

ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Cláudia Domingues Guimarães

DEFINIÇÃO, HISTORICIZAÇÃO DO CAMPO OU ÁREA

A atenção à saúde do homem tem se consolidado como área de conhecimento e de cuidado no âmbito da Saúde Coletiva, a partir dos anos 1990, em diálogo com os estudos sobre masculinidades no Brasil. Entre os principais eixos de debate estão, de um lado, a ideia de que o risco de adoecimento masculino está na própria construção social das masculinidades e, de outro, que a política brasileira de atenção à saúde do homem irá salvá-lo de sua própria “natureza” (VIVEROS, 2018).

Segundo Laurenti *et al.* (2005, p. 40), no perfil de morbimortalidade masculina três grupos de doenças se destacam no Brasil a partir da transição epidemiológica: as neoplasias malignas (próstata, pulmão e estômago); as doenças crônicas (hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, pneumopatias); e as causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho), cooperando para isso tabagismo, etilismo, dependência química e práticas de risco que compõem o repertório das masculinidades. Em relação às causas externas, enquanto homens adultos sofrem mais acidentes de trânsito e de trabalho (por pouca adesão ao uso de equipamentos de segurança), homens jovens são as principais vítimas da violência urbana, com destaque para os pretos e pardos. No que se refere à violência de gênero, o imperativo da conquista sexual masculina, a homofobia e a transfobia situam os homens como os principais autores de atos violentos.

Além disso, a procura masculina por serviços de saúde é tardia (na maioria das vezes, com doença instalada, via unidades de emergência), contribuindo para isso a baixa adesão a medidas preventivas e a tratamentos de longa duração, que exigem modificação de hábitos de vida (SCHRAIBER *et al.*, 2005). Nos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva, Arilha; Medrado; Ridenti (1998) e Medrado *et al.* (2010) destacam a exposição dos homens durante a pandemia de HIV, a experiências sexuais sem preocupação com o cuidado de si e das(os) parceiras(os). Medrado e Lyra (2011), em seus estudos sobre paternidade, apontam o predomínio da visão restrita e instrumental do homem como procriador, a despeito de sua participação ativa no planejamento familiar e no pré-natal.

Nesse sentido, as práticas sociais que prejudicam a saúde são frequentemente signatárias da masculinidade, ou seja, ao descartar cuidados em saúde, os homens estão construindo masculinidade. O que inclui a recusa em admitir fraqueza, investimento em controle emocional, físico e exibição de comportamentos de risco. Assim, enquanto a prática dos cuidados em saúde é construída como feminina, os homens precisam cruzar as fronteiras culturais das masculinidades para fazê-lo (COURTENAY, 2000).

No processo histórico de implementação de programas de saúde direcionados a grupos específicos no Brasil, um primeiro aspecto a ser destacado refere-se à agência política dos atores envolvidos. Enquanto os programas de atenção integral à saúde de mulheres, pessoas negras e LGBTQIA+ fizeram parte da agenda política dos movimentos sociais desses segmentos populacionais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (BRASIL, 2009a,b) não foi fruto de movimento social organizado de homens

reivindicando um programa de saúde específico. Resultou de decisão governamental, estando a sociedade civil representada por associações médicas, Organizações não Governamentais (ONGs) e pesquisadores no campo das masculinidades, sob a justificativa de que os programas de atenção à saúde vigentes priorizavam crianças, adolescentes, mulheres e idosos, deixando de fora cerca de 27% da população brasileira, ou seja, os homens de 20 a 59 anos.

A construção da PNAISH envolveu um convite do Ministério da Saúde a representantes das especialidades médicas relacionadas às principais causas de morbimortalidade masculina para participarem em Brasília de seminários organizados pela Área Técnica de Saúde do Homem, entre abril e maio de 2008. Estiveram envolvidos inicialmente representantes das Sociedades Brasileiras de Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Medicina de Família e Comunidade. Num segundo momento foram convidados representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria, de três ONGs (Instituto Papai, Promundo e Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais) além de pesquisadores da Saúde Coletiva que analisavam o adoecimento masculino numa perspectiva relacional de gênero (HEMMI, 2018).

De um lado, os representantes das Sociedades Médicas (sobretudo a de Urologia) propunham ações que garantissem visibilidade à sua especialidade como referência para a saúde do homem na atenção primária, alinhada aos interesses da indústria farmacêutica de tratamento da disfunção erétil e do distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (andropausa). De outro, as ONGs e os pesquisadores sobre masculinidades se preocupavam em atrair os homens para os serviços de atenção básica para prevenção de doenças. Em consequência das disputas entre duas racionalidades: a biomédica e a da saúde coletiva, a PNAISH apresentou um discurso híbrido, para dar conta de objetivos diversos, relacionados ao mercado de trabalho e consumo, cuidado em saúde, gênero e masculinidades. Nessa linha, propôs estratégias de estímulo à presença masculina nos serviços de saúde pela medicalização para “salvar os homens de si mesmos”, em detrimento de sua autonomia; protagonismo no autocuidado e na luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Apesar disso, a PNAISH é considerada inovadora, por ser a primeira política de saúde do homem implementada na América Latina e a segunda no continente americano (após o Canadá), só existindo iniciativas semelhantes na Irlanda e na Austrália (COUTO; GOMES, 2012).

