

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

KELLY CRISTINA KOHN

A (NOVA) POLÍTICA DE SAÚDE PARA HOMENS: ABRINDO CAMINHOS

PARA OS DISCURSOS MASCULINOS

Prof.^a Dr.^a Marlene Neves Strey

Orientadora

Porto Alegre

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Kelly Cristina Kohn

**A (NOVA) POLÍTICA DE SAÚDE PARA HOMENS: ABRINDO CAMINHOS
PARA OS DISCURSOS MASCULINOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Prof.^a Dr.^a Marlene Neves Strey

Orientadora

Porto Alegre

2011

K79n Kohn, Kelly Cristina

A (nova) política de saúde para homens: abrindo caminhos para os discursos masculinos. / Kelly Cristina Kohn. – Porto Alegre, 2011.

95 f.

Dissertação (Mestrado) – PUCRS, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marlene Neves Strey.

1. Psicologia do Homem. 2. Masculinidade. 3. Saúde do Homem. 4. Políticas Públicas. I. Kohn, Kelly Cristina. II. Strey, Marlene Neves. III. Título.

CDD 155.632

Bibliotecária Responsável:

Elisete Sales de Souza, CRB 10/1441

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

KELLY CRISTINA KOHN

A (NOVA) POLÍTICA DE SAÚDE PARA HOMENS: ABRINDO CAMINHOS

PARA OS DISCURSOS MASCULINOS

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marlene Neves Strey (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden (UFRGS)

Prof. Dr. Benedito Medrado (UFPE)

*Aos meus pais, Miro e Clarice,
com muito amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, Miro, e à minha mãe, Clarice, pelo apoio em todos os momentos ao longo desses dois anos. Vocês se fazem presentes a cada dia, mesmo que alguns quilômetros distantes. Obrigada por vibrarem comigo a cada conquista, pelo carinho nos momentos difíceis e pela possibilidade de dar continuidade aos meus estudos.

À minha irmã, Karen, por compartilhar diariamente a vida de uma mestranda, compreendendo os momentos em que não pude estar presente, e pelo auxílio nos ajustes finais da dissertação.

Às amigas de infância, Cristiane, Adriana, Sílvia, Marília, Drika e Daniele por vivenciarem comigo, cada uma do seu jeito, esta caminhada. A nossa amizade é um presente e é maravilhoso poder contar com pessoas como vocês em minha vida.

Às colegas de Graduação Priscila e Letícia pelo carinho e apoio recebido mesmo através dos vários emails. Compartilhar mais essa etapa com vocês – ainda que com um oceano e uma serra entre nós – é uma alegria, pois estiveram comigo quando ainda sonhávamos em ser Psicólogas.

Às queridas amigas Fabiana e Aline pelos momentos de descontração e por estarem sempre disponíveis para escutar e acolher, mesmo nas horas difíceis.

À querida amiga Ana “Maria” por tornar minha vida mais colorida e divertida e por estar sempre disponível para escutar e acreditar que tudo pode ficar melhor.

À minha amiga Andiará por compreender os momentos de ausência e pelo apoio recebido, ainda que virtualmente.

Ao Tio César e Lisiane, por tonar meus domingos solitários em momentos familiares com os churrascos sempre saborosos. Obrigada por estarem presentes durante essa caminhada e por torná-la mais apetitosa.

Aos meus padrinhos Tio Celso e Tia Liliane, e às primas Marina e Nathália pelo incentivo, carinho e pelos momentos em que vinham à Porto Alegre e que eram responsáveis por me desligar das escritas da dissertação.

À Tia Mires por acreditar nas minhas escolhas e por se fazer presente sempre, ainda que distante fisicamente.

Ao Grupo de Pesquisa Relações de Gênero pelos seminários, discussões e leituras que contribuíram para a produção dessa dissertação e pelos momentos divertidos nos jantares na casa da Prof.^a Marlene. Um agradecimento especial ao Bolsista de Iniciação Científica Gustavo Gomes pelo auxílio na construção da dissertação e nos ajustes finais.

Ao João Pedro Cé que dedicou parte de seu tempo à minha pesquisa e pelas trocas e diálogos ao longo desses dois anos.

À Prof.^a Dr.^a Marlene Neves Strey pelo incentivo, carinho e por sempre acreditar em mim. Ao longo desses oito anos em que estive presente no Grupo de Pesquisa, aprendi a ver as pessoas com outro olhar e a acreditar que é possível um mundo mais justo e igualitário.

Às colegas de mestrado Rafaela Bossardi, Roberta Motta e Ana Lúcia Garcia por compartilharem dos questionamentos, das discussões e pela amizade construída que certamente não termina ao final dessa caminhada.

A todos os meus colegas e minhas colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS pelas contribuições na produção da dissertação e pela confiança depositada através da Representação Discente.

Aos professores da Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Obrigada pela confiança e respeito nos momentos de Representação Discente.

À Alexsandro, Sheila e Fernando, funcionários(a) da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS pela disponibilidade e auxílio prestado com as burocracias que por vezes atormentam nosso cotidiano, mas que tornam possíveis as nossas pesquisas.

À Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden e ao Prof. Dr. Benedito Medrado por aceitarem fazer parte da minha banca e contribuir com os seus conhecimentos nesse momento de encerramento dessa caminhada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que por intermédio de uma bolsa de estudos possibilitou a realização do meu mestrado.

A todas as pessoas que de alguma forma ou de outra contribuíram para que essa etapa se tornasse possível. Muito Obrigada!

RESUMO

Esta dissertação discorre sobre homens e saúde. Através de dois artigos, compreendemos em que os discursos dos homens e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) se igualam e em que se diferenciam. O primeiro artigo refere-se à masculinidade e seus novos modelos, perpassando a relação entre homens e mulheres e tendo como pano de fundo a música “Super-Homem”, de Gilberto Gil. O segundo artigo, empírico, contém as discussões e análises do estudo que foi desenvolvido, através de uma pesquisa documental, de entrevistas com profissionais da saúde e grupos focais com homens. Nele, discutimos como os homens cuidam de sua saúde e como a PNAISH percebe a saúde dos homens. Olhar para os modos de produção de masculinidades nos dias atuais e seus discursos sobre saúde é prestar atenção aos comportamentos que, devido à herança pautada nas diferenças entre os sexos, contribui para obstaculizar o acesso dos homens aos serviços de saúde. Os discursos nos revelam que apesar de uma mudança positiva no comportamento dos homens em relação ao cuidado com sua saúde, ainda há muito que fazer e a PNAISH é o início de um desafio que desenha um caminho de prevenção e promoção à saúde. Além disso, é necessário que os homens sejam acolhidos e escutados nos serviços de saúde, a fim de que possam sentir-se ocupando um espaço que tradicionalmente é visto como pertencente às mulheres.

Palavras- Chave: Homens; Masculinidades; Saúde; Políticas Públicas

ABSTRACT

This dissertation discusses men and health. Through two articles, we understand that the speeches of men and of *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/ PNAISH* (National Politics for Integral Attention to Men's Health) equate and differentiate. The first article refers to the masculinity and their new models, passing by the relationship between men and women and with the background of the song "Superman" by Gilberto Gil. The second article, empirical, contains discussions and analysis of the research that was developed through a documental research, of interviews with health professionals and focal groups with men. In it, we discussed how men care of their health and how PNAISH see men's health. Looking at the production modes of masculinity nowadays and their speeches about health is to pay attention to behaviors that, due to inheritance ruled between sexes' differences, contributes to hinder the access of men to health services. The speeches reveal that despite a positive change in the behavior of men about their health care, there is still much to do and PNAISH is the beginning of a challenge that draws a path of prevention and health promotion. Besides that, is necessary that men be well received and listened in health services in order that they can feel occupying a space that traditionally is seen as belonging to women.

Key words: Men; Masculinities; Health; Public Politics

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DAS – Departamento de Ações em Saúde

ESF- Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PEAISH – Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PSF – Programa de Saúde da Família

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
Referências.....	18
ARTIGO I - DO SUPER-HOMEM ÀS NOVAS FORMAS DE MASCULINIDADES.....	21
“ <i>Um dia, vivi a ilusão de que ser homem bastaria...</i> ” - Construindo as masculinidades.....	23
“ <i>Que nada minha porção mulher que até então se resguardara...</i> ” - Resgatando o masculino através do feminino.....	35
“ <i>Quem dera pudesse todo homem compreender</i> ”.....	41
“ <i>Quem sabe o Super Homem venha nos restituir a glória</i> ” - Abrindo caminhos para os novos rumos das masculinidades.....	43
Referências.....	45
ARTIGO II- CUIDANDO DA SAÚDE DOS HOMENS: DISCURSOS MASCULINOS E A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM.....	50
Os procedimentos para a pesquisa: escolha dos/as participantes e análise do material.....	52
Análise e Discussão.....	56
Da mãe à esposa: os cuidados de saúde masculinos.....	60
Política de Saúde do Homem: uma medida paliativa.....	69
A criação de uma Política que não chega aonde deve chegar.....	76
Concluindo, mas deixando as portas abertas para novos discursos.....	81
Referências.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
ANEXO –	
Aprovação do Comitê de Ética.....	95

INTRODUÇÃO

Esta caminhada começou no ano de 2003, quando ingressei no curso de graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [PUCRS]. Juntamente com o início do curso, passei a ser bolsista de iniciação científica do Grupo de Pesquisa Relações de Gênero, orientado pela Prof.^a Marlene Neves Strey, e comecei a percorrer as trilhas dos estudos de gênero. Ao longo desses oito anos, muitas experiências foram vividas, mas as questões de gênero sempre me acompanharam pelos locais que frequentei – estivesse eu exercendo a função de psicóloga ou não.

Quando decidi realizar o mestrado, pensar em uma pesquisa que desse conta das relações de gênero e abarcasse um pouco da minha história profissional – ainda curta, mas recheada de experiências – foi parte de um processo natural, já que não me imaginava percorrer essa nova caminhada longe dos olhos da Prof.^a Marlene. Portanto, o projeto inicial envolvia saúde e mulheres. Logo que iniciei as leituras e pesquisas sobre o tema, deparei-me no site do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [PNAISH] e houve um entusiasmo imediato. A Prof.^a Marlene compartilhou com empolgação minha nova sugestão de pesquisa – homens, saúde e a nova Política Pública de saúde para eles - e a partir daí as curvas dessa caminhada me levaram a percorrer os caminhos das masculinidades, da saúde e das relações de gênero aí implicadas.

Compreender como os homens veem sua saúde e os propósitos da Política de Saúde do Homem, analisando em que esses discursos se igualam e no que são diferentes é a intenção da pesquisa que foi desenvolvida. É nesse universo, cercado de

atravessamentos acerca da relação existente entre os gêneros, que está a base que deu sustentação à pesquisa.

Para melhor entendimento dos questionamentos e das leituras que suscitaram em problematizações, este trabalho está estruturado em dois artigos de acordo com as normas de apresentação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. No primeiro artigo, abordo teorias de gênero e masculinidades. De cunho mais teórico, esse primeiro artigo discorre sobre a masculinidade e seus novos modelos, perpassando a relação homem-mulher e tendo como pano de fundo a música “Super-Homem”, cuja autoria é de Gilberto Gil. O segundo artigo, empírico, contém as discussões e análises da pesquisa que orientou esta caminhada. Nele, através de uma pesquisa documental, de entrevistas com profissionais da saúde e grupos focais com homens, discorro sobre como os homens cuidam de sua saúde e como a PNAISH percebe a saúde dos homens, compreendendo em que esses discursos se apóiam ou se rechaçam.

Antes dos artigos, proponho algumas considerações teóricas e históricas a respeito das masculinidades, gênero e saúde. Para tanto, abandono a escrita na primeira pessoa do singular para adotar a primeira pessoa do plural, por entender que as palavras colocadas são fruto de discussões, apontamentos, conversas e pesquisas de várias pessoas que me auxiliaram nesta caminhada e ajudaram a compor o trabalho que aqui apresento.

Conforme Cecchetto (2004), os novos estudos sobre homens e masculinidades aliaram-se às teorias feministas, rompendo com o enfoque rígido e polarizado dos papéis sexuais, ampliando o conceito de gênero para além da dicotomia masculino e feminino e ligando-o a aspectos que estruturam as relações sociais. Nesse contexto, entendemos que o modelo hegemônico de masculinidade, do homem macho, viril, forte, tem se tornado um problema para as questões de saúde dos homens. Entre eles não há

uma cultura de autocuidado, pois são primeiramente cuidados por suas mães e depois por suas esposas, assumindo, assim, um papel dependente de atenção a sua saúde (Braz, 2005; Korin, 2001; Strey & Pulcherio, 2010). Logo, uma das consequências desse modelo de masculinidade é a dificuldade que os homens possuem de adotar medidas preventivas de saúde (Gomes, 2003, citado por Souza, 2005).

Entendemos saúde como uma construção de saberes que está atrelada à maneira como as pessoas vivem, trabalham, aprendem. Além disso, tem relação com a maneira como cada pessoa cuida de si e das demais, devendo homens e mulheres participar como parceiros para promover saúde na construção do seu fazer diário (OMS, 1986; WHO, 1946). Além disso, a saúde decorre de diferentes sistemas que lhe conferem um amplo conceito, envolvendo questões de ecologia, saneamento, habitação, trabalho e como é a relação do ser humano com todos esses sistemas (Cechim, 2001). A Declaração de Alma Ata (1978) enfatiza que a saúde é mais do que ausência de doença, é um estado de bem-estar físico, mental e social, o que implica a ação de vários setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

É a partir desse enfoque da saúde como mais do que ausência de doença que percorremos os discursos masculinos e a PNAISH, a fim de compreender os comportamentos dos homens quando o assunto é cuidado com a saúde e, ainda, analisar de que forma a (nova) Política pode contribuir para transformar a relação que a população masculina possui no que tange a autonomia dos cuidados com a sua saúde.

Os comportamentos masculinos sobre saúde vêm sendo estudados na América Latina e no Brasil desde o final dos anos 80, e apontam para uma maior mortalidade masculina em relação à feminina (Schraiber, Gomes & Couto, 2005). Os estudos que surgem a partir disso relacionam os homens à saúde reprodutiva das mulheres, à sexualidade e à transmissão de doenças, principalmente DSTs e HIV/AIDS. Diante

dessa problemática, o estudo das relações de gênero tem sido um grande impulsionador de questionamentos e descobertas no que tange à relação entre homens e mulheres e sua saúde (Figueiredo & Schraiber, 2011).

No Brasil, o primeiro artigo relacionando homens e saúde foi publicado em 1998, conforme contam Toneli, Souza e Müller (2010). E no início da década de 90, segundo as autoras, algumas conferências internacionais que tinham como foco os direitos das mulheres já ressaltavam a importância de incorporar os homens nas discussões, a fim de se obter uma maior equidade de gênero.

Quando falamos em homens e saúde, alguns dados merecem destaque. Em relação às causas externas, como acidentes de trânsito e homicídios, as taxas dos homens são superiores às das mulheres (Gomes, 2008). Entretanto, as mulheres têm taxas registradas de adoecimento mais altas do que as dos homens, provavelmente porque elas procuram mais os serviços de saúde, incluindo-se aí as necessidades de saúde relacionadas ao sexo feminino, como gravidez e parto (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2005; Pinheiro et. al., 2002). Essas altas taxas de morbidade masculinas são associadas por alguns autores ao processo de socialização dos homens, que reforça poder e virilidade como atributos masculinos, deixando de lado questões como o cuidado com a saúde. (Figueiredo & Schraiber, 2011).

No Brasil, a discussão sobre a saúde dos homens teve seu início mediante esforços da Sociedade Brasileira de Urologia [SBU], que promoveu uma campanha no ano de 2008 tendo como tema a disfunção erétil. A partir daí, a SBU, apoiada pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão – que tinha como uma das metas de sua gestão a implantação de uma política de assistência à saúde dos homens -, começou a exercer forte pressão junto aos órgãos do Governo, aos Conselhos de Saúde e a outras

entidades médicas, para que fosse lançada uma Política de saúde que tivesse como foco os homens.

Durante o ano de 2008, foi criada juntamente ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, que ficou sob a coordenação de um médico ginecologista. Com isso, os homens passaram a ter visibilidade ao lado de Programas de Saúde mais antigos que têm como foco ações de saúde para outros sujeitos. Ainda em 2008, as ações da SBU começaram a dar resultados, entre eles, um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde [MS] e a SBU para promover a assistência aos homens no sistema público de saúde. Além disso, foi realizado o IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem, no qual foi apresentado pelo MS o projeto que posteriormente daria origem à Política Pública de Saúde para o homem (Carrara, Russo & Faro, 2009; Medrado et. al., 2011; MS, 2009; SBU, 2010; Tonelli, Souza & Müller, 2010; Tonelli & Müller, 2011).

Em agosto de 2009, após discussões entre pesquisadores/as, associações médicas e setores do Governo, entre outros, o MS lançou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – Princípios e Diretrizes. Além desse documento, também foi apresentado o Plano de Ação da PNAISH. Segundo o MS (2009), essa Política visa atender homens na faixa etária dos 25 aos 59 anos e tem como objetivo ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, melhorando a assistência oferecida por meio de ações que promovam saúde, prevenção, informação e uma mudança cultural.

A PNAISH é um programa pioneiro dentre os países da América Latina e está alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Além disso, os Governos Estaduais possuem autonomia para criar suas próprias Políticas, com base na Federal, que atendam as demandas específicas de cada região do Brasil e mesmo dentro de cada Estado.

Na construção da Política, apoiada em estudos e pesquisas de instituições públicas e privadas, como a Sociedade Brasileira de Urologia e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras, também se levou em conta a transversalidade com as demais políticas existentes, a fim de que houvesse uma interdependência entre elas (Conass, 2009), primando pela atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde. Entretanto, muitos comportamentos precisarão modificar-se para que a atenção primária se efetive como o primeiro local de acolhida das pessoas – e dos homens –, inclusive a postura de quem atende (que precisa estar preparado/a para escutar as demandas de ambos os gêneros).

