

# REDISTRIBUIÇÃO DE DIREITOS À SAÚDE INTEGRAL E DE QUALIDADE: DESAFIOS PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO MASCULINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL<sup>1</sup>.

Maria Juracy Filgueiras Toneli. Professora Associada III da Universidade Federal de Santa Catarina/ Brasil. Doutora em Psicologia. juracy.toneli@gmail.com

Rita Flores Müller. Doutoranda em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Brasil. ritafloresmuller@gmail.com.

Suzana Almeida Araújo. Professora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – AGES, Paripiranga/BA. Mestre em Psicologia. psisuzana@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

O Núcleo *Margens*: modos de vida, família e relações de gênero (PPGP/UFSC/Brasil)<sup>2</sup> tem desenvolvido há mais de uma década pesquisas sobre as masculinidades, seus trânsitos e desejos na cultura e, mais recentemente, sobre a redistribuição dos direitos em saúde voltados à população masculina<sup>3</sup>. O presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre a cartografia dos mal-estares masculinos sob a ótica de duas produções discursivas privilegiadas: os enunciados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em agosto de 2009 pelo Ministério da Saúde (MS/Brasil)<sup>4</sup>; e o relatório final da segunda etapa da

---

<sup>1</sup> O presente trabalho será apresentado no Eixo 5: Salud y sexualidad masculina. Salud preventiva y masculinidad. Autocuidados, la salud, el cuidado y las relaciones de gênero. Língua portuguesa, duração de 15 a 20 minutos de apresentação, com uso de retroprojektor.

<sup>2</sup> Núcleo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/ Brasil), coordenado pelas professoras Maria Juracy Filgueiras Toneli, Mara Coelho de Souza Lago e Mériti de Souza.

<sup>3</sup> Os projetos de pesquisa desenvolvidos no *Margens* nos últimos dois anos permitiram o aprofundamento da compreensão de questão relacionadas à vida sexual e reprodutiva, centrando-se em temáticas como: paternidade e masculinidade, sexualidade na adolescência, relações amorosas entre jovens universitários, organizações familiares contemporâneas. O esforço despendido na direção da investigação de populações masculinas tem se mostrado frutífero na medida em que permite a compreensão destes universos, tanto no que diz respeito aos aspectos comportamentais, quanto aos conteúdos simbólicos. A articulação com outros grupos de pesquisa que abordam estas temáticas vem sido estreitada e se reflete na publicação de artigos em revistas científicas e capítulos de livros da área. Para mais informações, consulte a fonte desta informação: <http://www.margens.ufsc.br/> (acesso em 20 de agosto de 2011).

<sup>4</sup> Segundo o documento da política em questão: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em agosto de 2009. A ideia central deste documento

pesquisa multicêntrica “Homens e serviços de saúde: rompendo barreiras individuais, culturais e institucionais”<sup>5</sup>. Neste relatório, foram analisadas as entrevistas realizadas com profissionais do Programa de Saúde da Família e os grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde no ano de 2010.

Um dos pontos de estofa desta convergência histórico-política é a ação das tecnologias do gênero que cristalizam o feminino numa suposta fragilidade do corpo da mulher e inscrevem o masculino no corpo forte do homem (Lauretis, 1987). Para desfazer a métrica deste mal-entendido e propor alternativas aos imperativos do gênero heteronormativo (Butler, 2003), analisaremos sob quais enredos o acesso de homens à saúde têm sido apresentados no material produzido em trabalho de campo e como estes, ao incorporarem o discurso da atual política de Estado, contribuem para reificar o dispositivo familiarista na saúde (Birman, 2007) e seu controle sobre os corpos-espécie (Foucault, 2007). Como analisar a ação deste dispositivo sobre as fronteiras individuais, sociais e políticas dos corpos de homens e de mulheres? Para percorrer as questões apresentadas, os enunciados foram analisados de acordo com as seguintes categorias: estratégias preventivas e educativas em saúde; orientações sobre saúde sexual e reprodutiva; ações específicas por demandas geracionais; melhoria das relações entre profissional e usuário; estrutura dos serviços no atendimento a homens; campanhas de combate à cultura machista.

---

foi desenvolvida de modo articulado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas. A Política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e privilegia a estratégia de Saúde da Família e tem o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida da população masculina brasileira, com vistas à redução de sua morbidade e mortalidade. Fonte: documento original da política de saúde, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf).