LEGISLAÇÃO E REDE DE ATENÇÃO

A PNAISH foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.994 de 27 de agosto de 2009, e propõe ações tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como portas de entrada e coordenadoras da rede de Atenção à Saúde do Homem no Sistema Único de Saúde, através de cinco eixos temáticos

- Acesso e Acolhimento: organização do atendimento que leve os homens a reconhecerem os serviços de saúde como espaços de cuidado masculino;
- Saúde sexual e reprodutiva: atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), à saúde dos homens que fazem sexo com homens (HSH), aos que vivem com HIV, aos bissexuais, transexuais e às travestis;

- Paternidade e Cuidado: estímulo ao envolvimento masculino no planejamento familiar, no pré-natal (em todas as fases da gestação) e pós-natal; nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as) e parceiras(os);
- Doenças prevalentes na população masculina: assistência básica às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): cardiopatias, diabetes, pneumopatias, câncer de próstata, testículos e pênis, incluindo campanhas educativas de detecção precoce;
- Prevenção de Violências e Acidentes: desenvolvimento de ações educativas e assistenciais para a prevenção de acidentes de trabalho, de trânsito, violência urbana e doméstica.

PRINCIPAIS DESAFIOS

O desafio central para que a atenção à saúde do homem alcance o princípio da integralidade está na desconstrução social da noção moderna de masculinidade como impermeável ao cuidado. Não existe uma masculinidade essencial e homogênea. Enquanto construções sócio-históricas relacionais de gênero são múltiplas e estão em constante mudança. Os homens não são sempre dominadores, eles ocupam posições com “dividendo patriarcal” (CONNELL; PEARSE, 2015, p. 269), o que leva alguns a gozarem de muitos privilégios e outros a não receberem nenhum, de acordo com sua inserção de classe social, raça/etnia, geração, sexualidade, capacidade, território etc.

Connell (1995; 2013) tem contribuído através dos conceitos de masculinidade hegemônica e masculinidades subordinadas. O primeiro diz respeito ao conjunto de práticas sociais que legitimam as hierarquias de gênero garantindo, tanto em nível local quanto global, a supremacia de um determinado modo de ser homem (branco, jovem, heterossexual e economicamente privilegiado). O termo “hegemonia” não designa a masculinidade da maioria dos homens, e sim aquela dominante na ordem de gênero, pois depende de certo consenso ou cumplicidade dos grupos subalternos e pressupõe expressões subordinadas (homens idosos, deficientes, migrantes, racialmente marcados, com sexualidades dissidentes etc.).

O pensamento feminista negro tem contribuído para desconstruir o posicionamento supremacista masculino, convidando à relativização da participação nos “dividendos patriarcais” e questionando a invisibilidade epistemológica dos homens negros nas ciências humanas e sociais, da mesma forma que questiona os dividendos da branquitude. (HOOKS, 2018, 2022; VIVEROS, 2018). Tal crítica tem sido fundamental para que os estudos sobre masculinidades não incorram no mesmo equívoco do “feminismo civilizatório” que, segundo Vergès (2020), essencializava a categoria “mulher”, desconsiderando os efeitos da heteronormatividade, da racialização e da inserção de classe social na subordinação.

De acordo com Bell Hooks (2018; 2022), sexismo refere-se à opressão de gênero da qual participam o sistema econômico-político, educacional e a “mídia de massa patriarcal” (ao produzir e difundir discursos fundamentados ou não na ciência), sustentando a supremacia da branquitude masculina. A autora reconhece, portanto, que o “sexismo é sistêmico e institucionalizado”, não tendo esfera da vida social que deixe de participar de sua construção e manutenção. Nesse sentido, dialoga com a noção de “coprodução entre gênero e ciência” (ROHDEN, 2012a,b) na medida em que a formulação e o uso dos conhecimentos são influenciados pela ordem do gênero da mesma forma que cooperam para sua manutenção, inclusive por meio de políticas públicas e programas de saúde que reiteram o

paradigma da diferenciação sexual com base em argumentos anatômicos, genéticos, hormonais ou neurocientíficos (e, supostamente imutáveis porque “naturais”) para sustentar a “substancialização da diferença” (ROHDEN, 2012a,b).

Além da agenda neoliberal subjacente à crise de financiamento da política de saúde no Brasil e da desarticulação entre seus níveis de atenção do SUS, é também um desafio a superação dos paradigmas binários na produção de conhecimentos e práticas de cuidado que excluem o amplo espectro das identidades de gênero na formulação de programas e na capacitação dos profissionais de saúde (entre eles o assistente social), para romper com a feminização da assistência que configura, por exemplo, as UBS como espaços para crianças e idosos, pressupondo as mulheres como cuidadoras inatas.