Um plano de ação com nove eixos deveria ser executado até o ano de 2011, segundo o MS (2009), no qual o governo previa o aumento do valor repassado às unidades de saúde por alguns procedimentos urológicos e de planejamento familiar e ampliação do número de ultrassonografias de próstata. Além disso, a Política presume a capacitação técnica de profissionais para melhor atuar e compreender sobre a saúde masculina.

Como nosso país é extenso, percebemos que algumas ações não são executadas de maneira uniforme, e em alguns Estados do país a PNAISH ainda “engatinha” após 2 anos de seu lançamento, sendo um deles o Rio Grande do Sul. Fazer com que a PNAISH esteja ao alcance de todos os homens é um desafio, o que justifica a importância da sua problematização, a fim de que não se perca em seus propósitos.

Esta dissertação, a partir do histórico brevemente delineado acima, pretende ser uma contribuição para pensar a saúde dos homens e problematizar algumas questões relativas a políticas, programas governamentais e cultura das masculinidades.

Referências

Brasil. (2009). Ministério da Saúde do Brasil. *Programa saúde do homem*. Disponível: www.saude.gov.br.

Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.

Carrara, S.; Russo, J. A. & Faro, L. (2009). A Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(3), 659-678.

Cecchetto, F. R. (2004). *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro, Editora FGV.

Cechim, P. L. (2001). Saúde: um bem inalienável da cidadã e um direito enquanto necessidade social. In.: M. N. Strey (org.). *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Unisinos, pp. 165- 174.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass (2009). Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem – princípios e diretrizes. *Nota Técnica*. Brasília, maio.

Declaração de Alma Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma- Ata, URSS, set, 1978.

Figueiredo, W. S.; Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e de profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na

saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(Supl. 1), p. 935-944.

Gomes, R. (2008). *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Korin, D. (2001). Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1414-7130, 67-79.

Laurenti, R.; Mello Jorge, M. H. P. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), 35-46.

Medrado, B.; Lyra, J.; Valente, M.; Azevedo, M. & Noca, J. (2011). A construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In.: Z.A Trindade; M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento. (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora, pp. 27-35.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1986). Carta de Ottawa. In.: Escola Nacional de Saúde Pública. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, pp. 158-162.

Pinheiro, R. S.; Viacava, F.; Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 7(4), 687-707.

Schraiber, L. B.; Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(1): 7-17.

Sociedade Brasileira de Urologia- (SBU). (2010). *Movimento pela saúde masculina*. Recuperado em 17 de abril de 2011 de www.sbu.org.br.

Souza, E. R. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 59-70.

- Strey, M. N.; Pulcherio, G. (2010). As tramas de gênero na saúde. In: M. N. Strey; C. Nogueira & M. R. Azambuja (orgs) *Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros*, Porto Alegre: Edipucrs, pp. 11-33.
- Toneli, M. J. F.; Souza, M. G. C. & Müller, R. de C. F. (2010). Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20(3), p. 973-994.
- Toneli, M. J. F.; Müller, R. de C. F. (2011). Zonas de convergência entre saúde e masculinidade: em favor de uma Política Feminista de desidentificação dos (bio)homens com o sujeito universal. In.: Z. A. Trindade; M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora, pp.57-78.
- World Health Organization - (WHO). (1946). *Constitution of the World Health Organization- Basic Documents*. WHO Genebra. Recuperado em 23 de outubro de 2011 de www.who.int.

ARTIGO I

DO SUPER-HOMEM ÀS NOVAS FORMAS DE MASCULINIDADES

Super-Homem

*Um dia, vivi a ilusão
De que ser homem bastaria
Que o mundo masculino
Tudo me daria
Do que eu quisesse ter*

*Que nada
Minha porção mulher
Que até então se resguardara
É a porção melhor
Que trago em mim agora
É que me faz viver*

*Quem dera
Pudesse todo homem compreender
Oh Mãe, quem dera
Ser no verão o apogeu da primavera
E só por ela ser*

*Quem sabe
O Super Homem
Venha nos restituir a glória
Mudando como um Deus
O curso da história
Por causa da mulher*

Música de Gilberto Gil, 1979

Em dezembro de 1979, Gilberto Gil nos presenteava com a música Super-Homem. Ele escreveu a música após ouvir um relato de Caetano Veloso sobre o filme Super-Homem, naquele mesmo ano. Segundo Gilberto Gil, a música é quase uma apologia à androginia, “me interessava revelar esse embricamento entre homem e

mulher, o feminino como complementação do masculino e vice-versa, masculino e feminino como duas qualidades essenciais ao ser humano”. (Gil, 2011). Gilberto Gil e Caetano Veloso, na época da Tropicália¹, já cantavam a dificuldade de ser homem. Ambos compuseram músicas em parceria que retratavam não só as belezas e dificuldades do nosso país, mas também das pessoas que nele viviam. Assim, em algumas músicas a dupla retratou o homem, principalmente o modelo masculino dos anos 60 e 70, mas percebendo muito além os pensamentos, as ações e conflitos do ser homem daquela época.

Neste artigo, pretendemos discorrer sobre a masculinidade e seus novos modelos, perpassando pela relação homem-mulher e nos apoiando nas teorias feministas e de gênero, utilizando como pano de fundo a música Super-Homem de Gilberto Gil. A pesquisa feminista tem como premissas o compromisso com a mudança social em prol da emancipação dos sujeitos, minimizando o poder de muitos sobre poucos e primando pelo compromisso com a igualdade.

Para tanto, partimos de concepções da teoria feminista para compreender melhor os comportamentos masculinos, a partir de um marco histórico que foi o movimento feminista, e que com suas conquistas modificou a relação entre homens e mulheres. Significa entender que, mesmo com o avanço no modo como se dão essas relações, os homens ainda têm em mente uma masculinidade hegemônica – a qual vem perdendo seu espaço – que permeia modos de ser e de viver de alguns homens, dificultando a expressão de novos modelos de masculinidades.

¹ Tropicália: movimento cultural brasileiro que propôs inovação nas manifestações artísticas, principalmente na música, tendo seu auge nos anos de 1967 e 1968.

“Um dia, vivi a ilusão de que ser homem bastaria...” - Construindo as masculinidades

Com o desenvolvimento do feminismo e dos trabalhos de gênero que demonstraram diferentes estratégias para uma maior equidade entre homens e mulheres, foram surgindo estudos sobre os homens. Esses estudos tiveram origem na década de 60 juntamente com o movimento feminista (movimento esse que é um campo consistente para os estudos sobre masculinidades) (Arihla, Ridenti & Medrado, 1998; Medrado & Lyra, 2008).

A historiadora Elisabeth Badinter conta que foi através da antropóloga Margaret Mead que os caminhos para a ideia da multiplicidade das masculinidades foram abertos, bem como sobre os variáveis papéis de homens e mulheres. Logo foram constatados vários modelos de ser homem e suas diferenças conforme épocas, lugares, classe, raça e idade. Assim, percebemos, com a maior produção de estudos sobre os homens, que a masculinidade pode ser ensinada e construída, sendo, portanto, modificável (Badinter, 1993; Burin, 2000). Conforme Cecchetto (2004), os novos estudos sobre homens e masculinidades aliaram-se às teorias feministas, rompendo com o enfoque rígido e polarizado dos papéis sexuais, ampliando o conceito de gênero para além da dicotomia masculino e feminino e ligando-o a aspectos que estruturam as relações sociais.

Ainda que trabalhos e estudos sobre as masculinidades e os homens sejam encontrados na literatura, quando comparamos aos trabalhos existentes sobre as mulheres, os homens ficam muito atrás. Muito se discutiu sobre as mulheres, suas conquistas e sobre a relação entre os gêneros. Com isso, os homens foram perdendo lugar, sendo mencionados sempre em relação aos estudos das mulheres. Entretanto, ao

longo dos últimos anos, os homens vêm ganhando espaço principalmente dentro dos estudos de gênero.

Repensar o espaço e o papel dos homens foi algo percebido pelos americanos que inauguraram os *men's studies*. Esse movimento se estendeu até a Inglaterra e a Austrália, suscitando indagações também na França. Tendo em vista que esses países viram crescer um feminismo mais radical, em que as mulheres lutavam pelos seus direitos, e que fez estremecer as bases de sociedades baseadas na figura do homem viril (Badinter, 1993).

O interesse pelo estudo da masculinidade originou-se na década de 60, juntamente com o movimento feminista, que promoveu diferentes modos de pensar e descrever as relações entre homens e mulheres, dando visibilidade ao assunto e necessitando que se refletisse sobre as identidades sexuais. Na década de 70 já havia estudos que destacavam a masculinidade, mas a ênfase nos estudos sobre as mulheres acabou sendo maior. Nessa época, a maioria dos estudos sobre a identidade masculina tinha seu foco na sexualidade, explorando aspectos da vida dos homens que são restringidos em função da pressão em exibir comportamentos pertinentes à masculinidade (Kimmel, Messner, 1995 citado por Garcia, 1998). Outras pesquisas foram mais além, discutindo a influência do papel de gênero masculino tradicional na saúde dos homens e no relacionamento dos homens com outros homens, com mulheres e com as crianças (Marc Feigen-Fausteau, *The Male machine*, de 1974, e Warren Farrell, *The Liberated man*, de 1975 citados por Garcia, 1998).

Burin (2000) destaca que é a partir dos anos 70, nos países anglo-saxões, que os próprios homens começaram a interrogar-se sobre sua identidade, dando origem a uma série de estudos, que avançaram a partir da década de 80, sobre a construção social da masculinidade. Com isso, foram destacando-se pesquisas sobre a paternidade e o papel

do homem nesse exercício e, com o crescente avanço dos estudos sobre a saúde da mulher, o homem foi aparecendo nesse contexto, muito mencionado em relação à saúde reprodutiva e às doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, Badinter (1993) refere que os anos 70 foram acompanhados por trabalhos relativos às masculinidades que tinham o tom da paixão e da denúncia, na medida em que esses trabalhos estavam a cargo de descrever como viviam os homens dessa época, questionando as normas a que estavam submetidos. Já os anos 80 vieram como um período de incerteza e angústia, denunciando em alguns países uma crise masculina. Conforme Souza (2009), para que o homem e as masculinidades se transformassem em objeto de estudo, algumas mudanças de cenário foram necessárias, tais como: o movimento feminista contestando a dominação do homem sobre a mulher; o movimento gay, que deu visibilidade a outras formas de masculinidade; e o estudo das relações conjugais e a violência doméstica, que abriram portas para questionamentos referentes ao comportamento masculino.

Mas o que é ser um homem? Segundo Elisabeth Badinter (1993) ter um cromossomo Y e possuir órgãos sexuais masculinos não bastam para definir o macho da espécie humana. Ser homem “implica um trabalho, um esforço que não parece ser exigido das mulheres. É mais raro ouvir ‘seja mulher’ como uma chamada à ordem, enquanto a exortação feita ao menino, ao adolescente e mesmo ao adulto masculino é lugar comum na maioria das sociedades” (Badinter, 1993, p. 3). O Psicanalista Paulo Roberto Ceccarelli (1998), fala que o caminho para ser homem, em diversas culturas, precisa ser conquistado. Já entre as mulheres, o caminho para a feminilidade é marcado pela menarca, a primeira menstruação, tendo ligação direta com a fertilidade e a procriação. Isto é, a natureza lembra a mulher todo o mês de que ela é uma mulher. Tornar-se homem passa pela aquisição da virilidade e, segundo o autor, ela nunca é definitivamente adquirida, devendo ser constantemente (re)conquistada.

Assim, a masculinidade é construída em um espaço político e social, dependendo de questões mutáveis e, por isso mesmo, tornando essa imagem fragilizada e ameaçada (Trevisan, 1998). Por estar situada no âmbito do gênero, a masculinidade “representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em determinada cultura” (Gomes, Nascimento & Rebello, 2008, p.1), que se modificam ao longo do tempo. Burin (2000) refere que na atualidade, classe social, raça e orientação sexual tornaram-se fatores de diferenciação masculina, o que nos estudos de gênero se chama de masculinidades, termo esse que deseja abarcar todas as formas de ser homem, enfatizando que não existe uma única masculinidade, mas várias, e que se a masculinidade é aprendida, construída, ela também pode modificar-se (Badinter, 1993).

As bases da masculinidade são disseminadas na infância do menino pelas experiências que ele vai adquirindo nos ambientes escolares, familiares e com os amigos. A definição do que é ser homem em uma sociedade patriarcal baseia-se, conforme Pinto, Meneghel e Marques (2007), em figuras de linguagem negativas que orientam que homem não chora, não demonstra seus sentimentos, não pode ser fraco e jamais pode ser perdedor. O modelo do *macho* é definido por regras externas da sociedade em que os meninos vivem, e se referem sempre a atitudes como fazer, mostrar ou ocultar, não tendo importância sentimentos, emoções e necessidades, o que podemos perceber nos homens adultos pela sua dificuldade de entrar em contato com suas próprias emoções (Corsi et al, 2002; Nolasco, 1995). Conforme Nolasco (1997), na socialização dos meninos, eles aprendem a restringir seus vínculos e não demonstrar emoções e fragilidade, pois o que conta são as atitudes *de macho* que vão definir o *homem de verdade*. Nesse sentido o autor diz que o que é ser homem pode ser definido sob duas óticas: uma que tem como base a sociedade patriarcal na qual as demandas da

sociedade para o menino apontam para a representação do homem de verdade. E outra que aponta para uma redefinição dos papéis de homens e mulheres, na qual os homens são incentivados a uma maior aproximação e vínculo – principalmente com os/as filhos/as – e a demonstrar suas emoções e sensibilidade, sem que isso comprometa, é claro, a sua virilidade.

A virilidade é construída, e como nos diz Badinter (1993, p. 4), ela “corre sempre o risco de apresentar defeito”. Pode ser entendida como a capacidade reprodutiva, sexual e social, por isso, os homens buscam o reconhecimento de sua honra na esfera do público. A virilidade precisa ser validada por outros homens, a fim de que se sintam verdadeiramente homens (Bourdieu, 1999). Nesse sentido, Nolasco (1995, p.43), coloca que “os meninos crescem estimulados a contar vantagens e méritos. O padrão masculino inicia-os em um mundo onde acreditam ser os melhores só por serem homens”. Entretanto, a virilidade também é, conforme Bourdieu (1999), uma carga. Ao contrário da mulher “cuja honra só pode ser defendida ou perdida, o homem *verdadeiramente homem* é aquele que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade que lhe é oferecida de fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública” (Bourdieu, 1999, p. 64).

O poder dos homens é uma armadilha para eles próprios, conforme demonstra Bourdieu (1999), uma vez que os impõe o dever de afirmar a todos a sua virilidade, buscando sua honra na esfera do público. Ou seja, aos homens é necessário que demonstrem seu potencial diante dos outros, para serem reconhecidos e para que sejam pertencentes a um grupo de homens machos, homens de verdade. Knauth & Leal (2006) citam o conceito de validação homosocial, ou seja, os homens precisam ser validados em seus comportamentos por outros homens. A coragem e a bravura são incentivadas em alguns grupos de trabalho e instituições, como as forças armadas e algumas

profissões que exigem certos cuidados de segurança. Esses cuidados, muitas vezes, são deixados de lado por incentivo grupal ou mesmo por uma motivação individual de demonstração de força e valentia. Por trás disso há um receio de que o grupo coloque este homem em uma posição mais feminina, de fraqueza e medo (Bourdieu, 1999). Nas relações entre os homens, “o silêncio sobre si é uma premissa pela qual os homens se defendem dos possíveis ataques que poderiam sofrer” (Nolasco, 1995, p. 180), e isto pode mantê-los distantes do contato consigo mesmos.

Os homens, conforme Meler (2000), temem perder aquilo que na realidade não têm, e temem, na verdade, saber acerca dos limites de seu poder, como conhecer sua vulnerabilidade. Para Ramirez (1995), os discursos masculinos se constroem com base nas relações assimétricas entre os gêneros, mas mais do que isso, esses discursos são muitas vezes dirigidos a um outro homem, a fim de expressar poder e situar esse outro homem na esfera do feminino. Assim sendo, a noção de virilidade para Bourdieu (1999) é relacional e construída diante de outros homens, em ritos escolares, militares ou civis, para os outros homens e contra o feminino, mas antes de tudo, a virilidade é construída dentro de cada homem, para si mesmo.

Para Nolasco (1995), os comportamentos exigidos pela sociedade mantêm os homens presos à questão do desempenho, seja ele sexual ou não. Estes comportamentos que qualificam os homens os aproximam dos padrões exigidos para máquinas. Assim, comparados e identificados como *homem máquina*, “estes indivíduos ficam impossibilitados de problematizar a maneira como socialmente tornaram-se homens” (Nolasco, 1995, p. 21) reproduzindo padrões para atingir o *status* de homem ideal.

Margaret Mead na década de 30 revelou caminhos para a ideia da existência de mais de um tipo de masculinidade. Em suas monografias, ela iniciou as discussões sobre a variabilidade de papéis e estereótipos de homens e mulheres e suas relações,

baseando-se na cultura para estabelecer as diferenças sexuais (Cecchetto, 2004). Atualmente os estudiosos dos *men's studies* concordam sobre as várias formas de masculinidades existentes, e rechaçam a ideia de um modelo único masculino universal que perdure no tempo e seja constante em vários lugares do mundo (Badinter, 1993).