<sup>5</sup> Acervo do Núcleo Margens.

## **METODOLOGIA**

A metodologia da pesquisa baseou-se na análise de discurso, em especial nas formulações de Michel Foucault em “A arqueologia do saber” (1969). Entendemos que ao lidar com os discursos – seus regimes e formações, aceitamos o desafio de “entrar nesta ordem arriscada do discurso” (Foucault, 1970: 7), nas relações entre os saberes e os poderes constituintes do campo em questão. A reflexão sobre os jogos de verdade, em que os sujeitos são instados a falar sobre si ainda que utilizem o pronome na terceira pessoa do plural, implica o jogo do falso e do verdadeiro que articula processos de objetivação pelos quais o sujeito – a partir de supostos saberes – é objetivado como tal.

As entrevistas com a equipe do Programa de Saúde da Família foram realizadas no período de julho e setembro de 2010. Foi entrevistada uma médica; uma enfermeira; uma auxiliar de enfermagem; uma dentista e uma psicóloga, todas participantes das equipes de Saúde da Família. Na etapa com os gestores, foi entrevistada uma gestora municipal. O grupo focal com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) contou com a participação de cinco mulheres e um homem. O grupo focal demonstrou uma centralização muito forte na figura do único homem presente. Ademais algumas das agentes pouco falaram. Todo o trabalho de campo foi desenvolvido de acordo com as regulamentações legais do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFSC).

## **RESULTADOS DE ACORDO COM AS CATEGORIAS**

### **1. Estratégias preventivas e educativas em saúde**

Esta categoria está relacionada ao estabelecimento de parcerias e ações inter-setoriais que possam contribuir nas ações em saúde voltadas aos homens, tais como escolas, empresas, sindicatos, clubes esportivos, agremiações, etc. Primeiramente, convém sublinhar a *admissão* por parte dos profissionais de saúde entrevistados de que os homens estão (ou estavam) fora do perímetro do Sistema Único de Saúde brasileiro. Admitir a existência de um hiato histórico-cultural entre esta população e a procura pelos serviços de saúde que não eram ofertados tornou-se uma espécie de “para começo de conversa...”. O primeiro exemplo é o do profissional da área de saúde bucal em dois momentos de sua entrevista. No primeiro, a constatação de que a população masculina não foi uma das *prioridades* do Sistema e, no segundo, o desejo de que uma melhor infra-estrutura subsidie o atendimento integrado, para além das paredes do consultório e da relação dentista-paciente. A seguir, os trechos:

*(1) A gente foca assim, meio que estabeleceu prioridades dentro do nosso contexto e os homens eles realmente estão fora assim. Não tem nada assim. Existem grupos de tabagismo, pras pessoas pararem de fumar, de DST, palestra também que eles dão também para os escolares, tudo isso assim. Mas em especial pra eles não tem nada, nem projeto (dentista).*

*(2) Eu gostaria de poder ter uma estrutura melhor, com mais profissionais, para a gente tentar conseguir desenvolver mais trabalhos e até para poder estimular mais, então o trabalho que é feito mais é aqui dentro do consultório, assim. Quando eles vêm, procuram né, a gente procura estimular, fazer com que eles voltem, falar da*

*importância da saúde bucal, para eles identificarem o que está acontecendo, os problemas deles, o que dá pra mudar (idem).*

Muitos relataram os esforços envidados para a transformação do quadro da relação que os homens estabelecem com a saúde, para a diminuição deste hiato e, de formas plurais, afirmou-se que não basta apenas *estruturar* o serviço de saúde para *receber* os homens. Por isso, a psicóloga entrevistada utiliza-se do termo territorialização, conforme trecho a seguir:

*Na verdade, a gente está esperando que a população venha até a unidade. A gente tem que ir para fazer esse trabalho.*

*(entrevistador) Como que é esse trabalho de você ir até eles?*

*O meu primeiro trabalho foi territorialização. Eu conheci o meu território onde vou atuar. Essa região da agrônômica, então eu fui a algumas ONGs que tem trabalhos com adolescentes que já atendem crianças em projetos. Essa que é a base. Ir à comunidade, fazer o trabalho junto com eles, fazendo a realidade. Não adianta trazer eles da comunidade, falar de um método contraceptivo. Não, vamos conhecer lá, o que está se passando naquela família. Como que está sendo preparado, como ele está sendo assistido dentro de casa. Na comunidade. A gente sabe que essas comunidades ali, eles têm uma dificuldade, uma desagregação muito grande, um risco, vulnerabilidade (psicóloga).*