Aos assistentes sociais que atuam na atenção à saúde do homem é fundamental, portanto, desconstruir o conceito universal de “masculinidade” que posiciona socialmente os homens em lugar constante de privilégio. Os dividendos patriarcais não são experimentados da mesma forma por todos os homens. Para atuar em consonância com “um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 2011, p. 24), é preciso considerar as demandas de saúde distintas entre os homens, oriundas de opressões raciais, de geração, classe social e decorrentes de sexualidades dissidentes, que se interseccionam às que fazem parte do ciclo da violência urbana e doméstica e incluí-las nas ações socioassistenciais e socioeducativas cotidianas.

QUESTÕES ESPECÍFICAS E POLÊMICAS DA ÁREA

A principal polêmica da área refere-se ao discurso contraditório da PNAISH. Ao mesmo tempo em que enfatiza aspectos da saúde do homem que reforçam o modelo de masculinidade hegemônica, desconsiderando demandas específicas de suas expressões subordinadas, destila um discurso vitimário que direciona o modelo de assistência à saúde dos homens para a medicalização (CARRARA *et al.*, 2009). De acordo com Oliveira (1998) tal discurso caracteriza o homem como vítima de fatores sociais e psíquicos que resultariam em prejuízos à sua saúde física e mental, em função da socialização que lhe exige práticas de risco e torna-o inábil para lidar com seus sentimentos e fragilidades. Não questiona os privilégios masculinos numa situação relacional de poder e busca, na leitura vitimizante dos dados epidemiológicos, autorização social para suprir a coadjuvância masculina na implementação da PNAISH, transformando-os em alvo do cuidado (GOMES, 2008; 2011; MEDRADO; LYRA, 2011).

Desta forma, a PNAISH opera para medicalizar os homens ao:

- a) considerar maior frequência aos serviços médicos como sinônimo de vida saudável;
- b) enfatizar ações de maior complexidade (como o controle do câncer de próstata), destilando por exemplo, a ideia de que “a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e a diabetes” (BRASIL, 2009b, p. 27);
- c) subsumir a prevenção de doenças à genitalização do corpo masculino e fomentar a indústria farmacêutica para tratamento de suas disfunções sexuais, estando ambas a serviço de salvar a virilidade.

No debate sobre o biopoder, por conseguinte, a regulação do corpo é central na produção das diferenças de gênero (inclusive no cuidado) e, historicamente, o corpo feminino sempre esteve mais sujeito ao controle. Neste contexto, Muller e Birman (2016) questionam: “como administrar um corpo que resiste ao toque da medicalização?” e destacam que os interesses difusos e contraditórios que resultaram na PNAISH convergiram no objetivo de produzir “um território corporal masculino que se permite tocar, invadir, examinar” (MULLER; BIRMAN, 2016, p. 704).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA, M.; MEDRADO, B.; RIDENTI, S. G. U. (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: Editora 34, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Instituto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União de 28 de agosto de 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em 24 ago. de 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em 24 ago. de 2022.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. 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, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- CONNELL, R. Políticas da Masculinidade. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, Porto Alegre, jul./dez 1995.
- _____; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica; repensando o conceito. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 241-282, jan.-abr. de 2013.
- _____; PEARSE, R. Gênero uma perspectiva global: compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo. São Paulo: nVersos, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9ª ed. Brasília, DF: CFESS, 2011.
- COURTENAY, W. H. Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: a Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, v. 50, p. 1385-1401, 2000.
- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.
- GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- HEMMI, A. P. Participação em construção de políticas de saúde: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

- HOOKS, B. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.
- _____. A gente é da hora: homens negros e masculinidade. São Paulo: Elefante, 2022.
- LARENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, jan./mar., p. 35-46, 2005.
- MEDRADO, B; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; BRASILINO, J. (Orgs.) Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto Papai, p. 53-78, 2010.
- MEDRADO, B.; LYRA, J. *et al.* A construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In: TRINDADE, Z. MENANDRO, M. C.; NASCIMENTO, C. R. (Orgs.). Masculinidades e Práticas de Saúde. Vitória: GM Editora, v. 1, p. 27-36, 2011.
- MÜLLER, R. F.; BIRMAN, J. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. *História. Ciências. Saúde*. V. 23, n. 3, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Jul-set, p. 703-717, 2016.
- OLIVEIRA, P. P. Discursos sobre a masculinidade. *Revista Estudos Feministas*. v. 6, n. 1. Florianópolis: UFSC, p. 91-112, 1998.
- ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 2645-2654, 2012a.
- _____. Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P.S. (Orgs.). Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome, p. 49-57, 2012b.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1. Rio de Janeiro, ABRASCO, p. 7-17, jan. de 2005.
- VERGÈS, F. Um feminismo decolonial. São Paulo: Ubu Editora, 2020.
- VIVEROS, M. V. As cores da masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.