Portanto, entendemos que a masculinidade pode ser expressa de várias formas pelos homens e para compreendê-la precisamos perceber as dimensões culturais, históricas, sociais e estruturais da sociedade em que elas se manifestam. Os estudos sobre os homens têm mostrado que a noção de homem genérico já não existe mais, e que eles também são orientados por um modelo ideal e hierarquizado (Medrado et al, 2000). Schrock e Schwalbe (2009) também referem que não podemos falar de masculinidade no singular, mas sim que há múltiplas masculinidades. A masculinidade no plural nos traz as diferenças entre grupos de homens, e os autores propõem que as variadas formas de ser homem possam ser vistas, não de acordo com os tipos de corpos (homem negro, homem latino, homem gay, etc), mas como diferenças nas atitudes de ser homem.

A masculinidade é uma forma de poder entre homens e mulheres, mas também entre homens e a heterossexualidade. É uma forma de prática que exerce efeito de subordinação sobre as mulheres e tem conceitos como masculinidade hegemônica e subordinada (Schrock & Schwalbe, 2009). Michael Kimmel (1998) discute a relação entre as masculinidades hegemônicas e subordinadas e o poder suscitado pelo modelo masculino ideal (branco e heterossexual) em oposição a outros modelos considerados desviantes (negros, homossexuais e outras etnias). Segundo o autor, alguns grupos masculinos negam a existência de outras formas de ser homem, desprezando-as. Nesse sentido, ele se refere ao homem branco que não necessita questionar a todo tempo a sua masculinidade tendo em vista seu poder em relação a outros grupos. Ainda que o

modelo de masculinidade hegemônica seja ideal e dificilmente alcançado por todos os homens, há o estabelecimento de uma relação de poder com outros modelos que são considerados subordinados (Cecchetto, 2004). Enquanto um padrão, a masculinidade hegemônica exerce poder e controle das práticas cotidianas, deixando de lado as emoções que são consideradas femininas (Medrado, 1998) e que afastam os homens do modelo ideal.

Boscán Leal (2006) aborda em seu artigo uma crítica às masculinidades tradicionais, sugerindo estratégias para a construção de novas masculinidades. O modelo dominante é normalmente sexista e homofóbico, sendo que o homem deve comportar-se de maneira a não ter medo, ser forte, não expressar suas emoções e ser heterossexual. Atualmente esse modelo tem sofrido rechaço em muitas sociedades atuais, principalmente nas sociedades em que as mulheres tiveram mais avanços e nas quais grupos de homens lutam para que outras formas de masculinidades sejam reconhecidas - e feminilidades também. O patriarcado e a dominação dos homens sobre as mulheres não só coloca em situação de marginalização as mulheres, mas também os homens que não se “enquadram” no sistema dominante de masculinidade.

Para Nolasco (1997) o ideal de masculinidade se tornou problemático, pois não é adquirido através de relações, mas sim pela demonstração de força, aquisições materiais e pela intensa atividade sexual dos homens. Ainda, o autor coloca que esse ideal problemático é passado na socialização dos meninos através do modelo do *homem de verdade*, e quando adultos, esses meninos vão em busca desse *homem de verdade* ainda que “para todo *homem de verdade* existem muitos outros que não o são” (Nolasco, 1997, p. 24). Percebemos que a busca de um modelo ideal de ser homem interfere nas relações que são estabelecidas ao longo da vida dos homens, pois muitas vezes essa

postura de recolhimento de emoções acaba privando o homem de sentir e vivenciar situações importantes para a própria construção de seu papel enquanto sujeito.

Assim como as feminilidades, as masculinidades ocupam lugares simbólicos nas relações sociais e institucionais (Medrado, 1998). Michael Kaufman (1995 citado por Lyra & Medrado, 2000), que adota conceitos feministas e de gênero, escreve sobre o sofrimento que a experiência de poder – masculinidades hegemônicas e subordinadas – suscita em alguns homens. Nesse sentido, assim como Scott (1995 citada por Medrado, 1998), nos diz que o poder exercido coletivamente pelos homens não é construído apenas nas instituições, mas também na maneira como os próprios homens internalizam e acabam reforçando esse poder, Kaufman (1995 citado por Lyra & Medrado, 2000) desvenda o processo através do qual os homens escondem as suas emoções e o prazer em cuidar, ter empatia e compaixão, por exemplo, pois estas atitudes seriam inconsistentes com a masculinidade. Tais atitudes caracterizariam segundo o autor, uma dor e a alienação dos homens – “alienação de sentimentos, de afetos e de potenciais para relacionamentos humanos de cuidado” (Lyra & Medrado, 2000, p. 151). Alienação essa que percebemos estar aos poucos mudando, muito em função das novas exigências do papel do homem enquanto sujeito capaz de construir e revelar a própria identidade – por exemplo, as cobranças e também reivindicações na função de pai e enquanto companheiro que também assume o trabalho do lar. Para Medrado (1998), à uma maior participação das mulheres na vida pública deveria corresponder uma maior participação dos homens na vida do lar, como no cuidado com os filhos e filhas do casal e divisão das atividades domésticas.

Entretanto, essas mudanças são sutis e lentas, pois os meninos aprendem a guardar para si seus sentimentos e frustrações ainda na infância. Com isso, eles crescem criando defesas e escudos contra essas emoções (Nolasco, 1997) e caminham em um

limiar entre o fracasso e a força, ou seja, lutam para não fracassar e ao mesmo tempo esconder suas emoções e manterem-se fortes.

Autores como Badinter (1993), Nolasco (1995; 1997), Medrado (1998), Cecchetto (2004) consideram a emergência de um novo padrão de masculinidade que iniciou com a chamada crise da masculinidade que pôs à prova o modelo do macho viril e que trouxe à tona as demandas por homens sensíveis, que expressam suas emoções sem que, com isso, percam a virilidade e a força. Atualmente, é solicitado aos homens que reavaliem suas atitudes e comportamentos (Nolasco, 1997) diante dos outros homens e das mulheres que, após ganharem espaço na esfera pública da sociedade, agora desejam um homem não menos viril e forte, mas capaz de expressar suas emoções e dividir o espaço da esfera privada – o lar.

A crise da masculinidade teve origem, segundo Kimmel e Kaufman (citados por Cecchetto, 2004), nas transformações mundiais de cunho econômico e geográfico que balançaram os Estados Unidos no início do século XX. Essas transformações promoveram redefinições dos padrões tradicionais de masculinidade, abalando a hegemonia do modelo ideal de homem – branco e heterossexual. Além disso, o avanço de movimentos feministas, LGBTs e de direitos civis também contribuiu para a desestabilização dos papéis masculinos (Cecchetto, 2004).

Com isso, a crise da masculinidade surgiu em um ambiente de transição, no qual os homens viram nascer a oportunidade de contestar e de diferenciarem-se dos papéis rígidos estabelecidos na sociedade (Nolasco, 1997; Cecchetto, 2004). Para Elisabeth Badinter (citada por Nolasco 1995, p. 172), o que percebemos é um homem em mutação e não um novo homem, que é “filho de uma geração em que a mãe assume características mais viris e os homens mais femininas”. Ou seja, há um conflito existente entre os novos modelos de ser homem e os valores patriarcais ainda vigentes

em nossa sociedade. Badinter (1993) refere-se ao termo *homem reconciliado*, um novo homem que surge de uma reconciliação – o *soft male* - e que combina força e sensibilidade. Conforme Nolasco (1995, p. 172) alguns estudos revelam que as mulheres têm dificuldades de conviver com este *novo homem* que se mostra fragilizado “como se crise e fragilização não fossem duas dimensões humanas inerentes a ambos os sexos”.

Para Nolasco (1995), a transformação dos papéis masculinos não se limita a uma reflexão das práticas masculinas principalmente das práticas sexuais dos homens e sua identificação com o que se define como feminino. Esta transformação também perpassa os modos de funcionamento nos campos políticos e sociais nos quais mulheres e homens estão inseridos. Nesse sentido, os homens poderão, aos poucos, reconstruir sua história integrando virilidade, força, sensibilidade e cidadania (Nolasco, 1995).

Repensar os papéis, limites e obrigações para além do que já está instituído pela lógica patriarcal nos parece um repensar da própria identidade. Silva (2010) refere que a luta feminista repensou as bases dos papéis de gênero e das relações de poder nele estabelecidas. Entretanto, não podemos reduzir a crise da masculinidade a um fenômeno como sendo resultante somente do feminismo. Homens e mulheres, crianças e adolescentes estão diante de um mundo em que é preciso repensar seus conceitos, valores e papéis, e as transformações daí advindas são um produto da luta diária de classes, pessoas, etnias, homens e mulheres.

Nesse novo caminho masculino que é aberto, sonhos e sentimentos são possíveis de serem vividos pelos homens. Nolasco (1997, p.17) menciona a “substituição da ditadura do vencer por um engajamento pessoal em que perdas e ganhos são incluídos como parte do caminho”. Assim, meninos e homens aprendem a lidar melhor com sentimentos e fracassos e podem internalizar que isto faz parte do caminho, reagindo

diante das dificuldades que surgem no cotidiano de cada um. Logo, este é um processo que entendemos ser contínuo, assim como o é com as mulheres, que muito conquistaram após o advento do feminismo, mas que ainda hoje repensam seus papéis nas esferas públicas e privadas. Portanto, a crise da masculinidade ainda está fazendo pensar os sujeitos masculinos em busca da própria essência.

Mas que mundo masculino “novo” é esse que se apresenta para os homens? Entendemos que vários papéis anteriormente negligenciados, como o do pai de família, do homem que cuida da casa e daquele que sente, são agora discutidos por pesquisadores/as e instituições nacionais e internacionais. Políticas públicas são planejadas e executadas para melhor promover a igualdade de gênero e a inclusão dos homens na pauta de discussões sobre saúde sexual e reprodutiva, paternidade e sobre a própria saúde masculina, antes coadjuvante das questões femininas.

As necessidades vivenciadas por homens e mulheres na contemporaneidade implicam o surgimento de novos homens e novas mulheres. Para Nolasco (1995), o feminismo trouxe consigo uma ampliação e relativização dos papéis dos sujeitos masculinos e femininos, além de auxiliar esses sujeitos na construção de uma maior flexibilidade desses papéis sociais.

E como nos diz a canção de Gilberto Gil, um dia os homens viveram a ilusão de que o mundo masculino bastava para eles. Entretanto, acreditamos que os homens não acompanharam as transformações que ocorreram no mundo e que também modificaram as relações sociais, principalmente no que diz respeito às conquistas femininas e ao menor poder hoje exercido pelos homens em relação a elas. Logo, é preciso extrapolar as barreiras do mundo masculino para que os homens encontrem as expressões das suas mais diferentes masculinidades.

“Que nada minha porção mulher que até então se resguardara...” – Resgatando o masculino através do feminino

Nossas relações cotidianas estão permeadas por papéis e funções pré-estabelecidas, das quais não nos damos conta e sequer nos questionamos a respeito. São papéis destinados a homens, mulheres, crianças, idosos, adolescentes e que estão arraigados na nossa cultura que ainda hoje é patriarcal, mesmo com os avanços conquistados ao longo dos anos. Para Badinter (1986), o patriarcado designa toda uma estrutura social que nasce do poder paterno, e não somente uma família baseada no parentesco de um homem e no poder do pai.

Esses papéis que são atribuídos a homens e a mulheres começaram a ser estudados nos anos 40 por John Money, sexologista, que cunhou o termo papel de gênero (*gender role*) para descrever o conjunto de condutas atribuídas a homens e a mulheres. Até os anos 60 do século XX, gênero era usado somente para referir palavras masculinas e femininas. No entanto, a fim de explicar porque algumas pessoas sentem que estão presas em um corpo errado, o psicólogo Robert Stoller em suas investigações sobre meninos e meninas que nasceram com problemas anatômicos e haviam sido criados de acordo com um sexo que não correspondia anatomicamente com o seu, começou a usar os termos: *sexo* para mencionar os traços biológicos e *gênero* para fazer referência ao quanto as pessoas eram femininas ou masculinas (Burin & Meler, 2000).

Adotamos o conceito de gênero como uma forma de descrever as construções sociais que possibilitam aos meninos e as meninas maneiras de ser homem e ser mulher, ou seja, são os papéis sociais que lhes são atribuídos e que fazem com que esses meninos e essas meninas cresçam de maneira distinta com base em normas fundadas em um sistema binário de gênero. Essa organização binária de força, em especial, quando se

baseia nas polaridades de gênero, efetua-se pelas mais variadas formas de poder que, por sua vez, são produtivas e estratégicas (Butler, 1987; Paim & Strey, 2004).

Analisando de uma maneira descritiva os estudos de gênero, Burin e Meler (2000) colocam que os modos de pensar, sentir e comportar-se de homens e mulheres se devem a construções sociais que se dão de maneira diferenciada para eles e elas. Desde pequenos meninos e meninas tomam para si modos de ser que dão origem às masculinidades e as feminilidades. Sim, pois hoje não falamos mais em masculinidade e feminilidade no singular. As teorias de gênero tornaram-se multifacetadas, com diversas ramificações, entre elas aquelas que defendem que não existe apenas um modo de ser homem e um modo de ser mulher, mas vários, que estão distribuídos das mais diversas formas em uma mesma sociedade e também em culturas diferentes. Desde esse critério descritivo, gênero pode ser compreendido como um conjunto de crenças, atitudes, valores, comportamentos, traços de personalidade e atividades que tornam diferentes homens e mulheres e que colocam em pauta a lógica binária em que ambos são percebidos (Burin & Meler, 2000; Cecchetto, 2004).

Gênero foi também uma contribuição do Movimento Feminista, que buscava um lugar para a mulher na sociedade e queria transformar as relações de poder existentes entre homens e mulheres. Com o ingresso da mulher na modernidade, que se deu a partir da Revolução Francesa e de seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, a sociedade delimitou o espaço público como sendo do homem e o espaço privado da mulher, diferenciando-se os espaços de poder (Burin & Meler, 2000). Dentro dessa perspectiva, os estudos feministas revelaram que a cultura patriarcal tem reservado os espaços públicos para os homens, privilegiando os espaços sociais como espaços de hierarquização de poderes, colocando os homens como mais fortes, mais inteligentes e criativos (Burin, 2000). Nesse sentido, os movimentos feministas (com várias facções),

configuram-se como um modo de transformação da relação de dominação proveniente da diferença entre os sexos (Colling, 2004; Perrot, 2005; Scott, 2002; Strey, 2004).

Pesquisadores que não são feministas, mas que são aliados do Movimento Feminista, reconhecem nele e nas teorias de gênero a base para os estudos sobre masculinidade, além de acreditarem que o feminismo forneceu as ferramentas básicas necessárias para que se processassem mudanças nas relações sociais, baseadas na diferenciação sexual (Arihla, Ridenti & Medrado, 1998). Para Garcia (1998, p. 35), “o desafio é continuar a trabalhar com a perspectiva de gênero, como sendo relacional, portanto o tema da masculinidade deve ser tratado não de maneira separada, mas sempre em relação com a feminilidade e as outras dimensões sociais.” Nesse sentido, o objeto dos estudos de gênero pode ser percebido de forma mais ampla, não se aplicando apenas ao estudo das mulheres (Barbieri, 1991 citada por Lyra & Medrado, 2000). Conforme Burin e Meler (2000), nos estudos de gênero, aportes teóricos advindos da antropologia, sociologia, psicologia e outras disciplinas são importantes, a fim de que possamos enriquecer a análise dos nossos estudos.

Sendo assim, Connel (1995 citado por Garcia 1998, p.45) nos diz que para “entender gênero é necessário irmos além do gênero”, tendo em vista que gênero é constituinte das relações sociais em que vivemos e ele interage com outras estruturas sociais como raça, classe, etnia, nacionalidade, entre outras. Para compreender essas relações sociais, de dominação do masculino sobre o feminino, de brancos sobre negros, heterossexuais sobre homossexuais, devemos considerar todo um campo de estudos nessa área que tenta dar conta dessas relações e procura apontar transformações na sociedade que aos poucos vem entendendo a luta por uma igualdade de direitos, de corpos, de opiniões, mas mais do que isso, uma igualdade pelo direito à vida.

Durante muitos anos foi comum entender homens e mulheres baseando-se pelos órgãos genitais, com a diferença de que os órgãos das mulheres ficavam no interior do corpo. Badinter (1993, p.8) cita Diderot, que no século XVIII escreveu: “a mulher tem todas as partes do homem, a única diferença existente é uma bolsa pendente do lado de fora e uma bolsa voltada pra dentro”. Ainda, a autora refere que no Século das Luzes ser homem ou mulher era questão de hierarquia na sociedade, muito mais do que pessoas diferentes biologicamente. Dentro dessa mesma premissa, Scott (2005) demonstra que no final do século XVIII alguns médicos, filósofos, e até mesmo psicólogos, defendiam a idéia de que as diferenças físicas da pele ou de alguns órgãos podiam qualificar algumas pessoas e outras não. Conforme a autora, Rousseau teria dito que a localização dos órgãos genitais de homens e mulheres determinariam o alcance de sua influência e que “a influência interna continuamente reposiciona as mulheres no seu sexo” (Scott, 2005, p.15). Logo, se as mulheres não tinham semelhança com os homens, elas não poderiam ser consideradas iguais a eles, portanto, não poderiam ser consideradas cidadãs.

As teorias feministas propõem um novo olhar para as relações entre homens e mulheres, no qual não deve haver diferenças de poder entre ambos os sexos. Esses novos olhares diferem da sociedade patriarcal que é baseada em relações de poder, principalmente o poder paterno. Essa organização da sociedade define uma divisão de papéis para homens e mulheres, prevalecendo a desigualdade e a hierarquia, sendo o homem o chefe da família. É também “um sistema androcêntrico e masculinista, no qual os homens desempenham os papéis superiores e ocupam os status sociais mais elevados e, além disso, a perspectiva masculina domina o modo de perceber e de construir a realidade social.” (Cantera, 2007, p. 23).

