

ONDE SE ENCONTRAM OS HOMENS NO S.U.S? – A PERSPECTIVA DE GÊNERO EM UMA EXPERIÊNCIA CARTOGRÁFICA NA CIDADE DE PETROLINA-PE.

Camila Mireli Calaça de Sá; Marcus César da Silva Leandro

Universidade Federal do Vale do São Francisco, camilapsicounivasf@gmail.com; Universidade Federal do Vale do São Francisco, marcuscesarleandro@hotmail.com.

RESUMO

O presente artigo visa explicar uma experiência de imersão no S.U.S feita com a equipe do NASF 5 Petrolina-PE acerca do tema saúde do homem, articulando-se com discussão em gênero. Durante o decorrer do artigo pretendeu-se responder o seguinte questionamento: Onde se encontram os homens no Sistema Único de Saúde? Para tanto, utilizamos da inserção cartográfica no serviço NASF 5 como mediador de provocação e produção de saber acerca do assunto, tentando-se refletir acerca dos fenômenos que surgem a partir do contato: conversas, observações, impressões. Percebeu-se, então, que as masculinidades, a concepção construída do lugar do masculino versus o ambiente de saúde feminilizado e a pouca informação sobre esse serviço de saúde podem indicar dificuldades tanto em relação à entrada desse indivíduo nesse ciclo de cuidados, quanto à manutenção de sua autonomia nessas práticas em saúde.

Palavras-Chave: Masculinidades, Saúde Integral do Homem, Gênero, Sistema Único de Saúde, Inserção Cartográfica.

Introdução

Inicialmente, a proposta do presente estudo consistia em investigar, através de uma observação-participante no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o acesso dos homens à atenção primária à saúde, com o objetivo de observar e discutir o atendimento oferecido à população masculina nesse contexto. Entretanto, depois da imersão do grupo – alunos do curso de psicologia da UNIVASF - nesse sistema e com esse objetivo em mente, percebemos a ausência desse homem na unidade de atendimento de maneira generalizada. Em decorrência disso, foi cogitada a possibilidade de se mudar o foco de observação, pois estávamos à deriva de um trabalho obrigatório acadêmico, com prazos a serem estabelecidos e uma discussão em saúde que deveria ser feita. Esses objetivos, a priori, pareciam difíceis de serem alcançados, visto a dificuldade de entrar em contato com os homens do serviço.

Repensamos todo o contexto, em supervisão e sala de aula, e considerando a contribuição para a nossa formação acadêmica em psicologia, atentamo-nos a quais ações o psicólogo daquela

unidade juntamente com a nossa equipe realizava para atender a política de saúde integral do homem. A ideia se deu em problematizar justamente a não inserção dos homens na atenção primária, movidos pelo seguinte questionamento: “Onde estão os homens no S.U.S?”. Assim, surgiu também a necessidade de abordar aspectos da construção social do “ser homem” e como isso impacta a sua saúde, para que gradativamente pudéssemos responder a indagação aqui lançada.

Grossi (1998) traz que o gênero não é somente determinado pela história que se constrói sobre os sexos, mas de uma categoria que visa dar sentido a essa diferença. O gênero é a dinâmica entre o que está posto convencionalmente para o que é ser homem e mulher, a construção social do que é sê-los e que marca a diferença entre eles. Contudo, o exercício de cada papel de gênero demonstra-nos ir além do que é demarcado por essa construção, nos fazendo observar, por exemplo, a existência de diferentes expressões do masculino, gerando o conceito de masculinidades. Connell em seu estudo sobre a Política da Masculinidade (1995) infere que a questão da masculinidade é baseada nas relações sociais, no que se refere aos corpos e nessa produção histórica que vem se sucedendo, e que apesar de indicar uma masculinidade hegemônica - reforçada pelo papel de “homem”, pelo biológico e cultural – resvala em uma construção que é possível de se reconstruir, existindo em um mesmo ambiente, por exemplo, diversas variações de masculinidades.

Separavich e Canesqui (2013) retratam a masculinidade como o tensionamento entre pares opostos (masculino e feminino), desautorizando outros comportamentos que se afastem dessa norma – do hegemônico - negando quaisquer emblemas femininos na sua construção. No que consta para Urra (2012) em meio às relações de masculinidades, algumas dessas se enquadram nas legitimadas socialmente – homem branco, hétero e cis - em contraponto com outras que não se enquadram em tais determinações sociais construídas culturalmente - homem negro, homossexual e trans..

A partir desse olhar para o gênero, preconiza-se que o S.U.S atenda integralmente essas masculinidades, seja pelo cumprimento da Lei 8080/90 que tem no artigo 7º: “II - integralidade de assistência, 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” ou por meio de políticas públicas. Segundo a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), esse sujeito precisa ser notado em suas particularidades e no seu contexto sociocultural, econômico e político como forma de compreendê-lo, visando qualificar a saúde da população masculina, resguardando à integralidade do cuidado. Configurando que essas masculinidades sejam passíveis de frequentar e usufruir do serviço de saúde em questão.

Podemos nos atentar igualmente, mesmo que de forma tímida, que os ciclos de campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde do Brasil apresentam a manutenção da divisão da atenção em saúde de acordo com a construção em gênero. Como acontece nos meses de Outubro destinando aos cuidados da saúde da mulher – Outubro *Rosa* –, e em Novembro com atenção à saúde do Homem – Novembro *Azul* - enfatizando a dicotomia de cores para cada sexo como foi grifado: como se a cor da mulher fosse rosa e do homem fosse azul. Porventura, indicam-se alguns movimentos: de divisão do gênero para o trabalho em saúde e a necessidade de campanhas para algo que poderia ser naturalizado para ambos os sexos, no caso, os eventuais cuidados a saúde.

Segundo dados da cartilha “Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil” (2012) os homens ainda apresentam um índice de mortalidade maior do que a mulher, podendo alcançar uma porcentagem quatro vezes maior, se tratando da faixa etária jovem. Quando passamos a examinar esses dados, podemos verificar que variam entre estados, condições sociais e até raça/cor desses homens. Conforme essa mesma cartilha, cerceiam esses óbitos masculinos as causas externas (acidentes, homicídios), transtornos mentais, aparelho digestivos; enquanto que nas mulheres, os índices de mortalidade estariam atrelados a doenças comuns do decorrer da idade – neoplasias, transtornos nutricionais e metabólicos, entre outros. Logo, verificamos que a questão do gênero se faz presente ao percebermos que o homem tende a se envolver com maior frequência em situações de risco que favorecem o aumento de taxas de mortalidade caracterizadas pela prematuridade e não equivalência às formas de adoecer da mulher, por exemplo.

Pensar nessa Atenção à Saúde do Homem é também refletir onde esses homens estão posicionados perante os ditames do gênero e do aparelho de produção de saúde, ampliando os horizontes acerca desses temas. A Atenção Primária em Saúde (APS) é vista como porta de entrada para qualquer cidadão que necessite do serviço, entretanto, de acordo com o Machin. R, Couto, Silva, Schraiber, Gomes, Figueiredo e Valença (2011) existem alguns pontos que precisam de um olhar mais atento, como: a concepção do homem inatingível pela doença – o provedor – afastando-o da prevenção de agravos, o espaço de saúde ainda ser um lócus mais voltado para o feminino, seja na frequência de quem utiliza, seja na composição dos profissionais de cuidado. Couto *et al* (2010) denuncia que esse espaço, por vezes, é visto deste modo até pela sua própria estruturação, onde percebemos inúmeras campanhas voltadas para o materno, infantil, apontando para esse espaço mais feminino, que ressalta aspectos de uma “natureza a ser cuidada”. A partir desses aspectos, conjecturamos a possibilidade de discussão de gênero e saúde a partir de onde esse homem está situado no Sistema Único de Saúde na cidade de Petrolina-PE.