As estratégias educativas para a prevenção em saúde são a base do trabalho inter/intra-setorial dos profissionais de saúde. Como constata a profissional a seguir, já que os homens não buscam o atendimento, é preciso encontrar formas de potencializar o trabalho da equipe de saúde para driblar a não chegada de homens às unidades básicas.

*Então a gente está tentando buscar as idéias, através das agentes de saúde na comunidade, e juntando nós médicos e psicólogos. Como não tem essa história de um homem buscar atendimento, agora a gente está tentando mudar isso (enfermeira).*

O caminho do projeto de conscientização de homens acerca dos males que produzem contra si e contra os outros tem na educação não apenas uma de suas diretrizes, como “promotor de novas formas de pensar e agir” (PNSH, 2008, p.37), mas também como “estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas” (PNSH, 2008, p. 9). Neste projeto, “ir onde os homens estão” é uma das diretrizes fundamentais para uma política de atenção integral aos homens em saúde. Divulgar as iniciativas em saúde voltadas aos homens, informar a comunidade sobre a importância do autocuidado masculino, sensibilizar a população e os próprios profissionais são elementos trazidos pelos entrevistados quando questionados sobre como aproximar a população masculina dos serviços de saúde. Neste caso, os grupos privilegiados de atenção são os homens jovens e aqueles acima de 40 anos. No grupo focal realizado com agentes comunitários de saúde, observa-se a proposta de estender para o atendimento de homens o repertório de atendimento das mulheres. Em outras palavras, questionar estes homens, dirigindo-lhes uma palavra que até então não lhes era dirigida.

## 2. Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva

Esta categoria refere-se à ampliação do acesso dos homens às informações relacionadas à sexualidade e saúde reprodutiva, tais como: prevenção das DSTs e incentivo ao uso do preservativo. No projeto

pedagógico-sanitário de reeducação de homens para a saúde, destacam-se três eixos de análise: o olhar dedicado aos jovens homens nas questões de prevenção e educação no campo das DSTs/AIDS, as iniciativas de inclusão dos homens no planejamento familiar e reprodutivo, e a especificidade da atenção ao grupo de homens acima de 40 anos dada sua situação de vulnerabilidade.

Embora a preocupação com a saúde da população seja o denominador comum dos processos de medicalização da sociedade, é nesta categoria que a família medicalizada-medicalizante (Foucault, 2002) ganha contornos mais definidos de análise. Em outras palavras, cuidar dos jovens – educando-os na base da prevenção e redução de danos futuros; aproveitar a presença do *pai* nos serviços de saúde para cuidar do *homem* e, por fim, investir na promoção do autocuidado entre os mais adultos são leituras possíveis a partir do campo empírico. Atualizam-se, portanto, os significados de vulnerabilidade, risco e controle social da população nos índices de *morte* em favor da *vida* de homens que a Política Nacional de Saúde do Homem materializa: números, estatísticas, gráficos, probabilidades, morbi-mortalidade, enfim, mecanismos reguladores da biopolítica (Foucault, 2005, p. 293).

Cabe ressaltar que, no terreno da saúde sexual e reprodutiva, as questões do controle da natalidade, da prevenção das DSTs e AIDS, do parto e nascimento, ainda são entendidas como questões ligadas às mulheres. Convergem, portanto, a preocupação com os mais jovens e a inclusão do pai no planejamento familiar como ações que tem o objetivo comum de potencializar a participação de homens nas diferentes esferas de cuidados com

a saúde – a começar por ele como um sujeito de direitos à saúde e não apenas como um coadjuvante do dispositivo familiarista.

Na esteira do afirmado anteriormente, os entrevistados propõem que se trabalhe mais fidedignamente com o conceito de atenção à saúde integral e de qualidade. Por outro lado, o campo da saúde sexual e reprodutiva constitui-se a porta de entrada para o trabalho mais preventivo com homens de todas as idades. No grupo focal realizado com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), destacou-se que ainda que a mulher seja a interlocutora privilegiada no acesso aos homens nos serviços de saúde, o que o grupo questionou foram os limites diferenciados da cultura de prevenção e de promoção da saúde entre dois marcadores fundamentais: faixa etária e gênero.