Não por coincidência, ainda hoje os homens são considerados chefes de família, em uma sociedade em que, principalmente nas classes mais pobres, as mulheres já são maioria nesse quesito. Elas cuidam da casa e dos filhos e filhas, trabalham fora e ainda mantêm uma jornada de trabalho em suas próprias casas. Badinter (1993) refere que a função maternal da mulher é consagrada pelo útero e ovários e ela se fortalece diante do homem com seu poder de gerar. Diante disso, ela se tornou a “rainha do lar”, cuidando e educando a prole enquanto ao homem o resto do mundo foi revelado, e a ele foi dada a tarefa de produzir, manter e prover na esfera pública.

Na sociedade patriarcal, os referenciais são um homem forte e uma mulher frágil, em uma relação desigual de poder. Nela, tudo remete ao homem e, quando se trata da relação sexual, Cantera (2007) refere que o desejo dos homens pelas mulheres é incentivado e, ainda que esse desejo seja proibido, ele é passível de existência. O contrário ocorre com a mulher, que sequer tem mencionada a possibilidade de desejar o homem – quem dirá o “homem da próxima”! No caso de infidelidade, o homem deve reparar sua honra perdida, enquanto a mulher deve compreender o “instinto” do homem que a traiu. Desejar, reparar a honra e saciar o desejo sexual são algumas das coisas associadas à masculinidade e, portanto, baseadas em uma ordem patriarcal.

Voltando ao campo das emoções, nos deparamos com a dificuldade enfrentada pelos homens na sociedade patriarcal, na qual eles almejam um ideal que nega a possibilidade de contato com seus sentimentos e em que fracassar, principalmente no campo sexual, os afasta da condição de *homem de verdade* (Nolasco, 1997).

As novas regras das relações atuais trouxeram mais independência e liberdade para homens e mulheres, diminuindo algumas desigualdades e moldando novas configurações nos lares e na esfera pública. Nesse sentido, aos homens é exigida

sensibilidade e escuta de suas emoções, sem que com isso percam a sua virilidade (Silva, 2010).

Os estudos de gênero, juntamente com as teorias feministas, ao serem a base das pesquisas sobre masculinidades, buscam uma ruptura com o universalismo dos papéis atribuídos aos homens que “impossibilitava o entendimento das maneiras como esses papéis se modificam, assim como a construção e a negociação dos significados dependendo do contexto de atuação” (Cecchetto, 2004, p. 57), já que as maneiras de entendermos as masculinidades perpassam a cultura, raça, etnias, classe social, etc.

Com isso, percebemos que as relações estabelecidas entre os gêneros são dependentes de vários fatores, o que permite infinitos estudos de diferentes formas. Gênero é, portanto, mutável? Acreditamos que sim, pois varia através do tempo, da história, varia conforme cada sociedade. Gênero é uma maneira de olhar a vida, a realidade, e compreender as relações sociais – e de poder - entre mulheres e homens, entre mulheres e mulheres e entre homens e homens, mesmo que o desejo de muitas pessoas seja a busca por relações mais iguais e não permeadas pelo poder. Colocando o gênero como uma construção social e histórica, entendemos isso como algo que pode ser mudado.

Nesse sentido, os estudos sobre os homens e as masculinidades nos apontam que mesmo o ideal masculino do homem forte, viril, um *macho de verdade* é permeado pelos comportamentos das mulheres. Como canta Gilberto Gil, o reconhecimento de uma “porção mulher” é a porção que impulsiona uma vida melhor nesse Super-homem que resguarda seus sentimentos e suas emoções. Homens e mulheres se apóiam e se afastam nas construções dos seus papéis e o reconhecimento de uma parte feminina e masculina em cada um é importante para a afirmação social de ambos enquanto sujeitos.

“Quem dera pudesse todo homem compreender”...

Compreender a dinâmica que se estabelece entre homens e mulheres não é tarefa simples. Com os avanços dos movimentos feministas e a inserção das mulheres na vida pública, foi mais fácil para elas aceitar as mudanças que vêm acontecendo nas relações, principalmente com os homens. Mesmo na esfera privada é possível perceber como a autoridade e a liberdade da mulher são mais evidentes atualmente, já que muitas delas são chefes de família.

Por outro lado, percebemos que é mais complicado para o homem aceitar essas mudanças e esse tem sido o impulsionador, a nosso ver, para muitos dos conflitos existentes nas relações atuais entre os casais. As mulheres querem que seus companheiros – pais, filhos, maridos – sejam mais amorosos, carinhosos, presentes, que partilhem de sua vida e compartilhem suas emoções. Mas está difícil para eles abrirem mão do rótulo de homem viril a fim de demonstrar que também são frágeis – nem que seja em alguns momentos – e que também são capazes de se emocionar com as alegrias e tristezas do cotidiano.

Os estudos feministas, ao questionarem o poder masculino, deram visibilidade às relações de poder existentes entre homens e mulheres e, como demonstra Giffin (2005), essas relações foram legitimadas pela ciência. Além disso, os estudos de gênero demonstraram o binarismo existente por trás dessa dicotomia que cada vez mais estava presente nas instituições sociais e era internalizada pelos sujeitos. Nesse sentido, Giffin (2005) coloca que as pesquisas feministas, ao demonstrarem que todos os homens eram poderosos e todas as mulheres eram oprimidas, reproduziam a lógica binária.

Essa lógica tem mudado com o reconhecimento da relação existente entre homens e mulheres. Segundo Souza (2009), se entendermos o gênero como uma

construção social relacional em que os sujeitos femininos e masculinos são produzidos uns em relação aos outros, podemos assim compreender que o homem, mesmo ainda estando no domínio das relações de poder estabelecidas em nossa sociedade, também é submetido a constrangimentos sociais que impõem a eles padrões de comportamentos. Esses comportamentos afastam os homens de um maior contato consigo mesmos e com as pessoas de suas relações.

A crise constante que parece se abater sobre os homens e os conflitos daí originados questionando a própria masculinidade, nada mais é do que o resultado dos múltiplos homens existentes atualmente, e tanto quanto a mulher, encontrar um núcleo comum, homogêneo parece, ao nosso ver, retroceder no tempo. A multiplicidade de sujeitos e de masculinidades reforça a cultura em que vivemos, que apesar de ainda parecer desconfortável com algumas diferenças, ao mesmo tempo estimula a individualidade e a expressão dos sujeitos existentes dentro de cada pessoa e as construções sociais que daí decorrem.

Compreender as novas formas de ser homem e ser mulher é um passo para que essas múltiplas masculinidades e múltiplas feminilidades apareçam de maneira a possibilitar modos novos de relações entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens. Nesse sentido, homens e mulheres precisam se perceber como fazendo parte de relações nas quais ambos estão implicados enquanto sujeitos de direitos e de deveres, podendo soprar a cada estação como um vento novo que amaina ou como um sol que esquenta, mas colocando-se no lugar do/a outro/a, para quem sabe, quem dera, construir novas formas de ser homem e ser mulher.

“Quem sabe o Super Homem venha nos restituir a glória”- Abrindo caminhos para os novos rumos das masculinidades

Gilberto Gil diz na música que inspirou esse artigo, que o Super-Homem pode restituir a glória, mudando o curso da história por causa da mulher. Por causa da relação existente entre homens e mulheres, é possível que os homens mudem seu comportamento, tendo em vista que eles já perceberam que precisam ser mais carinhosos, sensíveis, companheiros, presentes na sua função de pai, a fim de que algumas mudanças possam acontecer nessa relação e que o rumo da história se modifique. E mais do que isso: que o rumo da história mude nas construções das práticas sociais que colocam homens e mulheres em posições distintas nas mais diversas situações do cotidiano e que, ainda hoje, perpetuam modelos que reforçam as desigualdades de gênero.

De que Super-Homem Gilberto Gil fala? Do homem que reforça o estereótipo do macho, viril e forte ou daquele homem que faz as pazes consigo mesmo ao aceitar em si uma “parte feminina”? Pensamos que o Super-Homem do qual fala Gilberto Gil está atrelado aos novos modelos de masculinidades que percebemos ao longo das nossas leituras e observações. É o homem que resgata em si valores fortes, robustos, que atesta sua virilidade não através da sexualidade, mas por meio da aceitação da mulher como alguém diferente dele, mas com os mesmos direitos. Além disso, este novo Super-Homem traz em si mudanças, como sensibilidade e expressão das emoções, que só são possíveis através do resgate da relação com a mulher e do reconhecimento dela como sujeito de direitos.

Para Nolasco (1995) o novo homem é um produto de mais uma possibilidade que foi concedida pelo individualismo. Fruto de discussões sobre o novo, o movimento

Tropicalista, que aconteceu no Brasil, pode ser estendido, conforme o autor, para o que está ocorrendo com os homens. No Brasil, as discussões sobre esse novo homem começaram no final dos anos 60 e podem ser encontradas nas músicas de Gilberto Gil e Caetano Veloso, que foram precursores no ramo musical das indagações e das características que hoje são valorizadas nas transformações do papel dos homens e das masculinidades.

Contudo, para que essas transformações possam ir além da relação que os homens estabelecem com as mulheres é necessário que uma nova relação dos homens com eles próprios seja construída. Atentar para situações que estejam relacionadas com o bem estar, participar mais da educação dos filhos e filhas e cuidar da saúde são aspectos que envolvem os predicados do novo homem.

Para que o curso da história mude, o Super-Homem necessita resgatar não apenas sua glória, mas a essência do que faz dos homens sujeitos capazes de acompanhar as transformações do mundo - muitas delas advindas da luta feminista -, reencontrando-se nas relações com as mulheres, com outros homens e, principalmente, encontrando a identidade do que é ser homem para cada um.

Referências

- Arilha, M.; Ridenti, S. G. U. & Medrado, B. (orgs.) (1998). *Homens e Masculinidades – outras palavras*. São Paulo: Eccos/ Editora 34.
- Badinter, E. (1986). *Um é o outro: relações entre homens e mulheres*. Tradução de Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (1993). *XY: sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Boscán Leal, A. S. (2006). Propuestas críticas para una concepción no tradicional de la masculinidad. *Opción*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 22 (51), 26-49.
- Burin, M. (2000). Construcción de la subjetividad masculina. In.: M. Burin; I. Meler. *Varones – gênero y subjetividad masculina*. Buenos aires: Paidós. Cap. 3, pp.123-147.
- Burin, M.; Meler, I. (2000). Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina. In.: M. Burin; I. Meler. *Varones – género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós. Cap 1, pp. 21-70.
- Butler, J. (1987). Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In.: S. Benhabib; D. Cornell. (Coord.). *Feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, pp. 139-154.
- Cantera, L. M. (2007). *Casais e violência – um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Editora Dom Quixote.
- Ceccarelli, P. R. (1998). A Construção da masculinidade. *Percurso*. São Paulo, v. 19, 49-56.

- Cecchetto, F. R. (2004). *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Colling, A. (2004). A construção histórica do feminino e do masculino. In.: M.N. Strey, S.T.L. Cabeda & D.R. Prehn. (Orgs.) *Gênero e cultura: questões contemporâneas*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Corsi, J.; Dohmen, M. L; Sotés, M. A. & Méndez, L. B. (2002). *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires, Paidós.
- Garcia, S. M. (1998). Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In.: M. Arilha; S. G. U. Ridenti & B. Medrado. (orgs.) *Homens e Masculinidades – outras palavras*. São Paulo: Eccos/ Editora 34, pp. 31-50.
- Giffin, K. (2005). A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), 47-57.
- Gil, G. Super Homem – a canção. Recuperado em 18 de setembro de 2011 de www.gilbertogil.com.br.
- Gomes, R.; Nascimento, E. F. & Rebello, L. E. F. S. (2008) *As representações da masculinidade e o Ser homem*. Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, Florianópolis. Recuperado em 3 de maio de 2010 de www.fazendogenero8.com.br.
- Kimmel, M. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos – Corpo, Doença e Saúde*. 4(9), 103-117.
- Knauth, D. R.; Leal, A. F. (2006) A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivos-sexuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1375- 1384.
- Korin, D. (2001). Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1414-7130, 67-79.

- Lyra, J.; Medrado, B. (2000). Gênero e Paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. *Estudos Feministas*, v.1, 145-158.
- Medrado, B. (1998). Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: M. Arilha; S. G. U. Ridenti & B. Medrado. (orgs.) *Homens e Masculinidades – outras palavras*. São Paulo: Eccos/ Editora 34, pp. 145- 161.
- Medrado, B.; Lyra, J.; Galvão, K. & Nascimento, P. (2000). Homens por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*, São Paulo, 3, 12-16.
- Meler, I. (2000). La masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos. In: M. Burin; I. Meler. *Varones: género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós, 71- 121.
- Nolasco, S. (1995). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 2ª edição.
- Nolasco, S. (1997). Um “Homem de verdade”. In: D. Caldas (org). *Homens: comportamento, sexualidade, mudança*. São Paulo, Editora SENAC, pp. 13-29.
- Paim, M. C. C.; Srey, M. N. (2004). Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. *Lecturas: EF y Deportes* 10 (79). Recuperado em 27 setembro, 2009 de <http://www.efdeportes.com/efd79/corpos.htm>.
- Perrot, M. (2005). *As mulheres e os silêncios da história*. Trad. Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC.
- Pinto, A. D. C.; Meneghel, S. N. & Marques, A. P. M. K. (2007). Acorda, Raimundo! Homens discutindo violências e masculinidade. *Psico*, 38(3), 238-245, set/dez.
- Ramirez, R. (1995). Ideologias masculinas: sexualidade e poder. In: S. Nolasco. (org.). *A Desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, pp.75- 82.

- Schrock, D.; Schwalbe, M. (2009). Men, Masculinity and Manhood acts. *Annual Review of Sociology*. April, v. 35, 277-295. Recuperado em 23 de setembro de 2011 de www.annualreviews.org
- Scott, J. (2002). Fantasy echo: História e a construção da identidade. *Labrys: Estudos Feministas*, n. 1-2, jul/dez.
- Scott, Joan W. (2005). O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 13 (1), 11-30, jan- abr.
- Silva, F. C. F. (2010). *O masculino e o padecimento psíquico: uma leitura a partir da escuta na clínica psicanalítica contemporânea*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Souza, P. F. P. (2009). *Homens Invisíveis: identidades de homens atendidos pelas políticas sociais de atenção às famílias em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Strey, M. N. (2004). Ser sujeito ou ser o outro? Algumas reflexões históricas. In.: M.N. Strey, S.T.L. Cabeda & D.R. Prehn, (Orgs.) *Gênero e cultura: questões contemporâneas*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Trevisan, J. S. (1998). *Seis balas num buraco só: a crise do masculino*. Rio de Janeiro: Record.

ARTIGO II

**CUIDANDO DA SAÚDE DOS HOMENS: DISCURSOS MASCULINOS E A
POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM**

“Homem não chora nem por dor nem por amor”

(Trecho da Música *Homem não chora*, Frejat)

Quando falamos em saúde, logo associamos à doença. Ter ou não saúde, desejar que uma pessoa seja saudável, esperar que uma criança nasça com saúde, independentemente de ser menino ou menina, são coisas que fazem parte do nosso dia-a-dia e daquilo que entendemos por saúde. No entanto, saúde é mais do que apenas ausência de doença, ela contempla o bem-estar das pessoas, seu modo de vida, como aprendem a se relacionar com o meio em que vivem. Saúde é uma construção de saberes que está atrelada à maneira como as pessoas vivem, trabalham, aprendem e também está relacionada com o modo como cada pessoa cuida de si e das demais (OMS, 1986; WHO, 1946).

Nesse sentido, homens e mulheres aprendem a cuidar de sua saúde de maneiras diferentes. Aliás, cuidar da saúde é tarefa que as meninas aprendem desde cedo, pois isso está associado à sua saúde reprodutiva (Strey, 2002; Strey & Pulcherio, 2010). Entre os meninos, o discurso é outro, pois eles não aprendem a ter um autocuidado, uma vez que demonstrar dor ou fragilidade não combina com sua condição de homem. Tudo isso leva a um caminho em que homens não aprendem a cuidar de si e de sua saúde, tarefa que é delegada a outras pessoas ao longo de suas vidas.

Em estudo de Schraiber et al. (2010), os autores perceberam como a pouca importância dada às especificidades de gênero contribuem para obstaculizar o acesso aos serviços de saúde, principalmente os serviços de atenção primária. Ainda nesse estudo, foi percebida a ausência de vínculos com os homens, chamando a atenção para a ausência de um olhar de gênero que possibilitaria apreender novas necessidades e carências nos serviços de saúde. Percebemos como é delicada a situação dos homens diante dos serviços de saúde, aos quais eles pouco comparecem, e, quando comparecem, enfrentam dificuldades pessoais e estruturais dos serviços, que em sua maioria não estão preparados para recebê-los com um olhar e escuta adequada.

Outro fator que acaba contribuindo para que os homens não cuidem de sua saúde é, conforme Gomes, Nascimento e Araújo (2007), a vergonha que os homens sentem em ficar expostos a outro homem ou mulher, principalmente no que diz respeito à resistência da realização do exame de próstata. Segundo os autores, essa resistência pode estar associada à falta de hábito de se expor a um profissional de saúde, diferentemente da mulher, que ao longo do tempo foi acostumada a ter seu corpo exposto para os médicos. Entretanto, com a proliferação da sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o corpo masculino também passou a ter uma atenção por parte da Medicina. Contudo, o olhar médico sobre o corpo do homem estava mais preocupado com as doenças que vinham de fora e que podiam comprometer a sua descendência (Santos et al., 2011). Essas diferenças no olhar para homens e mulheres podem ter contribuído para que haja uma maior naturalização da mulher em se expor para um profissional da saúde do que para o homem (Gomes et al. 2011). Refletindo sobre isso, podemos compreender o quanto o comportamento dos homens quando o assunto é saúde está

atrelado aos aspectos histórico-sociais e à construção de masculinidade, dificultando, assim, que cuidem de sua saúde.

Diante desse cenário, foi criada no Brasil, no ano de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [PNAISH], lançada pelo Ministério da Saúde [MS] em agosto desse mesmo ano, após discussões entre representantes do governo, de associações médicas e pesquisadores/as, como por exemplo, a Sociedade Brasileira de Urologia [SBU]. A PNAISH visa atender homens na faixa etária dos 25 aos 59 anos e tem como seu maior objetivo ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, melhorando a assistência oferecida a eles por meio de ações que promovam saúde, prevenção e informação, possibilitando uma mudança cultural no modo como os homens cuidam da própria saúde.

Para tanto, este artigo tem a proposta de compreender melhor os discursos masculinos sobre saúde a partir do entendimento dos próprios homens, de profissionais da saúde e da PNAISH, a fim de que seja possível perceber em que os discursos se igualam e em que se diferenciam.

Os procedimentos para a pesquisa: escolha dos/as participantes e análise do material

Para atingir nossos objetivos de compreender como os discursos da Política Pública sobre a saúde dos homens e os discursos dos mesmos se apóiam ou se rechaçam, escolhemos diferentes formas de aproximação ao tema. Realizamos uma análise do documento oficial referente à PNAISH; entrevistamos individualmente alguns/as profissionais da saúde e ouvimos os participantes de dois grupos focais diferentes que discutiram sobre a saúde dos homens.

A análise documental é uma fonte de pesquisa importante para a confrontação de dados e informações obtidas por meio de outros instrumentos de coleta (Scarparo, 2008). Por conta disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes, publicada na página on-line oficial do Ministério da Saúde, possibilitou uma série de reflexões, como veremos mais adiante, tanto da nossa parte como para os/as participantes (profissionais e os homens que participaram da discussão sobre a saúde masculina).

As entrevistas realizadas com os/as profissionais da saúde foram do tipo semi-estruturados, ou seja, a partir de um roteiro inicial que continha questões relativas à saúde dos homens e sua relação com a PNAISH, essas pessoas foram convidadas a falar sobre o conhecimento que tinham a respeito disso e o que achavam sobre a saúde dos homens nos dias de hoje. Nesse tipo de pesquisa, a pessoa que entrevista tem uma participação ativa, isto é, o roteiro é apenas um ponto de partida que permite o aprofundamento do tema de interesse por meio da interação entrevistadora (no nosso caso) e entrevistados/as (Colognese & Mélo, 1998). As pessoas entrevistadas foram uma Psicóloga, uma Médica Clínica Geral, um Agente Comunitário de Saúde, uma Médica Coordenadora do Programa de Saúde da Família [PSF], uma Assistente Social, uma Médica Proctologista, uma Médica Urologista e um Médico Cardiologista. Para determinar quantos/as profissionais seriam entrevistados/as, utilizamos o critério de saturação dos dados (Gaskell, 2002), isto é, quando nada mais de novo é acrescentado nas últimas entrevistas, encerramos a busca por novos/as participantes.

Além dos instrumentos acima, optamos por realizar dois grupos focais, com participantes diferentes em cada um deles. O grupo focal, conforme Gaskell (2002), é um ambiente mais natural, onde os participantes trocam ideias, vivenciam pontos de vista diferentes sobre o tema e comentam suas próprias experiências. Nos grupos, é

possível perceber processos que ocorrem na interação entre os participantes e que não seriam possíveis em uma entrevista em profundidade. Romero (2008) comenta que a realização de grupos focais permite uma ampla e profunda discussão entre os participantes sobre o tema em questão, possibilitando identificar elementos da subjetividade, tanto individuais quanto grupais, contribuindo para aprofundar as pesquisas qualitativas. No caso do nosso estudo, a identificação dos homens uns com os outros pode auxiliar na discussão sobre o tema masculinidade e saúde, já que esse assunto torna-se ainda mais delicado quando o grupo tem como pesquisadora uma mulher. Para minimizar o efeito do fato da pesquisadora ser uma mulher, os grupos tiveram como moderador um outro pesquisador -homem- para que de alguma forma esses participantes pudessem se sentir mais acolhidos por haver uma figura masculina presente na condição de pesquisador². Esse pesquisador já desempenha atividades em grupos com homens em uma Unidade Básica de Saúde [UBS].

Os grupos focais foram realizados em dois ambientes distintos e com a participação de homens de perfis diferentes uns dos outros, mas que contemplavam a faixa etária da PNAISH – 25 a 59 anos. O Grupo 1, reunido em um bairro localizado na periferia de Porto Alegre, na casa de um dos participantes, contou com 5 homens que já se conheciam anteriormente, pois participavam de um grupo de promoção e prevenção à saúde do homem, promovido por uma Equipe de Saúde que atende a região. Esse grupo teve um perfil de homens mais velhos e de classe média baixa, e por já se conhecerem anteriormente e falarem sobre saúde em outros momentos, as discussões fluíram de maneira mais natural.

²Em revisão da literatura (Arihla, 1998) e conversas com outros/as pesquisadores/as a indicação de que os grupos fossem realizados por um homem prevaleceu. Há diferença no vínculo que se estabelece no grupo quando este é realizado por um homem e acreditamos que muitos discursos seriam diferentes caso a pesquisadora estivesse presente, contribuindo para uma maior timidez dos homens.

O Grupo 2, realizado na sede de uma empresa privada do ramo ambiental, localizada em um bairro de classe média alta, também na cidade de Porto Alegre, contou com a participação de 11 homens com um perfil de idade mais baixo do que o grupo 1. Eles também já se conheciam anteriormente, mas nunca haviam se reunido para falar sobre saúde – e sobre a própria saúde diante dos colegas e chefes.

Inicialmente, percebemos que por essas razões hierárquicas de poder estarem presentes, talvez, de alguma maneira, isso dificultou a interação com o tema, mas depois o grupo relaxou, e suscitou muitas discussões sobre a proposta da nossa pesquisa. Para assegurar a observância dos aspectos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde [CNS]/ Ministério da Saúde, CNS/MS nº 196/96, foram lidos para todos/s os/as participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE], no qual se especificam os objetivos da pesquisa, a intenção de manter o anonimato das pessoas e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento. O TCLE foi assinado por todas as pessoas envolvidas na pesquisa.

Finalmente, o corpus da pesquisa, formado pela análise documental, a transcrição das entrevistas e dos grupos focais e as anotações no diário de campo, foi analisado a partir das indicações de Rosalind Gill (2002) sobre análise de discurso e com base na revisão da literatura que contempla as questões de gênero que estão imbricadas na saúde dos homens, na PNAISH, nas opiniões de especialistas e profissionais atuantes na área da saúde, assim como nos discursos dos homens ouvidos nos grupos focais. Analisando o discurso produzido pelos grupos focais, pelos/as profissionais de saúde e pela PNAISH tivemos um maior entendimento de como eles possuem diferentes significados, o que contribuiu para facilitar a reflexão e compreensão de novas formas de práticas de saúde masculinas e suas particularidades. No caso dos discursos masculinos, levamos em consideração as idéias de Ortiz (1995),

para quem os homens constroem sua realidade social por vezes de forma contraditória, evidenciando o seu poder sobre o gênero feminino, organizando sua conduta consigo mesmo e com as outras pessoas.

Análise e discussão

“Sem pança e sem careca já é lucro!”

Para compreender como os homens cuidam de sua saúde e a relação com a PNAISH era necessário antes perceber o que os homens entendem por saúde. Essa questão foi discutida principalmente nos grupos focais. Devido à diferença existente entre os membros que compunham os grupos, o discurso presente no Grupo 1 enfocou a saúde como relacionada à doença e à prevenção, enquanto que o Grupo 2 teve como foco da discussão a saúde relacionada à qualidade de vida, cuidados com a alimentação e bem-estar, muito provavelmente pelo contexto da empresa para a qual trabalham, que é do ramo ambiental.

Os homens percebem a saúde como um conjunto de cuidados com a alimentação, a prática de exercícios físicos e a prevenção e tratamento de doenças. Entretanto, mesmo sabendo da importância desse conjunto de ações para a saúde, o discurso existente revela que, na prática, poucos fazem exercícios físicos, evitam bebidas alcoólicas ou o fumo e fazem a prevenção de doenças. No Grupo 1, no qual participavam homens acima de 50 anos, a consciência de que a prevenção poderia ter evitado algumas doenças presentes atualmente é discutida. Alguns participantes fazem uso de medicamentos para hipertensão, pois não tomaram o devido cuidado quando eram mais novos. Um dos participantes desse grupo revela que veio morar em Porto

Alegre em 1973, mas que somente em 2005 foi procurar um médico e isso porque se sentiu mal. Ainda nesse grupo, os homens percebem que as orientações médicas devem ser seguidas – quando há o acesso ao Posto de saúde –, tendo em vista que não aderir ao tratamento proposto pode significar redução do tempo de vida: “Saúde é até ter uma doença, mas poder tratar e *prolongar a morte*” (Grupo 1, grifo nosso).

Chama atenção a fala de *prolongar a morte*, uma vez que todas as pessoas pensam em *prolongar a vida*. Esse trocadilho cometido provavelmente sem que o nosso participante se desse conta, remete ao fato de que os homens – em sua maioria - recebem diagnósticos quando a doença já está instalada, e prolongar a morte pode estar relacionado ao fato de que a morte fica iminente quando alguma doença é descoberta. Entre dores e tratamentos, paliativos por vezes, descobrir-se doente e poder adiar a morte pode significar viver de maneira a repensar atitudes e modos de vida, além de ficar perto das pessoas que gostamos pelo tempo que ainda for possível.

Para tanto, há uma associação entre procurar um serviço de saúde e doença/tratamento muito mais do que associar serviço de saúde com cuidado e vida. Essa ideia também é referida por Gomes et al (2011), em que doença e suas associações a ela estão muito mais ligadas a interrupção do ciclo de vida do que a um fazer parte dela. Para os/as autores acima, essa perspectiva dificulta a incorporação da experiência de adoecimento e sua elaboração na direção do autocuidado (Gomes et al, 2011, p. 988).

A saúde parece uma questão distante do dia-a-dia dos homens, já que a construção da masculinidade baseia-se fundamentalmente no vigor da “essência” masculina. Quando esse vigor se vê abalado por alguma enfermidade, súbita ou insidiosa, não há como postergar o enfrentamento da questão, embora alguns façam isso por mais tempo do que seria recomendável. Juntamente com essas dificuldades, vão se formando fantasias e medos, como por exemplo: é melhor ficar afastado do médico,

pois “quem procura, acha”, como diz um antigo ditado popular. O medo de um diagnóstico revelar algum problema de saúde, e seu conseqüente tratamento, impede muitos de buscar um serviço de saúde para prevenção (Gomes, Nascimento & Araujo, 2007).

No Grupo 2 o discurso inicial foi de que a saúde está ligada ao homem que se cuida, vai à academia e tem uma alimentação considerada saudável. Aos poucos, eles foram desconstruindo essa ideia e entendem que os homens estão cuidando mais de sua saúde nos dias de hoje, procurando uma alimentação mais equilibrada e percebendo a prática de exercícios como uma ação que pode ajudar na prevenção de algumas doenças, além de contribuir com a estética – perder peso, por exemplo. Praticar exercícios físicos também ficou relacionado ao fato de que há algumas décadas as pessoas eram mais ativas, as atividades laborais eram diferentes das existentes nos dias de hoje, em que ficar sentado na frente de um computador é prática de muitos homens, bem como usar carro e não caminhar ou usar escada rolante e não escadas normais. A questão de manter uma alimentação saudável é uma recomendação que percebemos no nosso dia-a-dia nas propagandas de TV, nas revistas, nas embalagens dos alimentos que consumimos, mas que, sem dúvida, esse hábito isolado é pouco eficaz na prevenção de doenças. Conforme as recomendações médicas que circulam em vários meios de comunicação, é preciso praticar exercícios físicos e, pelo que percebemos, esse discurso está bem compreendido pelos nossos participantes, mas entre compreender e fazer há uma longa distância.

O Grupo 2 também relacionou a saúde às responsabilidades de ser homem. Ou seja, a responsabilidade como provedor da família, com as funções exercidas no trabalho e ocupar um cargo/função são importantes na opinião do grupo para evitar o estresse e problemas psicológicos que podem advir do fato de estarem desempregados. Podemos perceber isso em alguns trechos: “Temos problemas psicológicos e essa tensão

vem juntamente com a responsabilidade de ser homem”, “essa ocupação de tu te sentir importante, ter um cargo, uma função, acho que isso é extremamente importante para a saúde também” e “a grande questão é a produtividade do homem ao longo da vida, seja no trabalho, em casa, com a família”. Aqui percebemos o quanto exercer uma atividade laboral é uma das ideias centrais de ter saúde, já que o papel de ser homem ainda está atrelado em nossa sociedade ao homem provedor e trabalhador que garante o sustento da família. A ausência de trabalho, inclusive, é fator desencadeante de agravos à saúde para muitos homens que se sentem improdutivos quando, ao final de uma vida dedicada a uma atividade, chega o momento da aposentadoria.

A saúde como relacionada aos cuidados alimentares foi enfatizada em ambos os grupos, sendo isto também considerado uma prática preventiva de doenças e agravos. A informação como impulsionadora desses cuidados estava presente nos discursos, embora ter a informação não seja sinônimo de executá-la: “temos um bom nível de informação sobre como cuidar da alimentação, embora nem sempre a gente aplique essa informação” e “muitas vezes uma atividade que pode ser prejudicial, mas que traz um bem estar, pode ser bom para a saúde do homem, como por exemplo, eu não abandono a minha cerveja do sábado!” (Grupo 2). Pequenas atividades tidas como prazerosas, mas que no conjunto são prejudiciais à saúde, como bebidas alcoólicas ou um churrasco com “aquela” gordurinha (hábito comum no Rio Grande do Sul) não são entendidas como danosas. Ao contrário, comer um bom churrasco regado à cerveja no final de semana é sinônimo de relaxar e recarregar as baterias para mais uma semana de trabalho.

Para os participantes dos grupos, saúde está, sim, atrelada à ausência de doença e dela dependem hábitos saudáveis de alimentação, prática de exercícios e uma atividade laboral que os faça cumprir seu papel de provedor. Ao menor sinal de enfermidade, postergam ajuda de especialistas até o último momento, por medo de que juntamente

com um tratamento, venha dor e sofrimento, fazendo surgir a fragilidade e o pedido por ajuda. Chegar bem ao final da vida sem doenças ou com algumas sob controle é o desejo dos participantes de mais idade, ao contrário dos mais novos que, por enquanto, só não querem ter a famosa barriguinha de cerveja aliada ao medo de ficarem carecas como nos diz um participante: “Se chegar aos 30 anos sem pança e sem careca já é lucro!” (Grupo2), mostrando que o visual também é importante para os homens e que eles se preocupam com a aparência de seu corpo, talvez demonstrando aí uma forma de cuidado consigo mesmos.

Da mãe à esposa: os cuidados de saúde masculinos

Nos discursos que perpassaram os grupos focais e as entrevistas com profissionais da saúde, era ainda muito presente a fala da mulher como cuidadora, seja ela mãe ou esposa. Os homens esperam que algum tipo de cuidado com a saúde esteja sob a responsabilidade da figura feminina da casa, deslocando para ela tarefa que deveriam fazer por si mesmos, já que é da sua saúde que se trata. De maneira geral, há um consenso de que os homens mostram-se mais preocupados com sua saúde, realizando exames e buscando qualidade de vida para prevenir doenças. Entretanto, a autonomia dos homens nesse cuidado é pouca, estando a cargo das mulheres – mães, esposas, companheiras, filhas – a iniciativa por agendar consultas médicas, manter alimentos saudáveis em casa e monitorar os cuidados que os homens precisam ter para evitar morbidades: “têm muitos casos de que quem marca a consulta, quem leva o homem para a consulta é a mulher, ou as filhas” (Médico Cardiologista). Nesse sentido, aquelas características que costumam ser indicadas como qualidades masculinas, tais como autonomia, independência e assertividade, são deixadas de lado e os homens, ou

pelo menos uma grande quantidade deles, passam a depender das mulheres de suas vidas para liderarem as ações necessárias à recuperação da saúde (quando já foi abalada ou perdida) ou para a prática de hábitos saudáveis, visando manter a saúde. O macho viril passa a submeter-se àquelas que, pelas definições corriqueiras de virilidade, deveriam dominar e conduzir.

A baixa procura dos homens pelos serviços de saúde também esteve presente no discurso dos/as profissionais entrevistados/as. Como justificativa, há o fato de que ainda permanece a figura do homem provedor que precisa trabalhar para garantir o sustento da família, ainda que em muitas famílias a principal provedora seja a mulher. Nesse sentido, percebemos também que nas falas dos/as profissionais, a mulher ainda aparece como mais preocupada com a sua saúde, procurando regularmente atendimento nos Postos de saúde. Por outro lado, a presença do homem é percebida quando uma doença já está instalada, levando a encaminhamentos para os serviços de atenção secundária e terciária existindo poucos homens, segundo os/as profissionais, que realizam exames preventivos e cuidam de sua saúde na alimentação e na prática de hábitos saudáveis.

A saúde sexual e reprodutiva foi ponto abordado nos discursos das nossas 3 fontes de dados. A PNAISH pretende conscientizar os homens do seu dever e do seu direito no que concerne a participação no planejamento familiar. Para isso, a informação sobre essa questão é fundamental e faz parte das diretrizes da Política. Já os/as profissionais de saúde entrevistados/as referem que os homens estão mais preocupados com questões relativas à sua saúde sexual e, na opinião da Médica Proctologista entrevistada, isto é reflexo da maior exigência das mulheres com seus parceiros, deixando os homens com medo de perdê-las. Nesse aspecto, o Agente de Saúde entrevistado cita que alguns homens não se sentem à vontade para falar de seus problemas com a esposa ou companheira, pois podem passar uma figura de fragilidade.

Com isso, muitas vezes, acabam aderindo a bebidas alcoólicas ou drogas para tentar uma solução, o que acarreta em problemas no âmbito familiar, indo além da relação do casal. Para Arilha (1998), é importante pensar na sexualidade dos homens não apenas como um apoio para a sexualidade das mulheres ou como uma forma de aumentar as vasectomias e uso do preservativo entre os casais. É necessário enxergar os homens como sujeitos de direitos e com demandas que precisam ser escutadas. Nesse sentido, a autora refere a necessidade de estratégias diferenciadas para trabalhar as questões sexuais e reprodutivas de homens e mulheres, uma vez que suas motivações sexuais também são percebidas como diferentes. Nos grupos focais, o discurso da saúde sexual e reprodutiva foi o de que os homens não se sentem à vontade para expressar suas emoções e problemas com as esposas/ companheiras, o que acarreta muitas vezes em problemas conjugais. No grupo 1, os participantes discutiram a importância de um psicólogo no serviço de saúde para que essas questões pudessem ser melhor orientadas, eles sentem falta de uma orientação de como agir quando se deparam com problemas de ereção, por exemplo, que podem abalar a relação do casal. Nesse sentido, nos parece que os homens sentem falta de alguém que possa escutá-los e com quem possam estabelecer um vínculo, a fim de orientá-los nas diversas situações que doenças, sejam elas de ordem clínica ou somática, possam comprometer suas relações – familiares ou de trabalho.

Na continuidade desse assunto, o câncer de próstata foi protagonista nas entrevistas e nos grupos. Os homens não conseguem falar sobre o exame de toque retal, mencionando que precisam fazer “aquele exame”. Percebemos com isso que o tabu ainda persiste e afasta os homens do serviço de saúde, colocando o exame de toque como um mito do qual os homens tem medo, por mexer com a virilidade e uma região pouco explorada. Ainda, alguns/as profissionais discursam sobre o receio de que os

homens sejam reduzidos ao câncer de próstata, assim como as mulheres têm muito explorada a questão do câncer de mama. Os homens são sujeitos que devem ser percebidos na sua integralidade e que são acometidos por diversas doenças, entre elas o câncer de próstata, mas o reducionismo a essa doença específica contribui para afastá-los do serviço de saúde. Em estudo de Gomes et al (2008), no qual foi pesquisado o exame de toque retal como forma de prevenção ao câncer de próstata e sua relação com a masculinidade, foi constatado que, embora os grupos pesquisados tivessem um maior nível econômico e horário de trabalho mais flexíveis, também não havia procura pelos serviços de saúde como forma preventiva.

Como trazer os homens para os serviços de saúde, se os discursos que circulam entre profissionais e na mídia têm como foco principal o câncer de próstata? Sabemos que a prevenção dessa doença é importante, pois está entre as que mais acometem os homens acima dos 45 anos (MS, 2009), mas ter como foco uma morbidade que mexe com a fantasia da masculinidade e virilidade dos homens não nos parece o meio mais adequado. Mais do que prevenir, é necessário mudar os comportamentos dos homens em saúde e, se a próstata continuar como protagonista dessa campanha, talvez coloque os homens a correr ainda mais dos serviços de saúde.

Por mais que haja consenso sobre uma maior procura dos homens por atendimentos e cuidados com a saúde, os participantes dos nossos grupos acreditam que ainda é pequeno o número daqueles que realmente se cuidam e que não procuram o médico apenas quando existe uma doença já instalada. Aqui também aparece o papel da mulher como cuidadora: “Eu conto com a minha mulher para fazer uma saladinha e cuidar de mim. Porque se depender de mim eu vou fazer um bife com ovo frito! Eu espero e conto com ela para isso e é isso que eu espero dela enquanto papel de mulher também” (Grupo 2). Ora, responsabilizar a mulher sobre o cuidado com a saúde do

homem e acreditar que isso faça parte do papel dela enquanto mulher é um discurso que não está presente somente nesse grupo, mas algo que permeia as rodas de conversa e, até mesmo, as falas de especialistas que colocam sobre a figura feminina a responsabilidade de levar o homem até um serviço de saúde (presenciamos essa fala em alguns eventos que participamos e nos quais o foco era a saúde do homem. Algumas dessas falas eram, inclusive, ditas por mulheres que não se dão conta de que cuidar da saúde do homem é uma responsabilidade dele e não mais um papel que devemos exercer).

No grupo 1, um participante disse sobre como a médica é importante em sua vida, pois ela é como uma mãe para ele. Percebemos nesse discurso que a questão do gênero está presente nesses atendimentos que, quando realizados por mulheres, resgatam o papel de cuidado que é conferido à mulher. Ainda permanece o papel da mulher enquanto cuidadora ao invés de ser explorada uma autonomia masculina em relação aos cuidados com a própria saúde. A busca por um/a profissional da saúde recai sobre a mulher que, além de ter que dar conta da sua própria saúde, tem que monitorar a saúde do esposo/companheiro/pai: “pelo fato de a mulher ser mais esclarecida hoje, não ser só mais aquela dona de casa, estar mais inserida na sociedade, ela também faz com que o esposo procure o médico regularmente” (Grupo 2). Ainda no que diz respeito às questões de gênero e saúde, os/as profissionais relatam que os Postos de Saúde ainda são percebidos como espaços femininos, principalmente quando o assunto é a agenda de especialistas, na qual o espaço reservado para os homens é pequeno.

Segundo Valdés e Olavarría (1998 citado por Keijzer, 2003) a invisibilidade dos homens e sua ausência nos espaços de saúde perpassa a identidade de gênero masculina, não só em nível individual, mas em nível coletivo também, refletindo nesses espaços a noção de invulnerabilidade dos homens. Ainda, a dificuldade que os homens têm de

expressar suas necessidades de saúde e o medo de que elas possam ser percebidas como manifestação de fragilidade, demonstra uma feminização da noção de cuidado com a saúde, reforçando que os espaços de saúde sejam percebidos como pertencentes a mulheres e crianças. Hardy e Jiménez (2001, p. 84) referem que a necessidade existente na sociedade de que os homens precisem corresponder a normas impostas sobre modos de ser homem, influencia na busca por ajuda nos serviços de saúde: “Para o homem é muito difícil ocupar o papel de paciente e com frequência ele nega a possibilidade de estar doente” justamente por que precisa demonstrar a todos e todas o quanto é forte e ativo. Para Toneli, Souza e Müller (2010) é preciso lidar com os significados sociais que ainda colocam a mulher como cuidadora de uma maneira natural, a fim de que haja espaço para um cuidado que não esteja atrelado ao feminino.

No que tange à prevenção, os/as profissionais acreditam que essa é uma prática recente e que ainda não está incorporada aos hábitos masculinos, já que eles não estão acostumados a prevenir, mas a tratar a doença já instalada. Esse assunto também é abordado na PNAISH, que tem entre seus objetivos atuar sobre a prevenção de agravos à saúde masculina. Nos grupos focais, o assunto prevenção estava muito vinculado à informação, já que para se prevenir é necessário ter a informação de como fazer, embora nem sempre ela seja suficiente para que mudanças no comportamento aconteçam. Essa informação é ressaltada pelos/as profissionais como responsável pelo gradativo aumento na procura de atendimento por parte da população masculina. Bayes (1991 citado por Ortiz, 1995) refere que a informação é necessária embora ela não seja suficiente para que as pessoas adotem comportamentos preventivos. Para Meyer et al (2006), perseguimos uma lógica que dita regras e normatiza comportamentos de cuidados e prevenção ainda legitimados pelo conhecimento técnico-científico.

Os/as profissionais relataram a falta de atenção dos gestores do governo para com os homens, uma vez que existem programas de saúde para várias doenças e também específicas para cada idade, principalmente para crianças, mulheres e idosos, mas o homem pouco aparece nesses programas. A falta de um olhar para os homens é referida nos discursos: “hoje já começa que a estrutura da saúde está voltada para a mulher, até nas capacitações. Por que essa discriminação se o homem faz parte da sociedade do mesmo jeito?” (Agente de Saúde). Ao final, a percepção dos/as próprios/as profissionais, sobre a invisibilidade para com os homens é relatada: “Realmente [os homens] são deixados meio de lado, se a gente for pensar, né? É tudo voltado para a mulher, criança e idoso!” (Médica Urologista).

Nesse sentido, o Agente de Saúde refere a existência de preconceito por parte de alguns colegas, que não querem atender os homens que chegam até o serviço de saúde por estarem, muitas vezes, sem tomar banho, com a barba por fazer e são percebidos como alguém que está tirando o lugar de outra pessoa no atendimento, principalmente se esse homem deseja realizar um check up ou exames preventivos. O discurso do nosso entrevistado é de que o homem, por mais bruto que seja, também possui as suas necessidades e quer ser escutado, mas não existe apoio na rede pública que dê conta dessa ajuda: “Não são acolhidos! Não existe acolhimento para o paciente do sexo masculino!”(Agente de Saúde).

Com a falta de acolhimento, expor dúvidas e problemas torna-se mais difícil para os homens que conseguem chegar até o serviço de saúde e receber atendimento. Aliado a isso, a vergonha em expor seu corpo a uma mulher – já que atualmente as mulheres são maioria nas equipes de saúde dos serviços primários de atendimento – contribui para que os homens deixem de buscar ajuda ou adiem ao máximo as consultas. Os modelos de masculinidades existentes, a falta de hábito de autocuidado com a saúde

e o atendimento recebido, afastam ainda mais os homens dos serviços de saúde. E uma vez afastados, a farmácia pode ser uma grande aliada dos homens, pois nesse local é possível tratar-se e discutir diagnósticos sem que seja necessário enfrentar longas filas ou marcar consulta com um/a especialista, ainda que geralmente a primeira necessidade seja o alívio de alguma dor, a qual é satisfeita com uma rápida passagem pela farmácia (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Nascimento & Gianordoli- Nascimento, 2011).

O envolvimento da equipe de saúde como um todo é ressaltado pelos/as profissionais. As dificuldades para agendar um horário de consulta, bem como a falta de boa vontade de alguns profissionais, incomodam e alertam para a burocracia que ainda persiste em nosso país, podendo contribuir para o agravamento de algumas doenças: “não é fácil conseguir horário na agenda de um médico para encaixar um homem que está nitidamente com a sua próstata alterada, e daqui a pouco ele vai bater na nossa porta, ou do hospital, com um câncer ou com uma inflamação grave, porque não tratou preventivamente” (Agente de Saúde), e “têm exames que eu não consigo pedir por aqui, e aí eu tenho que encaminhar para o urologista, para ele solicitar, então às vezes eu tenho um monte de pacientes com problemas de próstata, mas aí ele fica quase um ano esperando por uma consulta no urologista” (Médica de PSF).

Algumas profissionais relataram que a invisibilidade dos homens é percebida desde a faculdade, principalmente de medicina, na qual os/as estudantes aprendem a realizar o exame preventivo de colo de útero, mas não aprendem a examinar a próstata: “Toque retal é uma coisa que todo mundo deveria saber, todo médico que se forma deveria saber fazer. Esse é um procedimento que pode ser feito por qualquer médico” (Médica Urologista). Ainda, a falta de disciplinas que abordem a relação homem-saúde é mencionada, como mais uma forma de invisibilidade dos homens, desde a formação de quem os deveria acolher: “na faculdade a gente tem algumas disciplinas e a gente

nunca teve em relação ao homem, ou seja, nem na faculdade tem uma cadeira para falar do homem” (Médica Urologista). Complementando esse discurso, o Agente de Saúde comenta que não existe atendimento em termos de urologia nos Postos de Saúde, ao passo que para a mulher realizar exames preventivos existem dias e horários e até as enfermeiras podem coletar o exame na falta de um especialista: “Então já começa pela própria formação do profissional médico que não tem o menor direcionamento para a parte masculina. Em termos de urologia então ele não tem nada! Então os próprios profissionais de saúde não são capacitados ou não têm tendência para enxergar o homem como paciente” (Agente de Saúde).

Entretanto, por mais que em muitos casos o homem continue sendo levado às consultas por sua mulher, mãe ou filhas, uma mudança – ainda que pequena – é percebida no comportamento masculino e seu cuidado com a saúde: “Eles vêm, procuram ajuda, e acho que eles são bem mais preocupados do que antigamente, e acho que até pela informação mesmo, por tudo o que se faz de propaganda na TV, que eles veem em revista, acho que tudo isso ajuda eles a se preocuparem mais e procurar ajuda” (Médica Urologista). Mas, ainda que por vezes essa mudança no comportamento dos homens possa ser observada, os/as profissionais tentam se isentar da responsabilidade no cuidado e prevenção da saúde masculina: “Eu acho que agora a gente vê mais campanha na TV, em jornais, para prevenção da saúde, e eu acho que eles [os homens] já estão começando a se enxergar, e ver que se eles não forem responsáveis pela saúde deles, nós não vamos ir atrás” (Médica de PSF).

Ao mesmo tempo em que um maior cuidado dos homens com sua saúde é percebido, tanto nos grupos como nos discursos dos/as profissionais, a autonomia e responsabilidade sobre esse cuidado ainda está a cargo de uma figura feminina – mãe, esposa, filha, ou mesmo uma médica. Entender os homens como capazes de cuidar de

si, de ir atrás de um serviço de saúde, não somente quando já existe alguma morbidade, mas também para prevenção, é algo que deve partir não só dos próprios homens mas também dos serviços e Políticas que os percebem.

Política de Saúde do Homem: uma medida paliativa

As Políticas Públicas existentes no Brasil reforçam o que a história nos conta: de que apesar dos homens serem tidos como o sexo forte, estarem no domínio das relações de poder e exercerem sua autonomia em uma sociedade patriarcal, quando o assunto são as políticas públicas a história muda seu curso e as mulheres e crianças passam a ser protagonistas, revelando que os gestores pensam primeiro em quem é menos favorecido, deixando de lado uma população que, ao menos no que diz respeito a saúde, é tão vítima quanto esquecida.

A PNAISH entra nessa história para dar conta da população masculina que durante mais de 20 anos foi esquecida pelo nosso sistema de saúde, estando à margem das ações de prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido, a Política entende que é necessário promover a saúde e a prevenção das doenças que são evitáveis na população masculina, a fim de que diminuam os atendimentos na rede especializada de serviços. Para que isso aconteça, primeiramente é preciso que os homens tenham acesso aos serviços de saúde e a PNAISH entende que esse acesso deve acontecer nos diferentes níveis de serviços e organizado em rede. Questionamos de que maneira isso será possível, se a maioria dos homens que acessa os serviços de saúde o faz através da atenção especializada? Ainda, de que maneira é possível trabalhar em rede se o homem parece ser invisível dentro das instâncias que o deveriam perceber enquanto sujeito de direitos? Por rede, entendemos um conjunto de serviços que estão organizados de forma

a acolher os sujeitos no seu aspecto social e coletivo, ou seja, as redes estão organizadas a fim de promover articulações que insiram os sujeitos nos espaços coletivos das políticas públicas (Kern, 2006).

A PNAISH entende que é necessário compreender as barreiras sócio-culturais e institucionais para promover estratégias, a fim de trazer os homens para os serviços de saúde. A Psicóloga entrevistada coloca que “há uma questão transgeracional de o homem não se perceber como sujeito de direitos, então devemos mostrar o outro lado para ele e não apenas esperar que eles venham até nós”. Nessa perspectiva, outros/as profissionais referem que de uma maneira geral os homens não são vistos pela saúde e que, além disso, não há estrutura na rede básica de saúde voltada para atendê-los. Os/as profissionais mencionam também a inexistência de um local no município de Porto Alegre (cidade em que realizamos nossa pesquisa) onde somente homens pudessem ser atendidos, já que há um hospital que é voltado para a mulher – além dos que são materno-infantis: “Nós temos um hospital, o Fêmina, voltado para as fêmeas, voltado para as mulheres, e cadê o hospital másculo de Porto Alegre?” (Agente de saúde).

O grande investimento feito pela medicina nos corpos femininos fez com que já no final do século XIX a especialidade da ginecologia se institucionalizasse. O mesmo não aconteceu com a andrologia, que ainda encontra dificuldades de se implantar como ciência que atenda o homem como sujeito (Carrara, Russo & Faro, 2009; Rohden & Russo, 2011). Além disso, a urologia voltou seu curso para um olhar mais clínico após um período de prática cirúrgica das disfunções eréteis, atuando nos dias de hoje em conjunto com os laboratórios e propondo a medicalização desse tipo de disfunção (Rohden & Russo, 2011). Para Gomes et al (2011), ainda que a especialidade de urologia seja colocada nos Postos de Saúde com a justificativa de que um/a médico/a mais generalista não daria conta de atender aos homens, ainda assim, o cuidado com a

visão fragmentada e reducionista deveria estar presente, já que eles não podem ser entendidos apenas através da urologia.

Nesse sentido, a Política pretende atuar de maneira a promover a atenção integral à saúde dos homens de diferentes raças, etnias, orientações sexuais, como indígenas, negros, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros. Dessa maneira, pretende promover ações voltadas para a promoção da equidade dos diferentes grupos sociais e dos vários tipos de masculinidades existentes com a inclusão do enfoque de gênero, de orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas e nas capacitações técnicas que serão realizadas para melhor atender a essa população nos serviços de saúde. Aqui colocamos as capacitações e ações de forma futura, pois na maior parte do Brasil a PNAISH é apenas uma Política que ainda não saiu do papel. Em Porto Alegre, por exemplo, ela ainda engatinha, e o planejamento de ações voltadas para os homens passa somente pelos discursos dos gestores, sem que efetivamente essas capacitações e ações aconteçam.

