853>. Acesso em: 10 out. 2020.

MEDRADO, B. LYRA, J.. Premissas, fluxos e controvérsias na produção sobre homens e masculinidades: intentos de prefácio. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil**. Curitiba: CRV, 2022, p. 21-24.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do Covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1. p. 1-33, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 fev. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed., Ed. Vozes, Petrópolis, 2009.

MISKOLCI, R.. Entrevistado Richard Miskolci. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles: pesquisas sobre masculinidades no Brasil**. Curitiba: CRV, 2022, p. 25-32.

MORAIS, M. F. M.; CHAVEIRO, Maylla Monnik Rodrigues de Sousa. Masculinidades hegemônicas e violência contra mulheres nas mídias: críticas ao movimento redpill. **Revista Humanidades e Inovação**. V. 11, n. 3. Palmas, 2024, p. 12-27. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/9306-Texto%20do%20artigo-36184-1-10-20241202%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/9306-Texto%20do%20artigo-36184-1-10-20241202%20(1).pdf) Acesso em 26 mar. 2025.

MUSTAFÁ, M. A. M.. A vida e o engajamento das mulheres revolucionárias. In: AMARO, Sarita, DURAND; Veronique (Org.) **Veias Feministas: desafios e perspectivas para as mulheres do Século 21**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2017. p. 33-52.

MUSTAFÁ, M. A. M. A luta e o pensamento das mulheres – o viés revolucionário. In: AMARO, Sarita, DURAND; Veronique (Org.) **Veias Feministas: desafios e perspectivas para as mulheres do Século 21**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2017. p. 53-80.

NASCIMENTO, M. Essa história de ser homem: reflexões afetivo-políticas sobre masculinidades. In: CAETANO, Marcio; SILVA JUNIOR, Paulo Melgaço da. **De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2022.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da Política: ideias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NOGUEIRA, V. M. R. Democracia, Participação Social e Direitos: preocupações e esperança. **Sociedade em Debate**. v. 28, n. 3 p. 04-08, 2022. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3267/1906> Acesso em 20 fev. 2025.

NOLASCO, S. **O Mito da Masculinidade**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1993. Disponível em: [https://www.academia.edu/39141988/O\\_mito\\_da\\_masculinidade\\_S%C3%B3crates\\_Nolasco](https://www.academia.edu/39141988/O_mito_da_masculinidade_S%C3%B3crates_Nolasco) Acesso em: 03 set. 2024.

NOLASCO, S. Um “Homem de Verdade”. In: CALDAS, Dario (Org.) **Homens**. São Paulo: SENAC, 1997, p. 13-30.

OLIVEIRA, R. M. R. Para uma crítica da razão androcêntrica: gênero, homoerotismo e exclusão da ciência jurídica. **Revista Sequência**, n.º 48, p. 41-72, jul. de 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15232/13852>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Agricultura e do Abastecimento. **Instrução Normativa nº 01/2009. Programa Leite das Crianças**. Curitiba, 2009. Disponível em: [https://www.educacao.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2019-12/instrucao\\_normativa012009.pdf](https://www.educacao.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-12/instrucao_normativa012009.pdf) Acesso em 18 mar 2024.

PARANÁ. **Programa Comida Boa**: benefício de transferência de renda estadual que contribui com a segurança socioassistencial de famílias em situação de vulnerabilidade, por meio da concessão mensal de R\$ 80,00, pago todo dia 25 por cartão alimentação, utilizado diretamente em supermercados, mercados e empórios credenciados, 2021a. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/ComidaBoa>. Acesso em 18 mar 2024.

PARANÁ (Estado). **Lei nº 20.548, de 27 de abril de 2021**. Cria o Programa Nossa Gente Paraná, altera dispositivos da Lei nº 17.734/2013, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Paraná, Curitiba, 27 abr. 2021b. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/2758341812/lei-20548-21-pr>. Acesso em 18 mar 2024.

PARANÁ. **Decreto nº 7.306, de 13 de abril de 2021**. Institui o Programa Compra Direta Paraná e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Paraná, Curitiba, 13 abr. 2021c. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/2809773784/decreto-7306-21-pr> Acesso em 18 mar 2024.