Dito de outro modo, nesta economia do cuidado preventivo seria o momento de familiarizar os homens com os repertórios e práticas de cuidado com o corpo até então femininos. Problematizar a força do sujeito universal do cuidado no SUS, esta figura da mulher-mãe e da mãe-higiênica é uma das formas de alcançar práticas de trabalho mais efetivas no campo dos direitos à saúde integral para todos.

Pendularmente, se de um lado encontra-se a figura da mulher-mãe revigorada com a positivação do homem-pai na contemporaneidade, de outro a preocupação com o homem-problema está revisitada nas entrevistas realizadas, embora sem a força enunciativa das demais. No século XIX, a preocupação com a *saúde do homem* centrava-se no controle das doenças venéreas – “os grandes tormentos no imaginário social do século XIX” (Birman, 2001, p. 73). Portanto, era preciso cuidar da figura do pai, pois este teria que prover uma prole saudável. Liberado que estava pelo exercício legitimado de



seu erotismo *na rua*, no combate à sífilis em especial, o homem era o pólo intocado da questão que tinha apenas as prostitutas como alvo das políticas de higienização e controle da doença (Carrara, 2002). No entanto, nas ruínas do patriarcado (Butler, 2003), os limites entre público e privado foram desfeitos pela cartografia do gênero, por isso a possibilidade de hoje se falar a respeito de conjugalidades e exercício da sexualidade. A respeito destas questões, recupera-se o trecho da entrevista com a psicóloga:

*Principalmente para eles compreenderem muitas coisas, principalmente em relação às DSTs, a gente vê que o número de pacientes contaminados com hepatite, com HIV, que são doenças mais sérias. Mesmo dentro dos próprios casamentos, com parceiros fixos a princípio. Então, tem todo um contexto que insere isso. Contexto de traição, contexto que é difícil a gente abordar com homem.*

Talvez este seja o gancho privilegiado para inserir na presente análise a questão da educação e promoção de saúde entre os adolescentes. “Criar essa cultura no adolescente”, “mudar o perfil do homem”, “questões relacionadas ao respeito entre os indivíduos, salientar responsabilidades” – foram expressões utilizadas por profissionais de saúde na primeira etapa da pesquisa e que refletiram alguns entraves sociais e culturais que afastam a população masculina dos serviços de saúde. Portanto, o compromisso de problematizar questões já levantadas por autores/as do campo das masculinidades<sup>6</sup>. Neste sentido que esta fala encontra ressonância na fala da psicóloga entrevistada, pois em ambas pode-se observar um comprometimento com a mudança

---

<sup>6</sup> Conferir Olavarría (1997), Connell (1997), Kimmel (1997), Figueroa (1998), Siqueira (2000), Medrado (2008), Lyra (2008), entre outros/as.

cultural gradativa. No trecho abaixo, a ênfase recai na educação deste adolescente *na base*:

*(entrevistador) O que poderia se fazer em relação aos homens?*

*(entrevistado) Eu acho que devia ter preparação na adolescência, porque o adolescente hoje ele está totalmente sem preparo, está tudo muito globalizado. Eu estava falando com agente comunitária de saúde em função do filho de 12 anos. Ele chegou em casa com uma namorada. Um menino de 12 anos. Ela disse assim: O que vocês fazem? A gente está namorando. Beijo na boca. A mãe preocupada, comprou camisinha para o menino. E você sabe usar camisinha? A preocupação hoje é com prevenção para gravidez na adolescência, prevenção de DST, mas e a preparação psicológica? Como é que essa adolescente está vendo isso? Se aos 12, aos 13 ele começa a ter uma atividade sexual. Como ele está sendo preparado para isso? Como é a maturidade que ele tem para assumir as conseqüências desse ato. Então, eu acho que tem preparar esse adolescente a educação tem que começar na base (psicóloga).*

### 3. Ações específicas por demandas geracionais

Esta categoria refere-se ao reconhecimento das necessidades de saúde específicas dos homens adolescentes, adultos e idosos, bem como da abordagem mais adequada para cada faixa etária. A cultura de homens pautada no cuidado curativo em detrimento do preventivo está relacionada às diferentes idades destes e na maior ou menor necessidade de procura pelo serviço, sempre em termos emergenciais, na urgência e na negação

constituente dos episódios de saúde/doença que envolve esta população específica.