O enfoque de gênero é importante para que os homens sintam-se parte integrante dos serviços de saúde, desde que a equipe esteja preparada para atender e acolher os homens, ponto esse que pretende ser explorado pela PNAISH, inclusive nas capacitações dos/as profissionais do SUS. Quanto a isso, algumas questões foram discutidas pelos/as profissionais de saúde que trouxeram a falta de estrutura dos serviços de saúde, a qual está voltada para atender as mulheres, o que contribui para afastar os homens desse espaço: “de maneira geral há uma feminização dos serviços de saúde” (Assistente Social). Além disso, acreditam que as políticas públicas, de uma maneira geral, não têm um olhar para o homem. Nas capacitações eles são pouco mencionados, o que faz com que os/as profissionais não estejam preparados para ouvir e

atender as demandas masculinas e, segundo algumas médicas entrevistadas, durante o período da faculdade não há uma exposição nas aulas sobre como tratar das questões masculinas.

Para tanto, a PNAISH entende a saúde do homem como sendo um conjunto de ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde, tendo como prioridade o serviço de atenção básica com foco na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Já que o intuito é fazer com que o homem seja visto também no seu contexto familiar, a PNAISH aborda o homem na relação com sua esposa/ companheira, evitando isolar ambos. Mas e o que acontece com os homens que por algum motivo vivem sozinhos e não têm uma esposa, companheira ou filha? E aqueles que são homossexuais? A Política está trazendo uma visão heteronormativa, bem como supondo que não existam homens que vivam sozinhos. Entendemos que quando há um casal, seja ele composto por uma mulher e um homem, dois homens ou duas mulheres, é importante abordar a relação conjugal, mas deixando de lado essa posição normativa.

Nesse sentido, não basta somente envolver a família em um processo que deveria ter como ponto de partida a própria autonomia e iniciativa dos homens em procurar um serviço de saúde, seja para fins preventivos ou quando já há uma doença instalada. A PNAISH aborda essa situação de forma a tentar trabalhar o protagonismo dos homens no que tange às suas demandas de saúde. Entretanto, de que maneira isso pode ser feito se a mulher ainda é colocada em uma posição de cuidadora e a autonomia do homem para cuidar da sua própria saúde não é explorada? Entendemos que colocar a mulher como responsável por levar o homem ao serviço de saúde, cuidar da sua alimentação e fazer com que ele tenha hábitos de vida saudáveis não é o melhor caminho para que esse protagonismo masculino aconteça. Para que isso se torne possível é preciso que as bases da educação e as diferentes formas de masculinidades

existentes sejam trabalhadas, a fim de romper com os estereótipos de gênero e o homem possa realmente aparecer como responsável por sua saúde e, mais do que isso, por sua vida.

Por falar em responsabilidade, a PNAISH, em seu texto de princípios e diretrizes, menciona a assistência à infertilidade como uma das propostas. Acreditamos ser este mais um caminho para trazer o homem ao serviço de saúde e uma maneira para que ele consiga falar sobre seus sentimentos. O Agente de Saúde entrevistado diz que o homem tem problemas psicológicos que também precisam ser atendidos e que não é somente a dor/doença física que precisa de escuta. Ele acredita, inclusive, que há problemas psicológicos que afetam a relação sexual e a própria relação de um casal e o homem, muitas vezes, não tem a quem recorrer.

Ainda, o incentivo à paternidade responsável é uma das diretrizes da PNAISH. Incentivar os homens a assumir sua responsabilidade e seus direitos e deveres, enquanto pais, deve acontecer desde o início de uma gravidez. O Agente de Saúde estava muito incomodado com um projeto que, segundo ele, o Governo Federal pretende implantar, que diz respeito a levar as mulheres a fazer o pré-natal (Projeto Rede Cegonha), no qual não existe o incentivo para que os homens participem desse processo. Arilha (1998) questiona o quanto seria melhor se a concepção fosse mais valorizada em detrimento da gestação, possibilitando que homens e mulheres compartilhassem ideias, acontecimentos sobre aspectos da reprodução.

A PNAISH entende que é necessário atender os homens de uma forma integrada às demais políticas já existentes. Nesse sentido, a fala da Psicóloga e da Assistente Social entrevistadas revela que o homem também é pouco percebido na Política de Assistência (Serviço Único da Assistência Social [SUAS]), por exemplo, no serviço em que atuam. Por sua vez, o discurso das/os médicas/os mostra o quanto a promoção de

saúde com as mulheres ganha mais destaque dentro dos Postos de Saúde: “A secretaria [da saúde] nos cobra como é que está o pré-natal das gestantes, nos cobram o número de exame de colo uterino, prevenção do câncer, quantos [exames] preventivos coletamos e da saúde do homem a gente não tem tanta cobrança das autoridades. A gente faz se a gente está a fim” (Médica de PSF).

Promover articulações, principalmente com o setor da educação, é outra diretriz da PNAISH, já que esse é um setor que pode auxiliar na mudança de comportamento dos meninos – e meninas também – no que diz respeito a hábitos saudáveis e cuidados com a saúde, uma vez que, segundo a Política, a educação é “promotora de novas formas de pensar e agir” (MS, 2009, p.30). Para tanto, procurar parceria com movimentos sociais e populares e instituições privadas a fim de que seja possível divulgar medidas preventivas é outra forma que a Política encontra para dar conta da população masculina que precisa receber informação e modificar alguns comportamentos em saúde.

Apesar das várias diretrizes que são propostas no documento da PNAISH – princípios e diretrizes, algumas ações são percebidas como já existentes de alguma forma em outras Políticas, mas que ainda não são executadas, ou não são executadas para os homens: “Algumas dessas diretrizes da PNAISH já existem dentro de outras políticas, a grande questão é como dar visibilidade para os homens dentro delas” (Assistente Social). Alguns/as profissionais entendem que seria necessário vincular o homem a alguma especialidade médica. Assim como a mulher é vinculada ao ginecologista e este realiza os encaminhamentos para outras áreas quando necessário, também o homem poderia procurar um/a médico/a de sua confiança. Esse vínculo possibilitaria trabalhar questões preventivas e cuidados com a saúde. Dentro dessa perspectiva, a PNAISH prevê a captação precoce da população masculina para

prevenção de doenças cardíacas e câncer, já que essas doenças são algumas das elencadas como prioridade dentro do rol das morbidades que são mais frequentes nos homens.

Diante disso, os/as profissionais entendem que, por mais que a PNAISH pretenda realizar ações no âmbito preventivo e com a finalidade de modificar o comportamento masculino em saúde, isso se daria numa perspectiva de médio e longo prazo. Para tanto, eles/elas também ressaltam o fato de que as Políticas – dentre elas a PNAISH – têm um caráter mais emergencial enfocando aspectos que necessitam de resoluções também emergenciais. Assim, a PNAISH traria ações de curto prazo a fim de atuar sobre as morbi-mortalidades que mais afetam a população masculina, com o intuito de trazer os homens para os serviços de saúde e fazê-los conhecer mais do que seus direitos, mas hábitos e cuidados que além de qualidade de vida podem resultar em mais anos no convívio de sua família. A mudança de comportamento masculino nos cuidados com a saúde seria a médio e longo prazo até porque não podemos mudar décadas de um modelo de (não) cuidado imediatamente, mas o simples fato de haver uma proposta para essa mudança pode contribuir para que os homens passem a pensar mais em formas de cuidar da sua própria saúde.

Portanto, a iniciativa do governo em lançar no Brasil uma Política de Saúde para os homens, apesar de ser inovadora e entendida como positiva por todos/as profissionais entrevistados/as, é também percebida com insegurança pela falta de divulgação da mesma e comprometimento com uma política pública que, se bem organizada, tem tudo para mudar alguns comportamentos masculinos em saúde: “eu vejo um total descaso, iniciativas muito paliativas, fracas, sem embasamento, como a Política de saúde do homem” (Agente de Saúde).

Para Carrara, Russo e Faro (2009), o documento da PNAISH apresenta um homem que é vítima de sua própria masculinidade e que necessita ceder às resistências da medicina, a fim de que seu corpo seja medicalizado. Nesse sentido, o autor e as autoras referem que ações educativas poderiam “modernizar os homens brasileiros, dissipando o pensamento mágico que os (des)orienta e que os tornam presas de seus próprios preconceitos” (Carrara, Russo & Faro, 2009, p.672).

Historicamente, a Saúde Pública no Brasil tem passado por grandes movimentos e transformações do modelo assistencial em saúde. Movimentos que, embasados nesse contexto, produzem significados de valores, avanços, limites e desafios na área da saúde, atrelados constantemente aos momentos históricos, econômicos e sociais do país (Eid, Bevilaqua & Motta, 2010). Nesse sentido, é interessante que se reflita sobre Políticas Públicas que se relacionam com a saúde dos homens, sendo esta uma nova proposta que vem sendo discutida desde 2008 e que hoje está firmada dentro da instância do SUS, como Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).

A criação de uma Política que não chega aonde deve chegar...

Nos grupos focais, perguntamos qual era a percepção dos nossos participantes sobre uma Política de saúde para os homens. De um modo geral, acreditam que é uma excelente proposta do governo e que eles precisam mesmo ser incentivados a cuidar mais da sua saúde.

Entretanto, algumas ressalvas foram feitas, como por exemplo, o acesso aos Postos de Saúde, à informação adequada e o (des)conhecimento sobre a PNAISH. Um participante do Grupo 2 discute no grupo a seguinte questão: “Se o sistema de saúde no

Brasil já não comporta as pessoas que estão doentes, por que eu vou me dirigir até um Posto de Saúde ou hospital para fazer um check up se eu sei que não vou ser atendido?”. Essa é uma realidade enfrentada por muitos homens e comentada pelos/as profissionais de saúde. De que adianta os homens irem até um serviço de saúde pedir para fazer um check up se não há agenda livre nem para os casos em que se percebe uma doença já instalada? Não podemos negar que existem dificuldades enfrentadas no Sistema Único de Saúde, mas o que fazer para que esse discurso não perdure e afaste ainda mais os homens dos serviços de saúde? O discurso dos nossos participantes revela uma desmotivação em cuidar da sua saúde, e que é corroborada pela falta de atenção que é dada ao homem no serviço de saúde.

Outro ponto questionado foi a divulgação da campanha da PNAISH. O Grupo 2 considera-se bem informado e criticou a própria falta de conhecimento sobre a Política. Ora, se ela é voltada para os homens, alguma informação eles deveriam ter, nem que seja ter visto uma propaganda na TV, revista ou jornal. Nesse sentido, o (não) acesso a essa informação parece dificultar ainda mais a presença dos homens nos serviços de saúde. Se a própria população que é alvo da Política a desconhece, o que dizer então dos/as profissionais que entrevistamos, já que apenas 2 tinham conhecimento da PNAISH? Logo, que divulgação é essa que durante esses 2 anos após o lançamento da PNAISH essa Política ainda causa estranheza ao ser revelada para o público que a deveria conhecer? Sabemos que são muitas informações que precisamos absorver nos dias de hoje, mas acreditamos que ao menos os/as profissionais que trabalham nessa área deveriam saber da existência da Política e qual foi nossa surpresa ao nos depararmos com a surpresa deles, que boquiabertos revelavam a sua falta de informação.

O Grupo 2 foi realizado dentro de uma empresa privada e tem a ideia de que a campanha é conhecida pelos homens que frequentam os Postos de saúde ou que dependem do SUS. Achem que as campanhas são trabalhadas apenas nos Postos de Saúde, locais que eles não acessam, pois possuem convênios particulares com empresas de saúde. Quando necessitam de cuidados e decidem procurar um serviço de saúde vão diretamente ao hospital. Ainda, acreditam que a Assistente Social fale sobre este assunto e sobre a PNAISH quando realiza visitas domiciliares nas casas das famílias, mas como eles não recebem essa profissional em suas casas, o desconhecimento sobre a Política também pode estar atrelado a isso. Os participantes de ambos os grupos acreditam que a campanha sobre a PNAISH deve ser mais abrangente para poder atingir todos os homens: “O que muitas vezes acontece com uma campanha dessas é pegar um pôster e colar na no Posto de Saúde, só que o homem nunca vai ao Posto! Isso não vai dar certo nunca!”(Grupo 2) e “os agentes comunitários de saúde abordam mais as mulheres, os homens não é tanto. Deveria ter um médico ou uma médica que fosse na casa das pessoas para ver como os homens estão.” (Grupo 1). Bom, ou os homens vão até os serviços de saúde, ou os/as profissionais precisam ir até eles. Mas se esse fluxo está sendo dificultado por razões de ambas as partes, em que a Política pode ser eficaz para melhorar essa relação? Com a distribuição correta de informação e as capacitações previstas pela PNAISH, acreditamos que essa via de mão dupla pode melhorar, pois os serviços de saúde passarão a enxergar os homens e estes últimos perceberão os serviços como um local que podem e devem frequentar.

Os participantes dos grupos focais entendem que o acesso dos homens aos Postos de saúde é pouco viável em função de tempo, então a prevenção deve ser trabalhada, e uma das formas é através da Política. Mas para isso ela deve estar interligada com as diversas esferas do governo, além da criação de parques para a

prática de exercícios, monitoramento da saúde, promoção e prevenção: “Por exemplo, essa história de exercício físico, se eu não tenho dinheiro para pagar uma academia nem tem um parque na minha cidade para caminhar, como eu faço?” (Grupo 2). Além disso, percebem que as Políticas de saúde em geral são pouco eficazes quando o problema já está instalado. Entretanto, discutiram como seria produtivo envolver as crianças na prevenção desde a escola, pois acham que os meninos têm a mente mais aberta do que um adulto que já possui seus conceitos formados e, portanto, é mais difícil de trabalhar uma mudança no comportamento – ainda que não seja uma tarefa impossível.

Os participantes do Grupo 2 falaram sobre as questões sexuais que podem ser um caminho para levar os homens até os Postos de Saúde, já que muitos homens têm problemas de impotência sexual e não procuram ajuda. Ao mesmo tempo, dizem-se homens esclarecidos e bem informados, mas questionaram a realização do exame de toque retal, caso fosse obrigatório: “Nós dizemos que somos esclarecidos, e somos, de certa forma. Mas, e se o governo criasse um programa que fosse obrigatório realizar o exame de próstata acima dos 30 anos, quem de nós faria aqui? [silêncio] É preciso quebrar tabus”. Portanto, ao mesmo tempo em que os participantes desse grupo acreditam que trabalhar com questões sexuais seria uma boa via de aproximação com a população masculina, eles próprios questionam o preconceito que ainda existe com relação ao exame preventivo para o câncer de próstata. O silêncio demonstrado pelo grupo quando um colega coloca em xeque o comportamento deles, caso fosse obrigatório o exame, demonstra como ainda é preciso mais do que estimular a prevenção, realizar um trabalho que, a longo prazo, produza comportamentos diferentes nessa população, deixando de lado os tabus e preconceitos existentes. Para os especialistas, o exame de toque retal é uma medida preventiva de baixo custo, mas por mexer com o imaginário masculino, afasta os homens da prevenção. Esse afastamento

não ocorre por falta de informação, necessariamente, mas muitos homens resistem pelas informações que circulam no senso comum e que mexem com as características culturais de ser homem (Gomes, 2003).

Um ponto interessante da discussão nos grupos foi o discurso de que a PNAISH deveria realizar estudos que mostrassem as diferenças existentes na população aqui do Rio Grande do Sul, por exemplo, e a partir daí trabalhar as questões de saúde. Essa proposta já está em discussão nas diretrizes da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem [PEAISH] e a ideia, com a qual tivemos contato em alguns encontros realizados com integrantes do Departamento de Ações em Saúde [DAS] da divisão da Saúde do Homem da Secretaria da Saúde do RS, é justamente trabalhar dentro do nosso estado com as diferenças que o homem da Capital e região metropolitana de Porto Alegre apresentam, por exemplo, em relação àquele que reside na fronteira do RS (Secretaria Estadual da Saúde, 2011).

Outro aspecto levantado pelo Grupo 2, e que aborda uma das diretrizes da PNAISH, diz respeito aos hábitos de alimentação saudáveis que os homens devem adotar: “Muitas pessoas que vão ao Posto não sabem que sua alimentação não é saudável porque é o que são acostumadas a comer a vida inteira!”. Nesse sentido, alguns aspectos deveriam ser melhor explicados, uma vez que o discurso do grupo vai ao encontro do que percebemos na maioria da população, de que nem todas as pessoas têm consciência sobre o que significa ter uma alimentação saudável. E mesmo que saibam, muitas vezes não possuem recursos financeiros para alimentação da família, e sequer comprar alimentos que sejam mais saudáveis. Nessa perspectiva, os projetos que visam educar a população não levam em conta os saberes leigos (Meyer et al, 2006) e pregam as diretrizes de forma hierárquica e verticalizada, ignorando o que as pessoas aprendem

ao longo da vida e que, se esse saber for adaptado, acreditamos que possa ser apreendido de maneira mais rápida pela população.

Trabalhar dentro da realidade da população e da cultura que o homem está inserido é um desafio para a PNAISH, uma vez que as diferenças existentes dentro de uma mesma cidade são enormes, quem dirá dentro do Brasil! Ao mesmo tempo em que a Política é bem-vinda e necessária no entendimento dos homens entrevistados, a pouca divulgação para a população alvo e a generalização com a qual ela refere os homens são pontos a serem desenvolvidos, a fim de que eles sintam-se identificados com a causa e procurem cuidar mais de sua saúde.

Assim, a proposta de uma Política de Saúde para os homens coloca-os em posição de serem vistos na sua singularidade a partir de uma dimensão de gênero. Essa dimensão relaciona homens e mulheres e permite que eles participem da construção de práticas de cuidado com a saúde e de programas que abordem as questões masculinas (Gomes et al, 2011).

Concluindo, mas deixando as portas abertas para novos discursos...

Ao longo do artigo percebemos muitos discursos que estiveram entrelaçados uns com os outros, perpassados pelas questões sócio-históricas e também os discursos solitários, que nem por isso deixam de ser importantes para auxiliar-nos a pensar em uma Política de Saúde para os homens que realmente dê conta das necessidades dessa população.