PAVAN, I. P., BAPTISTA, A. da S. L., ROSA, C. P., CABRAL, D. da S., BITTENCOURT, F., & SILVA, S. A. Satisfação do usuário com os serviços de saúde de atenção básica: percepção masculina. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 19. p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10.4025cienccuidsaude.v19i0.46760/751375149321> Acesso em 10 mar 2024.

PENCHANSKY R, THOMAS WJ. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. 1981; 19(2) p. 127–40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/> Acesso em 12 mar. 2020.

PEREIRA, P. A. P. A assistência social prevista na constituição de 1988 e a operacionalização pela PNAS e pelo SUAS. **Revista Ser Social**, v. 20, 2007, p. 63-83. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12767/11167](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12767/11167) Acesso em 04. out. 2019.

PEREIRA, C. P. Nova direita, corporocracia e política social. In: PEREIRA, P. A. P. (Org.). **A ascensão da nova direita e colapso da soberania política: transfigurações da política social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2020, p. 119-140.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Caderno História e Ciência**. V. 4 n. 1, 2008, p. 547-576. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/cadernos/article/view/35737/34130> Acesso em 10 out. 2020.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociologia. Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, jun. 2010, p. 15-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/GW9TMRsYgQNzxNjZNCsBf5r> Acesso em: 04 out. 2019.

POCHMAN, M. **PROTEÇÃO SOCIAL NA PERIFERIA DO CAPITALISMO: considerações sobre o Brasil**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, n.18 v.2, p. 3-16, jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/w7TFW3zmWHPwPQrQ4fZbbhh/> Acesso em 20 ago. 2021.

RAICHELIS, R.; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, abr. 2021. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282021000100134&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282021000100134&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 18 ago. 2021.

RATHSAM, L. **Negacionismo na pandemia: a virulência da ignorância**. Campinas: SP. 2021. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2021/04/14/negacionismo-na-pandemia-virulencia-da-ignorancia> Acesso em 21 abr. 2021.

RIBEIRO, D. A questão das mulheres negras precisa ser central. In: RODRIGUES, Carla; BORGES, Luciana; RAMOS, Tania Regina (Orgs.) **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro: Funarte, 2016, p. 21-26.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do Macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. Expressão Popular. São Paulo, 2ª reimpressão. 2015.

SANCHEZ R. M., CICONELLI R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Publica**. 2012; 31(3), p. 260–8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268> Acesso em: 04 out. 2019.

SANTINI, R. M.; SALLES, D.; BELIN, L. L.; BELISÁRIO, A.; MATTOS, B.; MEDEIROS, S. G.; MELLO, D.; GRAEL, F.; SEADE, R.; BORGES, A.; MURAKAMI, L.; CARDOSO, R.; DAU, E.; LOUREIRO, F.; YONESHIGUE, B.; CARMO, V.; MAIA, F. **“Aprenda a evitar ‘esse tipo’ de mulher”**: estratégias discursivas e monetização da misoginia no YouTube. Rio de Janeiro: NetLab – Laboratório de Estudos de Internet e Redes Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/RelatrioCompletoEstratgiasdiscursivasemonetizaodamisoginianoYouTube.pdf> Acesso em: 26 mar. 2025.

SANTOS, R. T.; GUIMARÃES, J. R.. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 44, p. 73–87, dez. 2020. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4440> Acesso em: 2 jul. 2023.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R., (Org.) **Saúde do homem em debate**[online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-38. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-02.pdf> Acesso em: 10 out. 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. **Educação & Realidade**, n. 20, p. 71-99. jul-dez 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667> Acesso em 21 jun. 2024.

SILVA JUNIOR, A. O.; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de. Quem Pesquisa masculinidade no Brasil? In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 9-20.

SILVA JUNIOR, P. M.. Entrevistado: Paulo Melgaço da Silva Junior. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 79-84.

SOUSA, A. R. et al. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2021. p. 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/tspwMM5BVh4rtR8HN6yx65y/> Acesso em 20 jan. 2023.

SOUZA, L. V. S. A. et al. Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/25354-Article-297488-1-10-20220118%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/25354-Article-297488-1-10-20220118%20(1).pdf) Acesso em: 05 maio 2023.