Ainda sobre esta questão *de base* – contemplada na categoria anterior em relação aos adolescentes, mas se valendo do grupo de homens acima de 50 anos, a profissional questiona o porquê de não ser realizado um trabalho de promoção/prevenção que acompanhe a trajetória de vida destes homens em particular. Ao contrário de esperar que as doenças se manifestem, o que esta salienta é a necessidade de viabilizar o atendimento antes que o potencial risco de morte se imponha à saúde.

*A gente vê a população da 3ª idade se cuidando tanto, a gente vê a participação dos homens nos grupos de convivência. Mas porque esperar lá na 3ª idade? Como que a gente vai fazer para propiciar esse atendimento para os homens? Aí acho que entram as viabilizações (psicóloga).*

Na categorização simbólica do cuidado com saúde, a entrevistada apresenta uma *escala* interessante para a procura de homens pelos serviços. Segundo ela, a terceira idade realiza acompanhamentos médicos regulares de controle da doença e medicação, enquanto os mais jovens mantêm o estilo fatalista de relação com a medicalização dos corpos – no limite da suportabilidade, apenas recorrem “quando estão morrendo” (relatório de pesquisa, 2009), revisitando outro enunciado que resume a conhecida relação de homens com práticas de auto-cuidado. Pode-se afirmar que nos grupos populacionais específicos do SUS, a “terceira idade masculina” encontra na cultura contemporânea da melhor idade (para homens e mulheres) as condições de possibilidade para se aproximar dos serviços de saúde.

Os preconceitos e tabus que acompanham cada faixa etária são elementos de análise destacados pelos participantes, em especial o câncer de próstata e o que ele reflete em termos destes tabus. Considerado pelo Ministério da Saúde um sério problema de saúde pública no Brasil, em função de suas altas taxas de incidência e mortalidade, ele é o segundo mais comum em homens, só sendo superado pelo câncer de pele não melanoma. Uma pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (2009) informa que, entre 1979 e 2004, houve aumento de 95,48% na taxa de mortalidade por câncer de próstata<sup>7</sup>.

Pode-se afirmar que é consenso entre os entrevistados a necessidade de se trabalhar de acordo com as demandas de cada faixa etária, principalmente em se tratando de um demanda relativamente nova em saúde pública. Frente às barreiras sócio-culturais que afastam os homens dos serviços de saúde, uma questão salientada nas entrevistas e grupos focais é a importância do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde, categoria que será abordada a seguir.

#### 4. Melhoria das relações entre profissional e usuário.

Esta categoria refere-se a sugestões de como os profissionais de saúde devem abordar os usuários do serviço, a fim de melhorar o acolhimento, o vínculo e a escuta. Quando questionados se os profissionais de saúde estariam preparados para atender as necessidades dos homens, muitos afirmam que estão vivenciando um processo de mudança gradual. No entanto, não há um consenso a respeito desta pergunta. As divergências advêm do gênero

---

<sup>7</sup> Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25441](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25441), acesso em 21 de fevereiro de 2011.

atendido no serviço de saúde e da falta de preparo dos profissionais para atender os “recém-chegados homens”. No primeiro trecho lê-se o apagamento do sexo do paciente que deve ser atendido no serviço:

*(entrevistador) Na sua opinião, os serviços de saúde estão preparados para atender as necessidades dos homens? (entrevistado) Eu vejo como não tem separar o sexo. Mas claro, a gente precisa de um treinamento para receber essa população tão resistente a terapias, a tratamentos. Eu não sei como vai ser preparado. O que espera desse tratamento. Eu não sei porque diferenciar do outro atendimento do público feminino. Claro, a gente vai ter que chamar esses homens, fazer com que eles se percebam com direitos de se cuidar, de ter as suas necessidades atendidas, não vejo porque diferenciar esse tipo de tratamento específico (psicóloga).*

No segundo, a alegação da entrevistada de que falta experiência, pois o homem até então não era uma população atendida no serviço de saúde. Outro aspecto identificado por ela é a dificuldade de comunicação advinda da falta de contato com o público, aliado ao “silêncio masculino” envolvido nas questões de saúde.