Metodologia

O referido trabalho caracterizou-se pela *inserção cartográfica*, contemplando, de certa forma, um caráter interventivo, não no sentido de transformar, mas de provocar, visando à elaboração a partir do que se faz, partindo da própria experiência, onde nossa própria presença já causaria mudanças naquele meio e reflexões acerca do assunto. Cabral (2011) reforça que a intervenção ocorre no contexto de encontro de pessoas, onde a própria presença, já se configura como intervenção, ou seja, inseridos naquele contexto já exercia função de provocar. Utilizando-se da própria *experiência* como ponto de partida, cabe aqui caracterizar o que essa palavra nos remete, no sentido em que foi trabalhada, para fins de compreensão.

Bondía (2002) diz que “a experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova” (p. 25), com isso, fica claro que a experiência é algo que nos acontece, que nos passa, e principalmente, aquilo que nos toca. E a partir daí, produzindo impressões acerca do que se pretende apreender, no caso em questão, a temática da saúde do homem e gênero. A partir da entrada do grupo ao campo, com observações, conversas, compartilhamento de pensamentos, supervisões e tendo por base os aportes teóricos sobre os temas, traçaram-se indagações a respeito da nossa pergunta inicial.

Resultados e Discussão

A partir da relação com esse campo da atenção primária e seus profissionais, principalmente o psicólogo, por questão da proximidade epistemológica, as provocações levantadas a partir do assunto, e ademais, por meio da nossa observação enquanto estudantes e curiosos pelo tema, alguns pontos se tornaram evidentes, como a presença ínfima dos homens no serviço. Em narração, a psicóloga do serviço nos relatou uma ação planejada que teve como objetivo ir de encontro com esses homens, na tentativa de realizar uma intervenção breve, onde seriam oferecidos os serviços que Unidade de Saúde do seu bairro oferecia. A equipe foi a um bar muito conhecido na comunidade, onde os homens se reuniam depois do trabalho.

Esse lugar pôde nos apontar a seguinte discussão em gênero: porque encontrar esses homens justamente em um meio que, segundo os levantamentos em saúde, pode expô-los a comportamentos de risco favorecedores da ocorrência de óbitos precoces, contrapondo-se aos femininos? Ou poderia ser um ambiente de promoção de bem-estar quando os mesmos socializam entre si ao final do dia, após passarem pela exigência social do homem provedor o qual é submetido a esse tipo de masculinidade dominante, reforçada pelos moldes sexistas de produção? Separavich e Canesqui

(2013) em suas análises na literatura se deparam que homens negros por não terem tanto lazer acabam tendo o bar como esse “*point*” de socialização, se expondo a possíveis agravos à saúde, como: violência, brigas ou até mesmo o consumo da própria droga – que são as bebidas alcoólicas à venda. No caso em questão, não foi observado o quesito raça para traçar alguma observação.

Nesse contexto de atuação, ao direcionarmos esses homens a um acolhimento e diálogo, alguns deles se interessaram pelos serviços, mas relataram não ter tempo para esperar em filas, o que seria uma das principais causas do seu afastamento. Os profissionais informaram que na AME (Atenção Médica Especializada) daquele bairro, acontecia o atendimento estendido, em que a unidade funcionava até as 21 horas, o que poderia facilitar a ida deles ao serviço. Com essa informação, uns se animaram e até agendaram atendimento, afirmando que, se soubessem antes do funcionamento, não teriam esperado tanto. A partir disso, problematiza-se uma instância profundamente ligada ao cuidado com a saúde: o trabalho. Uma instância que demonstrou ser dificultadora do homem ao acesso e usufruto desse bem que é a saúde.