SPINASSI, E.. **Participação dos movimentos sociais de Cambé**: política e cidadania. PDE. Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/luaug/Downloads/RS31870\\_2010\\_uel\\_hist\\_pdp\\_elias\\_spinassi.pdf](file:///C:/Users/luaug/Downloads/RS31870_2010_uel_hist_pdp_elias_spinassi.pdf) Acesso em 13 out. 2023.

SPOSATI, A. Assistência social: de ação individual a direito social. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, n. 10, jul./dez. 2007. Disponível em: [http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-10/RBDC-10-435-Aldaiza\\_Sposati.pdf](http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-10/RBDC-10-435-Aldaiza_Sposati.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

SPOSATI, A. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, 2018, p. 2315-2325. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5SMZzhGjWn5wHHsQvy649qL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 jan. 2023.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011, p. 104-115. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rk/a/gSVtvRvWHTzhpPRLdqhh59c/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 21 jan. 2023.

SPOSATI, A. (Org.) SUAS E PROTEÇÃO SOCIAL NA PANDEMIA COVID-19 - **NOTA TÉCNICA DO NEPSAS**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. 131p. Disponível em: <https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/23b57-nota-tecnica-agosto.pdf> Acesso em 20 jan. 2023.

TAKARA, S.. Entrevistado: Samilo Takara. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 93-100.

TCHALIAN, V. Entrevistado: Vicente Thcalian. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 121-126.

TEIXEIRA, M. B. M; LOPES, F. T.; JÚNIOR, A. B. G; Gênero e Feminismos: conceitos e perspectivas. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia, MG, N. 1, v.32. jan./jun. 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/anguem/article/view/50722> Acesso em: 28 mar. 2023.

TIBURI, M. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos. 12ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019. 126 p.

TOLEDO, A. F.. Alguns apontamentos sobre a categoria classes e grupos subalternos de Antonio Gramsci. In: YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e Assistência Social**. 9ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2016, p. 201-240.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-243.

TRAVASSOS, C.. e MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** v. 20 . 2 Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/abstract/?lang=pt> Acesso em 04. Out. 2019.

TREVISAN, J. S.. O Espetáculo do desejo: homossexualidade e crise do masculino. In: CALDAS, Dario (Org.) **Homens**. São Paulo: SENAC, 1997, p. 51-92.

TREVISAN, J. S. **Seis balas num buraco só**: a crise do masculino. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2021. 375 p.

TRÜRLER, D. Entrevistado: Djalma Trürler. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 41-50.

VIANA, A. L. D.; LEVICOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS. P. E. M; IBÁÑEZ. N. **PROTEÇÃO SOCIAL**: dilemas e desafios. Hucitec: São Paulo, 2009. P. 15-57.

VILAÇA, G.; D'ANDRÉA, C.. Da mansphere à machosfera: práticas (sub)culturais masculinistas em plataformas anonimizadas. **Revista Eco-Pós**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 410–440, nov. 2021.

VITELLI, C. Representações das masculinidades hegemônicas e subalternas no cinema. **Análise Social**, vol. XLVI (198), 2011, p. 157-169. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41330820> Acesso em: 04. out. 2019.

WAYNE, M.; CABRAL, V. N. Capitalismo, Classe e Meritocracia: um estudo transnacional entre o Reino Unido e o Brasil. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 46, n. 3, p. 1-22, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edreal/a/QfPgJhMxBvKPg7YgnMvJwGs/>> Acesso em: 13 out. 2024.

ZAGO, L. F.. Entrevistado: Luiz Felipe Zago. In: SILVA JUNIOR, Alcidesio Oliveira da; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de (Orgs.). **Eles por Eles**: pesquisas sobre masculinidades no Brasil. Curitiba: CRV, 2022, p. 65-70.

# APÊNDICE A

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****Pesquisador Responsável:** Fabrício da Silva Campanucci**Professora Orientadora:** Dra. Liria Maria Bettioli Lanza**Título provisório:** Masculinidades e acesso às Políticas de Saúde e Assistência Social**NOME:****IDADE:****ESTADO CIVIL:****TEM FILHOS? QUANTOS?****COMPOSIÇÃO FAMILIAR:****VÍNCULOS FAMILIARES:****PROFISSÃO:****FONTE DE RENDA:****CONCEPÇÕES E EXPRESSÕES DAS MASCULINIDADES**

1. O QUE É SER HOMEM PARA O SENHOR?
2. O QUE FAZ O SENHOR SE ENTENDER COMO HOMEM?
3. QUAIS SÃO AS DIFERENÇAS ENTRE OS HOMENS E AS MULHERES?

**ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

1. POR QUAIS MOTIVOS O SENHOR PROCUROU (E PROCURA) OS SERVIÇOS DE SAÚDE?
2. POR QUE O SENHOR PROCUROU OS SERVIÇOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL?
3. COMO O SENHOR AVALIA O ACESSO A ESSAS POLÍTICAS?

# APÊNDICE B

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI, brasileiro, casado, assistente social, inscrito(a) no CPF sob o nº, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL”, a que tiver acesso nas dependências das Secretarias de Saúde e Assistência Social do município de Cambé.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a: 1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros; 2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso; 3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível; 4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas: Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Ass. \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador(a) Responsável

# APÊNDICE C

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** FABRÍCIO DA SILVA CAMPANUCCI

**PESQUISADORA ORIENTADORA:** PROFA. DRA. LIRIA MARIA BETTIOL LANZA

**TELEFONE PARA CONTATO:** (43)

**INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCE OS PESQUISADORES:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA; DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS

**NOME DO PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa “MASCULINIDADES E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, de responsabilidade do pesquisador Fabrício da Silva Campanucci. O objetivo deste estudo é analisar as trajetórias de homens no acesso às políticas de Saúde e Assistência Social em interface com as masculinidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental e de campo, que buscará verificar como os homens compreendem os conceitos de gênero e expressam suas masculinidades; problematizar o acesso da população masculina às políticas de Saúde e Assistência Social, a partir das concepções de gênero e das expressões de masculinidades reveladas pelos participantes; e discutir a relação entre a configuração da oferta das políticas de saúde e assistência social e a aceitabilidade dos homens que as acessam.

Esta pesquisa apresenta um risco mínimo, mas caso sinta-se desconfortável, constrangido ou cansado ao responder a entrevista, o Senhor poderá interromper ou desistir da pesquisa sem qualquer ônus. E, se for necessário, poderei encaminhá-lo para atendimento na rede pública. Portanto, é livre a participação nessa pesquisa e o Senhor poderá desistir de participar a qualquer momento sem qualquer ônus. O benefício esperado é destacar as reais necessidades da população masculina e contribuir para a qualificação e facilitação do acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social. Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e seu nome não será divulgado em hipótese alguma. Essa pesquisa não gerará prejuízos ao Senhor e os resultados serão disponibilizados a partir do ano de 2025, pela Universidade Estadual de Londrina e pelo próprio pesquisador.

Caso exista qualquer dúvida em relação a pesquisa, o Senhor poderá saná-la com os pesquisadores responsáveis ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL, LABESC - Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário - Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina-Pr - CEP: 86057-970, Telefone: 43-3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Declaro também ter recebido cópia deste Termo de Consentimento.

Cambé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Fabrício da Silva Campanucci, RG nº \_\_\_\_\_, declaro cumprir todos os procedimentos previstos e detalhados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cambé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Assinatura: \_\_\_\_\_

# ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DE LONDRINA - UEL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MASCULINIDADE E O ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA

**Pesquisador:** FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI

Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 75899823.6.0000.5231

**Instituição Proponente:** CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.596.393

Apresentação do Projeto:

"Este projeto de pesquisa questiona como as concepções e expressões das masculinidades interferem no acesso dos homens às Políticas de Saúde e Assistência Social. Por isso, seu objetivo geral é analisar as trajetórias de homens no acesso às políticas de Saúde e Assistência Social em interface com as masculinidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental de campo, que buscará verificar como os sujeitos compreendem os conceitos de gênero e expressam suas masculinidades; problematizar o acesso da população masculina às políticas de Saúde e Assistência Social, a partir da concepção de gênero e das expressões de masculinidades reveladas pelos sujeitos; discutir a relação entre a configuração da oferta das políticas de Saúde e Assistência Social e a aceitabilidade dos homens que as acessam. Através da pesquisa documental buscará descrever as características das políticas em tela, a composição das redes de serviços existentes e os dados disponíveis sobre o acesso e utilização dos serviços pela população masculina. A entrevista em profundidade será a técnica de coleta de dados selecionada para a pesquisa de campo. Os sujeitos serão de cinco a dez homens com idade entre 20 e 65 anos atendidos pelas políticas de Saúde e Assistência Social no município de Cambé entre os anos de 2018 e 2023. Espera-se que esta pesquisa possa oferecer conhecimentos capazes de qualificar o acesso da população masculina nas formulações e nos processos de execução da Política de Saúde e Assistência Social. Os critérios de inclusão serão: a participação no grupo; ou, ter sido atendido de

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

# UNIVERSIDADE ESTADUAL DELONDRINA - UEL

Continuação do Parecer: 6.596.393

formaparticularizadanoCRASpelomenos15vezesentre2018e2023.Hipótese:-Aestruturaeorganização da oferta dos serviços de ambas as políticas em tela reproduzem as concepções tóxicas demasculinidadeecomprometemoacessodapopulaçãomasculina;-Asconcepçõesevivênciadaspopulação masculina impactam nadimensão daaceitabilidade doacesso;-As expressões dasmasculinidadespodemconstruirbarreirasdeacessodoshomensapolíticasdesaúdeeeassistênciasocial."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

.AnalisarastrajetóriasdehomensnoacessoàspolíticasdeSaúdeeeAssistênciaSocialeminterfacecomasmasculinidades

Objetivo Secundário:

. Verificar como os sujeitos compreendem os conceitos de gênero e expressam suas masculinidades;

.ProblematizaroacessodapopulaçãomasculinaàspolíticasdeSaúdeeeAssistênciaSocial,apartirdasconcepçõesdegêneroeasexpressõesdemasculinidadesreveladaspelossujeitos;

.Discutirarelaçãoentreaconfiguraçãodaofertadaspolíticasdesaúdeeeassistênciasocialeaaceitabilidadedoshomensqueasacessam;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Esta pesquisa qualitativa apresenta um risco mínimo aos sujeitos como desconforto, constrangimento ou cansaço ao responder a pesquisa. Caso isto ocorra, os participantes poderão interromper ou desistir dapesquisa sem qualquer ônus. E, se for necessário, serão encaminhados para atendimento na rede pública.Benefícios:

ObenefícioesperadoédestacarasreaisnecessidadesdapopulaçãomasculinaecontribuirparaaqualificaçãoefacilitaçãodoacessodoshomensàsPolíticasdeSaúdeeeAssistênciaSocial."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto

.Todososcampospreenchidos,assinaturadigitaldaCoordenadoradoProgramadePósGraduaçãemServiçoSocialPolíticaSocial.

Continuação do Parecer: 6.596.393

Orçamento

. Detalhado de R\$ 1500,00 com financiamento próprio.

Cronograma

. Coleta de dados prevista para 03/01/2024.

Riscos / Benefícios

. Foram descritos nas Informações básicas e no TCLE;

.Aodescreverasprovidênciasqueserãotomadasopesquisadorescreveu:"E,sefornecessário,serãoencaminhadosparaatendimentonaredepública."

ApresentouautorizaçãodaInstituiçãocoparticipante,SecretariaMunicipaldeAssistênciaSocialCidadaniadeCambé.

Apresentou documento "ROTEIROENTREVISTAEMPROFUNDIDADE.docx" onde consta "nome" e não há anonimização do participante da pesquisa;

Utilizou o termo "indivíduo" em vários parágrafos das Informações básicas da Plataforma Brasil;

TCLE

. Apresentada em forma de convite;

.ApresentatelefonedaOrientadoraeRGdopesquisadormasnãoháinformaçõessobree-

mail,telefonepessoaleendereço do responsável pelapesquisa;

. Consta a informação sobre encaminhamento se necessário para atendimento em rede pública;

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

---

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DELONDRINA - UEL

.Constanodocumento"PROJETO.pdf"que"asentrevistasserãogravadas"porémestainformação não está descrito no TCLE;  
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para a aprovação do presente projeto solicitamos atendimento das pendências abaixo:

Entende-se que a terminologia adotada pela Resolução CNS n.º 466, de 2012, item II.10 – participante de pesquisa, deve ser empregada em todos os documentos do protocolo de pesquisa, em substituição ao termo "sujeito", que foi utilizado no resumo, metodologia, objetivo e riscos. Solicita-se adequação substituindo todos os termos "sujeito" para participante de pesquisa em todos os documentos nas Informações básicas da Plataforma Brasil.

ANÁLISE: O termo sujeito foi substituído por "participante da pesquisa" em todos os documentos. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Solicita-

se que seja expresso de forma clara e objetiva, no TCLE e nas Informações básicas da Plataforma Brasil, que o pesquisador não irá onerar o SUS, ou o próprio participante de pesquisa, responsabilizando-se por todos os gastos referentes ao estudo. Assim o pesquisador deverá

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

---

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DELONDRINA - UEL

Continuação do Parecer: 6.596.393

retirar a frase: "E, se for necessário, serão encaminhados para atendimento na rede pública." e elencar providências que serão tomadas com recursos próprios. (Resolução n.º 466, de 2012, item III.2.o).

ANÁLISE: O pesquisador corrigiu a frase para: "Se houver necessidade de qualquer tipo de providência ou encaminhamento, será de responsabilidade do pesquisador, sem nenhuma oneração ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou à plan de saúde."

PENDÊNCIA ATENDIDA

No documento "ROTEIRO ENTREVISTA EMPROFUNDIDADE.docx", há um campo para que sejam inseridos o nome do/a participante. O pesquisador "deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes sem decorrer dos seus procedimentos, devendo para tanto ser adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar danos ou atenuar seus efeitos" (Resolução CNS n.º 510 de 2016, Art. 19º). Nesse sentido, solicita-se retirar esse campo e substituir por Iniciais do nome ou outra codificação para a anonimização dos dados que possam identificar o participante da pesquisa. ANÁLISE: O pesquisador substituiu "nome" para código do participante.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

No TCLE:

Acrescentar email, telefone pessoal e endereço do responsável pela pesquisa;

Retirar a frase sobre encaminhamento à rede pública e elencar providência que será tomada pelo PRÓPRIO pesquisador, sem onerar o SUS ou a plan de saúde;

Considerando os direitos dos participantes, dispostos na Resolução CNS n.º 510 de 2016, Art. 9º, de terem sua privacidade respeitada; de terem garantida a confidencialidade das informações pessoais e de decidirem, dentre as informações que fornecem aquelas que podem ser tratadas de forma pública, solicita-se inserir opções excludentes (por exemplo: "sim, autorizo a gravação"; "não, não autorizo a gravação da entrevista"; para que as/os participantes possam exercer certos direitos.

ANÁLISE: Todas as solicitações foram atendidas. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DELONDRINA - UEL**

Continuação do Parecer: 6.596.393

Investigador	PROJETODETESEFABRICIODASILVA CAMPANUCCI.pdf	20/12/2023 16:27:55	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Outros	TERMODESIGILOASSINADO.pdf	18/11/2023 07:42:52	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Outros	coparticipanteassistsocial.pdf	18/11/2023 07:41:24	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Outros	coparticipantesaude.pdf	18/11/2023 07:38:30	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	18/11/2023 07:27:35	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito

Ressaltamos, para inícios de pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

Assumir a responsabilidade do pesquisador e delegar a ele as atividades compreendidas nos aspectos ético e legais, cabendo-lhe:

conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;

apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;

desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;

elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;

encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, como devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;

justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2247162.pdf	20/12/2023 16:40:21		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	20/12/2023 16:38:36	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Outros	OFICIOSPOSTACEPUEL.docx	20/12/2023 16:37:24	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/12/2023 16:36:43	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/12/2023 16:29:25	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Outros	ROTEIRO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDADE.docx	20/12/2023 16:28:37	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETODETESEFABRICIODASILVA CAMPANUCCI.pdf	20/12/2023 16:27:55	FABRICIO DA SILVA CAMPANUCCI	Aceito

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DELONDRINA - UEL

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 21 de Dezembro de 2023

Assinado por:

\_\_\_\_\_

**Adriana Lourenço Soares Russo(Coordenador(a))**

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL  
DELONDRINA - UEL

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br