*(entrevistadora) Na sua opinião, os profissionais de saúde estão preparados para atender as necessidades dos homens?*

*(entrevistado) Eu acho que não. Até por conta desse histórico de o homem não procurar na idade mais jovem que poderia prevenir muita coisa e até promover mais a saúde. Acho que falta, até pela experiência, não que a gente não estude para isso, quando não tem muito contato com este público que não procura muito, a gente falhar*

*um pouco mais, né. Como eu falei, eles não se abrem muito, talvez a gente não consiga se comunicar bem nesse sentido de tentar tirar alguma coisa (enfermeira).*

Entre um e outro enunciado, o que se identifica é a constituição do conhecido paradoxo do Sistema Único de Saúde brasileiro, em sua relação com o sujeito universal, o indivíduo “protótipo abstrato do ser humano”, ao mesmo tempo em que o “ser único, uma pessoa diferente de todas as outras” (Scott, 2002, p. 29). Importante salientar são os modos de enunciação de profissionais que estão cientes do desafio que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem demanda da Atenção Básica em especial.

A questão do estabelecimento do vínculo com os homens que serão atendidos nos serviços foi um aspecto bastante salientado. Nos argumentos dos entrevistados, recupera-se a dimensão do atendimento humanizado no SUS para que o homem adira aos cuidados preventivos com a saúde, aos acompanhamentos médicos regulares.

Aliado às questões de vínculo abordadas, está a estrutura dos serviços que possa atender às especificidades dos usuários. Na categoria a seguir, os entrevistados apresentam sugestões e identificam barreiras na gerência do funcionamento dos serviços que se estruturam para receber os homens.

##### 5. Estrutura dos serviços no atendimento a homens.

Esta categoria refere-se aos modos de gerir a dinâmica e o funcionamento do serviço de saúde de tal forma que facilite o acesso e a adesão dos homens. Nas palavras da gestora em saúde, há muito trabalho a ser feito para “chamar” os homens. Mais uma vez, o reforço na concepção de

que não basta estruturar o serviço, se a população de modo geral não está informada sobre quais serviços que as unidades de saúde estão oferecendo-lhes. Por isso a importância da comunicação e do estabelecimento de estratégias de ação.

A dificuldade em delimitar o melhor horário para atendimento dos homens foi outra questão levantada pelos participantes. Além do “ir e vir” dos encaminhamentos das consultas, agentes comunitários de saúde oferecem sugestões para driblar os entraves decorrentes da relação entre trabalho e saúde nos modos de subjetivação de homens. Ainda que não haja consenso também em relação aos melhores horários para atender os homens, o profissional afirma que a demanda é quem deve definir a melhor estratégia, de acordo com a realidade de cada região. Quando questionado a respeito disso, afirma: *“horário mesmo, é complicado. A gente tem que ver mesmo a demanda e se organizar nesse sentido”* (dentista).

## 6. Campanhas de combate à cultura machista.

Esta categoria tem o objetivo de problematizar os valores machistas que impedem ou dificultam que os homens adotem práticas de cuidado em saúde. Narrativas de resistência masculina em procurar os serviços de saúde encontram respaldo nas justificativas da ordem da natureza e da cultura, acionando o aparato simbólico do machismo no imaginário dos entrevistados.

Os entrevistados, de modo geral, localizam a questão nos modos como os dispositivos biopolíticos controlam o corpo-espécie. A noção de corpo aqui presente está pautada em Judith Butler, a saber, “não como superfícies prontas à espera de significação, mas como um conjunto de fronteiras, individuais e

sociais, politicamente significadas e mantidas” (Butler, 2003, p. 59). Neste sentido, apreende-se que alguns corpos, em determinados momentos históricos, importaram mais que outros e, nesta herança histórica, alguns conceitos em relação aos corpos não docilizados pelos imperativos da medicalização da sociedade estão sendo revistos. A seguir, a fala da enfermeira:

*(entrevistador) Que tipo de serviços seriam mais adequados para os homens, pensando na saúde sexual reprodutiva?*