Durante as visitas, a psicóloga do serviço também discorreu que muitos homens não procuram o serviço por uma questão ocupacional, ou seja, o fato de muitos deles serem os gestores da família e trabalharem por dois turnos consecutivos os impede de comparecer às unidades. É nítido que nisso também há o atravessamento ideológico cultural de gênero, no sentido de que no mundo organizacional não parece haver uma valorização da ausência masculina motivada pela busca da manutenção da saúde ou processo curativo de doença. E há até mesmo o fato do homem evitar essa busca por receio de transparecer fragilidade no seu ambiente de trabalho (Machin. R *et al.* 2011). Nesse mesmo estudo, ressalta-se que a flexibilização para a mulher se cuidar, até mesmo em oposição à pressão exercida pelo homem forte e viral, faz reforçar o aspecto de frágil e que “precisa se cuidar”, adotando a postura de prevenção, enquanto o homem apresenta esse aspecto do curativismo permeando o seu cuidado em saúde.

Percebemos essa dicotomia com relação aos tratos com a saúde desde muito cedo. Vasconcelos et al. (2016) em um estudo feito com adolescentes do ensino fundamental sobre saúde sexual/reprodutiva e masculinidade pode observar nos discursos proferidos que a sua formação como indivíduo é marcada por alguns pontos que precisam serem levados em conta: a maioria tem um discurso sobre masculinidades voltadas para o padrão hegemônico – de imposição de virilidade; têm dificuldades para falarem do próprio corpo, mesmo admitindo serem conhecedores de informações necessárias, podendo assim, minimizarem a possibilidade de aproximação com ações

de saúde; e que apesar de notarem que os tempos são outros, veem as mulheres como mais “necessitadas” de cuidados em saúde. Esses aspectos mencionados podem indicar uma socialização que não os expõem às diferentes visões de masculinidades, assemelhando-se ao que Connell (1995) retrata ao expor que os homens se esforçam para corresponder à norma, assim, afastando-os do contato preventivo de saúde e atrelando a posição de cuidado as mulheres.

A intenção do atendimento facilitado, dito anteriormente, já se faz presente em alguns serviços públicos do país. Couto *et al.* (2010) em seu estudo aponta para serviços que funcionam além do horário habitual, as vezes com turno de 24 horas, terceiro turno ou nos sábados. Tal estratégia, também foi encontrada nessa equipe por nós visitada. Isso se ampliou para a marcação de exames, onde se apresentava como outro meio demorado para acessar o serviço. Contudo, a equipe não se prendia somente a esses meios. É importante que se explique com o público masculino o comprometimento com a sua saúde, de forma até como acontece com a mulher, sem a diferença de gênero com relação às formas de cuidado, para que o homem não se mantenha nos paradigmas do machismo e sem mudanças pertinentes no âmbito da qualidade de vida proposta por esses profissionais e instituições de saúde.

Schraiber, Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin e Silva (2010) reportam em sua pesquisa que os homens deixam “pra a última hora” a atenção à saúde, adiando por muito tempo ações que promovam bem-estar, apresentando-se de forma imediata a curar a queixa que sente, remetendo a uma prática curativista, que por sua vez, afirma o estereótipo do “super homem” e do modelo biomédico de cuidados, não ampliando a atenção de forma integral. Nesse mesmo trabalho, os autores apontam, segundo as observações de diário de campo, que os homens são menos abordados, isso, devido à tradição que se arraigou de que o corpo feminino merece mais atenção, cuidados e prevenção, sendo assim, tendo consultas mais duradouras. No estudo de Lyra et al (2012) com um grupo de usuários do S.U.S na cidade de Recife-PE, aponta que o homem, muitas vezes, faz o papel de portador de cuidados com outros públicos – mulher, crianças, idosos – do que agente do seu próprio cuidado, porém, há de se frisar que os mesmos são sujeitos de necessidades, de sentimentos e de um contexto que merece atenção por parte do sistema de saúde. Integrando-os no rol da assistência ofertada.

Os programas empreendidos pelo Ministério da Saúde – ditos na introdução - podem vir como forma de atender algumas demandas de saúde desse público. Ao reconhecer: as limitações do trabalho, da questão de gênero ao socializar esse homem como “indestrutível”, ao manter essa

imagem de provedor; podemos ver o recurso dessas Campanhas como forma de aproximar esse homem aos cuidados, cuidados permanentes em saúde, antes mesmo de agravar o caso – como ocorre em algumas situações. Uma das estratégias para contemplar a saúde do homem foi o Novembro azul. Essa campanha é de cunho nacional e tem o propósito de conscientizar a comunidade masculina da atenção com o câncer de próstata, que é o segundo câncer que mais mata homens (Barbosa, 2015).

Nessa experiência de imersão ao campo junto com a psicóloga da equipe do NASF, pudemos flagrar resquícios do Novembro Azul, pois começamos a entrar em contato com a profissional no começo de Dezembro – mês que já se havia encerrado as atividades da campanha. Esses resquícios foram a organização da conclusão dos trabalhos: encaminhamentos, rodas de conversas e exames de DST's e AIDS. Incluíram-se nessas rodas possíveis intervenções que repensassem esse homem para a quebra desse único tipo de masculinidade – a viril - direcionando-o para a autonomia sobre o que lhe diz respeito à saúde, na ida e retorno aos serviços e na efetividade da promoção de bem-estar e qualidade de vida, atentando-se para um possível vínculo entre esse homem e a instituição.

O movimento de conclusão de trabalhos pode indicar um fato positivo à atenção integral da saúde do homem, a exemplo: de propor atividades que vão além de quadros sintomatológicos, que foquem somente em descobrir queixas e doenças desses homens que encontramos nos serviços, reformulam o modelo em saúde (Gome, Leal, Knauth & Silva, 2012), ampliando o horizonte de possibilidades de abordar o masculino para outros campos que não se restrinja a sexualidade e reprodução, que os escutem a partir de outras vivências, outros contextos. Gomes *et al* (2012) ainda ressalta que essas campanhas para a saúde do homem são vistas comumente como algo episódico, ligados à próstata, eventos e distribuição de folder's, caindo-se em um paradigma: ocupam um lugar momentâneo de ações destinadas aquela campanha, destinados a focar em uns temas em detrimento de outros – falar de câncer de próstata e não de violência - ou são caminhos para iniciarem esses homens às ações de saúde?

No entanto, ainda se faz imprescindível reformular os espaços de saúde pública, por ainda serem pensados e vistos como lócus do feminino. Historicamente, esse corpo passou – e ainda passa – pelo crivo do saber biomédico, que naturaliza o corpo da mulher para essa atenção maior à saúde, na maioria das vezes, pertinente a ele abrigar o aspecto da reprodução humana. Com isso, esse espaço ficou mais detido a esse público (assim como crianças e idosos), contribuindo para o

“esquecimento” de outras coletividades: homens, comunidade LGBT, negros, índios e entre outros; para os quais existem políticas de saúde. E dentre esses homens, a partir de Couto e Dantas (2016) é possível observar o maior número de práticas e estudos que estão os abordando de uma forma menos curativa e mais ampliada, a partir de leituras advindas da antropologia, das áreas sociais e humanas, que vem munir forças as discussões e possíveis intervenções com esse público. Indicando que possa haver mais estudos interseccionais, com base na raça, orientação sexual, classe social e até geracional, pois muito se tem estudado sobre a juventude do homem, mas, e a sua velhice? E os aspectos da masculinidade e o envelhecimento? São mais lugares para se transitar, mais masculinidades a se conhecer.

Pontuando, por fim, que em certas rodas de conversa de hipertensão – a forma costumeira para se referir ao programa de hipertensão arterial e diabetes - quando existia a presença dos homens, esses, vinham acompanhados também de mulheres, o que nos faz pensar sobre a feminilização desse espaço e da autonomia antes posta em discussão. Nesse caso, pode estar ocorrendo o que Separavich e Canesqui (2013) dizem sobre a “generificação” de espaços, quando o espaço que poderia promover autonomia no homem, é na verdade permeado pela presença feminina, generalizando para um lócus da mulher, facilitando as desigualdades no que tange esses acessos. Entretanto, essas mesmas mulheres podem servir, até certo ponto, como ponte para que esses homens possam se reconhecer como sujeitos que previnem e promovem a saúde, vendo-se como sujeitos que se fragilizam, que podem ter vulnerabilidades.

Conclusões

Essa imersão ao campo que produziu uma experiência dentro do Sistema Único de Saúde juntamente com uma discussão sobre masculinidades, pode apontar para algumas dificuldades desses homens acessarem os serviços, associadas à falta de informação, trabalho e padrões de masculinidades, no caso: viris, provedores e indestrutíveis. Associado ao que foi construído sócio culturalmente sobre o que é ser homem, isso desde muito cedo, faz com que os cuidados em saúde sejam de forma curativa, não indo para além disso. Para tanto, observou que as campanhas podem invocar a participação dos homens a se aproximarem do serviço, mesmo ainda sendo considerado um lócus feminino. Contudo, sempre pensando em ações que sejam para além da sexualidade/reprodução, que concebam esse homem de forma integralizada, explanando outras formas de promover saúde. Faz-se necessário, portanto, estratégias que possam superar esses percalços, que tragam esse homem para uma autonomia no cuidado à saúde.

Referências

- BARBOSA, L. M. M. A. **Novembro Azul: oportunidades para informações, consultas e encaminhamentos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
- BONDÍA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** *Rev. Bras. Educ.* [online]. n.19, 2002, pp.20-28. ISSN 1413-2478.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília, 2009.
- BRASIL. **Lei n. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 18 ago 2017.
- CABRAL, B. E. B. **Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde.** 2011. 185f. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.
- CONNELL, R. W. **Políticas da masculinidade.** *Educação & Realidade*, 20(2), p.185-206, jul/dez. 1995.
- COUTO, M. T; DANTAS, S. M. V. **Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista *Saúde e Sociedade*.** *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n.4, p. 857-868, 2016.
- COUTO, M.T; PINHEIRO, T. F; VALENÇA, O; MACHIN, R; SILVA. G. S. N; GOMES, R; SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.
- ERLY, M. **Perfil da Situação do Homem no Brasil.** Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2012.
- GOMES, R; LEAL, A. F; KNAUTH, D; SILVA, G. S. N. **Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), p. 2589- 2596, 2012.

GROSSI, M. P. **Identidade de gênero e sexualidade.** Antropologia em 1ª mão, Florianópolis, UFSC/PPGAS, 1998.

LYRA, J; MEDRADO, B; BARRETO, A. F; AZEVEDO, M. **Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda política de saúde.** Boletim Instituto Saúde, v. 14, n.1, agosto de 2012. ISSN 1518- 1812.

MACHIN, R; COUTO, M. T; SILVA, G. S. N; SCHRAIBER, L. B; GOMES, R; FIGUEIREDO, W. S; VALENÇA, O. A; PINHEIRO, T. F. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.** Ciência & Saúde Coletiva, 16 (11):4503-4512, 2011.

SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO, W. S; GOMES, R; COUTO, M. T; PINHEIRO, T. F; MACHIN, R; SILVA, G. S. N; VALENÇA, O. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5), p. 961-970, mai, 2010.

SEPARAVICH, M. A; CANESQUI, A. M. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p. 415-428, 2013.

URRA, F. **Masculinidades – Reconstruindo relações de igualdade.** Disponível em: <<https://flaviourra.wordpress.com/masculinidade/>>. Acesso em: 08 de mar. 2016.

VASCONCELOS, A. C. S; MONTEIRO, R. J. S; FACUNDES, V. L. D; TRAJANO, M. F. C; GONTIJO, D. T. **Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p. 186-197, 2016.