Quando falamos sobre a maneira como saúde é entendida e percebida pelas nossas 3 fontes de dados, os discursos foram muito parecidos. Saúde ainda é entendida como ausência de doença e a PNAISH reforça essa percepção ao ter como objetivo

levar os homens até os serviços de saúde. Ora, se saúde é mais do que ausência de doença e envolve o bem-estar físico, psíquico e social, trabalhar a prevenção e a promoção é algo que pode ser feito sem que para isso as pessoas tenham que se dirigir até um local de atendimento. Nesse sentido, o Grupo 2 trouxe um olhar ampliado para a saúde (muito provavelmente por trabalharem com assuntos ambientais e refletirem sobre relação entre ambiente e saúde), propondo que pensássemos a respeito de estilos de vida, hábitos alimentares e prática de exercícios físicos, como formas de cuidado – e prevenção – que podem ser ensinadas e apreendidas através de informação adequada. Nesse sentido, um ponto que tem sido muito discutido atualmente é a questão do estilo de vida, pois ele tem grande influência sobre a saúde e sob esse aspecto, homens e mulheres possuem estilos de vida diferenciados. Portanto, estratégias de prevenção e promoção de saúde devem levar em conta as diferenças de gênero, a fim de que se consigam melhores resultados (Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2005).

Além disso, para Heilborn (2003 citado por Gomes, 2008), quando falamos em gênero e classe social, os homens de classes mais elevadas cuidam-se mais do que outros homens de classes menos favorecidas. O que entendemos de nossos grupos é que o acesso aos serviços e a relação com os mesmos se dá de maneira diferenciada, possibilitando maneiras de cuidado também diferentes. Ainda, o modo como entendem a saúde e o significado que os homens dão ao cuidado parecem ser indicadores dos modos de cuidar da saúde.

No que tange ao cuidado dos homens com a sua saúde, profissionais da saúde, PNAISH e participantes dos grupos focais possuem um discurso homogêneo ao afirmarem que apesar de a procura por serviços de saúde e, conseqüentemente, de cuidados com ela ter aumentado na população masculina nos últimos anos, ainda é pequeno o número de homens que realmente cuidam de sua saúde – preventivamente,

então, esse número diminui. A função de cuidado é delegada à mulher, seja ela mãe, esposa ou filha, afinal, uma figura feminina que faça pelo homem algo que ele mesmo deveria fazer. Nesse aspecto, a PNAISH recebe apoio não só dos próprios homens, mas também dos/as profissionais entrevistados/as que reforçam o texto da Política, onde há o incentivo para que as mulheres levem seus maridos até os Postos de Saúde. Promover a autonomia e protagonismo masculino no cuidado com a própria saúde é realmente tão difícil? Ou ainda é mais fácil continuar delegando às mulheres essa tarefa já que ela é percebida como naturalmente feita para cuidar?

Percebemos, assim, que a necessidade de mudança nos modos de percepção da população masculina, em relação ao cuidado com a sua saúde, é enfatizada pela Política, mas essa mudança requer tempo e um engajamento de profissionais e dos homens, pois os homens precisam perceber que são vulneráveis às doenças e os/as profissionais de saúde necessitam compreender as diversas formas de masculinidades existentes, modificando o acolhimento nos serviços de saúde, a fim de que os homens sintam-se parte integrante deles. Os/as profissionais entrevistados/as destacaram que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são impeditivos de cuidados, prevenção e informação por parte dos homens. Além disso, outro aspecto que está presente é a invisibilidade, mas percebemos que é um problema de via de mão dupla, pois homens e serviços de saúde se aliam para não enxergar esse homem como sujeito de direito à saúde. Isso acontece, em parte, porque ainda hoje os homens trazem, segundo Nolasco (1995, p. 32), “conceitos vagos de autoridade e tradição como referência para definirem o masculino”.

Para Braz (2005), é preciso repensar questões em relação à saúde dos homens, uma vez que eles também são oprimidos pela sociedade patriarcal e o modo como as relações entre os gêneros estruturam-se, ainda nos dias de hoje, não beneficiam a

nenhum dos dois. No caso da saúde, “a mulher paga com a desvalorização de seu papel social e o homem paga com sua vida” (Braz, 2005, p. 103).

Para tanto, o desafio não estaria somente no modo como as informações são transmitidas, a fim de que os homens cuidem mais da sua saúde, mas também no conteúdo dessas mensagens. Mais do que conter um saber científico e hierarquizado, é preciso que as mensagens tenham a informação que vêm do próprio senso comum, dos saberes culturais e que são internalizados mais facilmente, pois estão em harmonia com as experiências das pessoas (Meyer et al., 2006).

Buscando na fala de um dos nossos participantes que diz “*o homem é um paciente um pouco mais impaciente, não aceita tantos não*” pretendemos encontrar maneiras de modificar o acolhimento dos homens nos serviços de saúde, de forma que essa impaciência se torne o impulso para um caminho de cuidados com a saúde e mudança de hábitos de vida por parte dos homens, fazendo com que deixem de ser sujeitos invisíveis para se tornarem autores de sua própria visibilidade.

Referências

- Arilha, M. (1998). Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In.: M. Arilha; S. G. U.cRidenti & B. Medrado. (orgs.) *Homens e Masculinidades – outras palavras*. São Paulo: Eccos/ Editora 34. pp. 51-77.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde do Brasil. *Programa saúde do homem*. Disponível em www.saude.gov.br.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.
- Carrara, S.; Russo, J. A. & Faro, L. (2009). A Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19(3), 659-678.
- Colognese, S. A.; Mélo, J. L. B. de. (1998). A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. In: Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. *Cadernos de Sociologia*. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, v.9.
- Eid, A. P., Bevilaqua, C. & Motta, R. F. (2010). A Psicologia e a Saúde Coletiva na comunidade: Relato de uma experiência. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Humanas/Centro Universitário Franciscano, Santa Maria: Centro Universitário Franciscano. 10(1), 41-55.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In.: M. W. Bauer; G. Gaskel. (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, pp. 64-89.
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In.: M.W. Bauer; G. Gaskel. (Eds.). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: manual prático*. Petrópolis: Vozes, pp. 244-270.

- Gomes, R.; Nascimento, E. F. & Araujo, F. C. (2007). 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. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 23(3), 565-574, março.
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 8(3), 825-829.
- Gomes, R. (2008). *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gomes, R.; Moreira, M. C. N.; Nascimento, E. F. do; Rebello, L. E. F. de S.; Couto, M. T. & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 983-992.
- Gomes, R.; Nascimento, E. F. do; Rebello, L. E. F. de S. & Araújo, F. C. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6), 1975-1984.
- Hardy, E.; Jiménez, A. L. (2001). Políticas y estrategias en salud pública: masculinidad y género. *Revista Cubana Salud pública*, 27(2), 77-88.
- Keijzer, B. de (2003) Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In.: C. Caceres; M. Cueto; M. Ramos & S. Vallens. (coord.) *La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Publica y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida. pp. 137-152.
- Kern, F. A. (2006). A rede como estratégia metodológica de operacionalização do SUAS. In.: J. M. R. Mendes; J. C. Prates & B. Aguinisky. *Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação*. Porto Alegre, Edipucrs, pp. 62-74.

- Laurenti, R.; Mello Jorge, M. H. P. & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.
- Medrado, B.; Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(3), 809-840, dez.
- Meyer, D. E. E.; Mello, D. F.; Valadão, M. M. & Ayres, J. R. de C. M. (2006). “Você aprende. A gente ensina?” – Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva de vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 22(6), 1335-1342, jun.
- Nascimento, A. R. A.; Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). Quando os homens (des)cuidam da saúde: automedicação, procura por amigos e pela família. In.: Z.A. Trindade; M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento. (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora, pp.187-200.
- Organização Mundial da Saúde – (OMS). (1986). Carta de Ottawa. In: Escola Nacional de Saúde Pública. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; pp. 158-162.
- Ortiz, R. (1995) Discursos masculinos: a auto-opressão do homem e a prevenção da transmissão do HIV/AIDS - 155 In.: S. Nolasco. (org.) *A Desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, pp. 148.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde [CNS]/ Ministério da Saúde (1996). CNS/MS nº 196/96. Recuperado em 20 de novembro de 2011 de www.pucrs.br.
- Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. (2011). *Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Recuperado em 15 de julho de 2011 de www.saude.rs.gov.br.
- Rohden, F.; Russo, J. (2011). Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 722-729.

- Romero, S. M. (2008). A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia. In: H. Scarparo, (org). *Psicologia e pesquisa: Perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Editora Sulina, pp. 84- 104.
- Santos, M. F. S.; Almeida, A. M. O.; Maravilha, L. M. M. & Oliveira, E. C. (2011). Cuidar da Saúde é coisa de homem? In.: Z.A. Trindade; M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento. (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora, pp. 149- 170.
- Scarparo, H. (2008). Pesquisa histórica como ferramenta para conhecer a construção das idéias e as práticas em psicologia. In: H. Scarparo (org). *Psicologia e pesquisa: Perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Editora Sulina, pp. 112-127.
- Schraiber, L. B.; Figueiredo, W. S.; Gomes, R.; Couto, M. T.; Pinheiro, T. F.; Machin, R.; Silva, G..S. N. & Valença, O. (2010) Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (5): 961-970.
- Strey, M. N. (2002). A construção social/pessoal das crenças de saúde/doença das mulheres. In: M. S. Strey; A.V. Lyra & L. M. S. Ximenes. (Orgs.). *Gênero e questões culturais: a vida de mulheres e homens na cultura*. Recife: UFPE.
- Strey, M. N.; Pulcherio, G. (2010). As tramas de gênero na saúde. In.: M. N. Strey; C. Nogueira & M. R. Azambuja. (orgs) *Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros*, Porto Alegre, Edipucrs, pp. 11-33.
- Toneli, M. J. F.; Souza, M. G. C. & Müller, R. de C. F. (2010). Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20(3), p. 973-994.

World Health Organization – (WHO). (1946). *Constitution of the World Health*

Organization- Basic Documents. WHO Geneva. Recuperado em 23 de outubro de

2011 de www.who.int.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como toda caminhada, a nossa não se encerra por aqui. As trilhas nos levarão para caminhos ainda desconhecidos que não sabemos aonde vai dar. Nesse momento, é hora de refletir sobre os discursos masculinos que nos foram colocados, mas que apenas abrem caminhos para novas e mais questões sobre homens e saúde.

Também é o momento de retomarmos a escrita na primeira pessoa do singular, já que as considerações aqui colocadas – que não são um ponto final, mas apenas encerram um processo, um pedaço do caminho percorrido até aqui – são reflexões sobre as aprendizagens acerca do estudo realizado.

Nesse sentido, a pesquisa foi parte de um processo que iniciou com a imersão através dos estudos das masculinidades e da saúde. Muitas leituras e buscas foram necessárias para que eu começasse a tecer algumas linhas sobre os homens e sua saúde. Também foram importantes os contatos com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul que através de alguns representantes explicou-me como estava o (não) andamento da PNAISH por aqui. Os diálogos com o Grupo de Pesquisa Relações de Gênero e com outras/os professoras/es do Programa de Pós-Graduação em Psicologia também contribuíram na construção desse trabalho.

Percebi os vários discursos que circulam no cotidiano e que reforçam o papel do homem forte, viril, e que não chora. Entendi ao longo da nossa pesquisa, que esses discursos estão enraizados na cultura e que os avanços na mudança de papéis rígidos de homens e mulheres têm contribuído para modificar os comportamentos masculinos. Ainda que essa mudança seja lenta, ela caminha para uma maior conscientização sobre autonomia e cuidado com a saúde mesmo que nesse momento uma mão seja necessária para guiar essa caminhada.

Contudo, talvez várias mãos e não apenas uma, sejam necessárias como guias: as mãos dos/as profissionais de saúde, acolhendo, escutando e voltando o seu olhar para os homens; do Governo, em suas instâncias Federais, Estaduais e Municipais, para que através da PNAISH novos rumos sejam possíveis ao se pensar maneiras de diminuir a morbi-mortalidade masculina e aumentar a prevenção e a promoção da saúde nessa população; de instituições públicas e privadas, a fim de que o cuidado seja incentivado também através do trabalho; e as mãos dos homens que precisam se unir para lutar pelos seus direitos, mas também entender que as trilhas abrem caminhos para novos e diferentes papéis e cabe a eles tentar mudar o rumo dessa história.

Os estudos sobre homens, masculinidades e saúde vêm aumentando nas esferas nacional e internacional. Ainda é pouco perto das pesquisas realizadas com as mulheres, mas é um avanço quando pensamos que há bem pouco tempo eles eram sempre mencionados em relação às mulheres, principalmente quando o assunto é saúde. Nesse sentido, acredito que as pesquisas têm avançado ao estudarem somente os homens. Entretanto, alguns aspectos parecem não evoluir, como o cuidado com a saúde dos homens que ainda é delegado às mulheres, como se isso fosse algo natural e parte de um instinto feminino. Muitos foram os discursos que ouvi e li que colocam na mulher essa responsabilidade, como se o homem não fosse capaz de cuidar de si. A autonomia dos homens precisa ser incentivada e não mais uma tarefa ser atribuída às mulheres.

Ao longo dessa caminhada, percebi que o tema da pesquisa desenvolvida era recebido com certo desconforto por algumas pessoas com as quais cruzei. Muitas dessas pessoas eram mulheres que não entendiam por que estava estudando um tema que dava visibilidade aos homens e não às mulheres. Ainda mais quando se trata de uma pesquisa sobre homens, mas que tem como base as Teorias Feministas. Fiquei feliz que, após diálogos e também discussões, essas pessoas entenderam que os estudos de gênero

também compreendem o sexo masculino e os homens precisam do seu espaço nas pesquisas para que uma maior equidade seja possível.

Todavia, observei que quando os espaços são dados aos homens e a sua participação incentivada, poucos representantes aparecem. Durante um Seminário sobre Políticas para a Saúde do Homem realizado na cidade de Porto Alegre no mês de outubro do presente ano, a sala estava repleta de mulheres, e poucos participantes da ala masculina. Questionei-me por que em um evento no qual se discutia a Política de Saúde para os homens e formas de prevenção, a maioria eram mulheres? Onde estavam os homens que não se faziam presentes a fim de discutir sobre a sua saúde? E esse não foi o único evento sobre homens e saúde no qual as mulheres eram maioria na platéia. Em vários outros eventos e discussões em que estive o quadro era o mesmo: mulheres discutindo sobre a saúde dos homens. E lá estava eu, sendo mais uma dentre essas mulheres ali presentes. Era aparente o interesse das mulheres sobre o tema que se discutia – e havia interesse também dos poucos homens que participavam do evento – mas como fazer então para que as ideias e apontamentos chegassem realmente na população masculina?

Fiquei refletindo a respeito disso, pois me incomodava - e ainda incomoda - a falta de iniciativa masculina com relação ao próprio cuidado. Em relação a alguns eventos, o tema principal era o câncer de próstata. Como falar de prevenção e esperar a presença dos homens se o foco é um tema que possui mitos e tabus e que é responsável pelo medo de muitos homens de procurar um serviço de saúde? É preciso “comer pelas beiradas” como diz um ditado popular. Dialogar, criar vínculos e aos poucos quebrar as barreiras do medo e do preconceito, estimulando cuidados e saúde.

E mais do que as estratégias que são e serão feitas para aproximar os homens dos serviços de saúde, parcerias com setores como educação e trabalho também são

importantes, a fim de que cuidar da saúde seja prática natural e internalizada desde a infância e a realização de exames preventivos faça parte da rotina. Além disso, o incentivo a uma melhor qualidade de vida, hábitos saudáveis, alimentação adequada, moradia digna, emprego, entre outras coisas, são importantes para o bem-estar das pessoas, sejam homens ou mulheres. Trabalhar nessa perspectiva, significa ampliar o foco de saúde como sinônimo de doença e abordar outras questões que em seu conjunto são importantes para a saúde das pessoas. Para isso, o trabalho com a prevenção é importante, uma vez que através dela é possível diminuir algumas morbidades e até a mortalidade entre a população masculina.

Este estudo possibilitou avançar nas discussões sobre a PNAISH dentro de um grupo, de um Estado e uma população que se torna pequena diante dos questionamentos apresentados. Novos estudos seriam necessários para dar conta dos discursos masculinos presentes em outros grupos de homens, pois aqui não foi possível abarcar todos os representantes das diversas formas de masculinidades. Seria interessante avaliar como a PNAISH chega – se é que isso acontece – até outras populações de homens que estão contempladas nas diretrizes da Política, mas que na prática acabam ficando excluídas das ações. É interessante observar que a PNAISH fala em várias masculinidades e formas de ser homem que são contempladas na Política, mas como fazer para que todos esses homens sejam acolhidos e escutados nos serviços de saúde? Parece-me que as capacitações e discursos verticalizados que circulam, não dão conta de todas essas formas de ser homem e é preciso dar visibilidade a esses problemas através de novos estudos.

Nesse sentido, a PNAISH é apenas parte de uma trama que está sendo tecida para os homens. Nesse emaranhado, pequenas ações são importantes, mesmo que pareçam realmente pequenas diante do desafio que temos pela frente, para que os

homens sejam vistos, ouvidos e acolhidos. Mais do que isso, estudos e pesquisas que se tornam mais frequentes e que visibilizam os homens coloca-os num lugar de sujeitos de direitos que devem e precisam abrir caminhos para os seus discursos, a fim de que ouçam a sua própria voz.

ANEXO

Aprovação do Comitê de Ética



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-317/11

Porto Alegre, 21 de janeiro de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05304 intitulado **"A (nova) política de saúde para homens: abrindo caminhos para os discursos masculinos"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Marlene Neves Strey
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