*(entrevistada) Que fizessem exames rotineiros. Mas aí entraria assim, seria uma coisa que modificasse... uma palavra que eu poderia te dizer... É da cultura do homem, né, mãe com menino pequeno ninguém vai ao médico pra ver como estão os órgãos, mas a menina quando vem a menarca aí vai lá e leva a filha. Com relação aos homens já é uma coisa mais cultural. Teria que mais divulgar. Isso mais assim, tanto em casa, mídia até poderia ser (enfermeira).*

Ainda sobre os dispositivos da biopolítica, outra afirmação interessante versa a respeito do esquecimento do “corpo-homem” na história da constituição da saúde pública no Brasil. Entre participantes do grupo focal com as ACS e a entrevista com a gestora, a questão foi recorrente em dois momentos, respectivamente: *o homem agora está começando a ter alguma coisa, até então o homem foi esquecido* (grupo focal ACS) e, *porque ao longo da história falou-se na política da saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, mas o Ministério da Saúde, a própria secretaria, enfim, todo mundo da saúde esqueceu a saúde do homem* (gestora).



Atualiza-se, portanto, o compromisso de uma das tecnologias do biopoder com a anátomo-política do corpo-humano como uma máquina de produção (FOUCAULT, 1999), em que as figuras do pai e do trabalhador são enunciadas em posições privilegiadas que reiteram o não cuidado masculino em favor do cuidado com o sustento da família e da manutenção dos ideais de invulnerabilidade, risco e violência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de pesquisas com homens desenvolvidas no *Margens*<sup>8</sup>, pode-se afirmar que a tese de que “saúde é coisa de mulher” sustenta-se sobre a subjetivação de um corpo masculino viril, poderoso, onipotente, invulnerável, um corpo “assintomático” nas palavras de um dos profissionais entrevistados. Trata-se, portanto, da sociologia deste corpo e da relação que os sujeitos estabelecem com ele, em uma referência ao clássico estudo do sociólogo Luc Boltanski (2004). Segundo Toneli e Cabral (2008: p. 3):

---

<sup>8</sup> Destacam-se duas pesquisas em especial: a primeira intitulada “Homens nos serviços públicos de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais. Recife, São Paulo e Florianópolis (1) e, a segunda: “Masculinidades e práticas de saúde. Vitória, Pernambuco e Santa Catarina (2). Sobre a pesquisa (1). Pesquisa multicêntrica realizada em Recife/PE, São Paulo/SP e Florianópolis/SC. Em Florianópolis, foi coordenada pela profa. Dra. Maria Juracy Toneli, no Núcleo de pesquisa *Margens*: Modos de Vida, Família e Relações de Gênero (USFC). No Hospital Universitário foram entrevistados profissionais de saúde da instituição e gestores em saúde do município e estado. Foram feitos grupos focais com homens usuários dos serviços de saúde de Florianópolis. A iniciativa foi financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), Área Técnica Saúde da Mulher. Sobre a pesquisa (2): Pesquisa multicêntrica desenvolvida na parceria estabelecida entre a Universidade Federal de Vitória (UFV), a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A coordenação nacional foi da profa. Dra. Zeidi Araújo Trindade, da UFV. A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde. Para tal, foram realizados sete grupos focais com homens usuários dos serviços de saúde, entrevistas com os profissionais que compõem a equipe técnica de saúde sexual e reprodutiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como aplicados 260 (duzentas e sessenta) questionários com perguntas abertas e fechadas com homens jovens (18-25 anos) e adultos (35-55 anos), com escolaridade de nível fundamental e nível superior, oriundos de escolas públicas e particulares. A respeito desta pesquisa, conferir: TRINDADE, Zeide Araújo; MENANDRO, Maria Cristina Smith; NASCIMENTO, Célia Regina Rangel (org.). Masculinidades e Práticas de Saúde. Vitória: GM, 2011, v. 1.

Na medida em que a noção de “cuidar”, tanto de si próprio ou do outro, trata-se de uma questão naturalizada enquanto dimensão do feminino, a afirmação das masculinidades por parte dos homens jovens têm se pautado predominantemente na negação de qualquer conotação de vulnerabilidade, muitas vezes adotando comportamentos de risco que performam um corpo “fechado” e “invulnerável”.

Em se tratando de homens e serviços de saúde, trata-se de escapar às zonas de silenciamento – por vezes zonas de abjeção, em favor de um projeto igualitário pautado nos ideários de saúde firmados pela Organização Mundial de Saúde afirmada em 1949. Somadas à cultura de que os homens não procuram os serviços porque são relaxados ou medrosos, estas dificuldades aumentam a lacuna entre a população masculina e os serviços, e encontram nas explicações biológicas seu “calção simbólico” para amalgamar de vez a lógica da negação generalizada que perpassa a questão. Na economia significativa dos “instintos” (o animal e o maternal), a figura do animal viril e potente (homem) complementa-se à figura da mulher reduzida à posição materna e aos regimes discursivos advindos deste significante por excelência.

Entende-se que os argumentos que balizam a questão sobre a importância de um atendimento específico à população masculina encontram nestes enunciados sua força de sentido. Ao identificarmos os elementos que circundam a questão: por que os homens procuram menos ou não procuram os serviços – valemo-nos deles para justificar o porquê da importância de se atender às demandas específicas de homens de modo integral e equânime, não fragmentada. Ao contrário das lógicas sexistas e individualizantes que culpabilizam os sujeitos, entende-se que o aparato do gênero sob forma de oposições binárias excludentes é um dispositivo constituinte da instituição “saúde” em sua materialidade de estrutura tanto “concreta” quanto “simbólica”. Aqui os saberes médicos (mas não apenas) têm uma importância fundamental bricolados ou amalgamados (dependendo das circunstâncias) com outros

discursos que incluem aqueles advindos do senso comum. Sujeitado, por outro lado, a esses discursos (que o produzem como "dobra"), eles se posicionam como homens e mulheres dos (não) cuidados para consigo e com os demais.

#### Referências Bibliográficas

BIRMAN, Joel. (2007) "Laços e desenlaces na contemporaneidade. A Família em (des)ordem". *Jornal de Psicanálise*. Instituto de Psicanálise – SBPSP, 40(72).

BIRMAN, Joel. (2008) "Perversidade masculina". *O Estadão*. São Paulo, 22 nov. Recuperado em novembro, 2008, de [http://www.estadao.com.br/suplementos/not\\_sup281967,0.htm](http://www.estadao.com.br/suplementos/not_sup281967,0.htm)  
BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal.

BUTLER, Judith (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los limites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires, Anagrama.

BUTLER, Judith (2003). *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

BUTLER, Judith (2002) "Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler", em Baukje Prins, Irene Costera Meijer, *Revista Estudos Feministas*, 10 (1).

CABRAL, Arthur Grimm; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Relatório técnico de Iniciação Científica: "Masculinidades e Práticas de Saúde". Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008.

CALLIGARIS, Contardo (2009). "Nossa, como eles sofrem". *Revista Veja*, São Paulo, jun. Seção Entrevista. Páginas Amarelas.

FOUCAULT, Michel (2002). *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France, 1973–1974. São Paulo, Martins Fontes.

FOUCAULT, Michel (2003). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

HAAG, Carlos (2007). "Menino, eu sou é homem, e como sou". *Fapesp Online*, Edição Impressa 137/julho. Recuperado em 15 de dezembro, 2008, de Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/?art=3276&bd=1&pg=1>.

KIMMEL, Michael S. (1997) "Homofobia, temor, vergüenza y silencio em la identidad masculina", em T. Valdés, J. Olavarría (Org.). *Masculinidades*. Santiago, Isis Internacional; Chile, FLACSO.

LAURETIS, Teresa De (1984). “A tecnologia do gênero”, em B. H. Hollanda. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro, Rocco.

LYRA, Jorge (2008). *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)*. Tese de doutorado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

NASCIMENTO, Pedro (2005). “Homens e Saúde: diversos sentidos em campo”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(1), jan./mar.

SCOTT, Joan. (2005) “O enigma da igualdade”. *Revista Estudos Feministas*, 13(1).

SIQUEIRA, Maria Juracy Tonelli (2000). “Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso?” Dossiê “Relações de Gênero e Saúde Reprodutiva”. *Revista Estudos Feministas*, 8(1).

TRINDADE, Zeide Araújo, MENANDRO, Maria Cristina Smith, NASCIMENTO, Célia Regina Rangel (org.) (2011). *Masculinidades e Práticas de Saúde*. Vitória, GM.

<http://www.margens.ufsc.br/> (acesso em 20 de agosto de 2011).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf).