

Suellen Maria Vieira Dantas

**Sexualidade, reprodução e relações de gênero: reflexões
a partir da análise da política nacional de saúde do
homem**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Programa de Medicina Preventiva

**Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza
Couto Falcão**

**São Paulo
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Dantas, Suellen Maria Vieira

Sexualidade, reprodução e relações de gênero: reflexões a partir da análise da política nacional de saúde do homem / Suellen Maria Vieira Dantas. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Saúde do homem 2.Políticas de saúde 3.Gênero e saúde
4.Sexualidade 5.Saúde sexual 6.Saúde reprodutiva

USP/FM/DBD-141/17

À Lucia, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha orientadora, Marcia Couto, por ter me acolhido e apoiado desde o aprimoramento, pela sua atenção carinhosa e compartilhamento de experiências e conhecimento. Obrigada por acreditar no meu trabalho e no meu potencial, mesmo nos momentos difíceis pelos quais passei nesse processo, motivando-me a seguir construindo algo que acredito.

Aos profissionais e aos usuários das instituições pelas quais transitei ao longo desses três anos. Agradeço, especialmente, aos professores do Departamento de Medicina Preventiva por terem me acompanhado de maneira tão compromissada e respeitosa.

Às mulheres e crianças que pude acompanhar no Centro de Referência Especializado de Assistência Social de Poá durante quase dois anos. Obrigada pelos ensinamentos valiosos, pelos exemplos de resistência e luta e pelo carinho e confiança que depositaram em mim e no meu trabalho.

Às colegas de UFABC –Cláudia Luz, Cláudia Silva, Dulcimara Darré e Iara Pedó - que me receberam tão bem e que, nos últimos meses, têm me ensinado tanto sobre trabalho em equipe, comprometimento e busca por uma sociedade mais justa e igualitária, agradeço imensamente! Aos alunos da UFABC, agradeço por confiarem em mim e por compartilharem comigo suas histórias de construção de autonomia, maturidade e formação profissional.

Aos queridos amigos que estiveram presentes nessa etapa da minha vida; companheiros nos percursos, angústias e conquistas: Selonia Sousa, Flávia Silva, Tatiana Valle, Lucia Masumoto, Omar Calazans, Debora Pukaro, Jennifer Gallagher, Wilbert Godoy, Cecília Lerco e Alexandre Coelho. Vocês são maravilhosos.

Ao Thiago Santos, meu companheiro, pelo amor, respeito e apoio. Obrigada pelo compartilhamento de sonhos pra vida e por lutar ao meu lado pelo que acreditamos.

Finalmente gostaria de agradecer àqueles que sempre me acompanharam e me apoiaram, meus maiores amores, amigos e incentivadores: à família Dantas - Lucia (Mãe), Edvaldo (Pai) e Edvaldo Junior e Simone (Irmãos). Em especial, dedico esse trabalho à minha mãe pelo seu cuidado, carinho, e por sempre ter sido esse grande exemplo de força e determinação para mim.

Muito obrigada!

“O senhor.. Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.” (Riobaldo - Guimarães Rosa, Grande Sertão:Veredas)

LISTA DE SIGLAS

AC: Análise de Conteúdo

Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome)

APS: Atenção Primária em Saúde

CID 10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CGR: Colegiados de Gestão Regional

CIBs: Comissões Intergestores Bipartite

CIPD: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

Conasems: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CSEB: Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa

DAEM: Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino

DAPES/SAS: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH: Homens que fazem sexo com homens

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA: Instituto Nacional do Câncer

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MS: Ministério da Saúde

ONG: Organização Não-Governamental

ONU: Organização das Nações Unidas

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSA: Antígeno prostático específico

SBU: Sociedade Brasileira de Urologia

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

Dantas SMV. Sexualidade, reprodução e relações de gênero: reflexões a partir da análise da política nacional de saúde do homem [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Estudos sobre a relação masculinidades-saúde tem apontando para a permanência de visões essencialistas sobre o sexo e desafios no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como para a dificuldade de se incluir homens nas práticas de cuidado em saúde devido às representações sociais do masculino e ao direcionamento dos serviços para mulheres e crianças. A implantação e implementação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH) no Brasil trouxe como desafio o reconhecimento das desigualdades de gênero vivenciadas pelos homens e de suas necessidades de saúde. Nesse sentido, compõe-se como justificativa para este trabalho a necessidade de se investigar como o homem tem sido contemplado institucionalmente em relação à sexualidade e reprodução. Assim, constitui-se como corpus da pesquisa o documento-base da política, documentos vinculados à construção da PNAISH e materiais desenvolvidos a partir desta, bem como publicações relacionadas à sexualidade e reprodução de homens nas páginas “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” e “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” em rede social. Por meio da análise de conteúdo, a discussão esteve amparada pelos pressupostos dos Estudos de Gênero e pelo pensamento foucaultiano. Buscou-se a compreensão de discursos que orientam a PNAISH: à que homens esta se dirige e como a política busca direcionar ações em saúde ao tratar da sexualidade e reprodução. Observou-se que a política reflete representações sociais, apresentando muitas das diferenças e desigualdades de gênero existentes. A sexualidade em seu sentido mais amplo é pouco abordada, observando-se ênfase dada à prática e potência sexual. Ainda, apesar de esforços, não houve plena incorporação de discursos de responsabilização igualitária nas questões reprodutivas e de parentalidade, estando ainda presentes visões sobre os homens como figuras de apoio. São necessárias ações que trabalhem as resistências a maiores liberdades e igualdades sexuais e reprodutivas; a PNAISH ainda precisa de

maior aproximação das necessidades, diversidade de relações e desigualdades existentes.

Descritores: saúde do homem; política de saúde; gênero e saúde; sexualidade; saúde sexual; saúde reprodutiva

Dantas SMV. Sexuality, reproduction and gender relations: reflections from the analysis of the national man's health policy [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

ABSTRACT

Studies about the masculinity-health relationship have pointed to the persistence of essentialist visions about sex and challenges regarding sexual and reproductive rights, as well as the difficulty of including men in health care practices due to the social representations of the masculinity and the direction of the services for women and children. The implantation and implementation of the "Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men" (PNAISH) in Brazil has brought as a challenge the recognition of the gender inequalities experienced by men and their health needs. In this sense, the justification for this study is the need to investigate how man has been contemplated in sexuality and reproduction institutionally. Thus, is constituted as corpus of the research, the official text of the policy, documents related to the construction of the PNAISH and materials developed from it, as well as publications related to sexuality and reproduction of men in the Facebook pages "Health of Man - Ministry of Health" and "Municipal Health Department of São Paulo ". Through content analysis, the discussion was supported by the theories of Gender Studies and Foucaultian thinking. We sought the understanding of discourses that guide the PNAISH: to which men this is directed and how politics seeks to direct actions in health when dealing with sexuality and reproduction. It was observed that the policy reflects social representations, presenting many of the existing gender differences and inequalities. Sexuality in its broadest sense is not too much discussed in the documents, with an emphasis on sexual act and potency. Yet, despite efforts, there was no full incorporation of egalitarian accountability discourses on reproductive and parenting issues, and visions about men as support figures are still present. Still are needed actions that work the resistance for greater sexual and reproductive freedoms and for equality. The PNAISH still needs to approximate more to the needs, to the diversity of existing relationships and to the inequalities.

Keywords: men's health; health policy; gender and health; sexuality; sexual health; reproductive health

Sumário

AGRADECIMENTOS	
LISTA DE SIGLAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações iniciais	1
1.2. Situando a questão	5
2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	7
2.1. Desigualdades Sociais em Saúde, Direitos Humanos e Políticas Públicas	7
2.2. Conferências do Ciclo Social da ONU e as Políticas de Gênero	10
2.3. O Movimento Feminista e as Políticas Públicas Brasileiras: o espaço dos homens nessas políticas	15
2.4. Construindo uma Política de Saúde do Homem	26
2.4.1. Políticas de Atenção à Saúde dos homens em outros países	32
2.4.1.1. AUSTRÁLIA	32
2.4.1.2. CANADÁ	35
2.4.1.3. CHILE	37
2.4.1.4. IRLANDA	40
2.4.1.5. MÉXICO	42
3. OBJETIVOS	46
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	47
4.1 O sujeito e a sexualidade na obra de Foucault	47
4.2. Sexo, sexualidade e gênero como construções sociais	58
4.2.1. Masculinidades: construção da subjetividade masculina e as relações de gênero	65
4.3. Masculinidades, saúde e a inserção dos homens na saúde reprodutiva e sexual	69
5. METODOLOGIA DE PESQUISA	78
5.1 Aspectos Éticos	84

6. DELINEAMENTO DO RECORTE	85
6.1. Documentos analisados	85
6.1.1. Consulta Pública do Sistema Único de Saúde	85
6.1.2. Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)	85
6.1.3 Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	87
6.1.4. Materiais de divulgação	88
6.1.5 Publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde na rede social Facebook	91
6.1.6 Publicações da página Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na rede social Facebook	92
7. A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM: ANÁLISE E DISCUSSÃO	93
7.1 Consulta pública do Sistema Único de Saúde – Política Nacional de Integral à Saúde do Homem	93
7.2 PNAISH	102
7.3 Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Plano de Ação Nacional PNAISH – 2009-2011	110
7.4 Materiais de divulgação	117
7.5 Publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde na rede social Facebook	123
7.6 Publicações da página Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na rede social Facebook	176
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
9. REFERÊNCIAS	227
10. ANEXOS	245

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Como introdução a este trabalho considerei importante, antes de entrar no tema propriamente dito, relatar um pouco da minha trajetória nesse campo, que se deu através de acasos, descobertas e; mais propriamente; do aprimoramento profissional em Saúde Coletiva. Minha escolha por fazer um aprimoramento profissional em Saúde Coletiva foi feita em meio a questionamentos pessoais, inquietações e encantamentos durante a graduação em Psicologia.

Acho que meu principal questionamento durante os cinco anos de graduação pode ser expresso em: como compatibilizar uma atuação profissional como psicóloga com uma atuação política e transformadora que esteja de acordo com as convicções que fui adquirindo? A graduação em Psicologia¹ que cursei me parece ter como enfoque a formação acadêmica e a formação clínica clássica – entenda-se psicoterapia individual em consultório particular. Fazendo esse retorno a minha trajetória de formação e profissional, penso que sempre tive o interesse por buscar vivências mais práticas em serviços, instituições, ou qualquer atividade que permitisse que eu me aproximasse um pouco mais da realidade social do espaço onde vivo e do “lugar desconhecido”. No entanto, foram poucas as oportunidades durante a graduação, apesar de muito significativas para minhas escolhas futuras. A minha faculdade e as universidades públicas, de maneira geral, parecem, a meu ver, estar longe de cumprir aquilo que seria um de seus principais papéis: o retorno para a sociedade dos conhecimentos produzidos dentro dos muros da universidade.

Conforme adentrava a Psicologia, pensava em quais possibilidades profissionais existiriam para o psicólogo e quais delas, sobretudo, não ficariam restritas a modelos de atuação individualistas e elitistas, focados em necessidades estritas do indivíduo e

1

do privado. Assim, esbarrei na área da Saúde Coletiva, e esta apareceu para mim como uma perspectiva interessante. Primeiramente em contatos com a prática de estágio em serviços de Saúde Mental e com o pensamento da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização, e, posteriormente, buscando explorar mais a fundo a construção do SUS em estágios na atenção primária em saúde (APS) e em um serviço de referência em IST/Aids. Foi mais ou menos assim que eu cheguei ao aprimoramento profissional em Saúde Coletiva, onde pude entrar em contato com diversos serviços, ter uma visão mais consistente sobre o campo da Saúde Coletiva e, mais especificamente, observar e atuar em um serviço de atenção primária – Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSEB). Nesse serviço, pude entrar em contato com diversos atores e práticas e ter uma visão mais ampliada sobre o funcionamento nessa atenção.

Apesar de eu ter tido algum contato com instituições públicas de saúde, os estudos de gênero e saúde estiveram pouco presentes durante a minha formação em Psicologia. Após o início do aprimoramento, durante o trabalho de avaliação de programas de saúde, onde avaliamos o serviço de pré-natal e puerpério do CSEB, passei a acompanhar mais de perto e mais criticamente como ocorrem as relações entre usuários e instituição e como é realizada uma parte importante do trabalho em saúde reprodutiva. A perspectiva de gênero e uma discussão mais aprofundada sobre a forma como são estabelecidos papéis como femininos ou masculinos e, mais especificamente, como esses papéis influenciam na atuação e atenção das instituições de saúde com os diferentes sujeitos, começaram a surgir como questão para mim, trazendo à tona a importância de se considerar essas relações no contato em saúde.

Pontos que me marcaram no acompanhamento a atendimentos a usuários na APS no contexto do CSEB foram o modo como as necessidades de saúde sexual me pareciam ser, em muitos momentos, configuradas como demanda e como ocorria a abordagem e o acolhimento pelo profissional ao tratar o tema. Muitas vezes, falar sobre sexualidade era difícil tanto para usuários quanto para profissionais. Chamava a minha atenção a dificuldade dos profissionais em receber tudo o que era distinto de uma norma social preestabelecida, em dar abertura para a formação de um vínculo que

permitisse que um discurso distinto do “esperado” fosse compartilhado e acolhido, e em considerar mulheres e homens em seus contextos e relações. Além disso, chamava-me a atenção a ausência dos homens na atenção em pré-natal e nos cuidados com os filhos, bem como as cobranças voltadas à figura feminina nos cuidados com a família.

Assim, não era incomum que a atenção recaísse em estereótipos do que seria o próprio do homem ou da mulher em seu meio e em suas diferentes etapas da vida. Questionava-me se a persistência nos padrões tradicionais de atenção não poderia estar impedindo a renovação dos serviços no sentido de uma atenção mais integral e que trouxesse para a saúde o enfrentamento das questões de gênero.

Ainda, chamava a minha atenção, em uma dimensão mais macropolítica, como inúmeras questões e ações, atuais e outras já antigas, relacionadas à sexualidade estão constantemente em pauta em discussões, por exemplo: propostas de humanização do parto; aborto legal; estatuto do nascituro; disponibilização de pílula do dia seguinte na rede de saúde; casamento, adoção e novas formas de reprodução por casais homoafetivos; Estatuto da Família; entre outras. Penso que tais ações poderiam ser resultantes da busca por aberturas e resistências a maiores liberdades e igualdades sexuais e reprodutivas. Tais pontos levaram-me a questionar a forma como as políticas de saúde estariam ou poderiam estar acompanhando estas mudanças existentes nas relações entre os gêneros.

Diante destes amplos cenários, algumas questões se colocaram como norte para meu trabalho de monografia, que visou discutir como as políticas brasileiras de saúde da mulher e do homem - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (Brasil, 1984), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (Brasil, 2004) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (Brasil, 2009a) - abordam e problematizam, sob a perspectiva de gênero, como a sexualidade e a reprodução de homens e mulheres.

Este trabalho me trouxe diversas questões em relação a discursos presentes nas políticas e aos desafios ainda existentes no sentido de construir políticas públicas que

abranjam os direitos sexuais e reprodutivos e acompanhem mudanças sociais nas relações de gênero.

Um dos pontos que mais me chamou a atenção na monografia é o peso distinto dado às questões de reprodução e sexualidade nas distintas políticas das mulheres e do homem, com maior direcionamento do programa e política da mulher à reprodução e da política do homem às vivências da sexualidade. Os homens são desconsiderados em relação à saúde reprodutiva e “super-representados” como sexualmente ativos e viris. Pode-se considerar que tal abordagem é uma forma redutora de tratar as questões de saúde sexual e reprodutiva no âmbito da saúde, uma vez que concepções heteronormativas e atributos hegemônicos sobre o feminino e o masculino são atualizados nas políticas.

Além disso, as políticas, ao incorporar a categoria de gênero, demonstravam fragilidade ao incorporar uma perspectiva relacional. No caso da PNAISH, ao tratar da saúde do homem e das masculinidades, em muitos momentos parece ser desconsiderado como outros homens e masculinidades e como mulheres se relacionam com estas questões e também são afetados. Parece-me que os problemas são tratados com apenas parte dos atores envolvidos na relação de gênero e, conseqüentemente, parte da questão do poder. Neste sentido, considere necessário buscar aprofundamento neste tema no mestrado, buscando entender como as políticas de saúde do homem ao tratar da sexualidade e reprodução são construídas e incorporam as relações de gênero.

Primeiramente, o projeto de mestrado pretendia voltar-se às políticas precursoras em saúde do homem no mundo. Tendo em vista que políticas de saúde do homem internacionais (como as políticas irlandesa e australiana), embora englobando muitas semelhanças com a política brasileira de saúde do homem, possuem especificidades e complexidades próprias de um contexto social mais restrito dos países em que são veiculados, optamos, após discussão e contribuições da banca de qualificação, por seleccionar apenas política brasileira como objeto de pesquisa, a partir da qual pudemos traçar um panorama mais aprofundado acerca dos repertórios sobre masculinidades, relações de gênero, sexualidade e reprodução de homens na saúde do país.

Assim, considerando o interesse em mapear repertórios sobre masculinidade e sobre saúde sexual e reprodutiva presente na política nacional de saúde do homem, nossa escolha recaiu sobre o próprio documento final da política brasileira, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes” (Brasil, 2009a), documentos vinculados à construção da política e documentos e materiais desenvolvidos a partir da PNAISH, bem como publicações das páginas “Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo” e “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” relacionadas à Saúde do Homem, gênero, reprodução e sexualidade em rede social (*Facebook*) no período de janeiro e novembro de 2016. Utilizo como embasamento teórico os estudos de gênero e, também, alguns pressupostos foucaultianos, voltando-me para um exame crítico das práticas sociais e culturais que de algum modo estão presentes nos documentos.

1.2. Situando a questão

Sabe-se que, historicamente, pensar gênero esteve associado às lutas feministas contra as desigualdades e opressões sofridas pelas mulheres e que se buscou desenvolver analiticamente a categoria de gênero e sua aplicabilidade na saúde olhando principalmente para as necessidades deste grupo. Apesar da inquestionável legitimidade das lutas feministas, que possibilitaram que os direitos das mulheres viessem à pauta política, a ênfase que foi dada sobre a mulher no início dos estudos de gênero pode ter dificultado que as opressões também sofridas pelos homens nas relações fossem trabalhadas (Arihla, 2005).

A partir dos anos 1990, com o desenvolvimento de novas leituras sobre a categoria de gênero, procurou-se atentar para os múltiplos fatores em jogo em situações de desigualdade, que não menosprezasse aquela vivenciadas pelas mulheres, mas que admitisse que os homens também são objeto de discriminação e produto de construções sociais que limitam possibilidades de atuação como sujeitos de direito (Arihla, 2005). Ou seja, ao invés do foco na mulher como um grupo desprivilegiado, a ênfase passou a ser na construção social das identidades de gênero e na natureza das

relações entre homens e mulheres. Gênero, portanto, passou a ser defendido como uma categoria relacional, instauradora e reprodutora de assimetrias de poder; e também transversal (em interação com raça/etnia, classe social, geração, capital cultural, etc.) (Doyal, 2000; Couto e Gomes, 2012).

Com esse posicionamento, compreende-se que agendas de gênero devem apontar para a equidade de gênero em benefício de mulheres e de homens. Assim, uma política voltada a homens, ao buscar reduzir as desigualdades de gênero sofridas por esse grupo, também deve estar atenta para que não traga efeitos negativos sobre as mulheres e sobre seus pares diversos (Couto e Gomes, 2012).

A despeito disso, estudos consideram que programas e políticas de saúde voltados aos homens ainda se mostram-se pouco claros no que se refere a equidade de gênero (Couto e Gomes, 2012). Nesse sentido, compõe-se como justificativa para esta pesquisa a necessidade de se explorar como os homens têm sido contemplados na política de saúde brasileira sob uma abordagem relacional de gênero. Ademais, para a apreensão pretendida dos discursos encontrados nos documentos, é importante destringir e situar na história como surgem e são conduzidas as questões de gênero na política, uma vez que os enunciados surgem em determinados tempo e espaço de práticas dos indivíduos.

Diante disso, algumas outras questões se colocam como norte:

- Qual a compreensão de saúde sexual e reprodutiva presente na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem? Quais são as atitudes e os comportamentos sexuais e reprodutivos masculinos demarcados nessa política? Sobre qual homem a política está falando? Para que homem a política está voltada?
- Como a política vem acompanhando as possibilidades de se viver a identidade masculina de novas formas? Quais espaços estão reservados na política para se pensar as transformações nas condições sociais, culturais ou psicológicas existentes, dado que homens e mulheres, de modo relacional e transversal, são sujeitos implicados nesse processo de manutenção e/ou resignificação das relações de poder na sociedade?

2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

2.1. Desigualdades Sociais em Saúde, Direitos Humanos e Políticas Públicas

A saúde passou a ser contemplada juridicamente, nos Estados Modernos, a partir do reconhecimento desta como direito de todos e dever do Estado e do estabelecimento de uma série de obrigações dos agentes públicos e cidadãos.

Segundo Aith (2007), somente no âmbito de um Estado Democrático de Direito, onde está em vigor o Constitucionalismo – com direcionamento de sua estrutura para a promoção e proteção dos direitos humanos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, difusos e coletivos), o direito à saúde tem condições de ser respeitado, em um sistema de protetivo.

Dentre as principais características do constitucionalismo dos Estados modernos surgido entre o fim do século XVIII e início do século XIX, pode-se destacar positividade de direitos individuais inalienáveis e imprescritíveis – propriedade, liberdade e igualdade; a legitimação do poder político exercido pela soberania popular; e o surgimento do Estado liberal, destinado a garantir a liberdade individual. Essas constituições refletiam o pensamento liberal burguês, marcado pela passividade do Estado e manutenção dos direitos apenas a uma pequena parcela da população (Aith, 2007).

As desigualdades estimularam o surgimento, ainda no século XIX, de movimentos por direitos sociais, econômicos e culturais a todos os homens. Os movimentos do século XIX questionavam o fato de a liberdade ser garantida apenas ao burguês. Assim, o Estado precisava intervir na atividade dos particulares para que estes desfrutassem de suas liberdades individuais sem ferir os direitos sociais e a busca pela igualdade (Aith, 2007).

Entretanto, somente no século XX os direitos sociais começaram a se incorporar nas Constituições dos Estados, incluindo o Brasil. De forma simplificada, os direitos

individuais dizem respeito àqueles que protegem o indivíduo contra possíveis arbitrariedades do Estado e garantem o princípio democrático, abrangendo os direitos à vida, à segurança, à igualdade perante a lei, à propriedade, à liberdade, ao voto, entre outros. Já os direitos sociais, econômicos e culturais refletem as pretensões do indivíduo perante o Estado. São direitos econômicos o direito ao trabalho, o direito de greve, ao salário mínimo, à previdência; os direitos culturais são os direitos ao acesso, usufruto e de proteção dos bens históricos e culturais, dentre outros; são direitos sociais a saúde, a educação, a moradia, o lazer, dentro outros.

As reformas políticas ocorridas durante o século XX deram-se de maneira bastante diversa entre os países, uma vez que dependeram da interação de variáveis estruturais (como inserção internacional, modelo socioeconômico), institucionais (como solidez dos sistemas de proteção, interação entre políticas), políticas (sistemas partidários, base de apoio social), ideológicas e socioculturais (Machado, Baptista e Lima, 2012).

Em meio à crise ética instaurada no pós Segunda Guerra, com o holocausto, povos e Estados deram atenção especial à proteção dos Direitos Humanos (Vianna e Lacerda, 2004). A Carta das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos e Culturais balizam o processo de internacionalização dos direitos do homem.

Como observam Vianna e Lacerda (2004), a trajetória conceitual de Direitos Humanos parte de uma concepção filosófica que supõe a existência de direitos naturais individuais que devem ser defendidos frente ao Estado.

A Declaração de 1948 defendeu o sujeito de direitos e constituiu um conjunto de princípios universais e que pudessem ser impostos politicamente através de instrumentos e mecanismos de defesa desses direitos (declarações, convenções e a própria ONU em si). Assim, nesse momento, avançou-se na defesa não apenas da liberdade individual, mas da responsabilização dos Estados na garantia da proteção social, ou seja, certas responsabilidades individuais e/ou coletivas passaram a ser

representadas como obrigações a serem garantidas pelos Estados, bem como a manutenção dos direitos universais e dos direitos humanos das minorias com suas especificidades. Em documento com trinta artigos abordou-se os fundamentos de liberdade, igualdade, fraternidade e dignidade do ser humano (Vianna e Lacerda, 2004).

No Brasil, a saúde foi reconhecida, nesse contexto, como um direito humano e social previsto pela Constituição de 1988; bem como por diversos instrumentos normativos internacionais, por exemplo a Declaração Universal de Direitos Humanos; que deve ser garantida por políticas públicas estatais.

Ao compreender-se a produção da saúde como um direito social e um processo que não se limita aos aspectos biológicos, sendo atravessada por diferenças que estão “associadas a características sociais que colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio (Barata, 2009, p. 12)”; estabelece-se a compreensão de que o contexto social no qual o indivíduo está inserido mostra-se determinante para a posição e para as oportunidades de saúde; estando de acordo com as exposições, as condições e situações de vulnerabilidade.

Frente a isso, as políticas públicas se tornam necessárias para a garantia da saúde como respostas do Estado a problemas que emergem no meio social, a partir do resultado das disputas e acordos de grupos interessados participantes de um governo. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam a tomada de decisão política do Estado frente a situações apresentadas como problemas de interesse da sociedade (Schraiber, 2012).

As políticas públicas, como as políticas de saúde voltada aos homens, assim, não podem ser consideradas como meros atos administrativos do Estado, mas sim como produto social de um contexto cultural e econômico específico, inseridas em uma estrutura de poder e em um projeto político específico.

2.2. Conferências do Ciclo Social da ONU e as Políticas de Gênero

Em relação às minorias, o debate internacional sobre direitos humanos, em especial no âmbito das Nações Unidas, se tornou mais complexo ao integrar reivindicações de outros atores e temas. A agenda de gênero, por exemplo, constituída nos anos 70, é uma das integradas a uma agenda mais abrangente, em torno da democratização e da noção de direitos (Farah, 2004).

Ao longo dos anos 1990, a ONU promoveu uma série de conferências articuladas (conhecida como Ciclo Social da ONU). Iniciada com a Cúpula da Infância (1990), seguiram-se outras oito conferências intergovernamentais, cujos resultados são relevantes para o debate que articula população, desenvolvimento e direitos: Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio, 1992; Direitos Humanos – Viena, 1993; População e Desenvolvimento – Cairo 1994; Cúpula do Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995; Mulheres e Desenvolvimento – Pequim, 1995; Habitat – Istambul, 1996; Alimentação – Roma, 1997; Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminação Correlata – Durban, 2001 (Correa, Alves e Januzzi, 2006).

Em âmbito global, tais conferências foram muito importantes para a proposição, discussão e acordos em relação a princípios norteadores de políticas nacionais. Em cinco dessas conferências temáticas internacionais, questões relativas a gênero, equidade e direitos humanos foram destaque nas pautas de discussão. Nas Conferências de Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92), Direitos Humanos (Viena-93), População e Desenvolvimento (Cairo-94), e nas reuniões da Cúpula Social (Copenhague-95) e do Habitat (Istambul-96), realizou-se um processo de alargamento da definição tradicional de direitos humanos (Pitanghy, 1999).

Em relação às desigualdades de gênero, o movimento feminista exerceu papel crucial para a entrada dessa discussão nas Conferências da ONU. As desigualdades de gênero no campo da saúde estiveram em pauta a partir da interlocução de organizações de mulheres com agências das Nações Unidas, instituições de apoio multi e bilateral, organismos transnacionais e governos nacionais, entre outros. Entre a I Conferência Internacional da Mulher, realizada em 1975 no México, e a Conferência Internacional

da Mulher, realizada na China, em 1995, inseriu-se um processo que envolveu mulheres de todo o mundo, trabalhando dentro de delegações oficiais ou em fóruns não-governamentais, para levar para o cenário da ONU questionamentos fundamentais a respeito da condição e da cidadania feminina (Pitanghy, 1999; Vianna e Lacerda, 2004).

A Conferência Rio-92 trouxe visibilidade, com a ação dos movimentos de mulheres, à discussão sobre os direitos e a igualdade de gênero, o papel das mulheres na gestão ambiental, assim como o acesso a serviços de saúde reprodutiva e à anticoncepção. A Rio-92 favoreceu a articulação entre as temáticas meio ambiente, pobreza, desenvolvimento, direitos humanos, gênero e saúde reprodutiva. No entanto, tais discussões sofreram resistências de setores conservadores, como o Vaticano, que atacaram sistematicamente as propostas de saúde reprodutiva e planejamento familiar (Correa, Alves e Januzzi, 2006).

Em 1993, em Viena, a Conferência Internacional de Direitos Humanos contou com ampla mobilização feminina para que as violações dos direitos das mulheres fossem reconhecidas como violações aos direitos humanos. Assim, dentre as principais ações visando a igualdade de gênero esteve o estabelecimento da “politização” do privado, trazendo a violência doméstica para o âmbito coletivo e dos direitos humanos (Trindade, 1993; Pitanghy, 1999; Vianna e Lacerda, 2004; Correa, Alves e Januzzi, 2006).

Vianna e Lacerda (2004) compreendem a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, como resultado do amadurecimento das discussões feministas na academia e a classificam como marco para a reflexão e adoção de novos paradigmas sobre direitos reprodutivo e sexual ao apresentar o *empowerment* da mulher como um conceito estratégico importante para realização de ações em saúde, além da inclusão da dimensão sexual na concepção de saúde reprodutiva.

Propôs-se a superação de uma perspectiva de saúde reprodutiva baseada no controle da natalidade, bem como buscou reconhecer a sexualidade enquanto um

direito e aspecto positivo da vida. O capítulo VII do documento da CIPD, dedicado à saúde e aos direitos reprodutivos, articula a saúde reprodutiva ao campo de direitos, incluindo a defesa à vida sexual segura e satisfatória para homens e mulheres, por meio de informação e acesso ao planejamento familiar seguros, eficientes e financeiramente adequados, preservando seu direito de opção sobre a reprodução (Siqueira, 2000).

Doyal (2000) também argumenta que, mais especificamente, os debates de CIPD e da Conferência de Pequim foram importantes para a discussão sobre a “equidade de gênero”. Incluíam participantes com diferentes olhares que, de modo generalizado, podem ser categorizados em três grandes grupos. Cada um teria a pretensão de representar os interesses das mulheres, mas todos percebiam a equidade de gênero de maneira diferente.

Em primeiro lugar, houve um grupo “conservador”, onde muitos fundamentaram suas concepções sobre gênero em crenças fundamentalistas, nacionalistas e / ou religiosas. Os membros deste grupo consideraram a noção de gênero pouco útil, alegando que ele sobrevaloriza o que o grupo considera como diferenças “naturais” entre homens e mulheres, inevitáveis e desejáveis. Por isso, eles argumentam que as políticas públicas devem ser equitativas ao reconhecer o que eles vêem como as diferenças intrínsecas de necessidade dos dois sexos. No entanto, eles rejeitam qualquer ideia de igualdade de gênero (Doyal, 2000).

As participantes do segundo grupo podem ser chamadas de feministas radicais. Elas reconhecem a importância da igualdade de gênero, mas não acreditam que esta possa ser alcançada através da adoção da “equidade de gênero” como um objetivo político, uma vez que as políticas que integram gênero são muitas vezes usadas como um remendo tecnológico. Assim, para as radicais, a melhor estratégia é a de manter um único foco e buscar uma agenda baseada não tanto sobre a igualdade entre os sexos, mas sobre os direitos das mulheres (Doyal, 2000).

Por fim, estão as chamadas radicais de gênero. Estas mantêm a crença de que, apesar das dificuldades, a busca pela equidade de gênero na saúde ainda é um objetivo que vale a pena. No plano conceitual elas argumentam que a ênfase nas relações de

gênero carrega uma compreensão crítica das desigualdades em saúde entre homens e mulheres. Num nível mais prático a busca pela equidade de gênero como um objetivo político é visto como oportunidade para ação colaborativa entre diferentes grupos, incluindo homens e mulheres, com ampla campanha por igualdade e justiça social (Doyal, 2000).

Com esses diversos discursos, muitas vezes discordantes, permitiu-se que na CIPD houvesse o aparecimento de discussões relativas ao combate à violência sexual, bem como à saúde reprodutiva das mulheres, e estabeleceu-se a consolidação da temática da sexualidade para além do viés da lógica da reprodução, abrangendo também as dimensões de bem-estar e prazer dos indivíduos (Correa, 1999; Pitanghy, 1999; Correa, Alves e Januzzi, 2006).

Além disso, a CIPD representou uma nova forma de se fazer política ao incorporar representantes de ONGs e delegações de diversos países, ou seja, permitindo a participação popular de forma mais direta nas discussões e na construção de planos de ação e declarações oficiais dali resultantes. Dentre esses, estava a delegação brasileira, que desempenhou papel reconhecidamente importante para que questões de direitos em saúde; que já havíamos incorporado em propostas constitucionais, legislações e programas vigentes no Brasil; estivessem em pauta na ONU (Correa, 1999; Pitanghy, 1999).

A Conferência de Pequim, em 1995, também ofereceu oportunidade importante para que as mulheres se organizassem em redes e se articulassem em debates, elaborando documentos e compartilhando saberes e experiências com diferentes Estados. Foi um momento em que movimentos se articularam para que as políticas de combate à pobreza e outras políticas sociais tivessem as mulheres como um de seus alvos prioritários (Farah, 2004).

No Brasil, durante o processo preparatório para a Conferência de Pequim, estabeleceu-se a organização de diversos encontros, debates e documentos entre mulheres. Em parceria, grupos do movimento de mulheres, representantes de ONGs e o Itamaraty trabalharam na preparação do documento oficial brasileiro. Com mais de

80 integrantes, a delegação brasileira era a maior da América Latina e uma das maiores entre todos os países (Pitanghy, 1999).

A Conferência de Pequim não só reforçou conquistas anteriores, como avançou em relação à saúde reprodutiva. Sobre o abortamento, o Plano de Ação da conferência incorporou o parágrafo 8.25 da CIPD – que situa o aborto como questão de saúde pública e preconiza que os governos atendam às mulheres que solicitem a interrupção da gravidez nas circunstâncias previstas em lei e a todas as mulheres com consequências de abortamento. Avançou, ainda, ao solicitar aos Estados a rediscussão das punições sobre mulheres que se submetem ao aborto voluntário (Pitanghy, 1999).

Além disso, a Declaração de Pequim mostra indícios de percepção da necessidade de inclusão dos homens nas intervenções em saúde reprodutiva. A declaração indica no objetivo estratégico relativo ao fortalecimento dos programas de prevenção em saúde da mulher, a necessidade de estimular os homens a partilharem em condições de igualdade o cuidado dos filhos e o trabalho doméstico, bem como encorajar mulheres e homens a assumirem a responsabilidade de seu comportamento sexual com respeito à procriação.

Margareth Arilha, em seu estudo de doutorado, identificou essa inclusão dos homens no campo da sexualidade e saúde reprodutiva em oito das Conferências Mundiais sobre População e Mulher desde 1974. No documento final da Conferência Internacional de População de Bucareste, de 1974, por exemplo, já se reconhece que: “não se pode modificar a situação das mulheres sem promover mudanças na função do homem”; bem como deve-se “realizar investigações sobre os papéis sociais do homem e da mulher e investigação biomédica sobre a fecundidade masculina”, “promover medidas e políticas destinadas a melhorar e proteger a saúde do homem, da mulher e da criança”; “estimular a educação para a vida familiar e para a paternidade responsável” (Medrado e Lyra, 2012).

Arilha (1999), ainda, percebe que os textos da CIPD e da Conferência de Pequim estabeleceram como diretriz a busca pela maior participação masculina na promoção da saúde, o que pode ser observado, especialmente, nos capítulos 7 e 8 do relatório

final da conferência do Cairo, relacionados ao campo da saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. Esses pontos só chegaram ao relatório uma vez que o processo de discussão preliminar à Conferência trouxe a tona que a transformação nos indicadores de saúde das mulheres só poderia ser concretizada na medida em que a população masculina – jovem e adulta – também fosse incluída na discussão sobre modificações de padrões de comportamento, por exemplo, em relação à transmissão das doenças sexualmente transmissíveis – em especial a Aids – e ao uso de contraceptivos (Arihla, 1999).

Contudo, Arihla (2005) considera que o conceito de gênero e que o investimento e a reflexão sobre os homens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva presentes nos documentos da ONU, apenas ocorre de modo redutor e instrumental, isto é, é apenas visto como pai de família e em uma perspectiva estrita de apoiador para concorrer para o bem-estar feminino.

Assim, percebe-se que o processo de discussão sobre o direito à sexualidade, principalmente nas conferências das Nações Unidas de 1994 e 1995, e das primeiras políticas públicas de gênero governamentais que trataram do tema restringiram-se à consideração da condição das mulheres, excluindo do debate os demais atores que têm seus direitos humanos violados em função da sexualidade (como aqueles que não seguem um modelo heteronormativo ou os profissionais do sexo) e aqueles que participam do processo de violação e que também podem ter direitos violados (como homens homossexuais).

2.3. O Movimento Feminista e as Políticas Públicas Brasileiras: o espaço dos homens nessas políticas

Voltando ao contexto de atuação do movimento feminista brasileiro, este exerceu papel importante na garantia de direitos sociais e individuais das mulheres no país, além de ter contribuído no processo de redemocratização e de elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (Farah, 2004).

A Constituição de 1988 definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, apontando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A universalidade, nesse sentido, previa a igualdade na proposição de políticas que alcancem a totalidade dos cidadãos, mas não busca simplesmente garantir um estado de saúde igual para diferentes grupos sociais, e sim a igualdade de oportunidades de saúde.

Com essa perspectiva, a focalização de ações e políticas específicas foi um recurso que se mostrou necessário para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado (Vasconcelos e Pasche, 2006; Lionço, 2008; Barata, 2009).

Um ganho importante obtido em relação às igualdades de gênero com a nova Constituição foi em seu artigo 5º, que consagrou a igualdade de todos perante a lei. Segundo este, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Brasil, 1988, pág.02). E, explicitamente, no artigo 226, parágrafo 5º, reconheceu-se a igualdade entre homens e mulheres na família. Tais artigos incorporam em nossa legislação compromissos internacionalmente assumidos (Pitanghy, 1999).

Pode-se perceber que tais ganhos foram possíveis a partir de lutas, debates e acordos. O movimento de mulheres brasileiro trouxe para o cenário político temas ligados à violência de gênero e à saúde da mulher, reafirmando o direito ao controle do corpo e sobre a vida reprodutiva e sexual, e reivindicando ações do Estado coerentes com estes princípios. Com o avanço do processo de democratização; os atores favoráveis às ideias pró-direitos reprodutivos ganharam força e aqueles em concordância com o discurso religioso e de setores da oposição avessos a tais temáticas perderam espaço; propostas dos movimentos de mulheres foram incorporadas a plataformas de partidos e estabeleceram-se parcerias com alguns setores do Executivo (Correa, 1993; Pitanghy, 1999).

Particularmente relevante foi a articulação entre acadêmicos, movimento de mulheres, trabalhadores da saúde e o Ministério da Saúde (MS) que veio a resultar no Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Divulgado em 1983, este programa representou uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde. O programa também trouxe em seu discurso princípios gerais da luta pela democratização do País e respeito às liberdades individuais e civis. Além disso, o PAISM foi, também, influenciado pelos movimentos sanitaristas e de saúde pública, especialmente na adoção de uma perspectiva integral de saúde (Pitanghy, 1999; Correa, Alves e Januzzi, 2006).

No entanto, apesar de trazer uma perspectiva integral e compreensiva, e colocar o planejamento familiar na agenda da saúde, o texto final do PAISM não trouxe algumas questões polêmicas e relevantes para a mulher, como a violência contra a mulher ou o abortamento, bem como não conseguiu incorporar os homens em assuntos relacionados a reprodução (Pitanghy, 1999; Correa, Alves e Januzzi, 2006).

Entre 1983 e 1987, quando o PAISM foi finalmente regulamentado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cresceu a participação do movimento de mulheres no espaço público, e os vários conselhos da mulher incorporaram a saúde reprodutiva em seus programas de ação. Sua regulamentação transformou-se em um dos principais objetivos do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) – este criado em 1985 – e dos movimentos de mulheres, uma vez que diversas tentativas de se construir uma política voltada para as mulheres haviam sido malsucedidas. Dentre as ações desenvolvidas destacou-se a elaboração da “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, em 1987, redigida em reunião de mulheres no Congresso Nacional em 1986 e distribuída em todo o país (Correa, 1993; Pitanghy, 1999).

Neste documento, endossava-se como premissa básica o direito da mulher à atenção a sua saúde, independentemente de seu papel de mãe. Lutava-se pela reafirmação dos princípios de atenção integral em uma perspectiva ampliada da saúde da mulher. Além disso, enfatizava-se a oposição à coerção realizada por entidades

públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, ao imporem ou negarem o acesso aos meios de regulação da fecundidade. No texto, ainda, estão contidos princípios básicos que sustentariam a luta feminista na década de 90 e seriam levados e assegurados na CIPD em 1994: a afirmação de que as mulheres têm o direito de exercer autoridade sobre seus corpos, tomando decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva, e de que o Estado tem o dever de fornecer os meios para que esta autoridade seja realmente exercida (Correa, 1993; Pitanghy, 1999).

Em 1987, o CNDM e movimentos de mulheres de todo o país, organizaram, acompanhados do Ministério da Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde da Mulher. O encontro reafirmou os princípios da "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes" e as diretrizes do PAISM. Além disso, esteve em discussão a proposta de descriminalização do abortamento², uma questão de saúde pública que não foi incorporada ao PAISM; bem como o abuso das esterilizações, que já respondiam por percentuais muito elevados (48%) dentre os recursos contraceptivos utilizados pelas mulheres entre 15 e 49 anos de idade (Pitanghy, 1999).

Ainda em relação ao documento da Constituição de 1988, na área da saúde reprodutiva, chegou-se a dois destaques a partir da atuação do movimento de mulheres. Um diz respeito ao projeto organizacional de atendimento à saúde, o SUS, que viabilizou a implementação do PAISM de maneira descentralizada, atendendo às peculiaridades e necessidades locais. Outro está relacionado ao artigo 226, parágrafo 7, que situa o acesso ao planejamento familiar na esfera de direitos, assim como os deveres por parte do Estado (Pitanghy, 1999; Vianna e Lacerda, 2004).

O fornecimento do Planejamento Familiar pelo SUS está garantido por lei desde 1996 no Brasil. Apesar de a vasectomia e a distribuição de preservativos serem

2

Assim como na I Conferência Nacional de Saúde da Mulher, o abortamento também foi temática importante em discussões em âmbito estadual. Mulheres organizadas em grupos autônomos articularam-se com parlamentares e conselhos estaduais, apresentando projetos de regulamentação do atendimento ao aborto legal.

componentes contínuos do plano, a vasectomia por homens continua a ser muito menos realizada que a ligadura de trompas pelas mulheres. Dados nacionais do SUS mostram que entre 1996 e 2006, cerca de três vezes mais mulheres procuraram a ligadura de trompas frente a procura das vasectomias pelos homens no SUS (Nascimento et al, 2010).

Em relação à paternidade, a Constituição de 1988 prevê cinco dias de licença aos homens quando se tornam pais (incluindo a paternidade por adoção). Em 2016, foi decretada pela presidente Dilma Rousseff a ampliação para 20 dias da licença paternidade para funcionários de empresas privadas participantes do programa Empresa Cidadã e para servidores públicos federais.

Alguns defensores dos direitos das mulheres no Brasil questionaram se o aumento da licença paternidade de fato melhorará a vida das mulheres, citando dados nacionais que mostram que as mulheres gastam, em média, 21,8 horas por semana em tarefas domésticas (incluindo atividades de assistência à infância) em comparação com 9,1 horas para homens e que as mulheres com crianças menores de 14 anos que vivem com um homem gastam duas horas a mais por semana em média do que as famílias onde um homem não está presente (Nascimento et al, 2009).

Na década de 1990, o cenário pautado por demandas e negociações de direitos sociais sofreu uma inflexão e criou-se uma contradição entre os objetivos de melhoria das condições de vida da população brasileira – previstos na Constituição de 1988 – e a adoção de reformas políticas para ajuste econômico. Os anos 90 representaram um duro golpe no processo de formulação de políticas públicas voltadas à justiça social. Nesse contexto, as políticas neoliberais vigentes – representadas pelo esvaziamento das organizações coletivas e das demandas populares e busca de redução da responsabilidade do Estado quanto à oferta de serviços relacionados às políticas públicas sociais - visou a redução de despesas e a adequação dos sistemas sociais às orientações e necessidades prioritárias da economia (Pitanghy, 1999).

As mudanças na conjuntura política e econômica brasileira afetaram as políticas sociais, diminuindo as oportunidades de emprego e de geração de renda e

provocando um quadro repleto de contradições: de um lado, a conquista de direitos sociais com a promulgação da Constituição Federal de 1988; de outro, reorientações políticas que levaram à restrição dos espaços públicos e democráticos. Esse processo foi prejudicial ao conjunto da população, mas, mais particularmente, às mulheres que vinham obtendo algum espaço na agenda política, havendo retrocessos na formulação de políticas que tendiam a caminhar na direção da igualdade, pois este percurso pressupõe distribuir renda e poder entre grupos, ou seja, acolher as diferenças e abrir espaço para o diálogo e para a quebra de desigualdades de raça/etnia, classe, geração, orientação sexual etc. (Pitanghy, 1999; Vianna e Lacerda, 2004).

Nesse contexto, a sociedade civil dos anos de 1990 se caracterizou particularmente pela presença de ONGs, atuando profissionalmente no desenvolvimento de programas ligados às agendas dos movimentos sociais. Articulando-se cada vez mais em redes, regionais, nacionais e internacionais, tais organizações tiveram presença marcante no cenário internacional, em especial em questões ligadas ao meio ambiente, paz, saúde, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos. Nessa época, também, em articulação com os movimentos gay e lésbico, o movimento de mulheres incorporou outros temas, demandas e perspectivas de gênero para pensar os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como expressão de cidadania (Couto e Gomes, 2012).

A experiência de elaboração de políticas públicas com perspectiva de gênero em articulação com o movimento de mulheres acabou sendo afetada com a desestruturação do CNDM durante os governos de Fernando Collor e Itamar Franco, assim como durante os primeiros anos do mandato de Fernando Henrique Cardoso. E a atuação feminista brasileira foi sustentada, até 1995, na esfera governamental, basicamente pela atuação do Fórum de Conselhos Estaduais da Mulher, que agiu como instância principal de coordenação nacional (Pitanghy, 1999).

Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política, além retomar princípios do PAISM e reafirmar a saúde da mulher como prioridade, considera, dentre outros aspectos, as especificidades das mulheres negras, indígenas, lésbicas, profissionais do sexo, entre outras, apoiando-

se também na promoção da saúde como princípio norteador. Além disso, explicita a busca pela consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, reforça o combate à violência doméstica e sexual e a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (Couto e Gomes, 2012).

Nos últimos anos, trabalhou-se para dar efetividade a estas políticas públicas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos com a busca da articulação com programas e ações, como: a Estratégia Saúde da Família; a atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento; o combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Aids para as mulheres; e a assistência ao aborto permitido por lei no SUS (Ventura, 2006).

Entretanto, percebe-se que, na prática dos serviços, muitos dos princípios e diretrizes implantados ainda não foram totalmente inseridos e se manteve uma focalização na atenção obstétrica, o que acabou por dificultar a atuação em outras áreas estratégicas que considerassem a mulher em sua amplitude e que fossem capazes de incorporar transversalidades, como as de classe, geração, gênero e/ou raça e etnia (Ventura, 2006). Além disso, estando a atenção à saúde das mulheres inserida num sistema mais amplo, sua efetividade esteve diretamente ligada à eficiência do sistema como um todo.

Couto e Gomes (2012), ainda, consideram que o PAISM e a PNAISM, tiveram pouco impacto na inclusão dos homens, mesmo se considerado uma das áreas em que o homem já tem sido mais visado, o planejamento familiar. Para os autores, nas políticas de saúde, que ainda mantêm a ênfase nas mulheres como único público beneficiário, os homens não são vistos como sujeitos potenciais para um trabalho cujo objetivo é alcançar a equidade de gênero.

A perspectiva de gênero também esteve presente na história do combate à Aids no Brasil devido a sua significativa contribuição para ampliação do conhecimento sobre as relações entre os gêneros, sexualidade e saúde. Paralelamente ao processo desenvolvido por meio da CIPD, cresciam; sobretudo na Europa, Canadá e Estados Unidos; os núcleos de estudos sobre "masculinidades" e o movimento *gay*, indicando

a urgência de se produzir conhecimentos sobre a Aids, estímulo ao debate sobre a estigmatização dos homossexuais e exigência de respostas públicas. (Arihla, 1999; Ferraz e Kraiczik, 2010).

A partir disso, uma série de estudos sobre os significados subjetivos, culturais e sociais da vivência da sexualidade começaram a ser realizados, trazendo à tona a diversidade sexual existente na sociedade e fornecendo elementos para a construção de uma resposta mais abrangente e eficaz à epidemia de Aids.

A aplicação da noção de vulnerabilidade ao campo da Aids na década de 90 trouxe um importante embasamento teórico para a política de Aids do país. Originária dos direitos humanos, o conceito atribui aos fatores sociais, culturais e políticos, geradores de desigualdades e de exclusão social, a causa para a suscetibilidade à infecção pelo vírus, evidenciando, com isso, a limitação de abordagens preventivas baseadas exclusivamente na culpabilização e na responsabilização individual (Ferraz e Kraiczik, 2010).

No Brasil, o combate à Aids têm sido realizado a partir de um programa nacional reconhecido pela ONU como um dos mais avançados e eficazes a nível mundial. Inclui centros de testagem e de aconselhamento, distribuição gratuita de preservativos, terapia anti-retroviral financiada pelo Estado, apoio social a indivíduos que vivem com HIV e educação sexual na escola e na comunidade, campanhas específicas de mídia e campanhas comunitárias de forma contínua. Como resultado desses esforços e da sociedade civil, o uso de preservativos aumentou no Brasil nos últimos 20 anos, particularmente entre os homens jovens, embora a busca pela testagem do HIV pelos homens continue sendo baixa (apesar de os homens representarem a maioria dos homens HIV no país). As mulheres representam a maioria das pessoas que realizam o teste de HIV, principalmente como resultado de testes de rotina durante a gestação (Nascimento et al, 2010).

O crescimento do número de casos de mulheres infectadas, num processo que passou a ser denominado como "feminização da Aids", tornou evidente que a estigmatização relacionada às práticas sexuais ou estilos de vida, bem como as

desigualdades produzidas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros. Enfrentar a epidemia de Aids requeria, então, construir respostas a esse complexo conjunto de questões, além do campo da saúde. Uma política precisaria reconhecer e construir instrumentos para enfrentar as condições de vulnerabilidade que são vivenciadas no cotidiano, em função das desigualdades, inclusive as de gênero.

Neste sentido, a política de Aids depende de uma atuação multidisciplinar, como se evidenciou pelo lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (BRASIL, 2007). O Plano se define por uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de Aids e prevenção de IST entre as mulheres, trabalhando sobre o fenômeno da feminização da epidemia sob uma perspectiva de gênero. Para isso, considera outros fatores que podem contribuir para vulnerabilidades distintas entre os diversos segmentos da população feminina: racismo, pobreza, violência, estigma e discriminação e uso de drogas. No ano de 2009, o Plano de Enfrentamento da Feminização trouxe um conjunto de quatro agendas afirmativas referentes a segmentos específicos da população feminina: mulheres profissionais do sexo, mulheres transexuais, mulheres vivendo com Aids e mulheres lésbicas (Ferraz e Kraiczik, 2010).

Ademais, o debate sobre gênero nas políticas públicas de saúde tem buscado destacar a pluralidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que constituem a diversidade humana, para além da classificação dual dos sujeitos em homens e mulheres unicamente a partir de seu sexo biológico. Para Lionço (2009), a vivência da homossexualidade e da expressão de gênero em desacordo com o sexo biológico são marcadas pela violência, uma vez que vão contra os padrões heteronormativos no campo da sexualidade. Assim, em grande medida, os agravos à saúde dos segmentos LGBT são determinados socialmente, em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos estes grupos.

Em 2004, o Brasil instituiu o programa Brasil sem Homofobia destinado a combater a homofobia e promover os direitos dos cidadãos LGBT. O programa federal

incluiu educação escolar e baseada na comunidade para aumentar a conscientização sobre os direitos dos indivíduos LGBT, bem como uma linha direta para relatar violência relacionada à homofobia e discriminação baseada na identidade sexual. Entre 5 e 8 de junho de 2008, ocorreu a primeira conferência nacional LGBT (Nascimento et al, 2010).

Inserida no contexto da vigência do Programa Brasil sem Homofobia (Brasil, 2004b) e criado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2008. Trata-se de um marco importante no reconhecimento das necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia de Aids, reconhecendo a complexidade e a diversidade dos problemas de saúde que os afetam. A Política parte do reconhecimento da existência de efeitos negativos sobre a saúde da população LGBT nos processos de discriminação e de exclusão e, visando a sua superação, orienta-se para a promoção da equidade em saúde (Ferraz e Kraiczik, 2010).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais destaca que a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas como determinantes e condicionantes da situação de saúde na medida em que a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionados à diversidade sexual causam sofrimento e limitam o acesso da população LGBT aos cuidados de saúde. A Política se baseia, então, em ações transversais, com a inclusão da temática da atenção integral da população LGBT na formação permanente dos trabalhadores do SUS; a inclusão de quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); e a sensibilização dos profissionais de saúde acerca das especificidades desse grupo para a promoção de ações de prevenção de IST/Aids e promoção da saúde (Ferraz e Kraiczik, 2010).

Embora o Brasil tenha dado um forte impulso à promoção dos direitos da população LGBT e à redução da homofobia, este trabalho parece estar longe de se consolidar. Ainda são altas taxas de violência contra LGBTs. Além disso, a promoção

dos direitos LGBT não tem sido, em sua maioria, vinculada ao trabalho com homens heterossexuais e discussões sobre homens e masculinidades (Nascimento et al, 2010).

Em relação a violência contra as mulheres, em 2006, o Brasil aprovou a Lei Maria da Penha (lei nomeada em homenagem a uma mulher submetida a extrema violência por parte do marido), que estabelece a violência baseada no gênero como crime passível de prisão dos perpetradores. A lei, além de estabelecer normas para acusações contra os perpetradores, também incluiu o financiamento de campanhas nacionais - baseadas na comunidade e nos meios de comunicação de massa - algumas das quais têm como alvo homens e meninos. A lei também inclui uma provisão para apoiar (com fundos do Ministério da Justiça) centros para a realização de grupos de intervenção com o agressor. O sistema de tribunais especiais para lidar com a violência de gênero e os serviços voltados às vítimas, como os programas de abrigo para mulheres, ainda não estão estabelecidos e o sistema de justiça continua a ser problemático (Nascimento et al, 2010).

Dito isso, a lei busca representar um importante avanço na questão ao fazer com que os homens - tanto em termos de prevenção como recuperação de agressores – sejam implicados nas mudanças nas relações de gênero. No entanto, ainda não existem normas ou padrões reconhecidos a nível nacional em termos de programas de intervenção com os agressores, ainda sendo necessário investimento nas práticas (Nascimento et al, 2010).

Gomes et al. (2016) e Schraiber e Figueiredo (2011) destacam que apesar dos avanços observados nos últimos anos, ainda são necessários esforços para que, em uma perspectiva de gênero, os homens sejam considerados sujeitos nas políticas de saúde. Os autores ainda discutem a insuficiente abrangência oferecida pelos programas e estudos em saúde sexual e reprodutiva ao pouco identificar o homem como sujeito de necessidades específicas, em uma atenção integral, nesses campos.

Diante dessa discussão sobre o caminho trilhado com a entrada da categoria gênero nas políticas públicas de saúde, cabe se pensar na função do Estado em elaborar políticas que reconheçam a desigualdade de poder entre homens e mulheres e que,

diante disso, atuem em uma lógica que olhe para o impacto diferenciado das ações sobre homens e mulheres, além de outras transversalidades.

Por transversalidade de gênero nas políticas públicas podemos entender uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do Estado. Esta transversalidade garantiria uma ação integrada e sustentável entre a rede de serviços nas mais diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às comunidades (Bandeira, 2005).

Autores que utilizam uma perspectiva relacional de gênero consideram que levar em conta os dois polos da relação de gênero não deslegitima a necessidade de políticas favoráveis às mulheres, uma vez que, ao elaborar uma política que olhe também para as necessidades dos homens e que tenha uma maior ênfase sobre a dinâmica da masculinidade hegemônica, reconhece-se as contradições internas e as possibilidades de movimento em direção à democracia de gênero (Connell e Messerschmidt, 2005; Couto e Gomes, 2012), além do olhar sobre as desigualdades de raça e classe que atravessam as relações dos gêneros e das necessidades de muitos homens que seguem outro padrão de masculinidade que não a hegemônica.

Assim, considera-se que a simples exclusão de uma das partes envolvidas no processo e a atribuição de sentidos vitimizadores ou culpabilizantes às mulheres e/ou aos homens, respectivamente, têm-se mostrado ineficazes quanto ao cuidado em saúde nas políticas de gênero, necessitando olhar todo o processo de maneira relacional (Muszkat, 2011; Arilha, 1999).

2.4. Construindo uma Política de Saúde do Homem

Como argumenta Russel Parry Scott (2010), em nossa sociedade androcêntrica, as políticas públicas tendem a ser dirigidas para os homens e estes são os maiores beneficiados.

No entanto, mesmo diante dessa afirmação, pode-se reconhecer que em muitas esferas os homens também são excluídos e que modificações significativas nesses setores podem ser positivas para esses grupos e para outros com quem eles se relacionam. Ainda, a reivindicação por uma política específica para a população masculina se justifica pela necessidade de criação de relações de gênero mais igualitárias e por uma sociedade mais justa.

Martins e Malamut (2013) e Schraiber et al (2005) afirmam que os primeiros estudos sobre a relação homens e saúde teriam sido produzidos na década de 1970, porém em um modelo biomédico, epidemiológico e comportamental. Nos anos 80, a teoria e política feministas começaram a se consolidar e foram obtidos avanços teóricos e conceituais a partir da análise das masculinidades e do enfoque de gênero, que começaram a acessar domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos Estados Unidos. Nos anos 90, as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero foram incorporadas aos estudos sobre homens e saúde, articulando-se a outras categorias, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de se entender os processos de saúde e doença dos homens de modo ampliado.

Como já levantado neste texto, a CIPD - 1994 e a Conferência de Pequim – 1995 foram importantes para a inclusão dos homens em temas associados tradicionalmente ao 'feminino'. Paralelamente às conferências, movimentos de grupos de homens, como os núcleos de estudos sobre 'masculinidades' e o movimento *gay*, expandiram-se na Europa, Canadá e Estados Unidos, indicando a urgência de produzir conhecimento sobre o universo dos homens homossexuais, sobretudo diante da problemática da Aids.

Apesar dessa expansão iniciada já nos anos 70, uma atenção à saúde do homem apenas entrou como eixo de intervenção para o Estado brasileiro em 2007, ao ser instituída uma estratégia de saúde pelo governo, bem como a partir da criação da Área Técnica de Saúde do Homem, no Ministério da Saúde.

Uma das primeiras menções a essa estratégia foi o discurso de posse de José Gomes Temporão como Ministro da Saúde em março de 2007, durante o governo Lula.

Naquele ocasião, o novo ministro incluiu a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem como uma das 22 metas de sua gestão (Carrara et al., 2009; Martins e Malamut, 2013).

A inclusão da atenção à saúde do homem entre as metas de gestão do governo federal parece ter impulsionado o processo de discussão da temática da saúde e adoecimento dos homens. Ainda em 2007, durante a XIII Conferência Nacional de Saúde, foram aprovadas pelos delegados duas propostas referentes à criação de programas e políticas públicas de saúde voltados ao público masculino.

Uma das propostas visava criar políticas públicas que contemplem a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde. Ainda, propunha a participação do homem nas ações de planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina. Outra proposta sugeria a criação de um programa de saúde do homem nas três esferas de governo para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para detecção de câncer de próstata (exame PSA), prevenção de acidentes e tabagismo (Martins e Malamut, 2013).

Em 2008, um ano após a posse do Ministro Temporão e da primeira referência à nova política de saúde, foi instituída no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS), a Área Técnica de Saúde do Homem, sob coordenação do médico ginecologista e sexólogo, Ricardo Cavalcanti. Segundo Martins e Malamut (2013), Ricardo Cavalcanti contava com uma equipe técnica orientada por premissas biomédicas e comportamentais. Nesse momento, a equipe demonstrava valorizar os saberes da ciência urológica, o que levaria a uma maior inclinação à compreensão da saúde do homem como relacionada ao aparelho genital e urológico, distanciando-se dos princípios da integralidade e dos pressupostos da promoção da saúde.

Em análise da construção da PNAISH e da influência da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) sobre a política, Carrara et al (2009) discutem que desde o ano de 2004 a SBU se mobiliza pelo fortalecimento da saúde do homem. Em 2008, a SBU

passou a se articular com setores do governo, parlamentares, conselhos de saúde e outras sociedades médicas para que a política pública específica para a saúde masculina fosse implantada. Para os autores, havia interesses corporativos com a criação da política de saúde para os homens, uma vez que permitiria, por exemplo, a discussão e estabelecimento de aumento de honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de profissionais urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade.

No mês de julho de 2008, o Ministério da Saúde e a SBU assinaram um acordo de cooperação técnica com o objetivo de promover a assistência ao homem no SUS e reduzir as taxas de mortalidade masculina. Para isso, haveria o treinamento de médicos do sistema público de saúde para o diagnóstico de doenças urológicas e auxílio em campanhas para a prevenção dessas doenças e incentivo à busca dos serviços de saúde. Entre julho e setembro de 2008 foi realizada a primeira dessas campanhas promovidas pela SBU e pelo MS. Esta campanha, a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, teve como tema a prevenção da disfunção erétil. Carrara et al (2009) percebem que há na campanha o objetivo de transformar a disfunção erétil num problema de saúde pública e a redução da experiência da sexualidade apenas pelo viés da sexologia e da medicina sexual.

Carrara et al (2009) ainda apontam que essa forte presença da SBU na PNAISH com a discussão sobre as disfunções sexuais atuou como uma sombra sobre outras importantes questões de saúde, dentre as quais podemos citar a violência e a saúde mental, que, por fim, acabaram sendo menos exploradas no documento final da política.

Por outro lado, também são encontrados os discursos dos movimentos sociais voltados para políticas identitárias. Carrara et al (2009) assinalam a presença no documento de discursos paradoxais de defesa da transformação dos homens como sujeitos protagonistas de suas demandas. No movimento feminista, a luta pelo protagonismo feminista esteve associado ao trabalho de empoderamento. Os autores defendem que, no caso dos homens na PNAISH, o “protagonismo” envolve o contrário, isto é, que os homens assumam sua fragilidade e vulnerabilidade,

aprendendo a expor suas demandas. Assim, utiliza-se, assim, uma linguagem que já estava presente nos movimentos organizados para efeitos aparentemente opostos.

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde apresentou o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem" (PNAISH), sendo a política oficialmente lançada em 2009, após Consulta Pública, com a publicação de uma Portaria Ministerial. O documento-base foi construído a partir da realização de cinco seminários coordenados por Ricardo Cavalcanti que contaram com a participação de representantes dos conselhos nacionais de Secretários de Saúde (Conass), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sociedades científicas e associações médicas (urologia, cardiologia, psiquiatria, gastroenterologia e pneumologia). Também contou com reuniões com várias áreas do Ministério da Saúde e com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Carrara et al, 2009; Martins e Malamut, 2013).

Em agosto de 2008, em meio às atividades de lançamento da nova política e às festas de dia dos pais, durante o programa de rádio "Café com o Presidente", o Presidente Lula tratou da saúde do homem e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Em seu discurso, o presidente atribui ao homem sua má situação de saúde e, também, compara homens e mulheres, apontando a "cultura" como raiz do problema. Por terem comportamentos de risco, como, beberem mais, fumarem mais e serem mais sedentários que as mulheres, os homens teriam uma menor expectativa de vida. Segundo o Presidente, em larga medida dependeria deles a transformação desse quadro (Carrara et al, 2009).

O acompanhamento desse processo de construção da PNAISH permite a visualização da complexidade do processo de implantação da política, marcado pela defesa de diferentes perspectivas e interesses. Carrara et al (2009) defendem que a presença da linguagem típica dos chamados movimentos sociais, trazendo a inclusão do enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas; somada ao discurso médico especializado; produziu um discurso com inúmeras vozes que parecem levar a um mesmo objetivo final - a medicalização do corpo masculino.

Em seu documento-base a PNAISH explicita o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina à saúde, rompendo os obstáculos que impedem que os homens frequentem os serviços de saúde. Ademais, a PNAISH buscaria promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (Brasil, 2009a).

Ainda, Carrara et al (2009) consideram que para se acessar o corpo masculino e formular uma política pública como se ela fosse reivindicada pelos sujeitos por ela visados, a categoria “homem” é destrinchada em uma série de subcategorias - índios, negros, lgbs, portadores de deficiências, homens privados de liberdade, etc – formada por grupos historicamente marginalizados. Ao olhar o homem como um só, aparentemente, não se percebe um grupo vulnerável e a política não é justificada. Assim, a politização e a sensibilização dos homens têm por objetivo fazer com que eles percebam e aceitem a vulnerabilidade para que, a partir disso, seus corpos sejam normatizados.

Com uma argumentação semelhante, Fabiola Rohden (2012) reflete sobre o processo de medicalização da sexualidade masculina durante a passagem do século XXI, momento histórico em que ganha força a “nova farmacologia do sexo”.

Rohden (2012) concorda que o processo de incentivo ao cuidado da “função sexual” e à investigação da disfunção erétil e da andropausa ou Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) promoveram uma nova onda de medicalização da sexualidade masculina. Segundo a autora, ocorreu nos últimos anos a evolução de um campo de estudos e intervenções com ênfase no não envelhecimento e na potência sexual. Uma concepção que antes admitia e esperava o declínio da vida sexual no decorrer do tempo deu lugar a outra na qual se torna obrigatório o bom desempenho sexual até o limite da vida. Mais do que isso, prega-se que a atividade sexual é essencial para uma vida saudável e admite-se a capacidade erétil como expressão da virilidade durante todo o curso da vida masculina.

Nesse contexto, cria-se o *Viagra* (citrato de sildenafil), medicamento do laboratório Pfizer, e outras drogas destinadas a melhorar a performance sexual individual e utilizadas para facilitar e manter a ereção. Rohden (2012) argumenta que houve um processo de transformação da disfunção erétil em um problema de saúde que pode atingir qualquer homem em qualquer fase da vida para que, assim, pudesse ser vendida a droga capaz de resolver e prevenir essa questão. Além disso, também ocorre a promoção de uma ideia de masculinidade em crise, ilustrada sobretudo com a metáfora da ereção. Associando a ereção à virilidade e à identidade masculina em crise, o *Viagra* chega para combater essa falta de controle ou imprevisibilidade do corpo masculino, capaz de garantir a expectativa de uma performance sempre melhor.

Além da questão da medicalização do corpo, autores discutem a precaridade da discussão de gênero como relacional e transversal (em interação com raça/etnia, classe social, geração e etc) na PNAISH, necessitando, portanto, mais investimento teórico-político no campo das Ciências Sociais e da Saúde. Couto e Gomes (2012) consideram que seria com a articulação com outras políticas públicas, a partir de princípios e diretrizes orientados por gênero, que se produziria alterações nos construtos que (re)produzem desigualdades de saúde entre homens e mulheres.

2.4.1. Políticas de Atenção à Saúde dos homens em outros países

2.4.1.1. AUSTRÁLIA

A Austrália é uma federação formada por seis estados e dois territórios. O governo federal define as políticas gerais de saúde e financia os estados e os territórios, por sua vez estados e territórios são responsáveis pela prestação dos serviços de saúde (como hospitais e serviços comunitários de saúde) (Brown e Macdonald, 2009).

Nesse contexto, em 1999, foi anunciada a política nacional de saúde do homem, porém essa política nunca se estabeleceu. Ainda em 1999, Nova Gales do Sul se tornou o primeiro estado e território australiano a realizar uma política de saúde do homem, a “Moving Forward in Men’s Health”. A política de Nova Gales do Sul salientou a

importância da saúde dos homens como um tema e um compromisso com a melhora da saúde do homem, principalmente os homens mais vulneráveis da comunidade (Macdonald, 2006; Smith, 2007).

No entanto a “Moving Forward in Men’s Health” apenas se caracterizou por iniciativas isoladas. A política por si só não foi capaz de assegurar uma estrutura integrada e permanente para o planejamento e desenvolvimento dos projetos em saúde do homem no estado (Brown e Macdonald, 2009).

Na Austrália como um todo, o interesse acadêmico e político em saúde dos homens cresceu significativamente no início dos anos 2000. Declarações da Associação Médica Australiana e da Faculdade Real Australiana de Clínica Geral (*Royal Australian College of General Practice*) em favor da saúde do homem e a edição especial sobre a saúde do homem do Jornal Médico da Austrália (*Medical Journal of Australia*), em outubro de 2006, dão pistas desse interesse. Assim como o crescimento de diversas organizações, como o Andrologia Australiana (*Andrology Australia*), e de eventos com o enfoque na promoção da saúde masculina, como a *Movember*, mostraram a maior preocupação com essa temática. (*Australian Institute of Health and Welfare*, 2010; Smith, 2007).

Em 2003, o Fórum de Saúde dos Homens da Australásia (*Australasian Men’s Health Forum*) – grupo voltado aos indivíduos e às organizações que trabalham com homens e garotos com vulnerabilidades sociais e de saúde – foi realizado em parceria com a Convenção Nacional de Saúde do Homem Aborígine e nativo das ilhas do Estreito de Torres (*National Aboriginal and Torres Strait Islander Male Health Convention*). Objetivou-se com o fórum trazer para discussão a saúde dos aborígenes e de nativos das ilhas do Estreito de Torres, considerados os grupos em pior condição social na Austrália (Brown e Macdonald, 2009).

Ao longo dos anos, a colaboração entre Fórum e Convenção permitiu evidenciar a necessidade de assegurar uma visão mais holística da saúde dos homens indígenas, o que também poderia vir a beneficiar todos os homens australianos. Em outubro 2005, a falta de financiamento nacional para a realização da 4ª Convenção Nacional de Saúde

do Homem Aborígene e nativo das ilhas do Estreito de Torres (*4th National Aboriginal and Torres Strait Islander Male Health Convention*) levou à sua incorporação pela 6ª Conferência Nacional de Saúde do Homem (*6th National Men's Health Conference*), em Melbourne. Realizaram-se, assim, algumas sessões conjuntas, tratando da saúde do homem de maneira geral, e outras voltadas exclusivamente para a temática dos homens indígenas (Macdonald, Millan e Adams, 2006; Brown e Macdonald, 2009).

Esta fusão dos eventos levou a uma ainda maior empatia e compreensão das semelhanças e diferenças na saúde de homens indígenas e não-indígenas e à ampliação da perspectiva da Conferência Nacional de Saúde do Homem, não restrita às dimensões clínicas, mas voltadas a outras dimensões cruciais, como as dimensões políticas, psicossociais, culturais, dentre outras. Além disso, a necessidade de uma política nacional de saúde dos homens foi mencionada no discurso de abertura da conferência, proferido pelo Dr. Mukesh Haikerwal, Presidente da Associação Médica Australiana, cuja presença indicou a crescente aceitação pela a profissão médica da necessidade de considerar as questões de saúde específicas dos homens (Macdonald, Millan e Adams, 2006; Brown e Macdonald, 2009).

Durante a semana Internacional de Saúde do Homem, em 2008, o ministro Nacional de Saúde, Nicola Roxon, anunciou que o Governo Australiano iria desenvolver uma política de saúde do homem. A discussão que se seguiu ao anúncio indicava um discurso voltado aos determinantes sociais de saúde, à necessidade de se entender o contexto de vida dos homens para que se melhore sua situação de saúde, assim como de tornar os serviços mais aproximados do homem (Brown e Macdonald, 2009).

Como promoção do processo de construção e implantação da Política Nacional de Saúde do Homem (*National Men's Health Policy*) foram realizadas consultas em toda a Austrália, com ao menos duas tendo sido feitas em cada estado e território, incluindo uma Conferência em Saúde do Homem em Camberra em 18 de março de 2009 (Brown e Macdonald, 2009).

Em maio de 2010, a Política Nacional de Saúde do Homem Australiana foi lançada. Pesquisadores desempenharam um papel importante no aconselhamento, desenvolvimento e implementação da política, defendendo a inclusão dos Determinantes Sociais da Saúde como uma estrutura para conceitualizar a política e o planejamento de serviços. Fatores como o gradiente social, estresse, emprego e apoio social deveriam ser levados em conta pelos serviços de saúde quando os homens estão presentes.

No entanto, estudiosos também reconhecem que, apesar do compromisso com os determinantes sociais de saúde de homens e garotos, prioridades do governo em relação à redução do fumo, ao abuso de álcool e ao risco de obesidade demonstram o crescimento da ênfase em uma perspectiva comportamentalista; correndo o risco de que os homens sejam alvo de campanhas sem que haja uma tentativa de se entender os fatores sociais e econômicos associados a esses comportamentos (Brown e Macdonald, 2009).

2.4.1.2. CANADÁ

A saúde dos homens é um campo de pesquisa em expansão no Canadá, abordada principalmente em âmbito municipal ou regional.

Nos anos 90, o Canadá passou por um período de reestruturação dos serviços sociais estatais, marcado por debates em torno de questões de gênero. Em 1995, o "Plano Federal para a Igualdade de Gênero" foi concebido como um meio de promover a igualdade de gênero no contexto canadense. Em 1999, os Institutos de Pesquisa em Saúde do Canadá (*Health Canada* e *Canadian Institutes for Health Research* - CIHR) - lançaram a Estratégia de Saúde das Mulheres (*Women's Health Strategy*), que buscou integrar a Análise Baseada em Gênero (GBA) em todos os departamentos da Saúde do Canadá, e o estabelecimento de uma "Rede de Saúde da Mulher" formada por cinco Centros de Excelência para a Saúde da Mulher. Isso faz parte de um compromisso mais amplo de integração de perspectivas de gênero e implementação de análises de gênero

em todos os departamentos e agências federais, descrevendo formalmente os efeitos de gênero e do sexo sobre a saúde (Oliffe et al, 2010; Robertson et al, 2009).

Inicialmente, esses planos foram desenvolvidos para aumentar a inclusão na pesquisa de questões de saúde das mulheres. Contudo, à medida que avançaram os esforços de investigação com base no gênero, tem-se prestado mais atenção às consequências para a saúde dos papéis de gênero masculinos entre os homens (Robertson et al, 2009).

Na década de 1990, surgiram interesses específicos em torno da prevenção do suicídio, violência doméstica e abuso de drogas e álcool e entre 1999-2001, uma campanha de prevenção do suicídio, focada nos homens. Apesar deste interesse pela saúde masculina em províncias, com exceção da equipe de pesquisa recém-financiada "*Masculinités & Société*", não existe um grupo específico de saúde masculina ou um programa de saúde masculina, e a maioria das recomendações do relatório de Rondeau e outros não foram promulgadas (Robertson et al, 2009).

Assim, no Canadá, como em outros lugares, as abordagens à saúde masculina se desenvolveram como um complemento de iniciativas de gênero mais amplas que originalmente tinham a saúde das mulheres como foco principal, ou de forma fragmentada, onde indivíduos entusiastas na prática e as políticas orientaram a questão.

O foco nas diferenças biológicas entre homens e mulheres tem-se manifestado com maior frequência, como os cânceres específicos do sexo dos sistemas reprodutivos (isto é, cervical, próstata, mama, testicular). Houve, inclusive, pressão para aumentar as taxas de rastreio para o câncer de próstata, apesar do debate científico sobre a eficácia desse rastreio. (Robertson et al, 2009).

O Canadá tem uma longa história de liderança no âmbito da saúde pública e em pesquisa de promoção de saúde, política e prática. Por isso, é ainda mais surpreendente que a questão específica da promoção da saúde dos homens esteja quase silenciosa neste contexto nacional. Os padrões de mortalidade e morbidade masculinas são semelhantes aos de outros países desenvolvidos com características socioeconômicas comparáveis que não permaneceram em silêncio sobre esta questão (Robertson, 2009).

Apesar do compromisso com uma abordagem baseada em gênero, parece haver apenas pequenas experiências para assegurar a prestação de serviços de saúde dos homens sensíveis ao gênero. É possível que tal abordagem política seja restringida na implementação dentro de estruturas políticas neoliberais. (Robertson et al, 2009; Robertson et al, 2009b).

2.4.1.3. CHILE

Embora o Chile não tenha políticas que possam ser consideradas como voltadas explicitamente para homens e para as masculinidades, possui algumas ações que dizem respeito a crianças, famílias e igualdade de gênero; todas focadas na proteção dos direitos das crianças e das mulheres.

Apesar do conservadorismo da sociedade chilena, os direitos das mulheres e dos movimentos LGBT conseguiram alguns avanços importantes, embora graduais. As mulheres entraram massivamente no mercado de trabalho nos últimos 15-20 anos no Chile, mas as políticas existentes continuam a promover e presumir um modelo familiar tradicional de homens trabalhadores e donas de casa cuidadoras. Atualmente, não há políticas que promovam o envolvimento dos homens no trabalho doméstico e no cuidado, ou promovam uma corresponsabilidade de papéis.

Também deve ser observado que as mulheres são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico não remunerado (71%) e são aquelas que mais tiram licenças pagas para cuidar de crianças doentes. Dado que poucos trabalhadores chilenos são sindicalizados, os trabalhadores homens geralmente se sentem inseguros em tentar solicitar tempo livre e não avançaram na obtenção de tais direitos (Aguayo e Sadler, 2010; Aguayo e Sadler, 2011).

Historicamente, as leis civis do Chile têm sido conservadoras e não permitiram o divórcio até 2005. Leis adicionais em 2005 criaram tribunais de família e tornaram mais fácil para as mulheres obter direitos dos filhos em caso de divórcio. Apenas em 2013 foi promulgada lei (Lei 20.680) que permite cuidado compartilhado de filhos após a separação dos pais (Aguayo e Sadler, 2010; Aguayo e Sadler, 2011; BCN, 2013).

Os homens são a esmagadora maioria dos agressores na violência doméstica, 80% dos homicídios contra mulheres são cometidos por parceiros íntimos masculinos. Apesar da existência de programas destinados a aumentar a conscientização, penalizar os perpetradores e prestar apoio aos sobreviventes de violência, tais serviços são inadequados. Apesar da disponibilidade de fundos públicos para a criação dos primeiros serviços - psicoterapia de grupo - para agressores do sexo masculino, estas iniciativas ainda são sutis e não estão disponíveis a nível nacional (Aguayo e Sadler, 2010; Aguayo e Sadler, 2011).

Em relação à saúde masculina, os homens enfrentam inúmeras barreiras ao acesso aos serviços de saúde mental dentro do sistema de saúde pública chileno. Os homens são significativamente menos propensos a procurar tratamento para a depressão, e enquanto a taxa de suicídios dobrou entre 1990 e 2004 para a população como um todo, ela continua a ser seis vezes maior para os homens do que para as mulheres. Uma importante questão de saúde mental entre os homens do Chile é o abuso de álcool, bem como os homens chilenos são muito mais propensos a consumir drogas do que as mulheres (Aguayo e Sadler, 2010).

Os homens chilenos ainda apresentam outros sofrimentos psicológicos pouco reconhecidos, como aquele provindo da homofobia sofrida por homens e meninos gays. As normas sociais conservadoras do Chile, como as atitudes homofóbicas e heteronormativas persistentes, muitas vezes resultam em exclusão e marginalização institucional e violência contra homossexuais (Aguayo e Sadler, 2010).

Em relação à saúde reprodutiva, devido à demanda dos homens e das famílias e aos movimentos de saúde pública, um número crescente de mulheres grávidas que procuram serviços do sistema público de saúde chileno agora são acompanhadas por seus parceiros masculinos. Por exemplo, em 2001, 20,5% das mulheres eram acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o parto. Quase dez anos depois cerca de 80% das mulheres relataram estar acompanhadas por um parceiro durante o parto (quase sempre o pai da criança) (Aguayo, Correa e Kimelman, 2012).

Em setembro de 2009, uma lei institucionalizou o Sistema de Proteção Social da Infância "O Chile Cresce com Você" ("*Chile Crece Contigo*"), criado durante o

governo da Presidente Bachelet, programa que visa apoiar o desenvolvimento integral das crianças, buscando criar uma rede integrada de serviços, dirigidos a otimizar o ambiente de desenvolvimento desde a gestação até os 5 anos de idade, e garantindo um aumento da participação dos pais na assistência à infância, gravidez e parto (Aguayo, Correa e Kimelman, 2012).

“O Chile Cresce com Você” produziu uma variedade de materiais educacionais para gestantes, mas também com mensagens dirigidas aos pais. Esses materiais têm buscado incluir um enfoque sobre gênero e masculinidades e sobre diversos tipos de famílias e de educação de crianças, incluindo, por exemplo, famílias de adolescentes e indígenas (mapuches e aymaras) (Aguayo e Sadler, 2010; Aguayo e Sadler, 2011).

Uma lei de 2005 aumentou a licença de paternidade de dois a cinco dias, a ser tomada dentro do primeiro mês após o nascimento. As mulheres no Chile têm direito a 12 semanas de licença pós-parto (mais seis semanas antes do nascimento). Outro avanço político relacionado aos papéis dos homens como pais é uma lei de 2008 que estende o direito à creche pública para pais que trabalham e que têm custódia de crianças com idade igual ou inferior a 2 anos (Aguayo e Sadler, 2010; Aguayo e Sadler, 2011).

Em estudo sobre participação paterna na prestação de serviços de saúde, como consultas de regulação de fertilidade, pré-natal, cuidados de saúde dos filhos, oficinas para pais, visitas domiciliares e hospitalização; afirma-se que enquanto os dados nacionais do sistema público de saúde mostram que cerca de 80% dos pais estão presentes no nascimento de seus filhos / as, a participação dos pais no controle da gravidez e nas consultas de seus filhos / as durante o primeiro ano é de cerca de 16% (Aguayo, Correa e Kimelman, 2012).

Os homens chilenos continuam a mostrar um nível muito baixo de envolvimento no uso de preservativos, prevenção de gravidez e prevenção do HIV e de outras ISTs. Em 2007, os homens constituíam menos de 1% dos que recebiam métodos contraceptivos através do sistema público de saúde e em 2006 a taxa de vasectomias para as esterilizações femininas foi de 1: 250,39 (Aguayo E Sadler, 2010).

2.4.1.4. IRLANDA

Em 2001, o governo irlandês se comprometeu com a publicação de uma estratégia de saúde do homem e afirmou pela primeira vez que uma seção específica sobre a saúde do homem seria criada (Hearn et al. 2002). No entanto, a publicação da política apenas ocorreu em Janeiro de 2009, permitindo que o homem fosse identificado pela primeira vez em uma estratégia de saúde em nível nacional, como grupo específico para planejamento estratégico de saúde (Richardson e Carroll, 2009b).

O Serviço Executivo de Saúde (*Health Service Executive - HSE*) criou duas iniciativas de pesquisa em saúde do homem que possibilitaram o desenvolvimento da política. Além disso, também houve iniciativas na internet, como a Rede de Desenvolvimento do Homem (*Men's Development Network*), que apoia homens afetados pela marginalização por meio de iniciativas comunitárias, e o Projeto de Saúde dos Homens Homossexuais (*Gay Men's Health Project*) em Dublin, que ofereceu inúmeros serviços clínicos, serviços de rua e aconselhamento para homens homossexuais e bissexuais (Richardson e Carroll, 2009b).

Em 2002, como um primeiro passo importante para o desenvolvimento da saúde do homem em um nível político na Irlanda a Unidade de Promoção da Saúde encomendou relatório de pesquisa com a missão de descobrir o papel de gênero e masculinidade sobre a saúde dos homens irlandeses; documentar seus conhecimentos, crenças e atitudes em relação à saúde e à doença; comportamentos de saúde e comportamentos de risco e identificar as barreiras que os homens irlandeses percebem no acesso aos serviços de saúde. A Unidade também iniciou um processo de consulta e estabeleceu um comitê nacional para supervisionar o desenvolvimento da política de saúde dos homens e plano de ação (Richardson e Smith, 2011; Richardson, 2004).

Seguindo a publicação de um projeto de pesquisa comissionada e voltada especificamente para a saúde do homem na primeira Conferência Nacional e Saúde dos Homens (*National Conference on Men's Health*), um grupo especializado em

saúde dos homens, o Grupo de Direção em Saúde dos Homens (*Men's Health Steering Group*) foi imbuído de desenvolver uma política nacional com representantes de diversos departamentos estatais, comunitário e voluntário, de advocacy e setores acadêmicos. Sob a direção desse grupo de trabalho, que realizou consultas extensivas em âmbito nacional, formou-se uma política com diversas recomendações e um plano de ação específico. A política e o plano de ação foram baseados em evidências e integrados às políticas governamentais existentes (Richardson, 2004; Richardson e Carroll, 2009).

A disseminação da política iniciou via uma variedade de mídias no momento do lançamento. Seguidas pesquisas de grupo e oficinas foram planejadas com departamentos governamentais e as principais partes interessadas. Houve também a formação contínua dos prestadores de serviços de saúde, agentes comunitários e acadêmicos na área de saúde dos homens. O Grupo de Implementação nomeado para supervisionar a implementação e avaliação da política, também foi responsável pelo acompanhamento e avaliação da política e por alinhar a implementação de políticas com os resultados das investigações em curso. O Departamento de Saúde e da Infância na Irlanda foi encarregado por coordenar a implementação da política a nível interdepartamental (Richardson e Carroll, 2009).

Entre os desafios encontrados para a implementação da política esteve o clima econômico enfrentado pelo país, com redução da despesa pública ocorrida em todos os departamentos do governo. Houve, assim, também o desafio de fazer com que a questão da saúde dos homens fosse olhada como uma questão de produtividade: a promoção de uma força de trabalho masculina saudável como uma força de trabalho mais produtiva (Richardson e Carroll, 2009).

Richardson e Carroll (2009) ainda argumentam que um dos principais desafios da política de saúde do homem irlandesa está em inverter o paradigma de que a procura por serviços de saúde é sinônimo de fraqueza nos homens, sendo a boa manutenção da saúde como parte integrante do ser homem.

2.4.1.5. MÉXICO

A crise econômica do final dos anos 1970 trouxe investimentos do Estado mexicano na modernização, globalização, desenvolvimento, produtividade, eficiência e na abertura da economia. Na arena política, as expectativas centraram-se no estabelecimento da democracia, descentralização do poder político e maior participação cidadã. A possibilidade de que os partidos políticos opositores pudessem ganhar energizou o processo político e aumentou a participação política (Figueroa e Franzoni, 2010).

Neste contexto, a sociedade civil também ganhou maior expressão e voz nos debates políticos. Um desses meios de participação popular foram as ONGs que trabalham para promover os direitos das mulheres; dos LGBTs; grupos ambientais; e outros grupos de direitos dos cidadãos. Paralelamente, um número crescente de ONGs trabalhando em homens e masculinidades também surgiram no México e se organizaram sob o nome de “Cúmplices pela Equidade” (*“Cómplices por la Equidad”*) (Figueroa e Franzoni, 2010).

O programa nacional de Aids do México dedicou atenção considerável à prevenção na escola, promovendo testes de HIV e realizando estudos epidemiológicos. Com o argumento de que homens que fazem sexo com homens (HSH) são uma das populações mais afetadas pelo HIV no México, a política nacional de Aids do México tem sido focada principalmente neste grupo específico de homens (Secretaria de Salud, 2007; Figueroa e Franzoni, 2010).

Segundo o documento, o Programa Nacional de Saúde do México 2007-2012 propõe incluir a equidade de gênero em relação à saúde da mulher, prevendo incluir a perspectiva de gênero desde o ensino básico e de forma não estereotipada, implementar processos de certificação com uma perspectiva de gênero na Secretaria de Saúde e elaborar programas de saúde com a participação dos homens (Secretaria de Salud, 2007; Figueroa e Franzoni, 2010).

Desde 1999, por meio do Programa Nacional contra a Violência Familiar e da Lei Geral sobre o Direito das Mulheres à Vida Livre de Violência (*Ley General de*

Acceso de las Mujeres a un Vida Libre de Violencia), as organizações de direitos da mulher têm atuado ativamente na promoção e consecução de uma política abrangente no México sobre a violência familiar e o trabalho com homens que perpetram violência de gênero (Contreras, 2008; Figueroa e Franzoni, 2010).

A legislação em vigor estabelece responsabilidades específicas para os governos federal, estadual e municipal para tratar assuntos como a assistência e proteção às vítimas, como acesso a abrigos administrados pelo Estado. No entanto, embora a lei e as políticas de acompanhamento tenham levado à criação de serviços públicos estaduais e financiados pelo Estado para mulheres sobreviventes da violência de gênero e algumas atividades de prevenção fundamentais, o programa ainda não é abrangente. Não existe uma compreensão generalizada e institucional da necessidade de envolver os homens em atividades abrangentes de prevenção da violência de gênero e a necessidade de ações integradas que incluem serviços e atenção aos perpetradores do sexo masculino (Figueroa e Franzoni, 2010).

Apesar de muitos críticos considerarem o desenvolvimento da lei Geral sobre o Direito das Mulheres à Vida Livre de Violência algo positivo, percebem que ainda há desafios e falhas em sua implementação. O presidente do Instituto Nacional das Mulheres, Rocio Garcia Gaytan, considerou a lei um passo importante, mas também indicou que ainda há muito trabalho a fazer para sua consolidação. Para Garcia Gaytan, ainda se requer vontade política por parte dos governos estaduais para levar a cabo as reformas necessárias. Além disso, embora a lei dependa em grandes recursos para implementá-lo, o financiamento do governo para a implementação ainda está pendente (Anistia Internacional, 2009).

A partir da década de 1980, os serviços de saúde pública do México reconheceram que os homens apresentam riscos e necessidades específicas de saúde, e uma análise destas necessidades de saúde específicas é agora uma parte da formação médica no país (Figueroa e Franzoni, 2010).

Além disso, o sistema de saúde mexicano tem realizado há muito tempo análises de necessidades de saúde com base na idade e sexo, e os dados nacionais no México afirmaram tendências observadas em outros países: maiores taxas de doenças

cardiovasculares entre os homens; taxas mais elevadas de morbidades devido ao uso de álcool, lesões e acidentes; menor expectativa de vida que mulheres; e taxas elevadas de câncer de pulmão e próstata. Várias análises da saúde masculina no México também confirmaram a busca limitada de serviços de saúde pelos homens e a falta de uma cultura de autocuidado entre os homens (Secretaria de Salud, 2007; Figueroa e Franzoni, 2010).

Entre a população masculina indígena do México, a principal causa de morte é a cirrose hepática, associada ao consumo excessivo de álcool, seguida das doenças cardiovasculares. O risco de morrer por cirrose hepática nas áreas indígenas é 1,3 vezes maior do que no resto do país. O mesmo acontece com a tuberculose. O risco de morrer desta doença é de 2,3 vezes maior entre os homens indígenas que no resto da população (Secretaria de Salud, 2007).

Reconhecendo estas realidades, o sistema de saúde pública tem concebido campanhas educativas com mensagens específicas para os homens. As mensagens exortam os homens a cuidarem de si mesmos porque suas famílias e sociedade dependem deles como "bons trabalhadores". Em outras palavras, os homens são instados a cuidar de si mesmos para que possam continuar a cumprir seu papel tradicional de provedor.

Desde 2001, a Constituição mexicana proíbe todas as formas de discriminação. Além disso, a discriminação baseada na orientação sexual está incluída na lei federal sobre a eliminação da discriminação. Na Cidade do México (Distrito Federal), uma lei municipal de 2006 prevê a união civil entre casais do mesmo sexo; o estado de Coahuila, no norte do México, aprovou uma lei semelhante. Dito isto, a Constituição Federal ainda não inclui uma referência específica para garantir a igualdade de direitos baseada na orientação sexual (Figueroa e Franzoni, 2010).

À medida que o "gênero" se tornou mais central nas discussões políticas no México, tem havido alguma atenção para assegurar que os currículos educacionais para a escola primária e secundária sejam livres de estereótipos de gênero e que os professores sejam preparados para discutir gênero. Esta questão de política tem recebido alguma atenção, mas incluir a igualdade de gênero e gênero como um tema

abrangente em todos os currículos das escolas públicas no México exigirá um foco mais explícito (Figueroa e Franzoni, 2010).

Revistas especializadas, grupos de pesquisa e rede nacional de ONGs (mencionadas acima) estão ativas nos debates sobre homens e masculinidades e mapearam mudanças nos comportamentos dos homens. Em suma, as discussões sobre homens e masculinidades estão ocorrendo em diversos espaços, e os homens estão se tornando mais visíveis nas políticas de gênero (Figueroa e Franzoni, 2010).

Como destacado acima, apenas Brasil, Irlanda e Austrália têm políticas públicas de saúde apoiadas na perspectiva de gênero e com foco nos homens. Como Couto e Gomes (2012) apontam, essas políticas de atenção aos homens podem contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do campo da saúde masculina (e, relacionalmente, da saúde das mulheres). Entretanto, ainda existem importantes desafios para a efetiva implementação destas políticas.

Apesar dos esforços internacionais na busca pela garantia dos direitos sociais e individuais e dos avanços nos estudos e nas políticas públicas com enfoque em gênero, a partir das experiências dos diversos países citados acima, nota-se que há poucas experiências concretas que considerem as perspectivas relacional de gênero e de direitos, e que identifiquem o homem como sujeito de necessidades específicas no campo da saúde ou que aliem saúde da mulher e saúde dos homens/masculinidades. Em alguns países ainda são necessários debates e investimentos para implantação e implementação de políticas adequadas, que visem a prevenção e promoção da saúde dirigidas a mulheres e homens com base nas necessidades e realidades específicas dos gêneros.

3. OBJETIVOS

Neste estudo, sob uma perspectiva de gênero, visa-se mapear repertórios presentes ao se abordar e problematizar a sexualidade e a reprodução de homens na política de saúde do homem brasileira, política esta guiadora de ações de saúde na busca por promoção de ações de saúde voltadas a população masculina. Assim, realizando uma reflexão sobre como estas temáticas têm sido problematizadas no contexto da saúde brasileira. Além disso, especificamente, busco também:

- Analisar os percursos históricos e políticos: o processo de construção e institucionalização da política e seus contextos – época, locais e sujeitos em ação envolvidos.

- Mapear os enunciados relacionados às representações sobre masculinidades, sexualidade e reprodução na política de saúde do homem e documentos relacionados.

- Compreender as concepções de gênero estabelecidas e seus usos nos documentos ao tratarem de sexualidade e reprodução.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os aportes teóricos utilizados para realização dessa reflexão crítica, situada no campo da Saúde Coletiva, contemplam um amplo e dinâmico entendimento do processo saúde-doença-cuidado, bem como uma aproximação conceitual com os Estudos de Gênero e com o pensamento foucaultino. Este estudo documental se volta para um exame das práticas sociais e culturais que atuam no condicionamento das formações identitárias dos sujeitos - relações de gênero e construção de papéis masculinos na sociedade brasileira – bem como na emergência dos saberes em relação à sexualidade e reprodução em articulação com mecanismos e tecnologias de poder, em especial acerca dos dispositivos da medicalização.

Assim, a articulação desses pressupostos, explorados neste capítulo, fornecem as ferramentas para a análise da compreensão sobre sexualidade e reprodução de homens na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009a) e em documentos relacionados a esta.

4.1 O sujeito e a sexualidade na obra de Foucault

Muito se difunde o mito de que Foucault nega a existência do sujeito. No entanto, em leitura atenta de sua obra - como em *A História da Loucura* (2009) e *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas* (2000) - percebe-se que para o filósofo a questão da subjetividade é amplamente discutida. Foucault não nega, mas desconstrói noções de sujeito ideais e enraizadas, como a noção do sujeito racional cartesiano e o sujeito existencial fenomenológico. Saberes e modos de exercício de poder, tão refletidos por Foucault, configuram a subjetivação, formas de ser do sujeito que são históricas, multifacetadas e transformáveis.

Sua analítica do poder revela que as formas de subjetivação, de constituição das subjetividades, são tributárias de formas específicas de relações de poder que, paulatinamente, vão se tornando dominantes nas sociedades, e que têm no governo de si e dos outros seu nascimento.

Em *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas* (2000), Foucault discute a não existência do homem até os Séculos XVII e XVIII, uma vez que naquele momento há uma ruptura na história da sociedade ocidental que transforma o homem em objeto de saber. O que Foucault (2000) mostra neste estudo comparativo é que na Idade Clássica, embora houvesse exploração de objetos diversificados, os discursos desse período apresentavam uma regularidade quanto às regras de formação, à definição dos temas específicos do campo de investigação, da formação de conceitos e de teorias. Assim, distintos modos de objetivação transformaram os seres humanos em sujeitos: sujeitos falantes, sujeitos econômicos e produtores, sujeitos biológicos, e etc.

Em *Vigiar e punir: nascimento da Prisão* (2014) o autor expôs o sujeito em relação a outros seres humanos e, inclusive, dividido no interior dele mesmo. Os homens aparecem novamente como objeto, porém divididos em loucos e sãos, em criminosos e “homens de bem”. Finalmente, nos últimos anos de sua vida, o autor dirigiu suas investigações para a transformação do homem como “sujeito de uma ‘sexualidade’” (Foucault, 1999b).

O termo ‘subjetividade’, segundo o autor, refere-se ao modo pelo qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade no qual está em relação consigo mesmo e o externo, ou seja, o modo – as práticas, as técnicas, os exercícios num determinado campo institucional e social – pelo qual ele se observa e se reconhece como em um lugar de saber e de produção de verdade.

Foucault (1999b) ainda defende que o Estado ocidental moderno estruturou uma combinação complexa de técnicas de individualização e procedimentos totalizantes. Ou seja, em nossos dias prevaleceria um tipo de poder que atinge prioritariamente o cotidiano imediato das pessoas, que se ocupa de saber o que pensam os indivíduos, explorando a intimidade, produzindo verdades nas quais todos devem se reconhecer e pelas quais são reconhecidos.

Em suas investigações, como em *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*, Foucault (2014) apontou para a ideia de que o poder existe em ato e de ambos os lados, ou seja:

do lado de quem é compreendido como autor do poder e do lado daquele sobre o qual o poder é compreendido como exercido. Em ambos os lados há agentes, e há sempre espaço para respostas, reações, efeitos. E a tendência da sociedade ocidental, tem sido aperfeiçoar, negar, burlar, sofisticar os meios de exercício do poder, criando-se dispositivos cada vez mais complexos.

Em *O nascimento da clínica* (1977), mostra-se como, no início do século XIX, a medicina clássica dera lugar à medicina clínica. Anteriormente, o objetivo era eliminar a doença e proporcionar saúde, o que foi substituído pelo objetivo de trazer o corpo à sua normalidade. O corpo doente passou então a ser o foco da ciência e do pensamento médico: o corpo do doente é falado, organizado e classificado em tipologias nosológicas que não existiriam em essência. O conhecimento médico se dá pela associação do olhar à linguagem, onde o concreto é verbalizado. Desse modo, pela análise arqueológica foucaultiana, constrói-se uma figura dessa linguagem médica, vista em perfeita articulação com seu objeto, o corpo doente percebido pelo olhar daquele que o analisa. Assim, Foucault delineia as transformações do poder que ocorreram com as modificações do conhecimento.

Mais adiante, em *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas* (2000), Foucault estudou os saberes a partir dos quais se constituíram as chamadas Ciências Humanas, e mostra-nos como o homem é determinado pelo que se sabe dele e como só assim poderá ser conhecido. E, nesse momento,

“No fundamento de todas as positivities empíricas e do que se pode indicar como limitações concretas à existência do homem, descobre-se uma finitude — que em certo sentido é a mesma: ela é marcada pela espacialidade do corpo, pela abertura do desejo e pelo tempo da linguagem; e, contudo, ela é radicalmente outra: nela o limite não se manifesta como determinação imposta ao homem do exterior (por ter uma natureza ou uma história), mas como finitude fundamental que só repousa sobre seu próprio fato e se abre para a positividade de todo limite concreto” (Foucault, 2000, pg. 337).”

O aprofundamento do grande problema de como o homem se fez objeto de saber deu-se, em *Vigiar e punir. Nascimento da prisão* (2014), pela centralização em

um novo foco de investigação: o poder. Foucault (2014) quis fazer uma “história política dos corpos”, através da história das prisões. A prisão moderna, do dispositivo panóptico, seria, segundo o autor, o modelo por excelência da sociedade disciplinar, da qual somos herdeiros, e na qual se instaura uma nova economia do poder, bem mais eficaz e muito menos dispendiosa.

Em *Vigiar e punir. Nascimento da prisão* (2014), Foucault descreve a emergência histórica da sociedade dita “disciplinar”, que visa o controle pormenorizado dos corpos, que devem se fazer dóceis e úteis. O poder disciplinar (uma técnica de poder que se aplica sobre o corpo do indivíduo, uma tecnologia política do corpo humano) nunca havia sido tão importante e valorizado quanto no momento em que se tentou gerir a população. Explicita-se a constituição da “alma” moderna, como o homem é em si mesmo o efeito de uma sujeição bem mais profunda que ele e como a existência humana é uma peça no domínio exercido pelo poder sobre o corpo.

Segundo Foucault (1999b), durante o Século XVIII, quando os governos, na sociedade ocidental, passaram a preocupar-se com regulação da “população” e do “corpo” dos indivíduos, o político transformou-se no biopolítico; as tecnologias disciplinares passaram a ser aceitas. Diante das profundas mudanças econômicas do Século XVIII, e defrontada com o problema da “acumulação de homens”, a sociedade ocidental imaginou um novo tipo de poder. Como afirmou Foucault, era preciso que o poder estivesse diluído e se fizesse cada vez mais sutilmente, chegando até os próprios indivíduos, seus corpos, seus gestos, em cada atividade cotidiana.

A tese foucaultiana é a de que a sociedade ocidental incorporou uma velha técnica de poder, chamado por ele de “poder pastoral”, de caráter religioso e exercido nas antigas instituições judaico-cristãs. No entanto, a nova técnica consiste em criar e incentivar uma série de procedimentos importantes à “boa vida” individual. Segundo essa forma de poder, há que se ter uma preocupação constante com cada indivíduo durante toda a sua trajetória de vida; é necessário conhecer os segredos mais íntimos de cada um e a habilidade de pastorear cada ovelha do rebanho. Em suma, há que se produzir e reafirmar, permanentemente, uma verdade: a verdade do próprio indivíduo (Foucault, 1982).

O preso de *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (2014) é objeto de produção de saberes, na medida em que seu corpo se oferece e, ao mesmo tempo, resiste à normalização. Ou seja, o encarcerado incorpora literalmente uma “arte de punir e de ser punido”. Ele aprende a docilidade de um corpo que se reconhece como vigia de si mesmo, e se esmera em tornar-se apto, produtivo, capaz, disposto a um aprisionamento jamais percebido como tal.

A disciplina da vigilância, em *Vigiar e punir: nascimento da Prisão* (2014) é caracterizada, em primeiro lugar, por um contínuo treinamento, voltado para a minúcia, a valorização das “pequenas coisas”, num rígido controle dos tempos e espaços. Vigiar consiste em distribuir os corpos nos espaços, delimitar fronteiras, o que corresponde a uma distribuição não apenas dos corpos, mas igualmente dos saberes e dos valores. Além disso, disciplinar, implica agir sobre o espaço e o tempo: garantir que os corpos estejam regularmente bem aplicados, funcionais, jamais ociosos.

Essas análises de textos clássicos, bem como de comentários a respeito dos discursos sobre a formação de si, especialmente os produzidos pela literatura cristã medieval, permitiu que Foucault observasse a permanência de certas temáticas, como a do sexo. Em *História da Sexualidade I: A vontade de saber*, primeiro volume da História da sexualidade, Foucault (1999b) descreve o desenvolvimento do chamado biopoder (técnica de poder que se aplica globalmente sobre os corpos da população; uma biopolítica da espécie humana), um poder essencialmente normalizador, que se integra à tecnologia política do corpo e tem como alvo a população. O autor, desse modo, procura trazer a ocorrência, na sociedade, da produção dos discursos sobre o sexo no campo das relações de poder.

A partir do debruçar-se sobre as práticas que historicamente organizam nossa cultura, nossa sociedade da disciplina e da confissão, Foucault analisou o uso da produção de saberes como efeitos de poder. A ideia principal a respeito das relações entre poder, verdade e formas de produção do sujeito expostas por Foucault trouxeram a compreensão de que os efeitos globais das nossas práticas (discursivas ou não-

discursivas), desde aquelas cotidianas até aquelas mais complexas, caracterizadoras de um determinado campo social mais amplo, não são efeitos imediatamente percebidos.

Segundo Foucault (1999), práticas da cultura, adquiridas pelo Cristianismo e depois aperfeiçoadas pelo chamado biopoder, produziram a objetivação e a subjetivação do indivíduo moderno, definindo o que é e o que deve ser a realidade, onde e como sujeitos e objetos devem ser normalizados. Essa normalização em nome do “bem-estar” do indivíduo e das populações, complexifica-se no tempo e espaço, de tal forma que a norma vai sendo percebida pelas pessoas como natural, verdade e necessidade.

Em quase todas as formulações sobre discurso, Foucault (apud Brandão, 1997) refere-se a este como um conjunto de enunciados compostos por elementos que remetem à mesma formação discursiva, ou seja, um conjunto de regras veladas, históricas, sempre determinadas em uma época específica e num espaço, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, pertencentes à mesma estrutura de origem e que concretiza materialidades ideológicas. Revelam-se, assim, as disputas de interesse e a luta pelo poder presentes em toda formação discursiva. Nesse sentido, a formação discursiva estabelece o que pode e deve ser dito a partir de uma posição e conjuntura dadas.

Sobre essa “fiscalização” do dito, Foucault (1999) diz que a produção de todo discurso é controlada, selecionada, organizada e propagada por meio de certos procedimentos, como os da exclusão. O princípio da interdição, como procedimento de exclusão, é visto como um recurso que restringe a enunciação, ou seja, estabelecem-se tabus para o discurso, uma vez que nem tudo pode ser dito por qualquer pessoa, em qualquer lugar ou situação.

Em consequência das disputas por espaço, o sujeito da enunciação é definido pelo lugar de onde fala, pelo espaço de representação social que ocupa no desempenhar de seus vários papéis, revelando, portanto, a sua posição ideológica. O sujeito da enunciação exerce vários papéis nesse processo em diversos espaços discursivos. O

sentido das palavras se dá nos espaços da formação discursiva onde são produzidas (Brandão, 1997).

Em *A Ordem do Discurso*, Foucault (1999) afirma que a política e a sexualidade são os dois principais tabus presentes na sociedade daquele momento e que seria no discurso que os poderes delas mais seriam exercidos. Para o autor, os discursos são marcados pela busca de desejo e de poder e pela força do controle daquilo que enunciam.

Foucault (1999b) nos mostra como se produziram, ao longo do Século XIX, quatro “figuras” sexualizadas: a mulher histérica, a criança masturbadora, o casal “malthusiano” e o adulto perverso. Descrevendo-as em relação às redes de poder e saber que as constituíram, Foucault descreve como se produziu a sexualidade, que ele identifica como um dispositivo histórico de controle das populações. O “dispositivo da sexualidade” é definido como um aparato discursivo e não-discursivo, em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e poder.

Assim, a grande questão trazida é o da colocação do sexo em discurso pela incitação política, econômica e técnica. O sexo passa a ser tratado como fato político, e é regulado por toda uma discursividade, muito mais do que pela proibição, o que é defendido pela hipótese repressiva. É preciso controlar as taxas de natalidade e, para isso, desenvolve-se um interesse por dominar tudo o que envolva o ato reprodutivo: o casamento, as relações sexuais, as interdições e as perversões sexuais. Desse modo, há que vigiar o encontro do indivíduo com o seu sexo, desde o nascimento- a criança em seu berço, leito ou quarto, sala de aula por toda uma série de parentes, babás, serviçais, pedagogos e médicos, todos atentos às mínimas manifestações de seu sexo, constituiu, sobretudo a partir do século XVIII, outro "foco local" de poder-saber (Foucault, 1999b).

Instituições buscaram aperfeiçoar seu controle sobre o corpo: a medicina procurou minuciosamente em suas pesquisas descobrir as causas de possíveis

degenerescências; e o discurso jurídico ampliou as formas de fazer os indivíduos falarem de si e deixarem o registro de sua confissão de perversidade. Em nome de uma urgência biológica e histórica, justificaram-se, oficialmente, a incorporação de todos os tipos de racismo; os deturpados deviam ser de alguma forma controlados, mas antes deveriam confessar seus desvios. A grande potencializadora da discursividade sobre o sexo, a técnica da confissão, permitiu, assim, que a sexualidade fosse sendo decifrada não só como verdade do indivíduo e de seus prazeres, mas principalmente como um lugar por excelência do patológico e do oculto (Foucault, 1999b).

Nos textos foucaultianos, são descritos um conjunto de regras, conselhos, direcionamentos, aos quais o cidadão devia recorrer para guiar sua prática cotidiana – “práticas de si”. A prática de si é considerada uma questão de ordem moral, prescritiva, a qual o indivíduo se sujeita para constituir-se dentro das normas sociais. Apesar de os códigos morais serem explicitamente formulados, sua transmissão acontece de forma difusa, por meio de um jogo complexo de elementos sobre o qual o sujeito age sobre si, em uma relação de aprendizado e reflexão interior – realiza autoexame, transformação de si, autocontrole, aperfeiçoamento constante. Na maioria dos textos investigados, Foucault encontrou recomendações, como o se desviar do prazer, manter-se monogâmico e praticar a abstinência para quem deseja ter acesso à verdade de si mesmo. Ou seja, Foucault defende a existência de uma correlação entre sexo e saber, sexo e verdade (Foucault, 1999b).

Butler (2013) compreende que, para Foucault, não há sexo do qual uma lei que vem de fora se ocupa; atendendo o sexo, monitorando o sexo, a lei o constrói, produzindo-o como o que pede para ser monitorado e é inerentemente regulável. Há um desenvolvimento normativo para o sexo, leis que são inerentes para o sexo, e o estudo que se ocupa desse desenvolvimento legislado se porta como se apenas descobrisse no sexo as próprias leis que ele mesmo instalou. Nesse sentido, a regulação do sexo, não encontra nenhum sexo externo à sua própria regulação; a regulação produz o objeto que vem a regular; a regulação controlou antecipadamente aquilo que ela vê apenas como objeto da regulação. Para exercer e elaborar seu próprio poder, um

regime regulador vai gerar o próprio objeto que ele procura controlar. É um poder produtivo, formando o próprio objeto que será adequado para o controle.

O que o autor quer dizer com isso, para Butler (2013), é que regulação e produção do sexo ocorrem ao mesmo tempo, não há um intervalo temporal, uma vez que a regulação é sempre geradora, produzindo o objeto que ela alega apenas descobrir ou encontrar no campo social em que opera. Por isso, para Foucault, o sexo não poderia se dissociar do poder; pois a formação do sexo é uma atuação do próprio poder, não apenas como constrição ou repressão, mas como princípio formador de sua inteligibilidade.

Para Foucault, o dispositivo da sexualidade instaura a ideia/a categoria do sexo; como essência, unidade em um conjunto de funções biológicas e causa primária da sexualidade. A sexualidade é aqui vista como uma rede de prazeres e trocas corporais discursivamente construída e regulada através de proibições e sanções que dão forma e direção ao prazer e à sensação. A sexualidade não emerge de corpos como causa anterior; a sexualidade toma corpo, como seu objeto e instrumento, o lugar em que ela consolida, enreda e estende seu poder. Como um regime legislador e regulador, a sexualidade opera primeiramente investindo corpos com a categoria do sexo, isto é, construindo corpos como os suportes de um princípio de identidade. Assim, a partir de demandas discursivas, os corpos se tornam produzidos de acordo com princípios de coerência e integridade heterossexualizante como machos ou fêmeas, nunca nenhum dos dois ou os dois ao mesmo tempo (Butler, 2013).

Sob o regime do sexo, desse modo, todo prazer se torna sintomático do “sexo”, e o próprio “sexo” funciona como base biológica da causa do prazer, bem como determina seu direcionamento. Como uma imposição fictícia de uniformidade, o sexo é uma unidade artificial que exerce um enorme poder e marca o humano a partir da categoria sexo. Ou seja, para se qualificar como legitimamente humano, deve-se ser coerentemente sexuado (Butler, 2013).

O “uso dos prazeres”, segundo a moral dos homens na Grécia Antiga; em relação ao corpo, com a esposa, com os outros homens livres e com a verdade; mais do que

regular condutas, estabelecendo o permitido e o proibido, tem o objetivo maior de preparar a vida e o próprio homem como a um objeto de arte, principalmente referindo-se à arte política de governar a si mesmo, para assim poder governar os outros. Encontramos ainda hoje muitas das desigualdades e coerções nas relações sexuais descritas no texto; no entanto, como argumenta Foucault (1998), devemos nos atentar para a forma como a ética sexual foi problematizada entre os gregos da época clássica: mesmo que efetivamente fosse defendida a submissão e a inferioridade do escravo e da mulher, por exemplo, ela se referia substancialmente à relação de um homem livre com sua própria liberdade, com as formas de seu poder e com os modos de acessar à verdade.

Já quando se refere à “relação consigo”, diz-se basicamente a uma ação do poder sobre si mesmo, exercida através das “práticas de si”: o permanente trabalho sobre si presente durante toda a vida do indivíduo. Os gregos, segundo Foucault, tendo inventado a relação de poder entre homens livres, iguais, inventam a relação de poder para consigo mesmos. Assim, voltando a força em direção ao “eu”, eles inventam a “subjetivação”, com regras de algum modo facultativas (relação a si) exercidas sobre si mesmo. Os gregos inventam um modo de existência estético (Foucault, 1998).

A História da Sexualidade 3: O cuidado de si (2005) busca mostrar como os gregos e romanos antigos produziram e viveram em uma ética identificada pelo autor como “ética da austeridade”. Analisando textos que apresentavam as relações do homem com seu corpo, das formas de vínculo entre homens e mulheres, e dos homens entre si; o autor identificou o desenvolvimento daquilo que se poderia chamar uma “cultura de si”, na qual foram aprimoradas, intensificadas e valorizadas as relações de si para consigo. As formas de estreitar as relações consigo, segundo as quais o homem buscava fazer de si um objeto de conhecimento e campo de ação, para transformar-se, corrigir-se, purificar-se e promover a própria salvação, revestiam-se pela prática de um autoexame dos atos diários, de um aprofundamento dentro de si mesmo; relação de poder sobre si mesmo que não se separa da relação de poder sobre os outros.

Confessar-se ao outro, examinar-se e sacrificar-se serão as técnicas por excelência da ética cristã. Surge o homem culpado, o sujeito que falha, erra e precisa

confessar o pecado, arrepender-se de seu erro, redimir-se, aliviar-se, disciplinar-se e um dia salvar-se nos braços do Senhor. Essa moral cristã foi incorporada ao “inconsciente ocidental”, aos discursos científicos e às práticas cotidianas de nossos dias (Foucault, 2005).

Os estudos de Foucault mostram a permanente visibilidade oferecida à sexualidade, referindo-se ao corpo, aos órgãos sexuais, aos prazeres, às relações entre os indivíduos. O autor demonstra, portanto, o conjunto encadeado de táticas – articuladas segundo determinadas estratégias de poder – de incitar os corpos, de nomear os prazeres, de produzir conhecimento a respeito da privacidade dos sujeitos e de sofisticar os esquemas de vigilância e normatização sobre os desejos; por meio de diversas técnicas de poder, centralizadas no corpo.

Os vários discursos que circulam socialmente, como os da sexualidade e reprodução presentes na política analisada, instituem-se ou procuram instituir-se, ao se estabelecerem como “verdades”: certo/errado, normal/anormal, bom/mau. Dessa maneira, seguem atravessando e constituindo nossa subjetividade (Foucault, 1999).

No entanto, apesar da existência de discursos que funcionam como regimes de verdade na constituição de subjetividades em determinada época e lugar, discursos estão sempre em disputa, transformando a subjetividade. Ou seja, apesar de os saberes e os poderes de todos os tempos procurarem dominar os processos de subjetivação, esses processos são burlados, na medida em que há resistência às “leis sociais”.

É importante retomar que Foucault se mostra contrário a resignação às formas de assujeitamento, sendo contra a “submissão da subjetividade”. Para Foucault (2006) o que define o poder é um modo de ação que não é necessariamente exercido diretamente e indiretamente sobre as pessoas, mas sim sobre um ou mais sujeitos agentes na medida que podem atuar e atuam, isto é, são ações sobre ações. O outro é reconhecido como sujeito de ação. Desse modo, Foucault (2006) inclui um importante elemento, a liberdade. O poder, diz ele, só se exerce sobre sujeitos livres, que, individual e coletivamente, tem frente a ele um campo de possibilidades onde várias condutas, reações e modos de comportamentos podem ocorrer.

Tal definição de relação de poder se diferencia da relação de violência, para Foucault (2006) uma relação de violência age sobre um corpo, sobre coisas: ela força, minimiza resistências, quebra, desconstrói, destrói; ela fecha todas as possibilidades de reação e frente a ela só é possível a inatividade. Ou seja, Foucault (2006) não defende a ideia de que o poder é um sistema de dominação que controla tudo e não deixa espaço para a liberdade. Ao afirmar que não há sociedade sem relações de poder, Foucault não diz, de modo pessimista, que o poder é uma fatalidade incontornável.

A tarefa política inerente a toda existência social consistiria na análise, elaboração e crítica incessante das relações de poder e do “agonismo” entre relações de poder e a intransitividade da liberdade, bem como o questionamento de todos os fenômenos de dominação. Assim, cabe a constante reflexão sobre nossos modos atuação, reação sobre o mundo.

4.2. Sexo, sexualidade e gênero como construções sociais

Questões relacionadas ao sexo, apesar de estarem presentes nos mais diversos ambientes sociais, estão cercadas de divergências conceituais. Na cultura ocidental, essas questões estão atreladas a diferentes formas de se compreender e lidar com o sexo no decorrer da história. Na literatura acadêmica, diferentes definições e as implicações dessas são fontes de embates teóricos e políticos (Rohden, 2000).

Laqueur (2001) afirma que textos pré-iluministas sugerem uma compreensão do sexo, ou do corpo, como epifenômeno, enquanto o gênero, como uma categoria cultural, primária, “real”. A divisão de gênero homem/mulher era importante para a manutenção de posição social, papel cultural, homem/mulher não se refere a ser organicamente um ou outro de dois sexos incomensuráveis. Em outras palavras, o sexo antes do século XVII era compreendido como categoria sociológica, não ontológica.

Durante milhares de anos, os corpos eram – predominantemente – compreendidos a partir de homologia sexual, apontando para a existência de um único sexo, as mulheres tinham a mesma genitália que os homens, só que dentro do corpo. (Laqueur, 2001; Rohden, 2000). Ou seja, o corpo feminino era a expressão imperfeita

do corpo masculino, sendo as fronteiras entre eles de grau e não de espécie. Assim, havia, pelo menos, dois gêneros correspondentes a apenas um sexo.

Galeno, que no século II d. C. desenvolveu um modelo de identidade estrutural, mas espacial dos órgãos reprodutivos, demonstrava que mulheres eram essencialmente homens, nos quais uma falta de calor vital resultara na retenção interna dos órgãos que no homem são visíveis na parte externa. Galeno compreendeu a vagina como um pênis invertido, os lábios como prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos (Laqueur, 2001).

Por volta do final do século XVIII e início do século XIX, registrou-se uma vasta produção científica, constituída principalmente por teorias biológicas, voltada para as evidências das diferenças sexuais que determinavam o ser homem e o ser mulher. Seguindo esse modelo biomédico, centrado nos órgãos reprodutivos, a Medicina se estabeleceu como principal responsável pelo pensamento, definindo o que é saudável ou patológico, normal ou anormal; e expandindo sua intervenção sobre as experiências e os comportamentos humanos. Ou seja, para os médicos e naturalistas, não só os sexos eram diferentes, como homens e mulheres eram distintos em seus aspectos físicos e morais. (Laqueur, 2001; Rohden, 2000; Pinheiro e Couto, 2008).

Assim, o antigo modelo no qual homens e mulheres eram classificados conforme seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo cujo máximo seria o homem, deu lugar a um modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma anatomia e fisiologia capaz de identificar os aspectos essenciais dos sexos, quem servem para distingui-los e ser o que são; que substitui a metafísica de hierarquia na representação da mulher em relação ao homem (Laqueur, 2001).

Nesse contexto surgiu a ginecologia que propunha legitimar que as diferenças estavam contidas nos órgãos genitais e, também, na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos. Os médicos dessa especialidade defendiam uma suposta inferioridade física, psicológica e intelectual da mulher em relação ao homem como uma realidade inscrita no próprio corpo. As mulheres eram consideradas mais frágeis fisicamente, moralmente e intelectualmente; e, conseqüentemente, mais vulneráveis. Os homens,

apesar de também serem dotados de funções instintivas e emocionais, eram compreendidos como mais controlados (Rohden, 2000).

O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres nos anos 70. Em parte, no intuito de avaliar e combater os argumentos do determinismo biológico, antropólogas feministas dessa época salientaram a importância da distinção entre sexo biológico e gênero. O movimento levou à academia a crítica às explicações que sustentavam assimetrias sociais por características biológicas e introduziu neste âmbito a investigação de temas que eram considerados menores pelo paradigma científico vigente, como aqueles vinculados ao cotidiano, à família, à sexualidade e ao trabalho doméstico (Meyer, 2004).

Por meio da crítica das pensadoras feministas, evidenciou-se que não são diferenças anatomofisiológicas ou desvantagens socioeconômicas isoladamente que definem as desigualdades entre homens e mulheres. São formas de representação entre os dois polos que vão constituir o que é definido e vivido como masculinidade e feminilidade, em uma dada cultura e em um dado momento histórico (Meyer, 2004).

Com essa perspectiva, deixa-se de considerar que há esferas separadas para homens e mulheres, “papéis sexuais”, para conceber que o gênero institui e atravessa o social e a cultura em que estamos inseridos, por meio de seu caráter relacional. Modelos diferentes e até contraditórios de ‘ser homem’ ou ‘ser mulher’ coexistem e se renovam mediante as transformações sociais. Frente a isso, constitui-se a pluralidade da construção social e histórica do sexo expressa pela articulação com outras dimensões, tais como classe, raça/etnia, geração, religião (Meyer, 2004; Pinheiro, 2010).

Como defende Gomes (2008), as compreensões sobre o corpo e o sexo enquanto produções discursivas só se tornam inteligíveis a partir da compreensão dos contextos culturais em que se encontram. Utilizar tal afirmação como uma premissa significa, antes de tudo, romper com uma visão reducionista ou biologizante acerca do tema.

Segundo Joan Scott (1990), gênero refere-se à construção de atitudes, expectativas e comportamentos determinados socialmente como valores do indivíduo.

Aprendemos a ser homens e mulheres pela ação do nosso meio: família, escola, amigos, instituições religiosas, trabalho, meios de comunicação etc. Assim, gênero pode ser entendido como elemento constitutivo de relações sociais e baseado nas diferenças percebidas entre os sexos; portanto, uma forma primeira de significar as relações de poder.

Os estudos de gênero buscam entender os usos e efeitos de práticas sociais e auxiliar na compreensão de sentidos que variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e o tempo; como nossas noções de gênero são “construídas” e “desconstruídas” (Scott, 1990).

A divisão social entre masculino / feminino diz respeito fundamentalmente aos diferentes papéis, direitos e responsabilidades de grupos. Embora a formulação exata destas definições varie entre sociedades, há também um grau surpreendente de consistência em relação àqueles que são definidos como femininos – que têm a responsabilidade doméstica – e masculinos – que têm geralmente sido mais estreitamente identificados como pertencentes ao mundo público, através do trabalho assalariado e os direitos e deveres de cidadania.

Na maioria das sociedades não são apenas diferenças, mas também as desigualdades são inerentes à definição social da feminilidade e masculinidade. Aquilo que é definido como masculino geralmente é mais valorizado do que aquilo que é visto como feminino. Assim, homens e mulheres são recompensados de acordo com seus papéis. Não surpreendentemente estas desigualdades têm um efeito significativo sobre a saúde de homens e mulheres, embora até agora seja principalmente o impacto sobre as mulheres que tenha sido explorado em pesquisas.

Henrietta Moore (1997) em seu texto *Compreendendo Sexo e Gênero*, busca discutir a complexidade dos conceitos “sexo” e “gênero”. Segundo a autora, alguns estudos iniciais de gênero, embora reconhecessem as construções de gênero como não determinadas por fatores biológicos, demonstravam supor que as categorias e os sentidos de gênero são sistemas culturais destinados a compreender e gerir diferenças sexuais binárias, de base biológica, ou seja, existe uma suposição implícita de que as

diferenças sexuais biológicas binárias são subjacentes às categorias de gênero e às relações de gênero, mesmo que não as determinem. Assim, defende-se que a análise antropológica estaria tendo como pressuposto uma dicotomia que, na verdade, deveria estar procurando se libertar.

Moore (1997) ainda apresenta alguns estudiosos e trabalhos para argumentar sobre dependência das Ciências Sociais em relação a um modelo de gênero que enfatiza a existência de uma natureza fixa e binária da diferença sexual. A autora considera que as Ciências Sociais, a menos que os cientistas sociais estejam preparados para levar em conta a relação entre sexo biológico e gênero, não farão progressos em compreender as múltiplas formas nas quais a cultura interage com a biologia para produzir o mais distintivo dos artefatos humanos: o corpo humano, assim como a Biologia não progredirá se não abandonar suas idéias antiquadas sobre determinismo biológico.

Para Moore (1997), devemos nos questionar se tem sentido insistir na separação de sexo e gênero, quando o sexo também é socialmente construído. Em outras palavras, para a autora a noção de sexo, de que existe uma propriedade biológica ou um conjunto de processos biológicos que independe de qualquer matriz social, não se sustenta uma vez que é o próprio produto do discurso biomédico da cultura ocidental.

Compreendendo o sistema de sexo/gênero como conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir da diferença sexual anátomo-fisiológica e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, afetos e à reprodução da espécie humana; pode-se concordar com Welzer-Lang (2001) quando defende que as relações homens/mulheres e homens/homens parecem ser produto de paradigmas naturalistas socialmente construídos.

O autor discute a existência de uma pseudonatureza superior dos homens; assim como uma normalidade da sexualidade baseada nas relações sexuais entre homens e mulheres. As outras sexualidades, homossexualidades, bissexualidades, sexualidades transexuais, por exemplo, são excluídas/negadas/segregadas (Welzer-Lang, 2001).

Além disso, muitas feministas também incorporaram a teoria formulada por Foucault como produtiva para as discussões e pesquisas em torno das tecnologias disciplinares de subjugação do sujeito, no caso a mulher, desenvolvidas e multiplicadas indefinidamente desde o início deste século e mais intensamente nas últimas décadas. O conceito foucaultiano de poder, discutido acima, mostrou-se fundamental para as investigações feministas, por privilegiar as constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas em campos sociais de força, já que os espaços de poder da mulher se inscrevem muito mais no plano micro que no plano macropolítico.

Judith Butler (2013), ao fazer uma interpretação feminista da obra de Michel Foucault, assinala que este autor defende ter havido um rompimento histórico no desenrolar do século XVIII entre um regime sociopolítico em que o sexo existia como um atributo, atividade humana, e um regime mais recente em que o sexo se firmou como identidade. Assim, deixamos de “ter” o sexo e passamos a “ser” o nosso sexo, ou seja, caracterizou-se o sexo não apenas por suas funções biológicas e anatômicas e atividades sexuais, mas também como uma espécie de núcleo psíquico e identitário.

Em meados do século XVIII, com o abrandamento das mortes por fome e epidemias, o poder; que antes visava o impedimento da morte; voltou-se para a produção, manutenção e regulação da vida. Nesse percurso que a categoria sexo se estabeleceu marcada pelo heterossexual e destinada à reprodução disciplinar da vida.

O poder do início da Europa moderna foi caracterizado por Foucault como jurídico, operando defensivamente: impondo limites, restrições e proibições para evitar a ameaça da violência e morte. Uma vez atenuada a ameaça da morte essas leis jurídicas se voltam para produzir objetos que garantam o aumento de regimes regularizadores científicos. Assim, a categoria sexo é construída como um “objeto” de estudo e controle, que ajuda no embasamento de regimes de poder produtivos.

Esse controle e produção discutidos não ocorrem em um intervalo temporal, eles ocorrem ao mesmo tempo, pois a regulação é sempre geradora; não apenas uma constrição ou repressão externa, mas princípio formador de sua inteligibilidade.

“Portanto, a categoria sexo é precisamente o que o poder produz a fim de ter um objeto de controle” (Butler, 2013, pg. 97)

Judith Butler foi uma das filósofas que trouxeram o movimento feminista à academia e utilizou a teoria foucaultiana para trabalhar a desnaturalização do pensamento sobre gênero. Em *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade* (2015), Butler discute que o movimento feminista ao trabalhar gênero como uma reprodução da norma identitária, um “heterossexismo latente”, não muda a norma. Criar a identidade feminina no movimento feminista, teria sido necessário politicamente, mas também produziu aquilo que se busca emancipar.

Quando o movimento feminista afirma que “a” mulher é oprimida não traz para a discussão sobre qual opressão está sendo sofrida. Serão todas vítimas da mesma opressão? E por uma opressão universal? Assim, para BUTLER (2015), não existe o sujeito mulher – o sujeito é criado/ constituído pelo discurso e não existe fora desse discurso. Não existem opressões iguais. Butler aponta como esse sujeito se constitui; como a identidade, a escolha, a liberdade, a autonomia são imaginárias e são formadas em um contexto de relações não fixas.

Assim, como pensar a matriz sexo/gênero? De modo semelhante a Moore (1997), Butler (2015) diz que não existe gênero puro, não existe sexo pré-discurso, fora dos saberes. O sexo já está marcado pelas construções simbólicas de gênero, sexo é desde sempre gênero. Butler (2015) questiona o imaginário da coerência entre sexo/gênero e desejo sexual/prática sexual; de que, uma mulher, na heteronormatividade, por ter vagina, possui certa identidade, desejo por homens, pratica sexo com homens. A dragqueen, como exemplifica a autora, bagunça essa matriz, sai da norma heteronormativa, desnaturaliza os corpos – a diferença sexual. “No lugar da lei da coerência heterossexual, vemos o sexo e o gênero desnaturalizados por meio de uma performance que confessa sua distinção e dramatiza o mecanismo cultural da sua unidade fabricada (p. 238)” A autora observa que a categoria sexual e a instituição naturalizada da norma heterossexual são construtos, fantasias ou fetiches socialmente (não naturais) instituídos e regulados, políticos.

Gênero para Butler (2015), portanto, é um ato que tanto é intencional quanto performativo, uma construção dramática, punitiva e contingente.

“Se os atributos e atos de gênero, as várias maneiras como o corpo se mostra ou produz sua significação cultural, são performativos, então não há identidade preexistente pela qual um ato ou atributo possa ser medido; não haveria atos de gênero verdadeiros ou falsos, reais ou distorcidos e a postulação de uma identidade de gênero verdadeira se revelaria uma ficção regulatória. (Butler, 2015, p.244)”

Assim, uma vez que gênero seria criado em performance contínua e mutável; sexo natural, masculinidade e feminilidade fixa e verdadeira; também são construídas como parte de uma estratégia de manutenção da binaridade, dominação masculina e heterossexualidade compulsória (Butler, 2015).

Esses movimentos no campo teórico (retro) alimentaram várias iniciativas nos contextos internacional e nacional, incorporando gênero na pauta de políticas. Segundo Meyer (2004), a perspectiva de gênero vem ganhando espaço, estando presente como ferramenta teórico-metodológica e política para problematizar e intervir sobre processos que instituem e sustentam desigualdades entre homens e mulheres. Essa institucionalização das perspectivas de gênero resultou de processos multifacetados (divergentes e convergentes) e negociados, desencadeados com e a partir do feminismo e dos movimentos de mulheres; em que se articularam movimentos sociais e políticos com diversas abordagens teórico-metodológicos (Meyer, 2004).

4.2.1. Masculinidades: construção da subjetividade masculina e as relações de gênero

A superação do paradigma anteriormente explicitado na direção de uma abordagem que abarcasse a compreensão dos homens em uma perspectiva de gênero herdou dos movimentos e estudos feministas e do movimento gay a preocupação com

as desigualdades de gênero e a crítica à naturalização dos comportamentos e à medicalização dos corpos (Pinheiro, 2010).

Tal compreensão entende que o masculino é estruturado a partir da imagem hierarquizada das relações homens/mulheres. A aceitação das "leis" ditas masculinas ocorre uma vez que os garotos são incluídos entre os homens, adentram nos espaços socialmente masculinos e enfrentam os "ritos de passagem" com seus códigos e regras. Assim, o masculino é submissão ao modelo, bem como obtenção de privilégios agregados ao modelo, que define a forma como homens usam e percebem seus corpos (Welzer-Lang, 2001).

O conceito de masculinidade reporta-se a uma área da pesquisa social iniciada no mundo anglo-saxônico. A necessidade de utilizar o termo *masculinidade*, como tradução ao termo *masculinity* e *men's studies*, remete à importância de se ter um termo que se refere a um campo de investigação que, na área dos estudos sobre o gênero e a sexualidade, se reporta a significados culturais da pessoa, que, sendo ideologicamente remetidos para o terreno da essência dos homens, são, através de processos metafóricos, aplicáveis às mais variadas áreas da interação humana e da vida sociocultural (Vale de Almeida, 2005).

Men's studies foi uma alternativa encontrada para criar simetria em relação a *women's studies* (*estudos sobre mulheres*), mas tanto um como o outro são termos inadequados, pois situam o gênero no sexo, numa perspectiva de construcionismo social primário que vê o gênero como elaboração cultural de um suposto sexo natural, tornando gênero dependente de um sexo biológico anterior (Vale de Almeida, 2005).

O comportamento dos homens tem sido moldado pelo que Connell e Messerschmidt (2005) chamam de masculinidade hegemônica e, como resultado, estes são mais propensos que as mulheres a serem assassinados, a morrerem em acidentes de carro ou em atividades esportivas perigosas, a beber em excesso e a fumar.

As categorias *masculinidade* e *feminilidade* não são sobreponíveis, respectivamente, a homens e mulheres: são metáforas de poder e de capacidade de ação, acessíveis tanto a homens quanto a mulheres; o que possibilita a existência de

várias *masculinidades/feminilidades*, transformações e diálogos nas relações de gênero e conflitos entre *masculinidades/ feminilidades* hegemônicas e subordinadas (Vale de Almeida, 1996).

Assim, a masculinidade hegemônica é um modelo cultural ideal que, não sendo atingível por nenhum homem, exerce sobre todos, homens e mulheres, um efeito controlador. Implica um discurso sobre a dominação e a ascendência social, atribuindo aos homens este privilégio potencial. Apesar da ideologia da complementaridade entre masculinidade e feminilidade ao nível da gramática dos símbolos, na arena do poder estas são discursadas como assimétricas. Ainda, a própria masculinidade é internamente constituída por assimetrias (como heterossexual/homossexual) e hierarquias (de mais a menos “masculino”), em que se detectam modelos hegemônicos e variantes subordinadas (Vale de Almeida, 1996).

De modo semelhante ao discutido por Vale de Almeida (1996), Connell e Messerschmidt (2005) também argumentam que masculinidades hegemônicas são construções que podem não corresponder a vida de todos os homens reais, mas que atingem a todos, homens e mulheres, e exercem efeito controlador. Na perspectiva de uma estruturação da sexualidade em torno de um modelo, assumem-se características que não são necessariamente as mais comuns em determinados contextos, mas são as mais valorizadas e idealizadas, ou seja, são modelos que expressam ideais difundidos socialmente, fantasias e desejos. Masculinidades hegemônicas ofereceriam modelos de relações com mulheres e soluções para os problemas enfrentados nas relações de gênero e na constituição das masculinidades como forma de viver cotidianamente em determinado contexto social. Na medida em que os modelos se estabelecem, contribuem para a hegemonia na ordem de gênero na sociedade como um todo.

No caso da representação de masculino, pode-se considerar como valorizadas em nossa sociedade características, como: virilidade, poder, agressividade, coragem, autocontrole emocional. Ou seja, este conceito se refere não apenas às características normativas, mas também à construção social, estereotipada, que se reflete nas práticas que se realiza (Toneli et al., 2010).

Desse modo, fica evidente que em algumas sociedades o papel estereotipado associado com a masculinidade expõe o homem a riscos muito diferentes daqueles ligados à feminilidade. A construção e a manutenção de uma identidade masculina, muitas vezes requerem a tomada de riscos que podem ser perigosas para a saúde. Muitos homens se sentem compelidos a se envolver em comportamentos de risco, a fim de "provar" sua masculinidade da maneira socialmente aprovada.

As relações de gênero são sempre arenas de tensão. Um determinado padrão de masculinidade hegemônica está nessa posição na medida em que fornece uma solução para estas tensões, tendendo a estabilizar o poder patriarcal ou reconstituí-lo em novas condições. Um padrão de prática (ou seja, uma versão da masculinidade) que forneceu uma solução deste tipo em condições passadas, mas não em novas condições é susceptível a ser contestada (Connell e Messerschmidt, 2005).

Além disso, as práticas que constroem as masculinidades não podem ser lidas simplesmente como expressão de uma masculinidade unitária. Elas podem, por exemplo, ser resultados de desejos e emoções contraditórias, ou de prejuízos e benefícios de diferentes estratégias de gênero. Masculinidades são configurações de práticas que são construídas, se desdobram, e mudam com o tempo (Connell e Messerschmidt, 2005).

As relações sociais de sexo se exercem de maneira transversal ao conjunto da sociedade, fazendo com que homens e mulheres sejam atravessados/as por elas. Aqueles que não são vistos como possuidores de características masculinas são ameaçados de serem desclassificados e considerados como feminizados, comparados às características atribuídas às mulheres (Welzer-Lang, 2001). É então nessa perspectiva que o autor defende que a homofobia existe como discriminação contra as pessoas que mostram, ou a quem se atribui, algumas características atribuídas ao outro gênero.

O paradigma naturalista da dominação masculina divide homens e mulheres em grupos hierárquicos, dá privilégios aos homens à custa das mulheres. E em relação aos homens que, por diferentes razões, não reproduzem esta divisão (ou, o que é pior,

recusam esta para si próprios), a dominação masculina produz homofobia para que os homens se calquem sobre os esquemas ditos normais da virilidade.

4.3. Masculinidades, saúde e a inserção dos homens na saúde reprodutiva e sexual

Discute-se que qualquer tentativa de promoção da equidade de gênero na saúde deve começar com uma definição clara do que se está procurando. Sabe-se que a igualdade nos resultados da saúde entre homens e mulheres seria algo impossível, uma vez que indivíduos (e grupos) possuem constituições biológicas diferentes, qualquer tentativa de equalizar as taxas de expectativa de vida ou de morbidade masculino e feminino está fadada ao fracasso.

No entanto, autores como Doyal (2000) trazem uma perspectiva diferente ao defender que as políticas que visam a equidade de gênero devem assegurar que homens e mulheres tenham igual acesso aos recursos que eles precisam para realizar o seu potencial para a saúde. Considerando as diferenças significantes nas necessidades de saúde dos homens e mulheres, que também se originam (mas não exclusivamente) a partir de diferenças biológicas entre os sistemas reprodutores masculino e feminino, estas precisam ser claramente identificadas para que se possa refletir sobre estratégias equitativas para a alocação de recursos.

Seguindo-se uma teoria biomédica, a análise de masculinidade e feminilidade muitas vezes se restringe às diferenças dos sistemas reprodutivos. Isso também é um ponto de partida para pensar sobre a equidade nas políticas públicas, uma vez que é uma área em que as mulheres começam em desvantagem considerável em comparação com os homens. A maioria das mulheres necessitam do acesso aos recursos para controlar sua fertilidade, e também, de forma intermitente, àqueles que garantirão uma gravidez saudável e parto. Portanto, os grupos possuem o que poderia ser chamado de 'necessidades biológicas especiais' que precisam ser levadas em consideração em qualquer estratégia para a equidade de gênero (Doyal, 2000).

As diferenças biológicas entre as mulheres e os homens vão para além das óbvias relacionadas com os sistemas reprodutivos. Inclui diferenças genéticas, hormonais, metabólicas e outras que precisam ser levadas a sério para que a equidade seja alcançada na prestação de serviços. No entanto, estas influências biológicas podem apenas revelar parte da questão. Desigualdades de gênero ou diferenças socialmente construídas são importantes para determinar se os indivíduos são capazes de alcançar o seu potencial para uma vida longa e saudável.

Nos últimos anos, feministas e simpatizantes construíram um grande corpo de trabalho que demonstrava a inter-relação entre desigualdades de gênero e saúde mental e física. Elas e eles têm mostrado que muitos dos problemas de saúde das mulheres e homens não estão relacionados de forma direta a suas características biológicas específicas, mas refletem a discriminação e as desvantagens que muitas experimentam nas atividades que compõem suas vidas diárias (Doyal, 2000).

Os homens estiveram no centro de estudos no campo da saúde como modelos de ser humano, e, assim como as mulheres, não eram percebidos como sujeitos inseridos em um contexto sociocultural determinado pelo gênero e como atores de diferentes construções e vivências da sexualidade (Pinheiro, 2010).

Anteriormente, a ginecologia não encontrou correspondente para o sexo masculino. Os homens apenas eram alvo de preocupações em função da sífilis e de outras doenças venéreas associadas à degeneração (Rohden, 2000). Durante os anos 1930/1940, o médico e sexólogo José de Albuquerque, que se proclamava criador da andrologia, tinha os urologistas entre seus principais alvos de críticas por quererem monopolizar o estudo e a intervenção sobre os problemas sexuais masculinos. Para Albuquerque, ao lado da ginecologia, a andrologia devia ser considerada subespecialidade da sexologia. A urologia devia se ater, segundo o fundador da andrologia, aos problemas do sistema urinário de homens e mulheres. Como parte da sexologia, a andrologia deveria articular, além de conhecimentos biológicos, os de outras disciplinas, como a psicologia e sociologia. Mas, nessa disputa, a andrologia passou a ser uma parte da urologia e é, nesse âmbito, definida como a subespecialidade

urológica que cuida do sistema reprodutor, da função sexual e da regulação de hormônios sexuais masculinos.

Apenas há cerca de 40 anos, houve abertura no Ocidente à pesquisa sobre as diferenças de saúde de homens e mulheres e salientou-se o paradoxo existente: ao mesmo tempo em que o homem estava em lugar de maior poder, ele possui desvantagens em relação a mulher no que se refere às taxas de morbimortalidade (Couto e Gomes, 2012).

São muito recentes os estudos sobre o impacto do gênero sobre a saúde dos homens, em comparação com os estudos sobre as mulheres. Um dos principais focos dos estudos em Sociologia das Masculinidades tem sido a exploração da (homo) sexualidade e suas implicações para a promoção da saúde no contexto da epidemia de HIV / Aids. Outros aspectos da saúde dos homens têm recebido menos atenção, mas importantes ligações agora estão começando a surgir entre gênero, heterossexualidade e saúde.

Richardson e Carroll (2009) demonstraram, a partir do exame de indicadores da Irlanda, que os homens desse país têm expectativa de vida menor que as mulheres (inferior em cinco anos) e homens têm taxa de mortalidade superior ao das mulheres por quase todas as causas em todas as faixas etárias.

Os autores também encontraram diferenças entre os homens, principalmente em relação à idade e à condição socioeconômica. Homens jovens estão expostos a maior risco e, na Irlanda, suicídio é a maior causa de suas mortes. Comparando-se homens de ocupações de trabalho mais altas e homens de ocupações mais baixas, homens com ocupações mais baixas têm pior saúde e taxas mais altas de mortalidade (Richardson e Carroll, 2009).

Brown e Macdonald (2009), em pesquisa sobre a população masculina australiana, salientam que embora tenha havido crescimento na expectativa de vida do homem australiano no último século, a taxa de mortalidade dessa população ainda é superior a de mulheres, e não melhorou no mesmo grau que a mortalidade entre as mulheres. Além disso, em todas as idades as taxas de mortalidade de homens

australianos por suicídio são superiores a de mulheres, bem como as de acidentes e lesões. Na Austrália, em média, cinco homens se matam por dia. Entre idosos, homens têm maiores taxas de mortalidade por câncer, diabetes mellitus, e doenças do sistema circulatório.

Na Irlanda, a expectativa de vida do homem é menor que a de mulheres (quase cinco anos de diferença) e homens tem taxas de morte maiores em todas as idades. Um exame mais cuidadoso dos dados agregados revelou diferenças substanciais entre categorias diferentes de homens, particularmente em relação à idade e status socioeconômico. Comparando-se com homens em ocupação de trabalho mais alta, homens de ocupação de trabalho mais baixa tem taxas de mortalidade significativamente mais altas. Homens jovens (15-24 anos) são um grupo de maior risco, sendo o suicídio a principal causa de morte. Também, assim como internacionalmente, é reconhecido na Irlanda que homens são muitas vezes relutantes em procurar serviços de saúde, buscando a atenção em saúde muito tarde no curso da doença (Richardson e Carroll, 2009).

Assim, percebe-se uma situação, muitas vezes, desfavorável para os homens que precisa ser considerada e enfrentada na atenção em saúde. Além disso, mostra-se que o simples foco nas diferenças sexuais, físicas, oferece uma base limitada para a análise da saúde do homem, assim como para a construção de políticas de saúde.

Percebe-se que, no campo da saúde, a abordagem das masculinidades e das masculinidades hegemônicas permitem articulações mais complexas da relação entre homens e saúde. Com essa perspectiva, Figueiredo (2005) e Richardson e Smith (2011) argumentam que nos modelos de masculinidade hegemônica estão presentes as noções de invulnerabilidade ao adoecimento, à dor ou ao sofrimento; de comportamentos de riscos (como os comportamentos agressivos); e de sexualidade instintiva incontrolável. Tais características interferem no acesso ao cuidado de saúde dos homens, assim como a dificuldade desses em verbalizar suas necessidades de saúde.

Ao considerarmos a assistência em saúde e, sobretudo, a medicina como uma prática que exige a submissão dos pacientes, a resistência dos homens a procurarem

cuidados médicos e a verbalizar suas necessidades pode ser associada ao medo de ser visto como passivo (feminino). Tem sido argumentado que crescer sob a pressão social dos modelos de masculinidade hegemônica torna muitos homens incapazes de reconhecer o seu lado emocional. O desejo de ser visto como um 'homem forte' pode significar em uma recusa em admitir fraquezas e pode impedi-los de consultar um médico quando estão doentes. Na verdade, a própria doença pode ser especialmente temida por causa de sua capacidade de reduzir os homens ao que tem sido chamado de 'masculinidade marginalizada' (Richardson e Smith, 2011; Doyal, 2000).

Pinheiro (2010) apontam em relação à procura por serviços de saúde que as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres).

A partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, os pesquisadores também encontraram diferenças em relação ao tipo de serviços procurados e perceberam que há significativa presença dos homens nos serviços de saúde em Atenção Primária em Saúde (APS). A APS é procurada por 30,6% dos homens da zona urbana e 30,2% para homens da zona rural. Entretanto, o uso desse serviço pelos homens difere daquele feito pelas mulheres; concentrando-se na assistência a patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia; à frente da prevenção (Pinheiro, 2010; Couto et al., 2010).

O mapeamento da presença masculina em serviços da APS em quatro estados brasileiros feito por Couto et al. (2010) verificou a existência de sinais da feminização contidos nas unidades. Esse estudo apontou para a invisibilidade dos homens como alvo da assistência, representada pela falta de programas e atendimentos direcionados aos homens; como usuários, que têm dificuldades para acessar os serviços e para terem suas demandas acolhidas; e como sujeitos de cuidado, que, pelo estereótipo presente, não são vistos como pessoas que se cuidam e como cuidadores. Consequentemente, não são estimulados às práticas de prevenção e promoção de saúde.

A sexualidade pode ser considerada, no cenário dos estudos orientados pela perspectiva de gênero, como um polo estruturante da construção do masculino, onde se expressam os valores hegemônicos de masculinidade, representados pela virilidade, potência e dominação, e ancorados em uma sexualidade naturalizada como instintiva, ativa e incontrolável (Guiffin e Cavalcanti, 1999).

Na produção científica sobre a saúde dos homens, a sexualidade masculina recebe grande atenção. No entanto, com um olhar sobre o tema voltado a um caráter infectante (tendo como argumento a maior participação dos homens nos perfis epidemiológicos das ISTs), à heterossexualidade não-monogâmica. Nas práticas em saúde, diferentemente da sexualidade feminina, que vem sendo objeto de um intenso controle pela via da medicalização, a sexualidade masculina tem se limitado a abordagens pontuais em situações de infertilidade, IST ou processo de envelhecimento, mantendo e demarcando uma visão estereotipada do masculino. Ou seja, tais abordagens têm se mostrado ineficazes, uma vez que reforçam a hierarquia de gênero e o padrão masculino tradicional (Pinheiro, Couto e Silva, 2011).

É interessante lembrar que o próprio termo saúde sexual esteve, inicialmente, atrelado à uma concepção biomédica de sexualidade. Apenas em 2006, a Organização Mundial de Saúde ampliou a definição de saúde sexual para além da ideia de ausência de doenças, disfunções ou enfermidades, incorporando a noção de direitos sexuais e uma abordagem positiva da sexualidade. Esses novos olhares sobre a saúde sexual e reprodutiva tanto podem subsidiar uma assistência mais integral à saúde e às questões sexuais, como podem contribuir para relações mais equânimes (Pinheiro, Couto e Silva, 2011).

Defende-se que a saúde reprodutiva de homens tem sido um dos campos mais trabalhados no que diz respeito à equidade de gênero, juntamente com a violência doméstica. Argumenta-se que isso se deve ao apoio de órgãos internacionais e estatais, em grande parte devido à influência de conferências internacionais no Cairo e em Pequim, onde se firmou acordos específicos que chamam para uma participação dos homens na esfera da reprodução e da paternidade.

No entanto, ainda se percebe que há muito a ser trabalhado para que os homens sejam incluídos nos estudos acadêmicos sobre a reprodução. Limitações teóricas, empíricas, juntamente com a negação da presença e influência dos homens na reprodução, refletem o desenvolvimento social e intelectual do contexto e sua influência sobre políticas e programas. Embora o esforço feito em Cairo e Pequim para chegar a acordos a esse respeito, permanece controverso e tabu tratar sobre a sexualidade e reprodução. Predomina-se entre as investigações a visão restrita de controle da natalidade, com enfoque em questões da anticoncepção e de planejamento familiar, menosprezando os modos sociais de expressão da masculinidade e suas influências na forma como os homens conferem sentidos e se relacionam com sua sexualidade e com a reprodução (Keijzer, 2003).

Ainda predomina o olhar maniqueísta voltado apenas às mulheres na dinâmica da reprodução, sem recorrer a modelos relacionais de representação social que considerem os processos de negociação e interação, expectativas, medos e concessões dos casais (Keijzer, 2003; Siqueira, 2000).

Siqueira (2000) afirma que existem diversas formas de se explicitar a necessidade da presença masculina em direitos reprodutivos. Uma delas aponta a ideia de que esta presença é importante para a garantia de consequências favoráveis para a mulher e os filhos, mantendo, assim, a ênfase na referência sobre a mulher no campo da reprodução. A autora considera que esta perspectiva não permite uma análise do poder engendrado nas relações sociais e nas negociações sexuais, uma vez que se centra em verificar as contribuições da presença masculina na gravidez e saúde das mulheres e filhos, não implicando na necessidade de se problematizar as desigualdades nas relações, o objeto de estudo e a intervenção.

Já uma segunda possibilidade analítica pretende debruçar-se sobre o caráter relacional e conflitivo da reprodução. Nesta perspectiva, embasa-se nas tensões históricas entre homens e mulheres, analisando-as em função de seu contexto específico e da complexidade da reprodução. Focaliza-se a reprodução como um processo relacional, que precisa problematizar a participação dos homens como atores sociais com necessidades concretas e o próprio processo de constituição das

masculinidades e suas vicissitudes, incluindo aqui a sexualidade, a relação com o próprio corpo, a saúde e a reprodução (Siqueira, 2000).

Assim, o desafio principal hoje em dia parece ser o de chegar ao “como” e “em que medida” deve ocorrer essa inclusão do homem em saúde sexual e reprodutiva sem que programas percam a sensibilidade de gênero, incentivando a responsabilidade masculina sem trazer prejuízos à autonomia das mulheres sobre a vida sexual e reprodutiva e que se volte para a igualdade e equidade de gênero.

Comumente, a investigação sobre os modos sociais de expressão das masculinidades e suas influências sobre os sentidos dados pelos homens e sobre suas relações com a sexualidade e a reprodução é desprivilegiada. Ao determinar como objetivo a inclusão tanto de homens quanto de mulheres como sujeitos que possuem direitos reprodutivos, deve-se privilegiar o enfoque sobre as contradições das relações de gênero, bem como explicitar os modos culturais de sua constituição, inclusive a questão das masculinidades em sua diversidade.

Siqueira (2000) ainda argumenta que o contexto da masculinidade no campo da saúde e direitos reprodutivos tem sido privilegiado na dimensão da paternidade. Destaca-se que a relação masculinidade e paternidade tem sido tanto discutida em termos da importância do pai (e/ou da figura paterna) para o desenvolvimento psicológico da criança, quanto como aspecto da constituição dos padrões sociais de masculinidade nos contextos histórico-culturais.

A paternidade é um papel que pode incluir o biológico, mas que não se encerra nele, havendo influências de fatores relativos à classe, geração e tradições étnicas, religiosas e culturais que moldam as prescrições sociais a respeito da masculinidade e da paternidade. Ou seja, a inclusão do homem como sujeito de direitos nesta área, implica necessariamente em análises de ordens distintas que considerem o processo social e histórico da própria constituição da masculinidade.

Sendo assim, as diferentes condições dos sujeitos são fatores de extrema importância para compreender o movimento de produção de novos sentidos sobre a paternidade, e em última análise, para investigar os modos de masculinidade e

feminilidade em trânsito em diferentes contextos socioculturais. De qualquer forma, não se pode falar de um campo de responsabilidades masculinas na reprodução se não se considerar os homens como sujeitos que podem perceber a si mesmos, de distintos modos, como férteis e reprodutivos, podendo ser estudados e ser objetos de intervenção social como atores ativos nos fatos reprodutivos.

Em seus estudos, Keijzer (2003) percebe que os homens se sentem mais abertos e responsáveis pelo trabalho reprodutivo após o nascimento do filho (a), bem como a paternidade seria a principal (e às vezes a única) objetivação da participação masculina no campo da reprodução. Assim, o autor considera que a paternidade se abre como potencialidade para o trabalho em saúde reprodutiva do homem.

Nesse campo, faz-se necessário a análise das prescrições que cada sociedade constitui para a figura paterna com as práticas efetivas de exercício da paternidade, discutindo, por exemplo, as desigualdades de gênero em torno da distribuição das tarefas parentais entre homens e mulheres. Ademais, é preciso problematizar a ideia presente de que a figura paterna é descartável, supondo que as mães são naturalmente imprescindíveis. Esta lógica, ao mesmo tempo, favorece e legitima a desresponsabilização material e socioafetiva paterna e exige e culpabiliza as mulheres por uma suposta exclusividade nos cuidados das crianças.

Importante considerar, ainda, a necessidade de um deslocamento teórico-analítico no sentido de não se justificar a inclusão masculina na saúde sexual e reprodutiva apenas como suporte para a saúde da mulher, mas deve considerar os homens como sujeitos/cidadãos com necessidades e direitos em relação à sexualidade e à reprodução (Siqueira, 2000).

5. METODOLOGIA DE PESQUISA

Considerando o interesse em compreender os repertórios sobre masculinidade e sobre saúde sexual e reprodutiva presentes na política de saúde do homem brasileira, optou-se por utilizar como objeto de análise o documento final da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes”- PNAISH (Brasil, 2009a), documentos vinculados à construção da política e documentos e materiais desenvolvidos a partir da PNAISH, bem como publicações em rede social (*Facebook*) feitas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem nas páginas “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” e da “Saúde do Homem – Ministério da Saúde”, respectivamente, relacionadas à reprodução e sexualidade masculinas no período de janeiro a novembro de 2016; pressupondo que eles podem fornecer maiores subsídios para:

- 1) uma análise mais aprofundada do contexto e dos atores relacionados à construção e implementação da PNAISH;
- 2) uma maior generalização, dado que esses documentos vinculados à política levam em consideração valores e costumes que, em última análise, permeiam a imaginário social brasileiro;
- 3) uma percepção mais ampla das transformações e evolução ocorridas ao longo da implementação da PNAISH.

Compreende-se, também, que as políticas públicas atuam na presença de múltiplos elementos em ação, como intencionalidade, instrumentalidade, interação, poder e temporalidade; e que as definições dos problemas-alvo sobre a qual o Estado atuará passam por transformações ao longo de sucessivas ondas de tomadas de decisão dado que diferentes atores e cenários estão inseridos nos processos de definição, implementação e acompanhamento das políticas. Além disso, esses processos sempre se constituem como multifacetados, pleiteados e negociados (Couto e Gomes, 2012).

Além disso, compreende-se que os materiais escolhidos para análise podem se constituir como fonte, uma vez que seus enunciados são produzidos e inscritos em um

contexto específico e revelador de condições históricas, sociais, intelectuais, etc. São textos que sustentam estratégias de gestão das relações sociais em seus grupos e são representantes de determinados lugares na formação social. Ou seja, na presente pesquisa, de caráter qualitativo, a análise dos documentos ganha relevância por buscar uma aproximação com textos e materiais que passam a (re) produzir, veicular e atualizar determinadas proposições, saberes e ensinamentos que incidem sobre as representações culturais – neste caso, de masculinidades, reprodução e sexualidade masculina e paternidade em nossa sociedade atual.

A pesquisa qualitativa tem como característica a abertura e relação próxima ao fenômeno, pois não apenas o pesquisador dá sentido ao seu trabalho, mas este também se constrói como tal ao longo do caminho investigativo. Assim, é importante ressaltar a maior preocupação com o processo, que é tão ou mais importante que o produto final no estudo qualitativo (Lüdke e André, 2012). Acompanhar o processo é estar aberto àquilo que pode surgir no caminho: outro olhar, perspectivas variadas, outros questionamentos para além daqueles de onde se partiu.

Conforme descreve Minayo (1992), a pesquisa qualitativa possui modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, visando a compreensão de valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, sobre as relações que se dão entre atores sociais.

Na presente investigação decidiu-se por utilizar como método a análise de conteúdo (AC). Em termos gerais, a AC pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que visa realizar uma interpretação controlada, baseada na inferência (Bardin, 2004). Esse conjunto de técnicas de análise visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos; regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados; indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens.

Bardin (2004) refere-se a seis técnicas de AC, a saber: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise das relações e análise do discurso. Nesse universo, sua aplicação, embora variável, orienta-se por duas

premissas: 1) organização das análises pelas características do material e 2) condução da análise conforme os objetivos traçados.

A pesquisa envolvendo materiais oficiais lançados e/ou incentivados por instâncias governamentais destinados à implantação e implementação da PNAISH foi utilizada como procedimento de investigação. A análise de documentos propõe-se a possibilitar a produção ou reelaboração de conhecimentos e a criação de novas formas de compreender fenômenos, buscando informações nos documentos a partir de questionamentos e hipóteses (Lüdke e André, 2012).

Neste estudo, foram analisadas marcas e significados materializados nos textos e imagens (de diferentes tipos) produzidos para a/ a partir da PNAISH. A seguir, detalho os procedimentos de investigação e de análise empregados nesta pesquisa.

Por se tratarem de documentos públicos, relativos à implantação e implementação de uma política pública federal, utilizei o site do Ministério da Saúde como espaço de acesso aos documentos relacionados à PNAISH e materiais de divulgação, gráficos e educativos; bem como acessou-se publicações realizadas pela página “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” e “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” na rede social *Facebook* sobre Saúde do Homem (não foram analisados os comentários de publicações e respostas a estes comentários).

Para a localização dos perfis das Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e Saúde do Homem - Ministério da Saúde dentro do site Facebook, efetuou-se pesquisa por meio dos mecanismos de buscas existentes na própria ferramenta. Adotou-se como critério para a escolha desses perfis a seleção daqueles que fossem considerados oficiais das instituições.

Assim, considerando o objetivo de aproximação dos possíveis desdobramentos, buscou-se acessar a documentos e iniciativas propostos pelo Ministério da Saúde e àqueles construídos pelo município de São Paulo em Saúde do Homem pós-PNAISH.

A escolha pelo município de São Paulo decorreu da necessidade de se realizar uma delimitação. Optou-se por esta cidade considerando-se a apresentação de ações

relacionadas a um projeto de implantação de política municipal de atenção à saúde do homem (Massironi et al, 2011).

Primeiramente, a busca por documentos em Saúde do Homem no município de São Paulo não obteve sucesso, visto que o acesso aos documentos produzidos pelo município dependia da pesquisa on-line e/ou da disponibilidade de gestores e profissionais encaminharem os materiais utilizados. Não foi possível encontrar documentos no site da Secretaria da Saúde do município de São Paulo ou obter contato com gestores e profissionais.

Posteriormente, encontrou-se nas redes sociais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo um interessante instrumento de acesso a informações, projetos e ações; visto que estes espaços de contato com o público se mostram populares, são dinâmicos e são atualizados diariamente.

Assim, optou-se por analisar as páginas “Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo” e “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” na rede social *Facebook*. Definiu-se o período de janeiro de 2016 até 30 de novembro de 2016, chegando-se a um amplo e significativo período para análise.

Inicialmente, com o intuito de nos apropriarmos de todos os materiais a serem analisados, dispomos de leituras exaustivas destes. Tais leituras permitiram uma primeira aproximação do conteúdo e o registro das características gerais de cada trecho.

Este primeiro momento de registro foi realizado com toda a amostra e os resultados evidenciaram um grande número e uma complexa caracterização dos textos, impulsionando-nos a fazer alguns recortes que viabilizassem a realização da nossa análise. Assim, essa primeira aproximação dos textos foi nosso ponto de partida para o enquadramento dos dados. Realizou-se um processo de recorte que viabilizasse a sistematização das informações disponíveis a fim de responder aos objetivos propostos e para o desenvolvimento da pesquisa.

Diante da grande quantidade de materiais e informações encontradas nos documentos relacionados à política, a tendência comum é de nos perdermos na

variedade de possibilidades e nos deixar seduzir pela riqueza dos dados e potencialidade de respostas possíveis, correndo o perigo de nos dispersarmos e de tratar das questões de pesquisa com superficialidade.

Desse modo, dada as limitações próprias de uma pesquisa (particularmente temporais), selecionamos parte do material mais próxima àquilo que buscamos investigar, a partir da qual podemos responder as nossas questões.

Procurando compreender os discursos presentes na Política estudada e em seus desdobramentos, primeiramente, realizou-se a exploração textual e de imagens, identificando elementos de esclarecimento dos textos e imagens, buscando-se delinear os temas presentes. A seguir passou-se para a segunda fase, a da análise temática do conteúdo, focalizando as representações, expectativas e argumentos elucidados. Nesta fase buscou-se demarcar os núcleos de sentido e suas principais categorias (Bardin, 2004).

Para se estabelecer categorias de análise dos enunciados foi realizada leitura atenta às representações de masculino/feminino, de sexualidade e reprodução; e aos conhecimentos e práticas valorizadas em saúde sexual e reprodutiva. A partir disso, consideramos os vários enunciados referentes à sexualidade e reprodução, utilizando também, como conhecimento, conceitos já estabelecidos no campo da saúde e dos estudos de gênero (CIPD, 1994; HERA, 1999 apud Brasil, 2010a).

Assim, foram considerados conteúdo relacionados à reprodução e à sexualidade: **Aspectos relacionados às opções conceptivas e contraceptivas** (concepção, maternidade/ paternidade, pré-natal, parto, puerpério, contracepção, planejamento familiar, direitos reprodutivos); **perspectivas teóricas e de intervenção sobre a sexualidade; gênero, poder e interseccionalidades**, bem como aspectos relacionados à **constituição da sexualidade nas culturas e a construção dos sujeitos sexuais** (Identidade sexual, prática/atividade sexual, prazer, sexualidade, DSTs, violência de gênero, direitos sexuais).

Desse modo, inicialmente foi destacada no texto a ocorrência dos discursos relacionados à masculinidade, à reprodução e à sexualidade, mantendo atenção às questões a serem respondidas/problematizadas:

- A que sujeito é dirigido o discurso? (indivíduos, casais, homens, mulheres, adultos, adolescentes, crianças, organizações, comunidade, Estado etc.)
- Sobre qual(is) homem(ns) a política está falando? Para que homem(ns) a política está voltada?
- Qual a compreensão de saúde sexual e reprodutiva presente na política de saúde do homem?
- Quais são as atitudes e os comportamentos sexuais e reprodutivos masculinos demarcados na política?

A última etapa da análise, a fase interpretativa, buscou tecer relações críticas entre as ideias presentes nos documentos, explícitas e implícitas, e o contexto científico, representado pela bibliografia utilizada (Bardin, 2004). Para auxiliar na construção de um corpus que orientasse sobre as representações envolvidas, mais especificamente os discursos sobre a sexualidade e reprodução relacionados ao masculino; buscou-se fontes por meio de consultas a sites de busca e bases de dados científicas a partir do uso de palavras-chave e termos, como, por exemplo: “saúde do homem no Brasil”, “história da PNAISH”, “implantação da PNAISH”, dentre outros, que possibilitam maior compreensão dos processos sócio-históricos presentes.

Pretendeu-se, desse modo, a compreensão de como se formam, quais são e como se difundem as representações presentes na política de saúde do homem a respeito da sexualidade e reprodução, para assim discutir quais os seus possíveis efeitos na prática cotidiana em saúde do homem.

5.1 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 19/11/2014, sob Protocolo de Pesquisa nº 388/14.

6. DELINEAMENTO DO RECORTE

6.1. Documentos analisados

Abaixo, está a descrição sucinta da estrutura dos textos e materiais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, assim como documentos e materiais construídos a partir da implementação da política analisados no estudo.

6.1.1. Consulta Pública do Sistema Único de Saúde

Ano de Publicação: 2008

Origem: Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Número de Páginas: 36

A consulta pública ao documento da PNAISH foi uma etapa de sua construção que se propôs a ampliar a discussão em torno de seu texto-base com a abertura de espaço à participação da sociedade em geral - científica, acadêmica e demais atores da sociedade civil que não fizeram parte do processo de elaboração - de modo a agregar percepções, discursos e aprimorar a redação final do documento (Brasil, 2008).

No entanto, apesar dessa abertura política, autores tem defendido que, diferentemente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ou da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM), esse processo de construção pouco incluiu os supostos maiores interessados, a população-alvo ou representantes de movimentos sociais e luta por direitos, o que pode ser notado com a leitura do documento da Consulta Pública.

6.1.2. Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)

Ano de Publicação: 2009

Origem: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Número de capítulos: 11

Número de páginas: 46

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009a) é apresentada como uma prioridade governamental, desenvolvida em parceria com gestores dos SUS, instituições científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. A política também é mostrada como um direito ansiado pela sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem problemas de saúde pública.

Na apresentação, define-se como objetivo da política promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão dos contextos socioculturais e político-econômicos em que os homens estão inseridos e “que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (Brasil, 2009a, pag. 3). Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem defende a intersecção desta com outras políticas Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde; e com estratégias e princípios do SUS.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009a) está dividida em onze capítulos, sendo esses: Apresentação, Abreviaturas, Introdução, Metodologia de Construção da Política, Diagnóstico, Princípios, Diretrizes, Objetivos, Responsabilidades Institucionais, Avaliação e Bibliografia.

O capítulo Diagnóstico está dividido em oito subcapítulos: Indicadores demográficos; Violência, com a subdivisão População privada de liberdade; Alcoolismo e Tabagismo; Pessoa com deficiência; Adolescência e velhice; Direitos sexuais e direitos reprodutivos; Indicadores de Mortalidade, com três subdivisões; Indicadores de Morbidade, também com três subdivisões.

Os Objetivos são divididos em dois subcapítulos: Objetivos Gerais, que possui seção única; e Objetivos Específicos, com três seções. Essas três seções são: Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS (três subseções); Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde (nove subseções); Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos (quatro subseções).

Já o capítulo Responsabilidades Institucionais, está dividido em União (nove seções), Estados (nove seções) e Municípios (oito seções).

6.1.3 Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Ano de Publicação: 2009

Origem: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Número de capítulos: 5

Número de páginas: 31

O documento do Plano de Ação da PNAISH é dividido em 5 partes: Introdução; Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional (2009 – 2011); Anexo I – Plano de Ação Nacional (2009-2011) – Ações Prioritárias com ênfase no Período 2009-2010 - Quadro Sinótico; Anexo II – Plano de Ação Nacional (2009-2011) – Orientações Gerais para a implantação de estratégias, ações e repasse de incentivo financeiro para Estados e Municípios; e Portarias de Implementação da Política.

Na introdução, há uma explicação sobre o que é o Plano de Ação e sobre o processo de construção do Plano. A Matriz de Planejamento do Plano apresenta os

nove eixos de ação. Já o Quadro Sinótico apresenta as ações prioritárias previstas para os anos de 2009 e 2010 e as Orientações Gerais para a implantação das estratégias (Brasil, 2009b).

O Anexo II traz informações sobre o repasse financeiro para Estados, DF e os Municípios selecionados para a implantação da política. E a última parte do documento, traz a portaria n. 1.945, que altera, atualiza e recompõe a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS; e a portaria n. 1.946, que estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios (Brasil, 2009b).

6.1.4. Materiais de divulgação

6.1.4.1 CARTAZ “NÃO IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É. SEJA DO TIPO QUE CUIDA DA SAÚDE”. AZUL

Origem: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Editora MS/CGDI/SAA

Ano: Março/2013

6.1.4.2 CARTAZ “NÃO IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É. SEJA DO TIPO QUE CUIDA DA SAÚDE”. LARANJA

Origem: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Editora MS/CGDI/SAA

Ano: Março/2013

6.1.4.3. CARTAZ “NÃO IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É. SEJA DO TIPO QUE CUIDA DA SAÚDE”. VERDE

Origem: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Editora MS/CGDI/SAA

Ano: Março/2013

6.1.4.4. FOLDER “NÃO IMPORTA O TIPO DE HOMEM QUE VOCÊ É. SEJA DO TIPO QUE CUIDA DA SAÚDE”.

Origem: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Editora MS/CGDI/SAA

Ano: Março/2013

Número de páginas: 4

6.1.4.5. CARTAZ “PAI UMA NOVA VIDA PRECISA DE VOCÊ” – 1

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: Agosto/2013

6.1.4.6. CARTAZ “PAI UMA NOVA VIDA PRECISA DE VOCÊ” – 2

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: Agosto/2013

6.1.4.7. FOLDER “PAI UMA NOVA VIDA PRECISA DE VOCÊ” – 1

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: Novembro/2013

Número de Páginas: 4

6.1.4.8. FOLDER “PAI UMA NOVA VIDA PRECISA DE VOCÊ” – 2

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: Novembro/2013

Número de Páginas: 4

6.1.4.9. CARTAZ “SEJA PAI, SEJA PARCEIRO. PRÉ-NATAL, PARTO E PÓS-PARTO TAMBÉM SÃO COISAS DE HOMEM. LEI DO ACOMPANHANTE Nº 11.108/05. UM DIREITO DE TODA MÃE EM PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO”.

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: 2013

6.1.4.10 CARTAZ “TEM MOMENTOS NA VIDA QUE VOCÊ TEM TODO O DIREITO DE TER ALGUÉM ESPECIAL AO SEU LADO. PEÇA A COMPANHIA DO SEU PARCEIRO. LEI DO ACOMPANHANTE Nº 11.108/05. UM DIREITO DE TODA MÃE EM PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO”.

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: 2013

6.1.4.11 FOLDER AMIGO, GRAVIDEZ, PARTO E CUIDADO TAMBÉM SÃO COISAS DE HOMEM. SEJA PAI, ESTEJA PRESENTE. LEI DO ACOMPANHANTE Nº 11.108/05

Origem: Brasil. Ministério da Saúde e Colaboradores.

Ano: Março/2015

Número de páginas : 4

Dimensões: 29,7X21 cm

6.1.5 Publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde na rede social Facebook

O Ministério da Saúde mantém página na rede social *Facebook* com enfoque na saúde do Homem e na Política Nacional de Atenção Integralda Saúde do Homem - “Saúde do Homem- Ministério da Saúde”. A rede social *Facebook* foi utilizada nesa pesquisa como fonte para acesso aos discursos levantados, incorporados e validados pelo Ministério da Saúde a respeito da implementação e das ações em saúde do homem devido ao fato desta se mostrar uma ferramenta de regular atualização, de amplo alcance de público e que permite a divulgação dinâmica de notícias/ informações e troca de mensagens.

Embora não seja voltada especificamente para as práticas educativas, jornalísticas ou de publicidade a interface do *Facebook* pode ser apropriada por seus usuários para estas ações. O uso pode ser adaptado para postagem de notícias (acompanhadas ou não de *links* e de imagens), para divulgação de eventos ou artigos científicos e para postagem e defesa de ideias.

Sites de redes sociais como o *Facebook* estão dentre aqueles mais utilizados no Brasil. Criado em 2004 por estudantes de Harvard com a finalidade de conectar pessoas, permitindo interação e o estabelecimento de relações interpessoais. Porém, aos poucos a rede social ganhou novas finalidades, permitindo que seus usuários

assinem perfis/páginas e que recebam o conteúdo deste perfil em questão, estabelecendo uma conexão unilateral - conteúdos diversos do perfil/ página assinado podem ser compartilhados no mural de cada usuário. Curtir, compartilhar e comentar são alguns dos recursos possíveis para que o usuário interaja com cada uma das mensagens postadas.

Na descrição da página “Saúde do Homem- Ministério da Saúde” esta define a PNAISH, suas diretrizes e objetivos, bem como são enfatizadas as temáticas acesso e acolhimento, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e cuidado, prevenção de violências e acidentes, prevenção de doenças prevalentes e crônicas. Na página há divulgação de informações de contato (telefone, email - pnaishms@gmail.com e site - <http://www.saude.gov.br/homem>). A primeira publicação da página ocorreu em 08 de janeiro de 2015 e, em 03 de julho de 2016, contava com 3.250 curtidas.

6.1.6 Publicações da página Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na rede social Facebook

Segundo o site oficial da Prefeitura de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo mantém perfis em três redes sociais até o momento da pesquisa – *Facebook*, *Twitter* e *Instagram*. Escolheu-se a página da Secretaria Municipal de Saúde na rede social *Facebook* por esta ser a que possui o maior número de seguidores e, por este fato, possivelmente, o maior alcance de público.

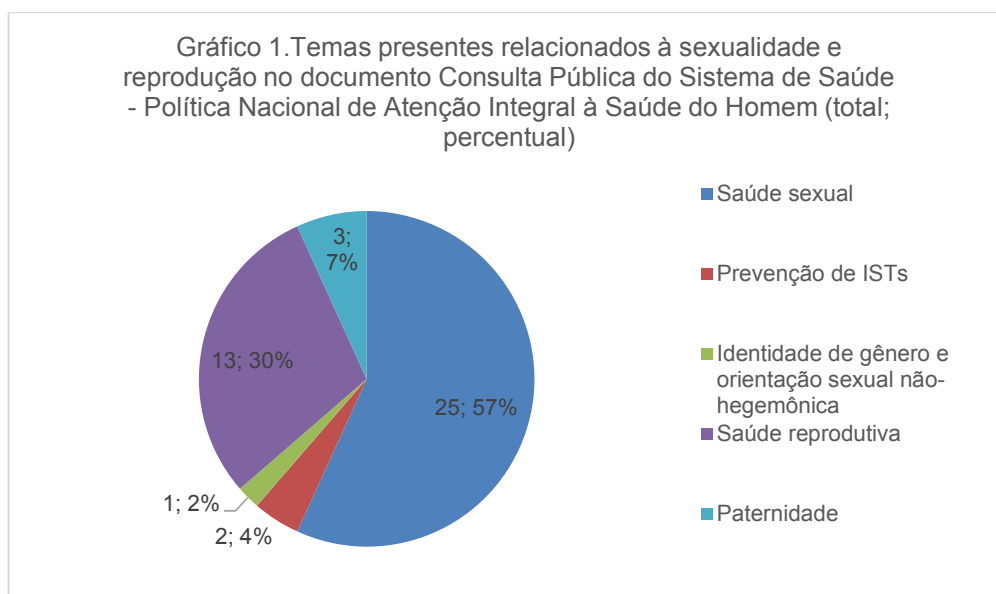
A página, apesar de ser atualizada diariamente, apresenta breve descrição da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, apenas definindo-se como uma organização governamental com ênfase em Medicina e Saúde; bem como apresenta endereço, telefone, horário de funcionamento da Secretaria e site. A primeira postagem da página ocorreu em 22 de dezembro de 2015.

Em 28 de maio de 2016, a página Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo possuía 52 avaliações (com média de 3,4 de 5 estrelas) e 26.494 curtidas.

7. A CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM: ANÁLISE E DISCUSSÃO

7.1 Consulta pública do Sistema Único de Saúde – Política Nacional de Integral à Saúde do Homem

Ao debruçar sobre o texto da consulta pública da PNAISH e sobre os apontamentos feitos por aqueles que contribuíram com esta etapa, observou-se pluralidade de compreensões a respeito da saúde dos homens, bem como, especificamente, da sexualidade e reprodução masculinas; principalmente discursos próprios do saber biomédico e da ciências sociais em saúde. Foram encontradas 44 referências às saúde sexual, prevenção de ISTs, identidade de gênero e orientação sexual não-hegemônica, saúde reprodutiva e paternidade.



A partir dos dados, pode-se perceber maior ênfase dada à saúde sexual (57%) entre os comentários dos colaboradores, seguida da saúde reprodutiva (30%).

Os atores dos discursos, apresentando diferentes concepções epistemológicas e políticas, parecem diversos no texto. Encontram-se discursos favoráveis a um caráter sociocultural do adoecimento, já levantado em alguns pontos do documento original, assim como alguns colaboradores salientam a importância de demarcar a ausência de ações voltadas às especificidades do público masculino na saúde brasileira e a pouca implicação no incentivo dos homens no exercício de sua saúde.

Ainda, é marcante a presença da defesa à interseccionalidade e à perspectiva relacional de gênero, compreendendo que a construção do masculino também deve ser analisada a partir da influência dos modelos culturais de feminilidade. No trecho abaixo, defende-se a perspectiva relacional de gênero na política como possibilidade de quebra de estereótipos sobre o masculino e de atuação sobre vulnerabilidades.

“Há uma necessidade que o gênero seja visto numa perspectiva relacional. Numa cultura, um homem se afirma mais como homem na medida em que mais se aproxima do modelo hegemônico de masculinidade. No entanto, a formação do ser homem também se relaciona com o modelo do feminino. (...) Na medida em que no ser homem, marcas identitárias femininas são incorporadas talvez o homem (aderido ao modelo hegemônico) não seja tão vulnerável. (Brasil, 2008, pág. 04, grifo nosso)”

Sobre os relatos observados acima, percebe-se que estes são oriundos, principalmente, da perspectiva das ciências sociais aplicadas à saúde, abordando problemáticas sobre os sujeitos como configuradas a partir de processos socioculturais, ou seja, a saúde dos homens seria reconhecida tanto em sua ordem natural como cultural.

Defendida por comentadores do documento, a perspectiva relacional de gênero entende que os gêneros são construídos como corpos socialmente diferenciados entre sexos opostos. Desse modo, a divisão entre os sexos entendida como algo natural

permite a consolidação de esquemas de percepção, pensamentos e ação universalmente partilhados com o grupo.

A lógica paradoxal sobre o masculino (ativo, dominador, forte, agressivo e etc.) e o feminino (passivo, submisso, fraco, pacífico e etc.) acaba por existir pelos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres e os homens; representações sociais entendidas por cada indivíduo nas relações exercidas de homens com outros homens, de mulheres com outras mulheres, e de homens com mulheres.

Assim, alguns comentadores defendem que na PNAISH deve-se ampliar os conhecimentos e as práticas da saúde coletiva no que diz respeito às perspectivas relacionais de gênero, incluindo-se os homens e atuando sobre representações sociais existentes que trazem prejuízos para a saúde física, psíquica e social deles e de outros e outras.

O conceito de masculinidade hegemônica discutido por autores como Connell e Messerschmidt (2005) é utilizado nos comentários presentes na consulta pública. A masculinidade hegemônica é aquela que encarna o caminho atualmente mais valorizado de ser homem e exige que todos os homens se posicionem em relação a ela, ideologicamente legitimando a subordinação global das mulheres aos homens. Ou seja, esta masculinidade é hegemônica em relação a outras masculinidades e à ordem de gênero em geral, alcançada através da cultura, instituições e meio social. Nessa perspectiva, o policiamento da heterossexualidade se torna uma das esferas centrais, promovendo a exclusão e a subordinação dos homens que não seguem a ordem hegemônica (homossexuais, bissexuais, transexuais e etc.) (Connell e Messerschmidt, 2005).

Em especial ao tratar a respeito da **saúde sexual e reprodutiva**, a pluralidade e incongruência de discursos, do que é “ser homem” e do que é importante aos homens, se tornam mais evidentes. Discursos epidemiológico e biomédico estão fortemente presentes, enfatizando o adoecimento do aparelho genital, o exercício do sexo e pouco discutindo a sexualidade enquanto experiência marcada por gênero.

Como verificado nos trechos a seguir, a atividade sexual é abordada como meio de engajamento do homem nas questões relativas à sua saúde, apresentando uma visão bastante restrita de sexualidade.

A representação do homem como sexualmente ativo, viril, permanentemente com a libido exacerbada, é difundida em alguns trechos do texto dos colaboradores, onde a experiência sexual masculina é apresentada como dissociada da afetividade. Assim, uma representação estereotipada do masculino permanece sendo (re)produzida, podendo, assim, esse saber médico inscrever o modo como homens constituirão a própria subjetividade, sendo levados a acreditar que “o ser homem” e a qualidade de vida estão associados à potência sexual e ao exercício sexual regular e satisfatório.

Seguindo essa compreensão, Foucault (1977) defende que o sujeito experiencia a si mesmo em um jogo de produção de verdade, por meio de práticas e técnicas presentes nos diversos segmentos da sociedade, na relação consigo e com o mundo externo. Desse modo, no cotidiano, com a exploração da intimidade das pessoas, saberes e discursos médicos atuam como guardiões da verdade e impõem aos homens – por meio do controle dos processos vitais do corpo e mente - as verdades nas quais devem se reconhecer e pelas quais são reconhecidos.

“Ao investir na saúde geral do homem, a possibilidade de reassunção da atividade sexual é um importante fator motivador no tratamento da obesidade e seu corolário cardiovascular. (Brasil, 2008, pág 14, grifo nosso)”

“Pesquisas da OMS identificam a saúde sexual como o fator que mais interfere na qualidade de vida do homem. Algumas pesquisas chegam à conclusão de que a essência da vida masculina é o pleno exercício da sexualidade, especificamente sem subjetivismo, a presença da potência sexual. (Brasil, 2008, pág. 15, grifo nosso)”

“Instituir tratamentos secundários ou até mesmo terciários (bombas de vácuo, injeções intracavernosas, implantes penianos etc), no mínimo, é decretar

antecipadamente a morte sexual do paciente (Brasil, 2008, pág. 14, grifo nosso)”.

Ainda pode ser percebido a presença marcante da perspectiva biomédica nos discursos sobre a sexualidade ao se discutir o adoecimento do aparelho reprodutivo masculino e disfunção erétil devido a aspectos fisiológicos. Além disso, está presente o direcionamento das intervenções ao controle dos comportamentos, muitas vezes ignorando o contexto sociocultural existente.

“As principais causas da disfunção erétil são orgânicas e estão associadas ou correlacionadas com traumas, cirurgias e doenças que de algum modo comprometem os vasos sanguíneos, além do câncer na região pélvica (próstata, intestino, bexiga). As principais alterações de saúde, comumente denominadas de doenças cardiovasculares, são: diabetes, hipertensão arterial, aterosclerose, níveis elevados de gorduras na circulação sanguínea (colesterol, triglicérides). Essas doenças isoladamente podem ter causas genéticas ou serem decorrentes de hábitos inadequados de vida (Brasil, 2008, pág. 15).”

“O homem moderno já está bastante conscientizado da importância da realização globalizada de exames médicos preventivos. O principal exame seria a avaliação da próstata, visando detectar um tumor na fase mais precoce possível. O resultado de tal procedimento tem permitido que mais e mais indivíduos vençam a luta contra o câncer e continuem a viver com dignidade e qualidade de vida (Brasil, 2008, pág.15).”

Além de discursos normativos quanto à conduta dos homens no que tange à disfunções eréteis e ao exercício da sexualidade, também se observam discursos contrários, relativizando e buscando problematizar crenças arraigadas sobre o

masculino e reafirmando o processo de aprendizagem sociocultural, permeado pelas marcas de gênero que modelam as representações e práticas no campo da sexualidade.

“No item 5.7.2 a importância dada ao tumor de próstata precisa ser relativizada pois como explicitado nas tabelas 7 e 8 é um tumor extremamente freqüente mas com relativamente pouco perigoso se comparado a tumores do aparelho digestivo e respiratório que são menos frequentes mas muito mórbidos (Brasil, 2008, pág.18).”

Questiona-se também a manutenção de papéis masculinos hegemônicos, a heterossexualidade compulsória e a falta de discussões a respeito de diversidade sexual e identidade de gênero, assim como defendendo o exercício da sexualidade em uma perspectiva de direitos e desassociado da função reprodutiva e da prevenção de doenças.

“Lado a lado com o justo direito à paternidade, os homens têm o dever e a responsabilidade de planejar/evitar a reprodução e, quando for o caso, cuidar dos filhos. É necessário incluir aqui a adoção e a reprodução assistida (com arranjos que incluem mulheres) para casais gays e homens solteiros. (Brasil, 2008, pág. 16)”

“5.6 Direitos sexuais e direitos reprodutivos

Data: 14/09/2008

Comentário: Nesse tópico não ficou contemplado a população GLBT

Justificativa: É cada vez mais evidente as manifestações por direitos do grupo GLBT (...). (Brasil, 2008, pág 14)”

“Comentário: Nos objetivos relativos à assistência em saúde sexual, seria importante incluir ações voltadas para a saúde sexual em geral, sem necessariamente se ligar a saúde reprodutiva ou a prevenção de doenças sexuais.

Justificativa: O fato da construção de uma perspectiva de sexualidade prazerosa que não traga risco para si e para os outros e, que seja reflexo do exercício de direitos de uma sexualidade plena ser pouco trabalhada (Brasil, 2008, pág 24)”.

A reprodução, trazida em 13 ocasiões (30%), e a prevenção de ISTs, presente em duas (4%), são citadas, mas pouco aprofundadas na maioria dos fragmentos. Em um trecho, a prevenção de ISTs é destaque ao tratar da necessidade de se nortear as ações de saúde desenvolvidas no sistema prisional, visto que os homens em situação prisional se encontram em vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis.

Quando a saúde reprodutiva é mais debatida, é destacada a necessidade de maior participação dos homens na contracepção. A participação paterna no pré-natal e no parto é apenas citada em um trecho da consulta pública.

"Faz-se necessário compartilhar a responsabilidade das mulheres sobre as práticas contraceptivas, assegurando aos homens o direito à participação no planejamento reprodutivo (...) (Brasil, 2008, pág 17).”

“3) é importante garantir estrutura física e rotinas que permitam a participação dos homens no pré natal, parto e acompanhamento de seus filhos: cadeiras, banheiros, divisórias, horários, etc (Brasil, 2008, pág 27).”

Ainda, a paternidade é temática pouco discutida na Consulta Pública, em apenas três trechos (7%). Nas ocasiões em que aparece, destaca-se a abordagem da igualdade

de responsabilidades na parentalidade e do direito à paternidade, bem como o aspecto afetivo da relação pai/filho (a).

“Lado a lado com o justo direito à paternidade, os homens têm o dever e a responsabilidade de planejar/evitar a reprodução e, quando for o caso, cuidar dos filhos (Brasil, 2008, pág 16).”

“(...) 2) A paternidade afetiva e o envolvimento dos homens nas ações de cuidado tem repercussões importantes na saúde do próprio homem (Brasil, 2008, pág 27).”

Comparando-se o texto da PNAISH anterior à Consulta Pública e o texto final do documento-base da PNAISH, observam-se poucas modificações. Não foram encontradas alterações significativas de conteúdo, havendo, principalmente, sintetização do texto e modificações na escrita, mantendo-se a perspectiva original.

Por exemplo, o item 5.7.2 do documento-base da PNAISH anterior à consulta, como já discutido, trouxe críticas à ênfase dada ao tumor de próstata, problematizando o fato deste ser freqüente, mas relativamente pouco perigoso, se comparado a outros tumores menos frequentes e muito mórbidos. Abaixo encontram-se as partes do texto original e do texto final que discutem as neoplasias de próstata e pênis.

“No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata, como se pode observar na Tabela 7.

O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.

Uma estimativa realizada pelo INCA para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma (Tabela 8). (...)

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima. No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo Estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et al, 2007), em que sua incidência supera até a do câncer de próstata.

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária. (Brasil, 2008, pág. 25 e 26)”

Como se pode observar, na versão final do documento-base não houve qualquer modificação considerável no texto, que abrangesse a crítica recebida.

“No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata, como se pode observar na Tabela 6. (...)

O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.

Uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma (Tabela 7). (...)

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima. No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et al, 2007), em que sua incidência supera até a do câncer de próstata.

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

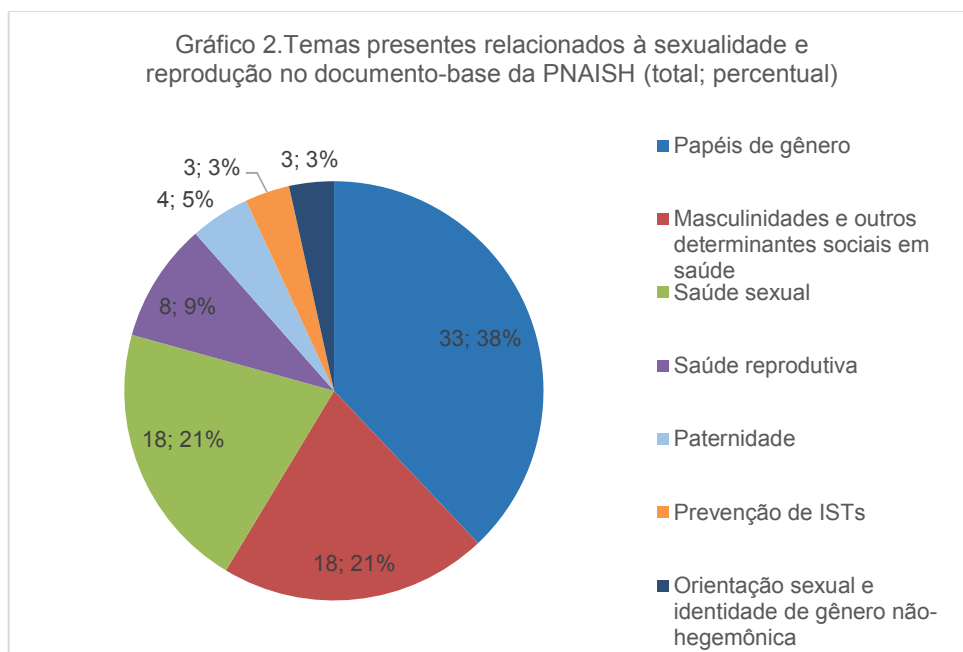
A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária (Brasil, 2009a, págs. 36 e 37)”

7.2 PNAISH

A leitura do documento-base da PNAISH possibilitou observar a permanência de diferentes discursos, como destacado na análise da Consulta Pública e já demonstrado por Carrara et al (2009), que, em muitos momentos, se contrapõem, se contradizem e rivalizam.

Foram encontrados 87 fragmentos relacionados a papéis de gênero (33 trechos), a masculinidades e outros determinantes sociais em saúde (18 trechos), saúde sexual (18 trechos), saúde reprodutiva (oito trechos), paternidade (quatro trechos), orientação

sexual e identidade de gênero não-hegemônicas (três trechos) e prevenção de ISTs (três trechos) no texto final do documento-base da PNAISH; como se pode observar no gráfico 2.



33 (38%) dos trechos selecionados tratam dos papéis estereotipados de gênero, aspectos comportamentais e determinados por gênero que vulnerabilizam os homens. Além disso, 18 (21%) trechos destacam a interrelação de outros determinantes sociais, além de gênero, sobre a saúde dos homens, como: raça, classe, geração e deficiência.

Observa-se, assim, um importante espaço no texto em que é trazida discussão sobre o caráter social do adoecimento do homem, utilizando a perspectiva de gênero e abordagem relacional como embasamento teórico, principalmente na Introdução do documento. Seguindo tal perspectiva, os homens são defendidos como sujeitos que têm necessidades de saúde e direitos a serem garantidos, dentre esses os sexuais e reprodutivos.

Pode-se trazer como hipótese que esta discussão é utilizada como argumentação sobre a validade/necessidade da Política, uma vez que, como já discutido, esta não foi construída a partir de demandas do público-alvo e de luta dos movimentos sociais.

Argumenta-se que a não adesão às intervenções em saúde ocorre devido, entre outras razões, ao papel social de provedor, à crença na invulnerabilidade e não aceitação da fragilidade física. Além disso, os serviços não ofereceriam ações que pensem o homem, ainda seriam espaços “feminilizados” que não reconheceriam os homens como público-alvo (Couto et al., 2010).

A temática da reprodução e paternidade é explicitamente apresentada como questão que exige uma abordagem relacional de gênero. Observa-se um discurso de defesa da necessidade de se mudar o lugar habitual do homem de “apoiador” nas questões relacionadas à vida doméstica, criticando-se a responsabilização das mulheres pelas questões reprodutivas e de cuidado, que tradicionalmente recaem sobre elas.

No entanto, apesar de se considerar a saúde reprodutiva e de se enfatizar a importância dessa incorporação dos homens como meio de mudança de padrões estereotipados de gênero, a temática da reprodução aparece em apenas 9% dos fragmentos analisados na Política. Dentre estes, percebe-se que em seis fragmentos encontram-se referências à contracepção e ao planejamento familiar, temáticas já conhecidas como principais assuntos nos quais os homens são alvo em estudos sobre saúde reprodutiva.

A discussão sobre contracepção e planejamento familiar pode indicar defesa aos direitos reprodutivos e uma tentativa de maior envolvimento dos homens em questões relativas ao planejamento familiar, mas também a permanência de antigas representações sobre os homens. Ou seja, por meio de mecanismos prescritivos e normativos se exerce controle sobre esses homens, vistos como permanentemente ativos sexualmente, e realiza-se a inquisição do sujeito no sentido da reflexão sobre seus modos de vida e da autoregulação da conduta (Foucault, 1982).

Em relação à paternidade, quatro trechos (5%) tratam explicitamente dessa questão, enfocando a necessidade de mudança de comportamento dos homens e de quebra de padrões culturais que impedem o envolvimento dos homens nas questões relativas aos cuidados dos filhos (as).

“Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável; (...) (Brasil, 2009a, pág. 54)”

A valorização do homem como sujeito de direitos reprodutivos e, principalmente, como alguém que integra o processo de criação e desenvolvimento dos/as filhos/as vai se constituindo em meio às desigualdades de gênero, aceitas e legitimadas no âmbito da cultura, inclusive presente nos ambientes de saúde. As diferenças entre o que se espera de homens e mulheres em relação ao cuidado dos/as filhos/as estão constantemente sendo marcadas no cotidiano dos serviços de saúde e, desse modo, essa diferenciação segue sendo (re)produzida nos serviços, atribuindo apenas às mulheres a responsabilidade para com as crianças desde a gestação e invisibilizando os homens nas ações de cuidado.

Assim, pode-se compreender que para que homens sejam mais participativos nos cuidados e utilizem mais os serviços de saúde, necessita-se um trabalho de mudança cultural mais ampla, o que não está sinalizado na introdução do documento-base da PNAISH, onde a Política reafirma uma condição masculina de dificuldades de reconhecimento das suas demandas:

“Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde da criança, o adolescente, a mulher e o idoso. (Brasil, 2009a, pág. 14)”

Para romper com as representações que distanciam os homens dos serviços de saúde ou o colocam numa posição secundarizada no ato de cuidar de seus filhos e filhas, a PNAISH, em seu documento-base, demarca a necessidade de buscar subsídios para que os homens “aprendam” a cuidar de si e dos/as filhos/as, são buscados mecanismos e prescrição e normatização para que estes se tornem responsáveis e participativos; bem como incentiva ações que visem promover maior participação e inclusão dos homens nos espaços de saúde, locais em que os/as profissionais precisariam assumir uma postura diferenciada.

Assim, os/as profissionais da saúde exercem um papel importante no exercício do biopoder, práticas e correlações de forças que visam maior presença dos homens nos serviços de saúde e nas ações de saúde sexual e reprodutiva. A respeito dessa relação entre os homens e a assistência em saúde, Couto et al (2010) afirmam a necessidade de se discutir a (in)visibilidade dos homens nos serviços de saúde em APS a partir de gênero, como ordenador de práticas sociais. Atributos relacionados ao masculino, impostos socialmente e (re)produzidos pelos usuários – como invulnerabilidade, baixos autocuidado e adesão às práticas de saúde, impaciência, entre outros - tornam os espaços de saúde "generificados" e potencializam desigualdades sociais, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de APS são espaços feminilizados.

Como discutido, ao longo da PNAISH, são apresentados diversos estudos que justificariam a necessidade de reconhecimento das relações entre gênero e saúde ao se tratar da saúde de homens. Todavia, uma análise crítica da Política permite observar limites da abordagem de gênero assumida, pois acaba por seguir demarcando as diferenças construídas entre homens e mulheres, ao realçar espaços que seriam entendidos como femininos e outros como masculinos e ressaltar, ainda mais, a desigualdade e binarismos no meio social e cultural, quando produz significados e sentidos generificados para masculinidades e feminilidades.

Ao tratar a questão da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, que aparece em três fragmentos (3%) da Política, apenas o grupo populacional adolescente é especificamente abordado como um “grupo sob vulnerabilidade” que necessita ser

engajado em práticas de prevenção de ISTs e de planejamento familiar, porém também não aprofunda a discussão sobre o modo como as ações educativas devem ser pensadas e em como se deve incluir o jovem. Além disso, ao abordar o planejamento familiar, a política apresenta, em contraponto, a defesa à autonomia para escolhas em relação reprodução, independente da moral e preconceitos do profissional de saúde. No entanto, a PNAISH apresenta maior focalização na contracepção deste grupo.

“Na adolescência, há uma predisposição aos agravos à saúde pela não adoção de práticas preventivas (gravidez indesejável, DST/Aids) e por maior exposição a situações de risco (uso de drogas, situações de violência). (Brasil, 2009a, pág. 30)”

Assim como ao considerar os adolescentes, questões relacionadas a saúde sexual e reprodutiva são trabalhadas a partir da interseccionalidade de determinantes sociais também em relação a outros grupos. Discute-se a necessidade de avançar no envolvimento de diferentes homens, com suas especificidades, no cuidado da saúde visando alcançar a equidade de gênero.

“Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; (Brasil, 2009a, pág. 75)”

Ainda em relação às especificidades dos grupos, são discutidas as vulnerabilidades dos homens com deficiência ligadas ao não exercício da masculinidade hegemônica por esses homens. Assim como é defendido que o homem

idoso, apesar de fragilizado em função da perda da virilidade, também pode exercer sua sexualidade.

Chama a atenção o fato de que apenas ao tratar dos homens que não detêm essa “característica primordial”, a potência sexual, defende-se a sexualidade ampliada - não reduzida aos genitais, à reprodução e à virilidade – podendo demonstrar que essa discussão é algo secundário para a Política. Esses pontos são exemplificados nos trechos abaixo:

“A pessoa com deficiência é muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a expõe a riscos em relação à sua saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência física e/ou cognitiva, o que decorre na extrema vulnerabilidade do homem deficiente à violência e exclusão. (Brasil, 2009a, pág. 27)”

“Em relação à terceira idade, as pessoas devem ser consideradas como sujeitos de direitos sexuais, reconhecendo que o exercício da sexualidade não é necessariamente interrompido com o avanço da idade. A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas (Brasil, 2009a, pág, 29)”

Há apenas neste trecho da PNAISH uma defesa da vivência de sexualidade independente de sua função reprodutiva, discutindo a diversidade dos modos de vivência da sexualidade e a importância da desconstrução da compreensão da sexualidade baseada no coito e na compulsoriedade da heterossexualidade. Essa defesa é feita sob uma perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

Questões relativas à saúde sexual aparecem em 18 dos trechos (21%) analisados, número superior aos 12 fragmentos (14%) relativos à reprodução e paternidade.

Heilborn (1999) discute as diferentes relações que homens e mulheres têm com o sexo, o que parece estar reproduzido na política de saúde dos homens.

A sexualidade é constituída, primeiramente, em uma oposição estruturante no universo cultural brasileiro entre a iniciativa masculina, sendo a representação do homem como sexualmente ativo e permanentemente desejoso de sexo; e a passividade entre as mulheres. Também, a atividade sexual masculina é um aspecto importante para a constituição da virilidade, onde o sexo dissociado da experiência afetiva aparece como um aprendizado técnico para os homens. Na perspectiva feminina, a atividade sexual reveste-se, sobretudo, pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso (Heilborn, 1999).

Isto posto, pode-se refletir sobre a menor ênfase sobre a inclusão dos homens nas questões reprodutivas. Tal indagação pode ser levantada ao se considerar o fato de que a temática da reprodução ao longo da história tenha se estruturado com a ausência do masculino e de que os estudos focalizados nos homens sempre privilegiaram a sexualidade, a prática sexual e a potência sexual masculina (Couto e Gomes, 2012).

Ainda, assim como já se pôde observar na Consulta Pública, percebe-se grande ênfase nos fragmentos relativos à saúde sexual em aspectos relacionados aos órgãos sexuais masculinos, 11 fragmentos, atribuindo maior importância à potência sexual e a manutenção da capacidade de ereção, estando presente, inclusive, entre os Objetivos específicos da Política:

“• Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; (Brasil, 2009a, pág. 54)”

Ainda, considerando a forma como a sexualidade masculina se torna objeto na PNAISH, sobressaindo-se entre os indicadores de mortalidade e morbidade e entre seus objetivos a atenção aos órgãos genitais masculinos, pode-se questionar a emergência de um cuidado em saúde biologizante. Estrutura-se a medicalização do corpo masculino a partir dessa genitalização do homem. Ocorre, assim, uma

intervenção política da medicina sobre o corpo individual e coletivo, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pela Medicina.

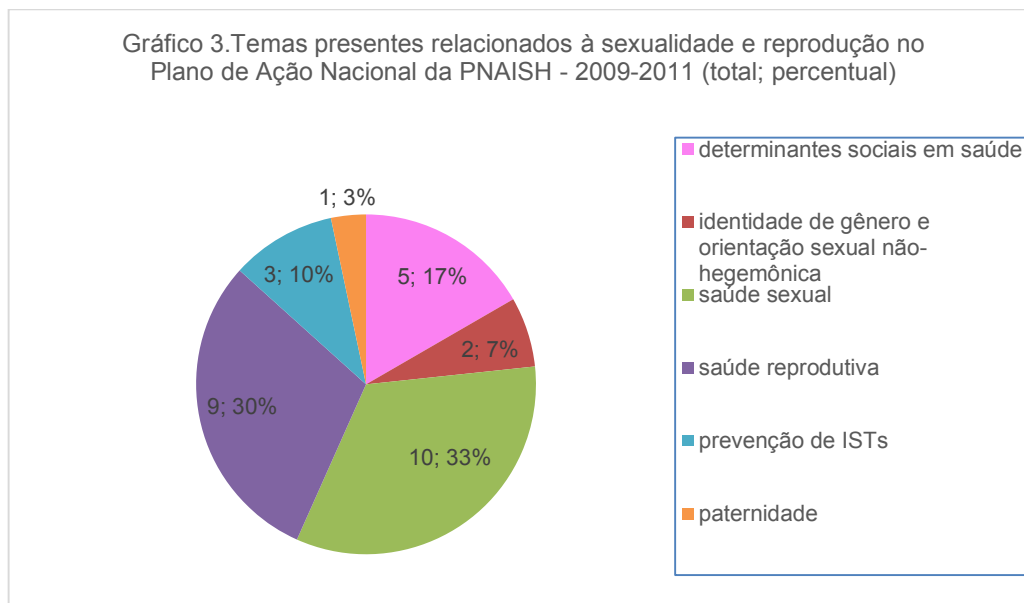
7.3 Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Plano de Ação Nacional PNAISH – 2009-2011

O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Plano de Ação Nacional (2009-2011), documento direcionado a Gestores, as Comissões Intergestores Bipartite - CIBs, Colegiados de Gestão Regional - CGR e Conselhos, marca a implantação da PNAISH ao nortear esses profissionais no desenvolvimento de estratégias, ações e metas para que os serviços de saúde atendam homens de 20 a 59 anos, elencando, em cada um dos nove eixos, “ações prioritárias”.

Em relação à implantação, o Plano de Ação Nacional prevê o apoio na elaboração de Planos de Ação estaduais e municipais e a transferência de 75 mil reais, com repasse através do Fundo Nacional de Saúde para cada Estado e para cada um dos 26 municípios selecionados, visando à produção local de processos de planejamento de ações (Leal et al, 2012).

Como explicitado por Leal et al (2012), após a construção do documento-base, com suas diretrizes e princípios, fez-se necessário voltar-se às ações, pensando em uma formulação que abarque todo território nacional e interrelações entre as três esferas de governo. O Plano Nacional apresenta processos institucionais que constituem uma estrutura de operacionalização e organização do tempo para implementação da Política nos Estados e Municípios.

A partir da leitura do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pôde-se ter uma visão importante do direcionamento pretendido por figuras-chave da construção da PNAISH (representantes de sociedades médicas e da sociedade civil, universidades, gestores estaduais e municipais, profissionais da saúde, além das Secretarias do Ministério da Saúde) para a implantação da Política.



Foram encontrados 30 fragmentos relacionados à sexualidade e reprodução, distribuídos nas categorias: determinantes sociais em saúde (cinco trechos), identidade de gênero e orientação sexual não-hegemônica (dois trechos), saúde sexual (10 trechos), saúde reprodutiva (nove trechos), paternidade (um trecho) e prevenção de ISTs (três trechos).

Considerando os desdobramentos da implantação da PNAISH, nota-se que aspectos medicalizantes que já aparecem na construção do documento final da política ganham um espaço maior com o Plano de Ação Nacional (2009-2011). Ao tratar a saúde dos homens e, mais especificamente, da sexualidade e reprodução percebe-se um enfoque sobre a mudança do comportamento, atitudes e conduta dos indivíduos visando estilos de vida considerados mais saudáveis; cabe ainda destacar a presença de discursos de defesa da responsabilização individualizada sobre a conservação do corpo e do investimento sobre os indivíduos na promoção da saúde.

No Eixo III do Plano de Ação Nacional da PNAISH (2009-2011), intitulado Informação e comunicação, por exemplo, tem-se como objetivo geral o estímulo ao autocuidado entre a população masculina, através de informação, educação e

comunicação. Mais especificamente, são propostas metas em relação ao autocuidado, tais como:

“C.1.2.1. (*) Realizar a Semana de Promoção da Saúde do Homem, iniciando-a por meio de uma Campanha a nível nacional, em agosto de 2009, com o objetivo de sensibilizar a população masculina e suas famílias, promovendo o auto-cuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.”(Brasil, 2009b, p.13).

Entretanto, são pouco explícitas quais estratégias os serviços e profissionais de saúde poderiam utilizar nos Estados e municípios para a promoção da presença de homens dentro dos serviços de atenção básica, acolhendo-os integralmente, bem como as ações de informação e educação em saúde para estímulo ao autocuidado. O Plano de Ação da PNAISH também não apresenta uma proposta de avaliação referente aos seus resultados e impactos para que os/as profissionais de saúde possam ter parâmetros para implantação e acompanhamento de estratégias de atenção à saúde para homens.

Em relação a perspectiva voltada aos aspectos socioculturais e sócio-sanitários, presente no plano de ação em cinco fragmentos na categoria determinantes sociais em saúde e em dois fragmentos na categoria identidade de gênero e orientação sexual não-hegemônica, observa-se um discurso de destaque à influência das especificidades socioculturais e de gênero, de modo interseccional, sobre a saúde de homens, possibilitando a reflexão e o desenvolvimento de ações tanto sobre os estilos de vida como sobre as condições sociais.

No entanto, pode-se destacar a menor ênfase dada a essas categorias em relação à outras, mais voltadas a um discurso biomédico. Ainda, percebe-se a ausência de direcionamento de ações em serviços com uma perspectiva sociocultural.

“Desenvolver trabalhos articulados com os programas/ políticas e movimentos sociais de grupos específicos de homens: populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, em conflito com a lei, de rua, do campo e da floresta, ciganos, entre outros. D.2.1. Promover o desenvolvimento de estudos para a promoção da saúde que contemplem a diversidade dos homens, em parceria com a sociedade civil organizada. D.2.1.1. Apoiar a elaboração de no mínimo, 5 estudos para a promoção da saúde para grupos específicos da população masculina, até o final de 2011. D.2.1.1.1. Elaboração de estudos/pesquisas. D.2.1.1.1.1. Número de estudos/ pesquisas elaborados até o final de 2011.(Brasil, 2009b, p. 15)”

Em relação à saúde reprodutiva, observam-se nove fragmentos (30%) nos quais esta temática é abordada, apresentando-se maior espaço à esta temática. Assim como na Consulta Pública e no documento-base da Política, o principal sentido atribuído à participação do homem na saúde reprodutiva é o envolvimento dos homens na contracepção. Em quatro dos fragmentos do Plano de Ação há a abordagem de aspectos relacionados à contracepção, com a presença em muitos dos trechos de discursos em defesa do envolvimento dos homens. Para isso, são defendidos a promoção da contracepção cirúrgica, investimentos em preservativos, realização de campanhas e apoio a programas, projetos e atividades para sensibilização da população.

Ao tratar do planejamento reprodutivo, observa-se um enfoque maior em estratégias para o envolvimento, responsabilização e controle individualizado sobre o exercício do sexo e reprodução. Dentre estes três trechos, destaca-se um no qual é falado especificamente sobre a sensibilização do homem sobre seu papel na paternidade.

“C.1.3. Estimular os homens a participarem efetivamente do planejamento da vida sexual e reprodutiva. C.1.3.1. Realizar uma campanha nacional de sensibilização da população masculina, em 2009/2010. C.1.3.1.1. Realização da campanha para sensibilizar o homem quanto ao seu papel na família: paternidade e planejamento da vida sexual e reprodutiva. C.1.3.1.1. Campanha realizada em 2009/2010. (Brasil, 2009b, p. 14)”

Aspectos relacionados a prevenção de ISTs apenas são explicitamente levantados em um fragmento, no qual se levanta a possibilidade de parceria com programas já existentes e estruturados, nos quais os homens já têm sido foco.

Sabe-se que o tema da sexualidade masculina tem sido foco central na produção científica em saúde do homem, estando a sexualidade infectante como um dos principais núcleos de sentido ao tratar esse tema. Gomes e Nascimento (2006) consideram que essa associação entre sexualidade masculina e infecção ocorre devido a uma superior participação dos homens em comparação às mulheres nos perfis epidemiológicos das ISTs. Assim, a epidemia da Aids motivou a inserção dos homens nos debates sobre saúde sexual e, nesse sentido, a compreensão do modelo hegemônico de masculinidade contribuiu para a análise das vulnerabilidades a que os homens podem estar expostos e possíveis comportamentos de riscos.

No entanto, observa-se que a abordagem sobre as doenças infecciosas sexualmente transmissíveis e sobre os “ditos” grupos de risco contribuíram para que estes fossem estigmatizados. Assim, a Aids tem sido representada pelo senso comum como doença de pessoas com comportamentos considerados sexualmente desviantes, como: homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas. Especificamente no que tange à abordagem da sexualidade masculina, observou-se que os estudos, ao tratarem do exercício do sexo por homens como campo propenso à transmissão de infecções, focalizaram mais as questões de doença do que as de saúde propriamente dita (Gomes e Nascimento, 2006).

Observando esse cenário de construção da abordagem sobre as ISTs, percebe-se que a sexualidade, historicamente, aparece muito mais como vilã do que como protagonista para a construção de relações saudáveis entre as pessoas; o que nos cabe questionar sobre as possibilidades de intervenção relacional, em uma perspectiva de gênero, sobre o campo da sexualidade.

“E.6. Trabalhar com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para proteger o homem contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids. A ATSH apoiará e participará de programas, projetos e atividades do Programa Nacional de DST/aids e incorporará o Programa na elaboração dos programas, projetos e atividades relacionados à saúde da população masculina (Brasil, 2009b, p. 19).”

Ainda, a saúde sexual segue sendo uma das principais temáticas abordadas. É apenas levantada sob uma perspectiva fisiológica em quatro trechos, defendendo o combate às disfunções sexuais como modo de conservação da saúde masculina. Tal centralidade, que já está presente no documento-base da PNAISH e entre os discursos de muitos colaboradores da Consulta Pública, encontra-se entre as metas iniciais do Plano.

Pode-se questionar esta redução ao considerar o risco de se tornar outros agravos à saúde masculina que não aqueles diretamente relacionados ao aparelho genital masculino invisíveis. Problemas no sistema circulatório, mais comuns entre os homens, por exemplo, podem não ser percebidos como parte do que se denomina saúde dos homens. Ao se eleger o câncer de próstata e a disfunção erétil como os problemas centrais da saúde dos homens pode estar se deslocando o foco de outros grandes problemas que comprometem a saúde masculina, como também se reduz a sexualidade masculina ao aspecto físico, adoecido, sem levar em conta ações de promoção da saúde. Além de contribuir para o avanço da medicalização do corpo masculino, em especial no que tange à sua sexualidade e à impotência sexual.

Ainda, observa-se que ao tratar das questões relativas ao aparelho genital masculino, tem-se um enfoque em procedimentos médicos voltados à atenção secundária e terciária, contrário ao discurso preventivo e de integração da PNAISH à Política Nacional de Atenção Básica.

“E.5.2. Promover o número de consultas e procedimentos para o diagnóstico e tratamento das doenças do trato genital masculino. E. 5.2.2.(*). Ampliar em 20% ao ano o financiamento, para disponibilizar um maior número de ultrasonografias transretais, passando de 78 mil, em 2008, para 93 mil, em 2009 e 110 mil, em 2010, como um apoio ao diagnóstico de neoplasias da próstata. E.5.2.1.1. Realização de consultas a nível ambulatorial. E.5.2.1.1.1. Número de consultas em 2010 e 2011 (Brasil, 2009b, p. 18).”

Esse enfoque na potência sexual e fisiológica se mostra contraditório a partir do momento em que é apontado em inúmeros momentos nos documentos relacionados à política que um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens é a centralidade da ideia de invulnerabilidade e potência na construção da masculinidade hegemônica. No entanto, ao centrarem a saúde dos homens na potência sexual, o plano acaba reforçando a importância de valores que supostamente a PNAISH pretende combater. Paradoxalmente, procura-se atrair os homens aos cuidados de saúde utilizando como atrativo a resolução de problemas ligados a potência sexual, ou seja, os problemas considerados segundo valores que os afastaria de tais cuidados e que compõem os fundamentos mesmos da masculinidade hegemônica, reforçando tais valores.

A questão da saúde sexual enquanto direito é apenas levantada em dois trechos, defendendo o combate às disfunções sexuais como modo de conservação da saúde sexual masculina.

Segue-se, assim, a percepção já observada na Consulta Pública e no documento-base da PNAISH da prática sexual como fator fundamental no reconhecimento do ser

homem, legitimando a concepção naturalizada de uma sexualidade masculina acentuada, instintiva e, por vezes, incontrollável; bem como da identidade masculina perdida com a disfunção sexual.

7.4 Materiais de divulgação

Entre os materiais de divulgação disponibilizados no site do Ministério da Saúde chama a atenção a quantidade de materiais dirigidos à paternidade como parte da campanha “Pai presente. Cuidado e Compromisso”, questão esta pouco trabalhada nos documentos Consulta Pública (Brasil, 2008), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes (Brasil, 2009a) e Plano de Ação Nacional (2009-2011) (Brasil, 2009b). O folder “Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Lei do Acompanhante nº 11.108/05. Seja pai, esteja presente!”(Brasil, 2015) e o Cartaz "Seja pai, seja parceiro, Pré-natal, parto e pós-parto também são coisas de homem"(Brasil, 2013i) trazem uma imagem, abaixo, formada por homem e mulher jovens adultos, brancos, em um ambiente hospitalar, logo após o parto de um bebê, ainda envolto pelo vernix caseoso, sobre o colo da mulher. Pelo texto do folder, supõe-se tratar-se de uma imagem de um casal logo após o parto de seu bebê na sala de cirurgia. A mulher com o bebê em seu colo, aparenta envolvimento, abraçando e buscando reconfortar e aquecer o bebê sobre seu corpo. Seu rosto demonstra um misto de cansaço e alegria pelo momento. O homem, central e ao fundo na foto, também sorri, mas dirige seu olhar à câmera, mostra-se um pai presente, mas um pouco mais distante da ligação emocional aparente entre a mãe e a criança.



(Brasil, 2013i; Brasil, 2015)

Além de apresentar essa imagem da experiência do nascimento de um filho na vida de um casal, o texto prega o estímulo ao compartilhamento da parentalidade e à informação sobre o direito de acesso do homem ao espaço do pré-natal e parto, bem como à paternidade. No entanto, chama a atenção, como o discurso sobre a participação do pai no parto acaba recaindo no antigo papel de apoiador, ao invés de incorporar um discurso sobre direitos sexuais e reprodutivos.

“Ao participar do parto você pode **ajudar** a:

- garantir um melhor atendimento para a sua parceira;
- estimular o parto normal;
- diminuir a duração do trabalho de parto;
- diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
- aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- favorecer o aleitamento materno;
- fortalecer o vínculo entre você, sua parceira e o bebê. (Brasil, 2013)”

Outro cartaz, “Tem momentos na vida que você tem todo o direito de ter alguém especial ao seu lado. Peça a companhia do seu parceiro. Lei do Acompanhante nº 11.108/05. Um direito de toda mãe em período de trabalho de parto, parto e pós-parto” (Brasil, 2013j), também traz uma família, aparentemente no pós-parto, e, mais uma vez, reiterando a noção hegemônica de família: consanguínea, heteronormativa e mononuclear. Na imagem, estão mulher e homem, brancos e jovens, com o (a) filho (a) recém-nascido (a). Percebe-se aí que existe um padrão de família para quem a mensagem é dirigida e que é reafirmado como ideal. Novamente, mostra-se a mãe, internada, com a criança em seu colo, aconchegada. Neste caso, pai e mãe voltam seus olhares para criança, sorrindo.



(Brasil, 2013j)

O texto deste cartaz traz mensagem escrita voltada à mãe, incentivando-a a atuar para garantir a presença do parceiro. À mulher cabe a responsabilidade sobre a saúde do parceiro e dos filhos. Nesse caso, a normatização recai sobre as mulheres devido aos estereótipos que lhes são atribuídos, sendo estas o principal alvo das medidas de saúde e da correção da desigualdade de gênero por meio de interpelações e responsabilizações atribuídas pela assistência.

Meyer (2004) argumenta que a visão de mulher e de maternidade produzidas no século XVIII e XIX, com a redução desta às noções de mãe e de cuidadora dos componentes do núcleo familiar e/ ou de saúde da mulher à dimensão de saúde do aparelho reprodutor feminino, é um processo que vem ganhando novas e conflitantes "roupagens" atualmente. A autora observa que há influência sobre a atenção de atributos derivados das lutas feministas e por direitos humanos e de conhecimentos científicos legitimados; assim como de transformações sociais, econômicas e culturais desencadeadas pelo neoliberalismo e pela globalização. Como consequência desses inúmeros discursos e processos presentes há ampliação e complexificação das possibilidades de condutas, modos de cuidar e modos de sentir que dizem respeito ao ser mulher e ao ser “cuidadora”.

A autora ainda aponta a incorporação de uma "linguagem de risco" com e através da qual determinados grupos de mulheres podem vir a ser classificados e valorados como "mães de risco" e, por consequência, transformados em sujeitos-alvo de práticas assistenciais, educativas e de controle (Meyer, 2004).

Assim, os processos educativos constitutivos de programas e ações desenvolvidos nas áreas da saúde, quase sempre voltados para as mulheres, as maiores frequentadoras e /ou usuárias da rede de assistência à saúde, ainda envolvem estratégias de naturalização e legitimação. A partir disso, pode-se considerar que tais representações, considerando-se, exatamente, o contexto das sociedades neoliberais globalizadas, ainda incorpora certo estereótipo de mulher que é cuidadora e única responsável pelos filhos e pela família, recaindo sobre ela a parceria com o estado para as ações de promoção de inclusão social, sendo imprescindível o seu engajamento.

Além disso, pode-se dizer, a partir da leitura dos documentos formulados a partir / pela PNAISH, que a masculinidade a que se volta nos discursos acaba por tomar um caráter heteronormativo. Novos modelos de sexualidade, parentalidade e relação afetiva ou de desejo ainda não recebem espaço suficiente para problematizar e quebrar a lógica de que “haveria apenas um modo adequado, legítimo, normal de masculinidade e feminilidade e uma única forma sadia e normal de sexualidade, a heterossexualidade” (Louro, 2008, p.44).

Assim, questiona-se a permanência de um discurso que prega papéis de gênero muito específicos e distintos para homens e mulheres quando se trata da parentalidade, buscando que homens exerçam uma “paternidade responsável”, mas sem questionamentos sobre a velha “maternidade compulsória” feminina.

Os dois cartazes que fazem parte da campanha “Pai, uma nova vida precisa de você” (Brasil, 2013g; Brasil, 2013h) mostram, em cada um deles, homens jovens carregando seus bebês no colo. Ambos demonstram estar bastante conectados à relação paternal. Um dos cartazes traz um homem negro, sorridente, dirigindo um olhar aproximado e afetuoso para a criança, enquanto esta, em seu colo, brinca com os cabelos do pai.



(Brasil, 2013g; Brasil, 2013h)

Em sua versão em folder, encontra-se ainda uma mensagem favorável a maior inclusão dos homens nos cuidados com os filhos. São mensagens que parecem trazer intenção de mudança de papéis e valores em relação ao lugar do na vida doméstica. No entanto, as mensagens trazem uma conotação imperativa, de mando e controle. São processos de regulação com uma compressão da saúde como uma produção social, com ênfase em incentivo a estilos de vida saudáveis e igualitários, e produziu novas práticas biopolíticas associadas com práticas disciplinares dos corpos.

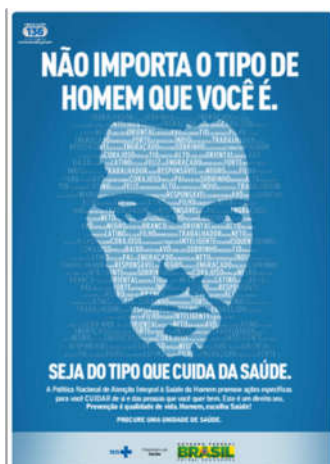
“A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apoia os vínculos dos homens com suas parceiras e seus filhos.

- Participe ativamente do pré-natal, parto e pós-parto.
- Conheça os benefícios do parto normal e estimule esta prática.
- Compartilhe as tarefas diárias de cuidado.
- Demonstre afeto, brinque com seu filho e participe de sua educação. (Brasil, 2013f)”

Observando os dois folders, destaca-se logo no primeiro momento a questão da raça. A articulação de sexo e raça demonstra certo interesse em olhar para diversidade do “ser homem” e das relações familiares.

Assim como na campanha citada acima, que mostram mais de um “tipo de pai”, outros cartazes e folderes do Ministério da Saúde destacam a diversidade do ser homem. Na campanha “Não importa que tipo de homem você. Seja do tipo que cuida da Saúde”, vemos rostos de homens com diferentes características físicas, destacando-se a diferença geracional. Sobre a imagem, ainda há diferentes adjetivos, apontando para a diversidade de “tipos” de homens - não existe apenas um homem a ser representado e contemplado em relação aos cuidados em saúde. Percebe-se que há tentativa incorporação da perspectiva da interseccionalidade nesses documentos.

A interseccionalidade constituiu-se em uma ferramenta teórico-metodológica fundamental para análise dos processos de interação entre relações de poder e categorias como classe, gênero, geração e raça em contextos individuais, coletivos e arranjos culturais/institucionais, apreendendo a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado.



(Brasil, 2013b)



(Brasil, 2013d)



(Brasil, 2013c)

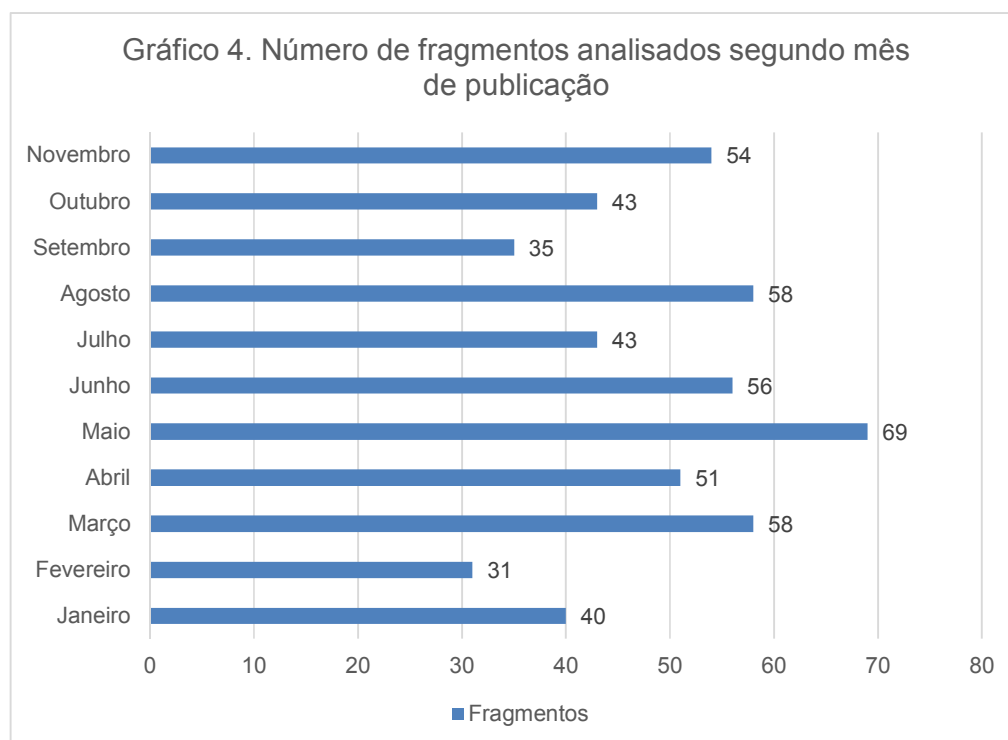
7.5 Publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde na rede social Facebook

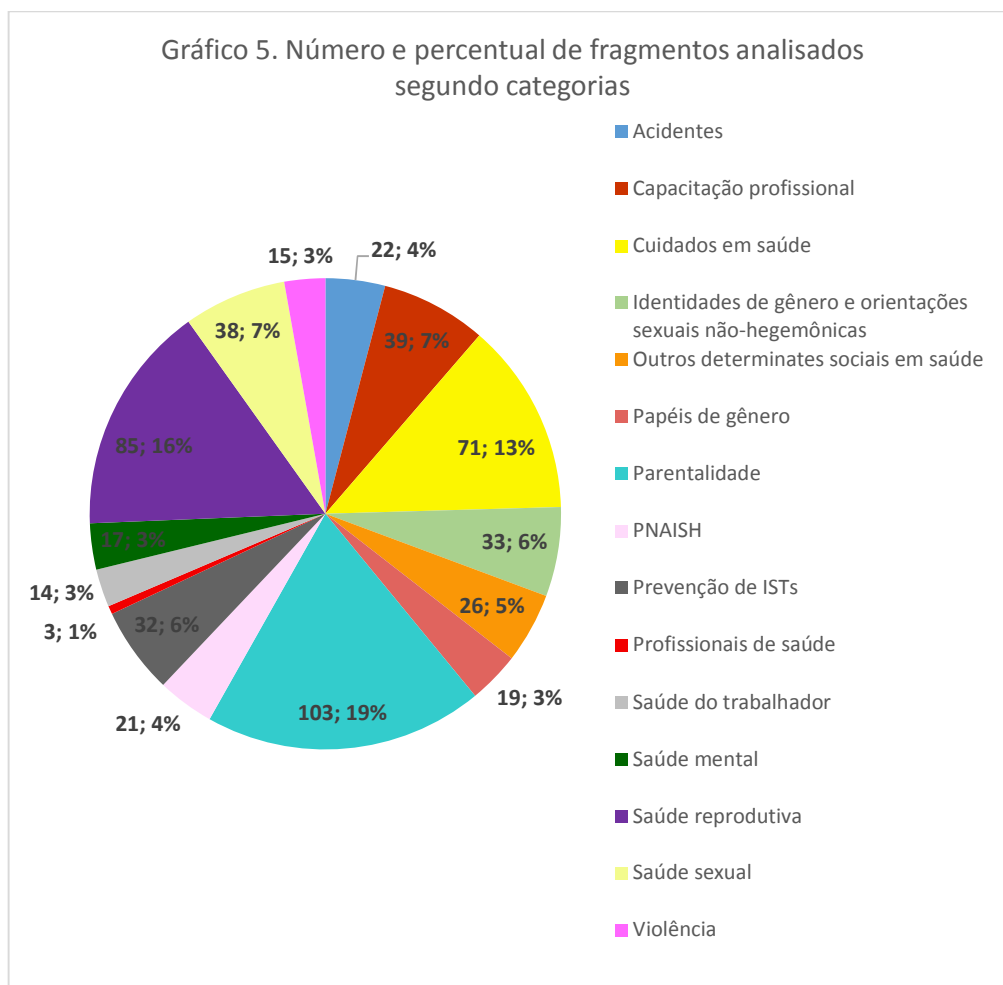
A análise das publicações realizadas nas páginas “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” e “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” da rede social Facebook indica a diversidade de sentidos que uma política pública pode adquirir quando diferentes forças políticas, contextos e atores sociais estão envolvidos na implementação e execução de uma política.

A página Saúde do Homem apresentou 451 publicações em sua página inicial entre 01 de janeiro de 2016 e 30 de novembro de 2016. A partir destas publicações foram delimitados 538 fragmentos em categorias, uma vez que uma publicação poderia se situar em mais de uma categoria.

Abaixo, pode-se observar a distribuição dos fragmentos ao longo do ano de 2016 (entre janeiro e novembro), bem como quantos fragmentos se encontram em cada categoria.

Na página “Saúde do Homem – Ministério da Saúde” foram consideradas outras categorias, além das analisadas nos outros documentos, pois se considerou que, assim, temos uma dimensão mais ampla do que é considerado em saúde do homem nesta página.





A partir dos dados encontrados, observa-se que o maior número dos fragmentos selecionados para análise concentrou-se em maio (69; 12,8%), março (58; 10,9%), agosto (58; 10,9%) e junho (56; 10,4%). Em maio, é grande a diversidade de temáticas trabalhadas, sendo que a principal temática trazida são os acidentes, trazendo a campanha do “Mês de Conscientização para o Alto Índice de Mortos e Feridos no Trânsito”. Em março e agosto, as principais categorias trabalhadas foram a paternidade e a saúde reprodutiva. No mês de março, discute-se, principalmente, a licença-paternidade; e em agosto, são lembradas a comemoração pelo dia dos pais e o mês de Valorização da Paternidade. Em junho, além da paternidade e saúde reprodutiva, é

destaque a discussão sobre as identidades de gênero e orientações sexuais não hegemônicas.

Diferentemente dos documentos anteriores à implantação da PNAISH, Consulta Pública e documento-base da PNAISH, a Parentalidade (19%) e a Saúde Reprodutiva (16%) foram as categorias mais trabalhadas nas publicações.

21 (4%) postagens tiveram como foco a divulgação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Apresentam-se postagens informativas e divulgação de seminários, cursos, fóruns, encontros nacionais, oficinas de capacitação, oficinas de alinhamento que traziam como temática a **PNAISH**; denotando o trabalho ainda realizado para fortalecimento dos estudos em saúde do homem e para consolidação da Política instituída em 2009.

“POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) Há 7 anos, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional. Sua proposta é qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, principalmente pelo fortalecimento e qualificação da Atenção Básica, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis. Confira a publicação completa da PNAISH no link: <http://goo.gl/AaNeer>. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 27 de agosto de 2016) ”

Entre as publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde, destacam-se aquelas que trazem experiências de **cuidados em saúde** dos homens, trazendo ações informativas sobre prevenção de doenças infecciosas e crônicas e

incentivo à presença dos homens nos serviços de saúde e ao autocuidado. Foram encontradas 71 (13%) publicações com esse enfoque.

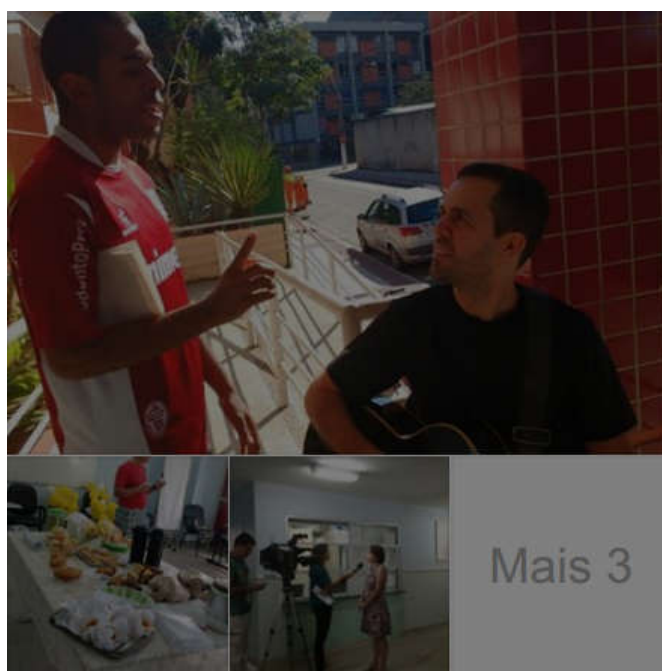
13 destas publicações mostram ações direcionadas aos homens nos serviços de saúde de diversos municípios do país, sendo que cinco foram realizadas em referência ao Novembro Azul e duas relacionadas ao Agosto Azul, campanhas que visam incentivar a presença do homem na saúde.

“No dia 25 de novembro, foi realizada uma ação educativa voltada à saúde do homem na UBSF Malvinas em Sidrolândia-MS. Foram realizadas consultas médicas, aferição de pressão arterial e de glicemia capilar, atualização do cartão de vacinas, testes rápidos para HIV/Aids e DST e a palestra focando na prevenção ao câncer de pênis, próstata, ao diabetes mellitus e hipertensão arterial. #saúde #sus #saúdedohomem #novembroazul #minsáude (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 28 de novembro de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 28 de novembro de 2016)

“O mês de agosto foi todo dedicado às ações que incentivam a presença do homem nas unidades de saúde de Vitória-ES. É a campanha "Agosto Azul", que tem como objetivo alertar a população masculina para os cuidados relacionados à prevenção de doenças e seus agravos. * Diversas atividades foram realizadas: testes de sífilis e HIV, avaliação da saúde bucal, café da manhã, palestras e rodas de conversa. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 07 de setembro de 2016) ”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 07 de setembro de 2016)

A partir desses fragmentos apresentados, pode-se refletir sobre a presença de ações preventivas coletivas, que se mostram descontínuas e esporádicas, sendo executadas, em sua maioria, em determinadas épocas específicas para atingir um público que tem menor acesso aos serviços.

A dimensão preventiva está amplamente presente nessas publicações, trazendo diversas perspectivas: a proteção contra o contágio e o desenvolvimento de doenças;

o tratamento da doença em estágios iniciais; a educação em saúde, atuando sobre os estilos de vida e a mudança de comportamento. O que pode ser encontrado abaixo:

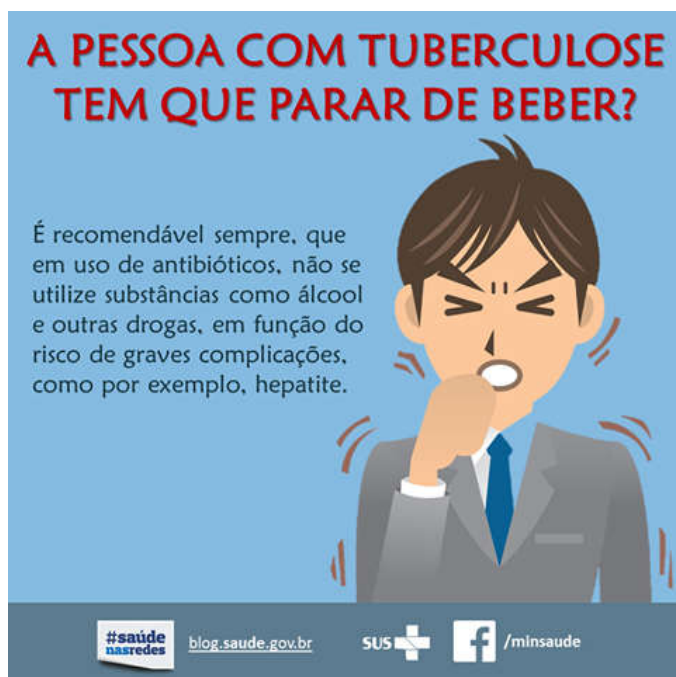


(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 26 de junho de 2016)

“Profissional de Saúde: o que você pode fazer para identificar e evitar a transmissão da Hanseníase? Ao realizar ações direcionadas para os homens, tenha uma atenção também para os sinais e sintomas da Hanseníase; Oferte horários alternativos de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde para essa população; Nas visitas domiciliares, busque identificar homens e idosos com sinais e sintomas da doença; - Verifique se os familiares ou outras pessoas que convivem com a pessoa diagnosticada foram examinados; - Acompanhe a pessoa durante todo o tratamento. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 30 de junho de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 13 de novembro de 2016)



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 10 de maio de 2016)

Em abordagem semelhante às ações de cuidados, também foram trazidas 14 (3%) publicações voltadas à **saúde do trabalhador**, destacando-se publicações sobre ações pontuais realizadas para promoção da saúde de motoristas, taxistas e mototaxistas, portuários, metalúrgicos (profissões onde, historicamente, encontram-se mais homens).

Algo também encontrado nos outros documentos analisados (Consulta Pública, documento-base da PNAISH, Plano de Ação da PNAISH, materiais de divulgação e publicações da página Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo), há a reafirmação, na maioria das publicações, do caráter informativo, de incentivo a presença dos homens nos serviços de saúde e do autocuidado.

A dimensão educativa se mostra fortemente apoiada em práticas de transmissão de informações, com pouco espaço de discussão sobre as especificidades e vulnerabilidades dos homens e capaz de mobilizá-los quanto à problemática da saúde, visando a autonomia em relação ao cuidado com a saúde. Com essa compreensão, questiona-se a lógica comportamentalista, ancorada em uma abordagem higienista e individualista da prevenção, para se pensar em uma atitude emancipatória, valorizando a interação entre pares, a reflexão e o protagonismo.

Essa abordagem voltada ao indivíduo, calcada na melhoria do desempenho e da funcionalidade física pode denotar como vem ocorrendo os novos processos de medicalização. Em nossa sociedade, instituições, técnicas e práticas acabam reservando situações e lugares específicos para a produção de verdade, por meio da norma e da sujeição à disciplina. São construídas verdades com o objetivo de fazer do indivíduo e da população entidades saudáveis e o indivíduo é levado a acreditar que a promoção da saúde é uma questão de autogerenciamento e responsabilidade pessoal. Nesse caso, os homens precisam estar informados a respeito das práticas “corretas” de cuidado de si, prevenção e tratamento das doenças, estando disposto a se moldar e conquistar um corpo saudável. O poder "disciplinar" atinge a realidade mais concreta do indivíduo, seu corpo, com táticas específicas que visam a maximizar sua docilidade e utilidade (Foucault, 2014).

A **capacitação profissional** e os **profissionais da saúde** são objeto de 39 (7%) e três (1%) publicações, respectivamente. Os profissionais de saúde aparecem em homenagens ao dia da (o) Assistente Social, da (o) Enfermeira (o) e da (o) Sanitarista, profissionais importantes no cotidiano da APS e do SUS. A capacitação profissional se encontra, principalmente, em oficinas e capacitações realizadas pelo Ministério da Saúde como estratégia para a implementação em Estados e Municípios da Saúde do Homem, como exemplificado no fragmento abaixo:

“Ocorreu na última sexta-feira a Oficina de Capacitação do Guia do Pré Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde e do Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Estado do Piauí, com participação de 66 profissionais da atenção básica e representantes das regionais de saúde do Estado. No total, já foram capacitados em todo o Brasil 1.189 profissionais, que serão os multiplicadores em seus territórios e em suas regiões. #saúde #sus #saúdedohomem #guiadoacs #guiadoprenataldoparceiro (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 21 de novembro de 2016)”

A capacitação técnica de profissionais para o atendimento em saúde do homem é algo previsto no documento-base da PNAISH, assim como a qualificação profissional por meio de estratégias de educação permanente está entre os eixos de ação do Plano de Ação da PNAISH.

Davini (2009) discute que é importante pensar o momento de formação profissional para além da noção de capacitação, que, assim como observado nos trechos analisados, normalmente está associada ao melhoramento do desempenho dos profissionais no seu processo de trabalho, e desenvolvimento de novas competências e atualização do conhecimento técnico a partir de um modelo escolar. Mais que isso, o profissional precisa realizar o encontro entre a formação e o trabalho, transformar as práticas e a organização do trabalho, problematizando o processo de trabalho e a capacidade de responder as necessidades de saúde dos sujeitos, coletivos e populações.

Como aponta Keijzer (2003), o campo da saúde reprodutiva masculina tem sido um dos que tem recebido maior atenção em âmbito político e acadêmico nos últimos anos. Este crescente esforço em se incorporar os homens nas questões ligadas a saúde reprodutiva, por meio da informação e do incentivo ao apoio à saúde das mulheres também pôde ser verificado nas ações e campanhas divulgadas pela página “Saúde do Homem – Ministério da Saúde”.

A **saúde reprodutiva** é o segundo tema (16%) mais encontrado entre as postagens da página analisada. Entre as publicações referentes à saúde reprodutiva, observa-se que a sua maioria abordava o pré-natal (51 *posts*). Os discursos encontrados traziam, principalmente, o incentivo à participação e engajamento do homem no dia-a-dia gestacional e nas consultas de pré-natal, como observado abaixo:

“* Homem, fique atento!* É importante realizar as consultas de pré-natal com sua parceira, promovendo o cuidado com sua saúde e também com a saúde de sua parceira e do(s) bebê(s), fortalecendo, assim, os vínculos familiares. (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de junho de 2016)”

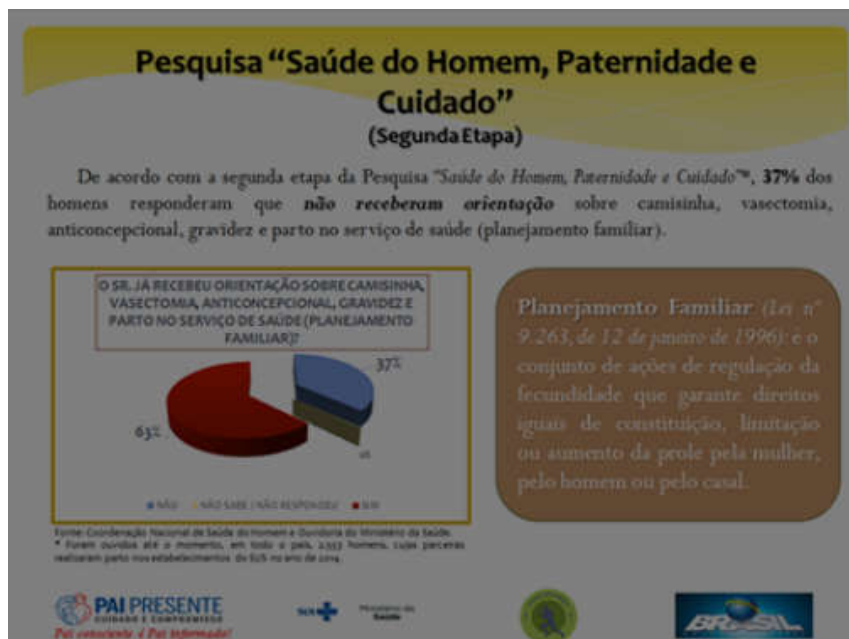
“A nova Caderneta da Gestante possui um espaço para incluir os dados do parceiro, estimulando-o a participar da Estratégia do Pré-Natal do Parceiro, que tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar sua carteira vacinal e incentivar sua participação em atividades educativas nos serviços de saúde. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 03 de março de 2016)”

A alta presença de publicações dirigidas ao pré-natal indica o grande investimento sobre a inclusão dos homens nesse cuidado. Muitas publicações abordam a estratégia ministerial “Pré-Natal do Parceiro” e divulgam o “Guia do Pré-Natal do Parceiro”, criado pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem. A partir da leitura e análise dos trechos, nota-se que o pré-natal tem sido utilizado como um espaço

oportuno para inclusão e acompanhamento dos homens na saúde. Por meio das consultas de suas parceiras os homens são inseridos como usuários, realizando de exames clínicos, ações de planejamento familiar e outras práticas preventivas.

Além disso, como exemplificado nos trechos acima e nos materiais de divulgação, têm-se pistas de que os homens ainda são vistos como figura de apoio. Como critica Arilha (2005), em relação ao campo da saúde reprodutiva e sexual, os homens ainda são recebidos nesses ambientes como colaboradores, ao invés de sujeitos de direitos. Ainda se observa esforço no sentido de reconhecimento desses espaços como também próprios dos homens e como uma forma de desconstruir noções tradicionais sobre a paternidade.

Foram encontradas seis publicações referentes especificamente à contracepção, o que sugere a presença da abordagem dessa temática, mas com limitação na discussão e problematização sobre o envolvimento e responsabilização dos homens na decisão sobre ter ou não filhos e quando. Por exemplo, na publicação abaixo apresenta-se pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, na qual se discute a ausência dos homens na atenção em planejamento familiar, além de apresentar um discurso favorável a igualdade no envolvimento de mulheres e homens na saúde reprodutiva.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 23 de agosto de 2016)

Além desta, cabe chamar a atenção à postagem abaixo, uma das únicas que trata de um tipo de método contraceptivo unicamente masculino, a vasectomia. Trata-se de uma publicação que focaliza a informação ao homem, enfatizando que o método não interfere na potência sexual do homem e pouco discutindo a importância do homem ser ativo nessas questões, assim, demarcando a masculinidade como fortemente associada à virilidade.



saiba mais

VASECTOMIA

É um **método anticoncepcional** voltado para o **público masculino**.

Por meio de uma **cirurgia simples** e rápida, os canais dentro da bolsa escrotal são bloqueados, impedindo a presença de espermatozoides no líquido ejaculado pelo homem.

A vasectomia é um procedimento seguro que não interfere na vida sexual do homem.

É importante que o homem e/ou o casal estejam **informados** e **conscientes da decisão**.

#saúde nasredes SUS  /minsaude

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 21 de maio de 2016)

Estudos consideram que questões como a divisão e igualdade de responsabilidades na saúde sexual e reprodutiva não são consideradas na tomada de decisão sobre o uso de contraceptivos ou na sua avaliação posterior. A participação ativa dos homens nas decisões sobre a contracepção é entendida, muitas vezes, como uma ajuda oferecida às mulheres, não como uma responsabilidade que também é sua. Apesar de conhecerem os métodos contraceptivos e de afirmarem preocupação em relação à contracepção, não se observa envolvimento ativo masculino em seu uso (Almeida e Vilar, 2008; Giffin e Cavalcanti, 1999).

O envolvimento masculino na contracepção aparece estreitamente associado ao relacionamento afetivo, marcado pelo uso do preservativo em relações casuais ou instáveis e no início de relações e/ou no uso de contracepção feminina (sobretudo a pílula) nas relações estáveis e duradouras. Ainda, o uso de preservativo em relações estáveis é compreendido por muitos homens como prevenção de doenças sexualmente

transmissíveis — a mulher que pede o uso de camisinha pode ser encarada com suspeita (Almeida e Vilar, 2008; Giffin e Cavalcanti, 1999).

A partir disso, cabe problematizarmos a resistência e os obstáculos existentes em relação à participação ativa dos homens e responsabilização igualitária nas questões reprodutivas. O envolvimento dos homens no planejamento familiar e na contracepção parece ainda esbarrar em representações predominantes sobre os papéis de gênero e nas relações de poder que permeiam as relações cotidianas, institucionais e a elaboração das políticas públicas.

A nossa cultura e sociedade patriarcal estabeleceu às mulheres o âmbito da maternidade, família e lar; ao homem coube o mundo externo. Até pouco tempo, pouco se abordava o envolvimento dos homens no planejamento e controle da reprodução, assim como ainda há pouca produção acadêmica sobre o tema, utilizando-se como argumento, principalmente, as características biológicas humanas - a mulher é quem engravida e sua fecundidade é mais facilmente controlada que a do homem.

Pode-se questionar essa abordagem quando se nota que, apesar de a atenção em planejamento familiar ser dirigida a população feminina, muitas vezes as mulheres não consegue exercer verdadeiro domínio sobre as decisões relacionadas à contracepção em suas relações, havendo forte influência dos homens sobre essas questões (quando se negam a utilizar preservativo, por exemplo). Muitas mulheres não encontram abertura para negociação com o parceiro. Assim, a manutenção dessa ordem, ignorando os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, acaba por contribuir para a manutenção de estereótipos sexuais (Giffin e Cavalcanti, 1999).

21 publicações trouxeram o parto como temática abordada, apresentando, assim como nos materiais de divulgação do Ministério de Saúde, defesa da presença e participação do homem no momento do parto. Como se observa na publicação abaixo, na qual se afirma a importância da presença paterna na vida do (a) filho (a), faz-se referência à lei do acompanhante, que visa garantir às parturientes o direito de escolher um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Observa-se a imagem de um homem adulto, branco, com um (a) recém-nascido (a) em seus braços. Supõe-se tratar-se do pai, que volta seu olhar e atenção à criança. Demonstra-se pela

imagem o contato físico e emocional entre pai e filho (a), algo pouco exigido socialmente do homem.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 6 de abril de 2016)

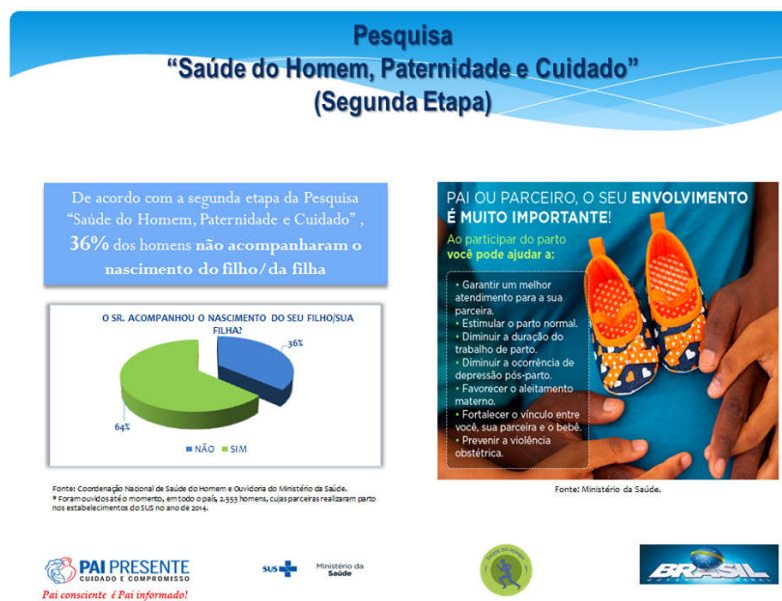
Quase metade das publicações (oito publicações) trazem como discussão a lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005), incentivando - por meio de informações, frases impactantes e imagens que mostram a relação afetiva do homem com filhos (as) e companheira - que os pais/parceiros estejam presentes no contexto do parto. Além disso, o parto é trazido como momento importante de contato e conseqüente fortalecimento das relações dos homens com filho (a) e parceira.

“A Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005) garante às gestantes o direito a escolherem um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS,

da rede própria ou conveniada. Confira no site "Parto do Princípio" o que deve ser feito no caso de descumprimento da lei (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 11 de agosto de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 11 de agosto de 2016)



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 08 de outubro de 2016)

Das 103 (19%) publicações referentes à **parentalidade**, 45 referem-se à participação e ao engajamento dos homens nos cuidados com os filhos e com a família. Busca-se postar imagens e mensagens que afirmam a importância do papel dos pais para a socialização e a educação das crianças.


As mensagens são dirigidas aos homens, mas também aos profissionais da saúde, afirmando a necessidade de acolher e envolver os pais/parceiros nos processos de cuidados. Como exemplificado na postagem seguinte, os profissionais são chamados a estimular os homens às experiências afetivas e às ações em âmbito doméstico e familiar (atenção à criança e atividades domésticas, visando a equidade entre os gêneros:

AGOSTO: MÊS DE VALORIZAÇÃO DA PATERNIDADE

Profissional de Saúde!

Durante as **atividades educativas realizadas com o pai/parceiro**, estimule-o a dividir as atividades domésticas e de cuidado da criança com sua parceira, como:



- Alimentação;
- Banho;
- Lazer/brincar;
- Troca de fraldas e roupas;
- Acompanhamento em atividades escolares;
- Cuidados com a saúde (consultas, vacinas, medicamentos a serem utilizados);
- Atividades domésticas: lavar e passar roupas; limpar e arrumar a casa; fazer compras; etc.



Fonte: Guia de Pós-Atenção Primária para Profissionais de Saúde

O estímulo à mudança de comportamento das famílias quanto à divisão de tarefas domésticas e à inclusão do homem nos cuidados com a criança promove uma sociedade com mais equidade entre os gêneros.

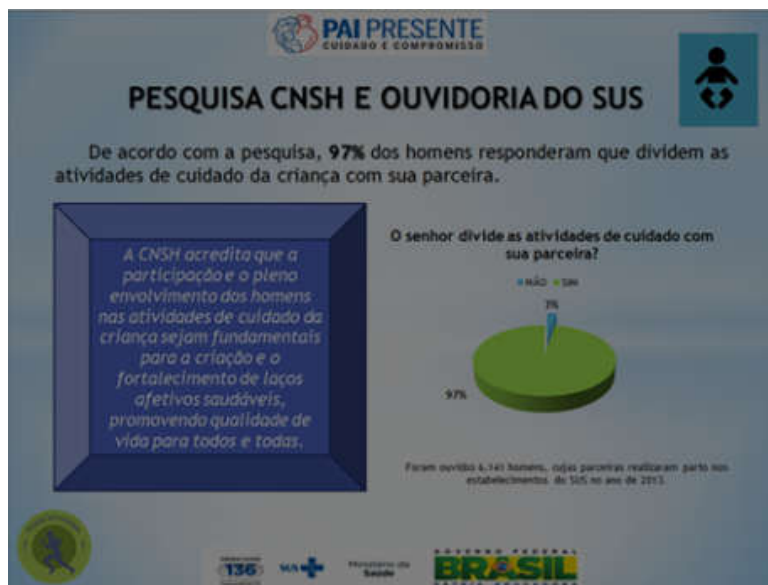
PAI PRESENTE
CUIDADO E COMPROMISSO
Pai Consciente é Pai Informado!

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 31 de julho de 2016)

Além das postagens voltadas ao engajamento dos homens na paternidade ativa, há aquelas que apresentam pesquisas e perfis dos homens cujas parceiras haviam realizado parto no SUS. No caso abaixo, apresenta-se o alto percentual (97%) de participação dos homens em atividades de cuidado com os filhos, porém não expressa o tipo ou a frequência da participação.

Além da informação estatística, a postagem é acompanhada de aconselhamentos e incentivos a uma paternidade adequada.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 17 de abril de 2016)

Outra questão importante a ser salientada é a exclusividade de publicações dirigidas a famílias nucleares, heteronormativas e consanguíneas e formadas por casais adultos quando tratam da saúde reprodutiva e paternidade, existindo um padrão de usuário a quem os discursos são dirigidos. Em relação à busca por essa paternidade “ideal”.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 20 de julho de 2016)

Quando se trata da saúde reprodutiva e parentalidade, cabe a reflexão sobre o desenvolvimento de ações em saúde que fujam do enquadramento biológico e heteronormativo – reconhecendo e valorizando assim, os diversos arranjos familiares existentes e as diferentes possibilidades de vivenciar a função da parentalidade, como por exemplo, através de casais homossexuais, da parentalidade transexual ou travesti, de famílias monoparentais, de famílias formadas por pais e/ou mães adolescentes ou idosos, da parentalidade pela adoção, da parentalidade socioafetiva (quando a criança é criada por família que não é biológica e nem adotiva) e etc.

Ainda, é preciso problematizar esta questão frente ao conservadorismo existente em âmbito social e político, nas relações micro e macropolíticas. Representações sociais de família hegemônicas, idealizadas e normativas; ancoradas em discursos religiosos e biológicos; permanecem presentes e seguem em disputa, resistentes às mudanças nas relações e práticas.

Em relação aos diferentes arranjos familiares, que não se encaixam no enquadramento biológico, a única publicação encontrada trata da paternidade adotiva. Na postagem, informa-se sobre o direito legal do pai e da mãe adotivos de obter a licença-paternidade e maternidade. No entanto, não há reflexão sobre os diferentes tipos de família, bem como sobre as diferenças nos direitos maternos e paternos.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 14 de janeiro de 2016)

Ainda sobre a licença-paternidade, 35 publicações tratam especificamente do tema, referindo-se principalmente ao aumento dos dias de licença de 05 para 20 dias, ocorrido em 2016. Em 08 de Março de 2016 foi sancionado o Marco Legal da Primeira Infância, Lei 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Esta lei cria uma série de programas, serviços e iniciativas voltados ao desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade. Entre os artigos presentes na lei, existem alguns ligados ao exercício da paternidade,

como a ampliação para 20 dias da licença-paternidade para os funcionários das empresas cidadãs (Ministério da Saúde, 2016).

A ampliação da licença-paternidade, como exemplificado abaixo, é apresentada como facilitadora da participação ativa do pai e como importante para o desenvolvimento das crianças e para a igualdade de gêneros. Defende-se que a licença promove um maior envolvimento dos pais no cuidado dos (as) filhos (as), estimulando a vinculação, ajudando na mudança de comportamento das famílias quanto à divisão de tarefas domésticas e cooperando no rompimento das desigualdades de gênero.

“Após a aprovação do Marco Legal da Primeira Infância, o pai/parceiro pode agora participar mais ativamente da vida da criança, sem prejuízo de salário.
 #SaúdeDoHomem #Paternidade #MinistériodaSaúde
 #MinistériodoTrabalhoedoEmprego #LicençaPaternidade (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 02 de abril de 2016)”

AGOSTO: MÊS DE VALORIZAÇÃO DA PATERNIDADE

A ampliação da licença-paternidade para 20 dias traz inúmeros benefícios para o pai, para a mãe e para o filho:

- Promove um maior envolvimento dos pais no cuidado das filhas/dos filhos;
- Tem impactos positivos para o desenvolvimento das crianças e para a igualdade de gêneros;
- Melhora o desempenho escolar;
- As crianças têm mais chances de serem amamentadas no primeiro ano de vida;
- Ajuda a mudar o comportamento das famílias quanto à divisão de tarefas domésticas e a diminuir a diferença entre homens e mulheres no mercado de trabalho.

ATENÇÃO
PROFISSIONAL
DE SAÚDE

Fonte: Casa do Pré-Natal do Paceto para Profissionais de Saúde

PAI PRESENTE
ENGAJADO E COMPROMISSO
Pai Consultante / Pai informado

Ministério da Saúde

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 07 de agosto de 2016)

Em comparação com os documentos Consulta Pública, documento-base da PNAISH e o Plano de Ação da PNAISH, percebe-se que houve crescimento da discussão sobre saúde reprodutiva e parentalidade nos materiais de divulgação e na página Saúde do Homem – Ministério da Saúde.

Ao longo da implementação da PNAISH, pôde-se perceber novos significados sobre a saúde reprodutiva e a paternidade sendo construídos e novas formas de se nomear e classificar os homens. Esta questão passa a receber maior atenção nos materiais de divulgação por meio do estímulo ao compartilhamento da vida doméstica e à presença dos homens no pré-natal e parto, porém ainda se percebe os homens sendo colocados como colaboradores.

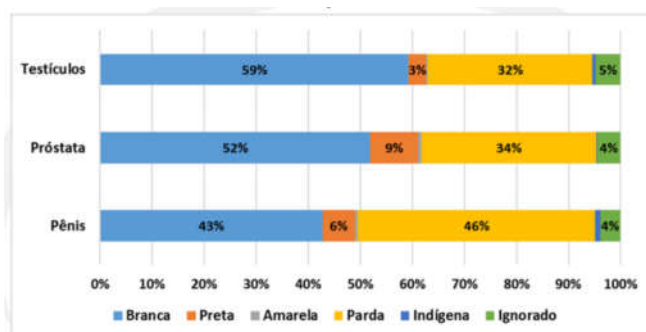
Na página do Facebook Saúde do Homem – Ministério da Saúde, a saúde reprodutiva e a parentalidade aparecem como questões importantes entre as publicações. Notam-se desdobramentos desse incentivo à participação nas rotinas de pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento das crianças. Busca-se a aproximação dos homens das práticas de cuidado, algo ainda significado como feminino, o que pode desencadear a produção de outros discursos e outra compreensão sobre o ser homem e ser pai.

A **saúde sexual** aparece em 38 publicações (7%). As disfunções sexuais e o aparelho genital masculino são enfoque em 17 destas postagens. Em relação às postagens sobre o adoecimento urológico, chama a atenção aquelas que trazem como tema os cânceres de próstata, pênis e testículos, que se concentraram nos meses de outubro e novembro – em referência ao mês do Novembro Azul e a sua aproximação.

O Novembro Azul é uma campanha que, em sua proposta, visa o esclarecimento sobre saúde masculina em geral, porém, como observado pelos trechos analisados, volta-se aos cânceres urológicos e ao estímulo ao rastreamento das neoplasias:

“Segundo a distribuição percentual dos óbitos por câncer de pênis, próstata e testículos no Brasil, em 2014, segundo a cor/raça, observase que: 1) O câncer de testículo é mais comum em homens brancos o que corrobora com a maior

incidência desta doença em estados do Centrosul do país, onde há uma maior proporção de população branca. 2) Os cânceres de pênis e de próstata são mais comuns em homens negros (pretos e pardos) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 2 de novembro de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 2 de novembro de 2016)

Como apontado por Modesto et al (2017), apesar de haver estudos que mostram que o rastreamento do câncer de próstata pode ser mais prejudicial que trazer benefícios, ainda se dá grande ênfase a esse tipo de intervenção preventiva.

“Segundo o INCA Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, o diagnóstico precoce de um câncer é destinado a pessoas que apresentam sinais iniciais da doença e o rastreamento de um câncer é voltado para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis. Em relação ao câncer de próstata, o posicionamento do INCA e do Ministério da Saúde, que você encontra no site do INCA (<http://migre.me/vcCrv>), é de não realizar o rastreamento, e sim o diagnóstico precoce, pois há evidências científicas de qualidade que comprovam que o rastreamento desta doença produz mais dano do que benefício ao usuário. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 2 de novembro de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 2 de novembro de 2016)

Assim, pode-se refletir sobre a existência de processo medicalizante executado pelo saber médico, que além de enquadrar os corpos e experiências de prazer em uma lógica que compreende a sexualidade unicamente pela sua ordem natural, ignorando a existência e interferências de dimensões simbólicas, também sobrevaloriza intervenções médicas invasivas.

Ainda, Gomes (2003) discute o choque gerado pelo exame de toque retal sobre as características identitárias masculinas. Segundo Gomes (2003) e Gomes et al. (2008), ao se tocar a parte “inferior” do homem – parte traseira, que o iguala às mulheres - não se atinge apenas um corpo físico, mas também aspectos simbólicos da masculinidade, podendo atingí-la. Assim, representações sobre o masculino, servem de referência para a atribuição de sentidos à realização do toque retal.

Ao ser lido como violação, o exame de toque retal é associado a dor física e simbólica, o que pode inviabilizar essa medida de prevenção secundária e a atenção à saúde do homem em geral. Desse modo, a intervenção médica sobre os corpos, a imposição dos cuidados, a medicalização, tornam-se limitantes e destrutivas, uma vez que ignoram os aspectos estruturais e simbólicos que perpassam essas (Gomes et al, 2008).

Em uma compreensão relacional de gênero, compreende-se que a sexualidade é constituída no universo cultural, primeiramente, em uma oposição entre a iniciativa masculina, sendo a representação do homem como sexualmente ativo, viril e permanentemente desejoso de sexo; e a ausência de iniciativa entre as mulheres. Também, a atividade sexual masculina acaba sendo um aspecto importante para a

constituição da virilidade, onde o sexo, dissociado da experiência afetiva, aparece como um aprendizado técnico para os homens (Heilborn, 1999).

Esta associação entre o “ser homem” e o ser sexualmente ativo parece perpassar algumas publicações encontradas na página “Saúde do Homem – Ministério da Saúde”, trazendo informações sobre questões que podem afetar o desempenho e a potência sexual dos homens e orientando o público-alvo a fim de evitar “esses danos” sobre sua virilidade.

“No site PapodeHomem, confira uma matéria sobre a andropausa redução dos níveis de testosterona no organismo masculino a partir dos 30 anos de idade, que se manifesta clinicamente por múltiplos sintomas, desde os sexuais até os menos específicos, refletindo na queda do desempenho físico e mental (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 05 de julho de 2016)”.

Como exemplificado acima, existem publicações associadas à manutenção de valores masculinos conservadores. O destaque dado à perda da função reprodutiva ou à impossibilidade do coito (assim como a perda da força física e a fragilidade emocional) pode ser compreendido como perda da saúde ou da própria masculinidade. Além disso, neste caso, pode-se problematizar a manutenção de sentidos atribuídos ao envelhecimento dos homens, associada à perda de papéis masculinos.

Em contraposição, ainda se encontram quatro postagens, em maio e abril, que salientam as vivências da sexualidade de maneira ampliada e voltadas à discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos. Esta perspectiva; constituída nos anos 70, a partir de espaços de debate sobre direitos humanos construídos em conferências internacionais; coloca a sexualidade como estabelecida através de relações sociais a serem consideradas no plano da cidadania, portanto mediadas e garantidas por meio de direitos, permitindo sua vivência livre e equânime (Farah, 2004).

“* A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais.

* Ela valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 22 de julho de 2016)”

“Homens, conheçam alguns de seus direitos sexuais: Escolher sua (seu) parceira (o) sexual. Viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física. Escolher se quer ou não quer ter relação sexual. - Expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras. (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 06 de maio de 2016)”

“A sexualidade masculina é vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores e comportamentos, tendo influência direta na qualidade de vida das pessoas. (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 16 de abril de 2016)”

Argumenta-se ser fundamental a discussão sobre a sexualidade masculina em uma perspectiva de direitos, na qual sejam observadas as diferenças culturais e as desigualdades (gênero, raça/cor, classe, orientação sexual). Ainda, é preciso considerar as sexualidades masculinas nas ações em saúde, permitindo o olhar sobre o exercício do poder masculino sobre o feminino e sobre as masculinidades não-hegemônicas. A promoção dos direitos sexuais seria, assim, a promoção dos diferentes modos de vivenciar a sexualidade (Gomes, 2012).

A partir da observação desses diferentes discursos sobre a sexualidade, pode-se perceber tentativas de ruptura e de permanência de representações sobre o masculino – alguns atualizando e legitimando uma masculinidade hegemônica e outros buscando dar visibilidade a diversidade de modos de vivenciar a sexualidade.

A **saúde mental** dos homens foi assunto central em 17 postagens (3%). É apresentado discurso de reconhecimento de vulnerabilidades entre os homens que os predis põem ao sofrimento mental. Devido aos significados culturais a respeito do ser homem, os homens teriam maior dificuldade de expressar emoções e afetos.

Com a categoria saúde mental, discute-se na página Saúde do Homem – Ministério da Saúde o suicídio (oito publicações), uso e dependência de tabaco (quatro publicações), álcool e drogas (uma publicação), depressão (três publicações), estresse (uma publicação) e distorção da autoimagem – vigorexia (uma publicação).

“O homem, no geral, tem maior dificuldade em admitir tristezas e vulnerabilidades, em detrimento de uma masculinidade construída historicamente e que não aceita que ele apresente sinais de fraqueza. Isto atrapalha e muitas vezes até impede sua busca por ajuda especializada em casos de depressão, o que pode trazer consequências para sua saúde. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 04 de junho de 2016)”

“Dia 31 de maio Dia Mundial sem Tabaco Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabagismo é a principal causa de mortes evitáveis e importante fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – como câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. No Brasil, ele ainda é maior entre os homens (12,8%) do que entre as mulheres (9%). A faixa etária de maior consumo é entre 45 e 54 anos (13,2%) e a menor, entre os 18 e 24 anos (7,8%). (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 31 de maio de 2016)”


Principal temática abordada em saúde mental na página, o suicídio é destaque durante o mês de setembro (Setembro Amarelo), em campanha que dá visibilidade à questão. São apresentados dados que assinalam a maior vulnerabilidade masculina ao suicídio, utilizando gênero como variável importante para compreensão do fenômeno.

“As taxas de suicídio entre homens são as maiores no Reino Unido desde 2001. O escritório de Estatísticas Nacionais mostra que, nos últimos trinta anos, o equilíbrio dos gêneros em relação ao suicídio mudou de 63% de suicídios de homens em 1981 para 78% em 2013. Os homens estão se matando numa taxa que supera bastante a das mulheres, e essa é uma questão que não está sendo tratada (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 10 de março de 2016)”

Uma das principais causas de mortes dos homens são as causas externas, destacando-se os homicídios e os acidentes de carro. Em uma destas, a página afirma que a violência e os acidentes são um dos eixos prioritários de atuação pela PNAISH. No entanto, **violência** e acidentes estiveram entre as temáticas menos trabalhadas na página Saúde dos Homens – Ministério da Saúde, aparecendo em 3% e 4% das publicações, respectivamente.


Homens e Violência

Em 2014, a taxa de mortalidade geral de homens por disparo de arma de fogo foi de 42,9 mortes para cada 100.000 homens.



Na faixa etária de 15-19 anos, esta taxa ficou em 94,12 e, na faixa etária de 20-29 anos, em 95 - mais do que o dobro da taxa geral.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM, POR MEIO DO EIXO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES, INCENTIVA QUE ESTADOS E MUNICÍPIOS FORMULEM ESTRATÉGIAS E AÇÕES LOCAIS PARA A REDUÇÃO DESTES ALTOS ÍNDICES DE VIOLÊNCIA NO BRASIL.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 07 de outubro de 2016)

Ainda, por meio de dados, a publicação acima chama a atenção à alta taxa de mortes de homens jovens por armas de fogo no país. Este fenômeno é discutido por Schraiber et al (2005), que reconhecem a relação entre violência e gênero, havendo diferenças entre o tipo de violência que afeta homens e mulheres. Segundo os autores, os homens são os maiores perpetradores da violência interpessoal, seja nos homicídios ou nas agressões físicas e sexuais. Enquanto os homens se envolvem mais em violências ocorridas em ambiente público, relacionadas ao trabalho e ao crime, as mulheres associam-se mais com os conflitos domésticos, privados. Ainda, os homens são raramente agredidos por membros de sua família, enquanto que as mulheres são agredidas normalmente por conhecidos, mais frequentemente, o próprio parceiro íntimo.

A violência contra a mulher esteve presente em apenas três publicações, pouco discutindo a misoginia, feminicídio e a promoção de relações de respeito e de equidade de direitos entre os gêneros. Abaixo, encontra-se publicação que apresenta o

lançamento de concurso que pretende reunir histórias de mulheres sobre a superação da violência e visibilizar a questão.

Na imagem, mostra-se o rosto de Maria da Penha, mulher sobrevivente de tentativas de homicídio perpetradas pelo antigo companheiro e que deu nome à lei que visa garantir a proteção das mulheres contra qualquer tipo de violência doméstica e intrafamiliar.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 24 de agosto de 2016)

Compreende-se que as relações familiares permeadas por uma visão patriarcal e por relações de poder, reproduzem desigualdades e mantêm os homens como figuras de maior autoridade. Assim sendo, o poder do homem na família é socialmente legitimado e naturalizado. Nesse contexto, a permissividade frente à violência doméstica pode ser vista como expressão da manutenção dos espaços reservados à autoridade masculina, algo que precisa ser desconstruído.

A violência sexual também está associada e reforça visões tradicionais de masculinidade e seu imperativo da conquista sexual. Esta é tratada em cinco postagens da página analisada, em quatro delas, referindo-se à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Na postagem mostrada abaixo, é salientada a maior presença dos homens conhecidos como agressores. Pela imagem, acompanhada da afirmativa “PROTEJA

BRASIL”, destaca-se a mensagem em defesa da quebra do silêncio frente a essa violência: os três macaquinhos sábios não cobrem os olhos, não tapam os ouvidos e não tapam a boca.

“Dia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes * Em 2015, segundo denúncias do Disque 100, os homens corresponderam a 64,38% dos autores de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo que a maioria tinha entre 25 e 30 anos. * O principal local da violação foi a casa da própria vítima, onde ocorreram 39% dos casos de violência sexual relatados no Disque 100 (...) (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 18 de maio de 2016)”



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 18 de maio de 2016)

Ainda são destaques duas postagens referentes à homofobia e à violência contra LGBTs. Em uma dessas publicações vê-se uma imagem impactante, com mãos ensanguentadas, chamando a atenção ao Dia de Combate à Homofobia.

Como argumenta Welzer- Lang (2001), qualquer sexualidade que se distingue da heterossexualidade, modelo único imposto, é desvalorizada e considerada como inferior, o que o autor considera ser um modelo político de gestão de corpos e desejos. Aqueles que vivem sexualidades não-heterocentradas são estigmatizados. Nas relações, os “dominantes”, são os homens ativos, penetrantes; e os outros, aquelas e aqueles que são penetradas/os, são as/os dominadas/os e passivas/os.

A partir de uma norma política andro-heterocentrada e homofóbica – baseada na superioridade masculina e heterossexual – define-se o normal. Este homem viril, não afeminado, ativo, dominante, pode aspirar aos privilégios do gênero. Enquanto os outros - mulheres, crianças e qualquer pessoa que não seja o homem normal – que se distinguem por sua aparência ou suas práticas e desejos sexuais diferentes, representam uma forma de não-submissão ao gênero, à normatividade heterossexual, ao padrão de sexo, e são simbolicamente excluídos e estão, por isso, expostos a violências (Welzer-Lang, 2001).



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 17 de maio de 2016)

Assim, a violência reverbera discursos construídos e multiplicados em um corpo social relacionados, por exemplo, ao lugar da mulher em uma sociedade que privilegia o homem; ao lugar da criança, do adolescente e do idoso em uma sociedade que valoriza o adulto economicamente ativo; e ao lugar do/a homossexual, travestis e transexuais em uma sociedade que normatiza a heterossexualidade e o sistema binário de gênero.

Essa transformação da violência em marca identitária masculina ocorre a partir do processo de aquisição das atribuições masculinas, com experiências contraditórias de poder vividas desde o nascimento, onde a valorização de características como virilidade e poder acabam tendo forte relação com comportamentos agressivos e dominadores.

As postagens sobre violência destacam-se por seu caráter informativo. Ainda se mostrando necessário dar visibilidade e problematizar o lugar dos homens na violência, no sentido de desconstruir compreensões naturalizadas sobre a questão e fortalecer a rede de serviços que abarca essa temática. Necessitam-se investimentos na

prevenção dos diversos tipos de violência e a inclusão dos homens na prevenção ou cuidado dessa questão.

Nesse contexto, a perspectiva de gênero é fundamental para que se possa compreender os nexos entre masculinidade e violência, reforçados no processo de socialização e de afirmação da masculinidade, representando desvantagens em termos de saúde, dado que os expõe a situações constantes de risco e os colocam como principais agressores.

Os **acidentes** estiveram em 22 publicações (4%), sendo quase todas explicitamente relacionadas aos acidentes de trânsito. Algumas postagens tratam da correlação entre a violência no trânsito e as expressões da masculinidade hegemônica, apresentando também dados que comprovam a maior presença de homens, principalmente jovens, entre os acidentados nas estradas do Brasil. Justifica-se, assim, o enfoque nesse grupo em ações preventivas e de promoção a saúde, incentivando estilos de vida saudáveis.

“As principais vítimas de acidentes de trânsito são os homens, principalmente os jovens entre 15 a 29 anos. O "ser homem" é, portanto, um fator agravante para a ocorrência destes acidentes, pois muitos deles aprendem que devem se arriscar mais para afirmar sua masculinidade. Além de conduzirem veículos a uma velocidade maior, os homens acabam se envolvendo em muito mais brigas de trânsito do que as mulheres. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 4 de abril de 2016)”



SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Segundo dados do **Datasus**, no ano de 2013, **35.615 homens** (ou 83,2% do total) e **7.816 mulheres** (ou 16,7% do total) **morreram** vítimas de **acidentes** de transporte **no Brasil**.



Um dos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é a prevenção de violências e acidentes, por meio de ações e estratégias que visam à redução da morbimortalidade masculina por estas causas.

#saúde
nasredes

SUS

/minsaude

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 3 de junho de 2016)

Destaca-se o discurso voltado à mudança de comportamento dos indivíduos, visando a não exposição ao risco. No entanto, é importante discutir as possíveis limitações dessa perspectiva ao não considerar o contexto socioeconômico, cultural e político em que esses indivíduos estão inseridos, culpabilizando e responsabilizando assim os sujeitos por mudanças que exigem análises e ações mais complexas e que muitas vezes estão fora da governabilidade individual.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

Em **2013**, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde, a **cada 10 pessoas** que se acidentaram no trânsito, **7 eram do sexo masculino**.

Homem, evite comportamentos de risco no trânsito:

- **associar direção e bebida alcoólica;**
- **dirigir acima da velocidade permitida;**
- **realizar ultrapassagem perigosa ou proibida.**

#saúde nasredes SUS  /minsaude

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 5 de junho de 2016)

Abordagens semelhantes foram encontradas durante a campanha Maio Amarelo, ação desenvolvida com a finalidade de chamar a atenção para a violência no trânsito, conforme descrição abaixo. Novamente, percebe-se a multiplicidade de discursos, em alguns momentos destacando a mudança de atitudes e conduta dos indivíduos por estilos de vida saudáveis e observando o sujeito como responsável por conservar sua saúde; e em outros, analisando a questão em uma dimensão sociocultural e processual.

“Hoje, começa o Movimento Maio Amarelo, ação esta que se propõe a chamar a atenção da sociedade para a violência no trânsito em todo o mundo. A Coordenação Nacional de Saúde do Homem apoia esta iniciativa e, durante todo o mês de maio, divulgará dados e ações relacionadas ao tema, buscando integrá-lo ao tema da saúde do homem e como as expressões de masculinidade

têm influenciado nestes altos índices de mortos e feridos no trânsito em todo o mundo (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 3 de junho de 2016)”

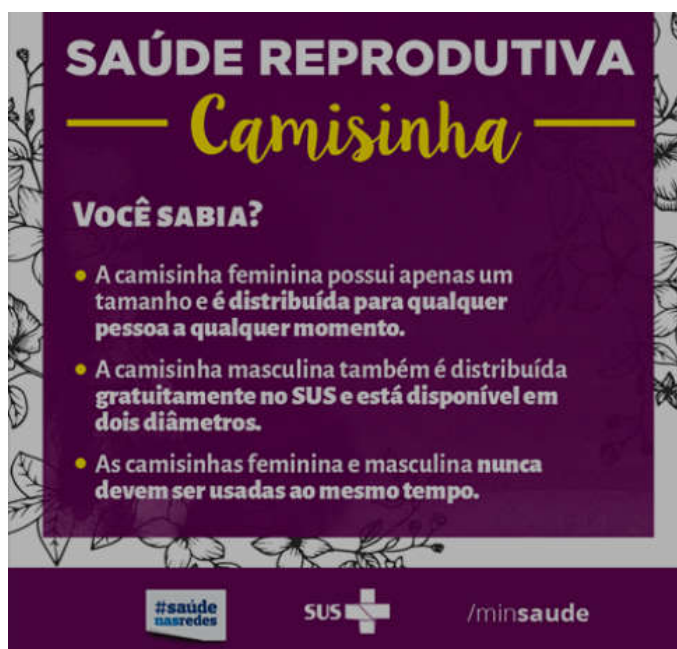


(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 4 de abril de 2016)

A página do *Facebook* Saúde do Homem – Ministério da Saúde trouxe, ainda, 32 publicações (6%) como relacionadas à **Prevenção de ISTs**. A compreensão de que representações sociais da masculinidade é discutida no documento-base da PNAISH como possível fator agravante para a vulnerabilidade do homem às ISTs, porém essa perspectiva não é discutida nas publicações da página analisadas nessa categoria.

A sexualidade hegemônica masculina estimula aspectos como: a força, o poder sobre os mais fracos, a coragem, a virilidade, a potência, a resistência, entre outras características, tornando os homens que se associam a esse modelo suscetíveis à infecção.

Na página, a prevenção das ISTs está presente em palestras e oficinas realizadas em serviços de saúde no país, em campanhas e em ações informativas. A principal temática abordada nas postagens referentes a esta categoria é o incentivo ao uso da camisinha, com nove publicações, não necessariamente sendo apresentada como medida de prevenção de ISTs, mas também como método contraceptivo. Como apresentado abaixo, a camisinha é apresentada unicamente como método contraceptivo e se volta a um discurso informativo.

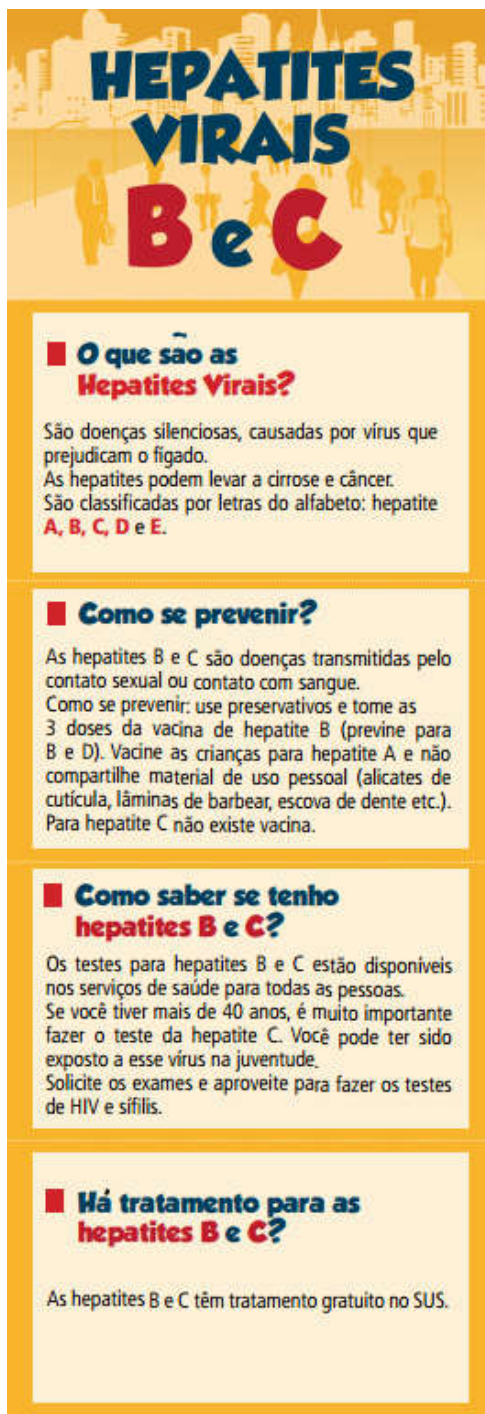


(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 20 de setembro de 2016)”

Na postagem de 11 de maio de 2016, na qual se trata da infecção pelo Zika vírus, doença que foi objeto de preocupação no ano de 2016 ao ser descoberta sua associação com casos de crianças nascidas com microcefalia, defende-se a regulação das práticas sexuais através de discurso voltado ao biológico-comportamental, centrado no controle e impedimento da infecção. No entanto, não há discussão sobre a consideração dos aspectos individuais e culturais em um trabalho de educação em saúde.

Um estudo publicado na revista “Emerging Infectious Diseases” já detectou a presença do Zika vírus no sêmen de um paciente 62 dias depois do início dos sintomas da doença. Por isso, o Ministério da Saúde indica agora também o uso da camisinha contra a contaminação das gestantes pelo Zika vírus. #ZikaZero #ZikaVirus #Prevenção #SUS #MinistériodaSaúde #SaúdedoHomem #SaúdedaMulher #SaúdedaCriança #Microcefalia (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 11 de maio de 2016)”

De modo semelhante, em campanha do Julho Amarelo, mês de combate às Hepatites Virais, foca-se na mudança comportamental do sujeito por meio do repasse de informações, vacinação e testagem.



HEPATITES VIRAIS

B e C

■ **O que são as Hepatites Virais?**

São doenças silenciosas, causadas por vírus que prejudicam o fígado.
As hepatites podem levar a cirrose e câncer.
São classificadas por letras do alfabeto: hepatite **A, B, C, D e E**.

■ **Como se prevenir?**

As hepatites B e C são doenças transmitidas pelo contato sexual ou contato com sangue.
Como se prevenir: use preservativos e tome as 3 doses da vacina de hepatite B (previne para B e D). Vacine as crianças para hepatite A e não compartilhe material de uso pessoal (alicates de cutícula, lâminas de barbear, escova de dente etc.).
Para hepatite C não existe vacina.

■ **Como saber se tenho hepatites B e C?**

Os testes para hepatites B e C estão disponíveis nos serviços de saúde para todas as pessoas.
Se você tiver mais de 40 anos, é muito importante fazer o teste da hepatite C. Você pode ter sido exposto a esse vírus na juventude.
Solicite os exames e aproveite para fazer os testes de HIV e sífilis.

■ **Há tratamento para as hepatites B e C?**

As hepatites B e C têm tratamento gratuito no SUS.

(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 12 de julho de 2016)

Também chamou a atenção postagem referente a uma ação realizada em aplicativo de relacionamentos voltado a população LGBT, *Hornet*, e utilizada principalmente por jovens. A ação tem por objetivo informar usuários do aplicativo sobre prevenção de ISTs.

Sabe-se do avanço da epidemia do HIV entre a população de homens que fazem sexo com homens (HSH), o que tem levantado a discussão sobre os fatores associados a esse aumento da prevalência do HIV nessa população. Entre as possíveis causas encontram-se a maior vulnerabilidade devido a limitadas políticas sociais e de saúde orientadas pelos Direitos Humanos dirigidas a eles, assim como condições socioeconômicas precárias e a alta prevalência de práticas sexuais de risco para as IST e HIV (Brignol et al, 2016).

No início da epidemia de Aids, nos anos 80, esta esteve diretamente associada e era dirigida especialmente aos homens que fazem sexo com homens, o que influenciou para o estabelecimento de estereótipos sobre a comunidade LGBT. Desde então, movimentos LGBT vêm lutando contra o estigma criado (Zucchi et al, 2013).

Assim, é importante refletir sobre as estratégias e abordagens construídas a partir do crescimento das infecções entre os HSH, tendo em vista o risco de se alimentar rótulos e intolerâncias sobre o público LGBT, já bastante vulnerabilizado.

Antunes e Paiva (2013) consideram que as ações de prevenção de ISTs voltadas à população HSH devem ser repensadas. Estratégias de prevenção de ISTs devem se inclinar à compreensão das especificidades dos HSH, ao modo de realização de desejos e às vulnerabilidades sociais presentes nos contextos de vida desses sujeitos. Algo distinto ao que é proposto pela ação divulgada pela página, que, apesar de buscar meios atuais utilizados para encontro entre essa população, segue limitada a repassar um conhecimento de modo individualizado, visando a mudança de comportamento.

No dia 29 de julho, o Ministério da Saúde lançou, em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a ação "Close

Certo" no aplicativo de encontro Hornet, a ser desenvolvida no período dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos. Serão disponibilizadas informações de prevenção ao HIV, Aids e outras infecções (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 05 de agosto de 2016)”.

A testagem é outro método preventivo presente entre os trechos analisados, somando quatro publicações. Três destas tratavam especificamente da testagem no pré-natal como momento importante para incluir o parceiro na prevenção e promoção da saúde. Apenas uma publicação tratava da testagem para HIV de maneira geral, como auxílio no diagnóstico precoce da infecção, permitindo que o indivíduo mantenha boa qualidade de vida, a partir do monitoramento das condições de saúde, e consiga a manutenção de uma baixa carga viral, o que também contribui para diminuir as chances de outras pessoas serem infectadas (Ferreira et al, 2001).

“A ampliação da testagem para o HIV auxilia no diagnóstico da infecção em seus estágios iniciais, evitando a ocorrência de diversos sintomas associados à presença do vírus no sangue. #SaúdedoHomem #MinistériodaSaúde #SUS #SaúdenasRedes #HIV #Aids (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 07 de fevereiro de 2016)”.

Além disso, uma das publicações salienta a importância do tratamento, uso correto da medicação antirretroviral, informando e buscando desmistificar compreensões do senso comum sobre a possibilidade de qualidade de vida entre aqueles com HIV positivo.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de fevereiro de 2016)

Entretanto, é necessário discutir as restrições das ações aos aspectos biomédicos – ao teste sorológico e aos medicamentos – e a orientações gerais. Há estudos que defendem que a redução da incidência de HIV está diretamente relacionada ao aconselhamento e a práticas permeadas pelo diálogo; pela intercomunicação; pelo respeito ao saber e à história do sujeito, sem desconsiderar as diferenças de gênero, de classe, de raça/etnia e geracionais; e no qual o pensar não seja imposto (Ferreira et al, 2001; Ayres, 2002).

A problematização sobre a masculinidade hegemônica e os estereótipos de gênero, bem como a discussão sobre como **papéis de gênero** impostos socialmente afetam a saúde dos homens, aparecem em 19 publicações (3%). Defende-se o estímulo à mudança de comportamento, sem, no entanto, trazer propostas para isso.

Em relação às **identidades de gênero e orientações sexuais não-hegemônicas**, estas estão presentes em 33 publicações (6%). 13 destas trazem como discussão central a visibilidade e direitos da pessoa LGBT e combate a LGBTfobia. Como exemplificado abaixo, muitas das postagens ocorrem em datas comemorativas, trazendo em seu conteúdo a luta por garantia de direitos e contra o preconceito.

“Dia Internacional do Orgulho LGBT * Em 1969, esta data marcou a revolta da comunidade LGBT contra uma série de invasões da polícia de Nova Iorque aos bares que eram frequentados por homossexuais em Stonewall Inn, que acabavam por ser presos e sofrer represálias por parte das autoridades. * A partir deste acontecimento, foram organizados vários protestos em favor dos direitos dos homossexuais por várias cidades norteamericanas. A 1ª Parada do Orgulho Gay foi organizada no ano seguinte (1970), para lembrar e fortalecer o movimento de luta contra o preconceito.

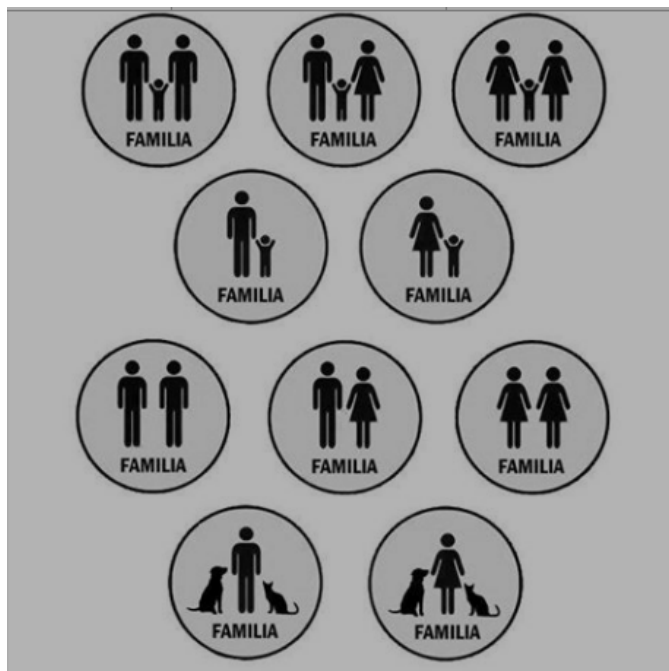
* O movimento tem três premissas principais: que as pessoas devem ter orgulho da sua orientação sexual e identidade de gênero; que a diversidade é uma dádiva; e que a orientação sexual e a identidade de gênero são inerentes ao indivíduo e não podem ser intencionalmente alteradas (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 28 de junho de 2016)”

“Hoje, é comemorado o Dia Internacional de Combate à Homofobia, em homenagem ao dia em que a OMS (Organização Mundial da Saúde) retirou a homossexualidade da sua lista internacional de doenças mentais. A Coordenação Nacional de Saúde do Homem é contra qualquer forma de discriminação em função da orientação sexual e identidade de gênero e trabalha no sentido de combater manifestações de homofobia em nossa sociedade. (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 17 de maio de 2016)”

Como discutimos, diferentes orientações sexuais e identidades de gênero subvertem a norma socialmente estabelecida, a partir da ocupação de uma posição distinta a que lhe cabe. Devido a essa subversão da ordem, os LGBTs são invisibilizados, estigmatizados e oprimidos socialmente (Anjos, 2000).

O projeto de lei 6583/2013 (Estatuto da Família, atualmente parado na Câmara dos Deputados) pode ser compreendido como uma reação conservadora aos direitos já adquiridos pela população LGBT, como a união civil entre casais do mesmo sexo. O texto do projeto de lei pretende estabelecer regras jurídicas para definir o que pode ser considerado uma família no Brasil, no caso, um núcleo formado a partir da união entre um homem e uma mulher (Alessi, 2016; Puff, 2016).

A publicação abaixo trata justamente da desconstrução de modelos “tradicionais” de família e das transformações contemporâneas da família ocidental. A família pode ter hoje uma configuração muito variável: união conjugal, formada por casais heterossexuais e cisgênero, formada por casais heterossexuais e transgênero, monoparental, formada por casais homossexuais, entre outras; porém ainda enfrentam embates por reconhecimento.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de maio de 2016)

Com essa perspectiva de garantia de direitos, o acesso à saúde da população LGBT é discutido em 16 publicações. O combate à discriminação, como fator determinante da condição de sofrimento dessa população, e a consideração das especificidades que atuam sobre a saúde são contemplados como estratégias de promoção da saúde.

Foi lançada a versão digital da cartilha “Homens Gays e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”. Elaborada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS), seu objetivo é destacar a importância da participação social na construção das políticas públicas, dentro das especificidades que englobam a saúde dos homens gays e bissexuais. Confira a publicação completa no link: <http://goo.gl/31T0r2> (Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de fevereiro de 2016)

As especificidades de transexuais e travestis também são discutidas, trazendo a questão da discriminação e a proposição de diretrizes que visam à superação do estigma associado à condição transexual. Como estratégia de promoção à saúde, o uso do nome social nas unidades de saúde se apresenta como importante mecanismo, uma vez que um dos principais fatores da exclusão do sistema é a própria precariedade no acolhimento ao público LGBT.



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de fevereiro de 2016)



(Saúde do Homem – Ministério da Saúde, 15 de março de 2016)

A transgeneridade é objeto de discussão de *posts* da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde em oito publicações. Quatro destas dedicam-se à divulgação do Processo Transsexualizador, processo de transformação dos caracteres sexuais que estão em desacordo com a identidade de gênero dos indivíduos transexuais.

“* Instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transsexualizador no SUS garante o atendimento integral à saúde de pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito nos serviços, desde o uso do nome social, passando pelo acesso à hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social. Confira no link a seguir todas as informações necessárias sobre o Processo Transsexualizador no SUS: <http://migre.me/tZ0KS> #SaúdedoHomem #SaúdedaMulher

#VisibilidadeTrans #PessoasTrans #SUS #MinistériodaSaúde #Universalidade
#Integralidade #Equidade #Travestilidade (Saúde do Homem – Ministério da
Saúde, 14 de junho de 2016)”

Lionço (2009) discute os avanços, impasses e desafios existentes no Processo Transexualizador do SUS, uma vez que ao mesmo tempo em que se afirma o direito à saúde para transexuais, deixou-se de fora outros grupos que também poderiam se beneficiar desses direitos. O Processo trouxe a discussão sobre a necessidade de despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde, considerando o risco de que a atenção à saúde se transformasse em mais um mecanismo de controle e normatização sobre as condutas e modos de vida e de subjetivação.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, define os transtornos da identidade sexual (F64). Entre estes está o transexualismo, cujo parâmetro diagnóstico é sustentado pela oferta médica de tratamento para o que propõe como patologia: um desejo persistente de viver e ser reconhecido como alguém do sexo oposto, implicando a não adequação em relação ao sexo anatômico e a busca por tratamentos hormonais e cirúrgicos para conformação do corpo ao sexo com o qual se reconhece (Lionço, 2009).

Ainda entre os transtornos da identidade sexual está o travestismo bivalente, que implica o uso de vestimentas do sexo oposto durante parte da existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica. O travestismo também está contemplado na categoria de parafilias da CID-10, termo contemporâneo para a perversão, sob a denominação travestismo fetichista. Nessa segunda vertente, o travestismo é descrito como o hábito de vestir roupas do sexo oposto com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto (Lionço, 2009). Há a representação equivocada da transsexualidade e travestilidade como uma doença, além de se ignorar contextos sociais, culturais, de classe e raça aos quais pessoas trans estão submetidas.

Lionço (2009) compreende que, ao restringir como critério diagnóstico para o transexualismo o desejo pela correção ou adequação da genitália à experiência do gênero, a CID-10 esvazia a transexualidade e ignora sua pluralidade. Em relação às definições de travestismo, ambas estão em desacordo com o que vêm sendo percebido pela academia sobre o modo de vida das travestis brasileiras. Estas buscam alterações permanentes nos caracteres sexuais secundários e vivem permanentemente o gênero feminino, apesar de não sentirem necessidade de modificar a genitália cirurgicamente. Diferentemente das transexuais, as travestis não afirmam uma identidade feminina estrita, mas ostentam a uma ambiguidade ou duplicidade sexual na própria afirmação identitária. Pode-se afirmar que transexuais e travestis são sujeitos que se constituem subjetivamente como indivíduos pertencentes a um gênero que não corresponde linearmente ao sexo de nascimento.

Lionço (2009) também compreende que a restrição da aplicabilidade dos procedimentos médico-cirúrgicos sobre caracteres sexuais a casos de transexualismo ocorre porque, por meio da intervenção cirúrgica, a lógica binária poderia ser restituída, o que não ocorre com as travestis.

Para ter acesso a essas tecnologias, por meio de mecanismos de poder e de normatização das condutas, firmam-se rígidas normas de conduta a esses indivíduos, para que provem ser verdadeiros transexuais. Os indivíduos devem se aproximar ao máximo de uma mulher ou homem considerados normais, adequando-se aos estereótipos de gênero vigentes e à norma heterossexual (Lionço, 2009).

Outros determinantes sociais da saúde estiveram presentes em 26 publicações (5%), discutindo a produção da saúde como um processo que não se limita aos aspectos biológicos, sendo atravessada por diferenças que estão associadas a contextos sociais que colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio; estes contextos mostram-se determinantes para a posição e para as oportunidades de saúde; estando de acordo com as exposições, as condições e situações de vulnerabilidade (Barata, 2009).

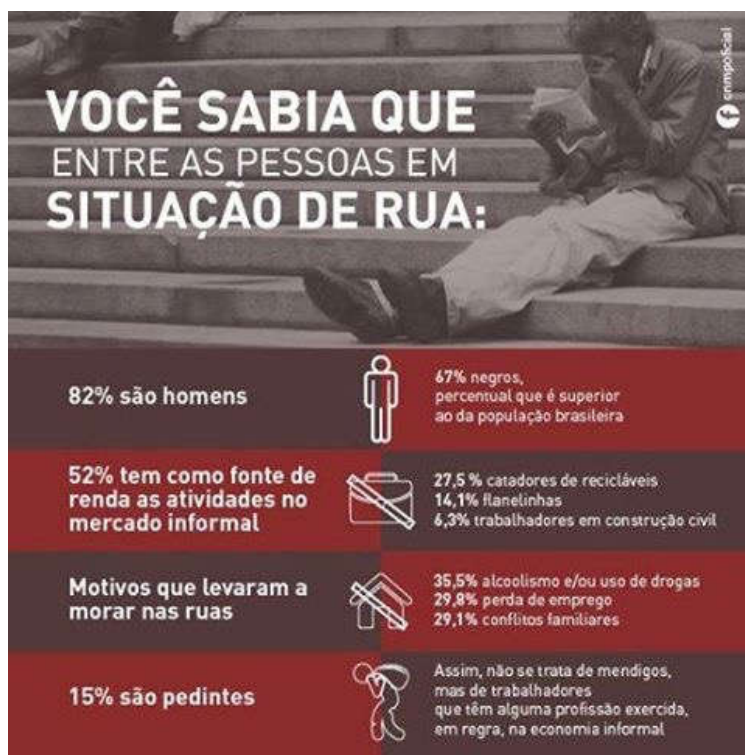
Considerando que gênero, classe social, raça, geração e sexualidade são

construídos socialmente e interagem mutualmente a depender do tempo e lugar, é importante considerar a interseccionalidade desses marcadores sociais da diferença, pensando em como as categorias agem em combinação.

Na página Saúde do Homem-Ministério da Saúde, observa-se a presença de outros marcadores sociais da diferença, além de gênero, porém a problematização sobre a influência do contexto social e dos diferentes fatores atuantes na produção da saúde é pouco desenvolvida.

“** SAÚDE DO HOMEM NEGRO A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) transversaliza suas diretrizes e ações com a Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (PNSIPN), enfocando as especificidades e as principais causas de morbimortalidade da população masculina negra. #SaúdeDoHomem #SaúdeDoHomemNegro #PopulaçãoNegra #SUS #MinistériodaSaúde #PNAISH #PNSIPN (Saúde do Homem-Ministério da Saúde, 26 de maio de 2016)”

“Conheça alguns dados sobre as pessoas em situação de rua. Chama a atenção para o número de homens nesta condição: 82% são do sexo masculino. (Saúde do Homem-Ministério da Saúde, 09 de janeiro de 2016)”



(Saúde do Homem-Ministério da Saúde, 09 de janeiro de 2016)

7.6 Publicações da página Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na rede social Facebook

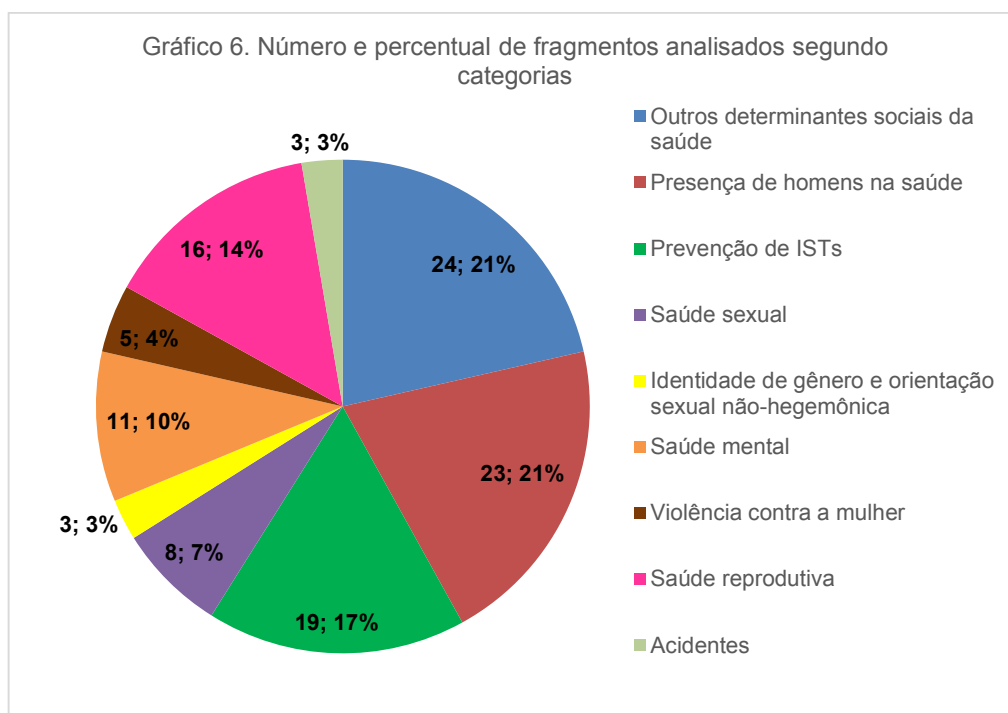
No ano de 2016, período em que as publicações da página do Facebook, “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” foram analisadas, a cidade de São Paulo teve como prefeito Fernando Haddad, antigo ministro da Educação durante o segundo mandato de Lula e primeiro mandato de Dilma. Ademais, a prefeitura também contou com Alexandre Padilha como secretário da saúde, médico e antigo ministro da Saúde do governo Dilma entre 2011 e 2014.

Durante o período em que Alexandre Padilha atuou no governo federal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem esteve no início do processo de implantação e implementação, sendo, assim, o então ministro uma figura importante em sua construção. No entanto, a análise da página “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” mostra restritas ações direcionadas exclusivamente aos homens e às

masculinidades em uma perspectiva de gênero, demonstrando, assim, um possível diferente enfoque sobre a saúde pela Secretaria.

No período de 01 de janeiro e 30 de novembro de 2016 foram encontradas 353 postagens na página inicial da “Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” no *Facebook*. Destas, foram selecionados 109 trechos que possuíam alguma relação com as temáticas “saúde sexual”, “saúde reprodutiva” e/ou “saúde do homem” para análise, algumas publicações estiveram presentes em mais de uma categoria de análise.

Dentre as publicações que não foram analisadas estão aquelas que tratavam de doações de animais, vacinação de animais, inauguração de equipamentos de saúde e postagens relacionadas a prevenção e promoção da saúde que não estavam ligadas às temáticas “saúde sexual”, “saúde reprodutiva” e/ou “saúde do homem”.



Outros determinantes sociais da saúde, associados a gênero, foram observados na maioria das postagens, em 24 delas (21%). Em 10 dessas publicações divulgam-se

ações dirigidas à população em situação de rua durante o rigoroso inverno paulistano de 2016, quando houveram mortes de muitas pessoas em situação de rua devido ao frio. Em imagens, observa-se a presença quase exclusiva de usuários homens, como pode ser visto nas imagens abaixo.



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 24 de junho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 30 de junho de 2016)

As publicações referentes à população em situação de rua concentraram-se no mês de junho, publicizando a “Operação Baixas Temperaturas”, protocolo de ações de acolhimento a essa população quando a temperatura estiver abaixo dos 13°C, possivelmente em resposta às críticas recebidas pela prefeitura devidos às mortes. Entre as postagens, é destacada a necessidade de se “respeitar as especificidades de gênero, etnia, orientação sexual, idade, religião e deficiência”, assim como outras orientações que apontam uma perspectiva alinhada aos Direitos Humanos.

Compreende-se que a identificação dos direitos violados é essencial para a elaboração de estratégias de promoção da saúde que minimizem as vulnerabilidades dos indivíduos e coletivos. Segundo Lopes (2005) a perspectiva ampla utilizada pelo quadro de Direitos Humanos permite que se examine contextos sociais ou estrutura de programas, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) indivíduos e coletivos dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida e de um bom cuidado em saúde.

DECRETO Nº 57.069 DA PREFEITURA DETERMINA QUE:

OS AGENTES DA PREFEITURA DEVEM 	 Usar o diálogo para solucionar conflitos;
	 Proteger direitos e bens de todas as pessoas;
	 Respeitar as especificidades de gênero, etnia, orientação sexual, idade, religião e deficiência;
	 Incentivar e orientar as pessoas a procurarem os serviços socioassistenciais;
	 Avisar previamente sobre data, hora e local das ações de zeladoria (limpeza das ruas).
OS AGENTES DA PREFEITURA NÃO PODEM 	 Usar da violência;
	 Desrespeitar integridade física e moral;
	Retirar bens e pertences:
	 Pessoais: documentos, cartões, sacolas, remédios, livros, mochila, muleta, cadeira de rodas;
	 Trabalho: carroças, material de reciclagem, ferramentas, instrumentos musicais;
	 Sobrevivência: papelões, colchões, colchonetes, cobertores, mantas, travesseiros, lençóis e barracas desmontáveis;
 Impedir o retorno das pessoas em situação de rua, após ações de zeladoria.	

EM CASO DE DESCUMPRIMENTO, DENUNCIE NA OUVIDORIA

MAIS INFORMAÇÕES:
prefeitura.sp.gov.br/saude





(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 22 de junho de 2016)

Algo também percebido nas publicações da Secretaria, em levantamento realizado entre 2009 e 2011 pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa Centro de Estudos Rurais e Urbanos, da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP, constatou-se a predominância da população masculina entre aqueles que estão em situação de rua (84,3%). Argumenta-se que as mulheres conseguem se reinserir com mais facilidade em grupos familiares, como agregadas ou empregadas domésticas, o que não ocorre com homens (Marconi e Bicudo, 2015).

De acordo com os dados do PNAD/IBGE (Ministério do Planejamento, 2013), em 1992, 45% da população brasileira era considerada pobre (31,4% pobres; 13,6% em extrema pobreza); em 2001, esse percentual caiu para 34,6% (24,7% pobres; 9,9% em extrema pobreza); e em 2013, chegou a 12,8% (8,8% pobres; 4% em extrema pobreza), sendo que a maior parte da população pobre brasileira é formada por negros. Como demonstrado por dados do IPEA, há diferença significativa do rendimento médio mensal da população brasileira, considerando as variáveis raça e gênero. O rendimento médio mensal da população branca em 2013 foi de R\$ 1520,02, enquanto de negros foi de R\$ 842,00. Ao incluir a variável gênero na análise dos dados, observa-se que homens brancos tinham rendimento de R\$1967,73 em 2013, enquanto mulheres brancas recebiam R\$ 1132,22. Rendimentos ainda inferiores foram encontrados quando observamos homens e mulheres negrxs. Homens negros, em média, apresentaram rendimentos mensais de R\$ 1056,02, contra R\$ 634,31 das mulheres negras.

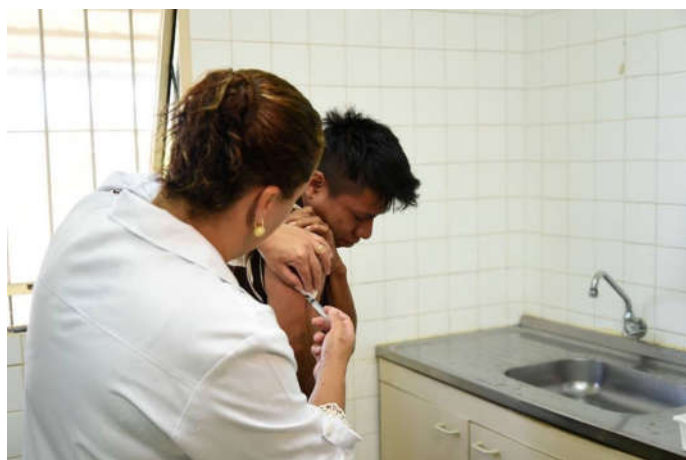
No Brasil, em 2010, 83,0% das pessoas indígenas com idade de 10 anos ou mais recebem até 1 salário mínimo ou não possuíam rendimentos. Quase a totalidade das pessoas indígenas nessa condição estão na região Norte, onde somente 25,7% recebem 1 salário e a grande maioria, 66,9%, não tem rendimento (Brasil, 2010b). Os exemplos trazidos acima, mostram a importância de se considerar os diversos determinantes sociais para se construir estratégias que visem minimizar iniquidades existentes.

A raça enquanto fator determinante social no processo saúde-adoecimento também aparece em outras publicações. Duas delas referem-se à campanha de

vacinação contra H1N1 dirigidas aos indígenas, trazendo explicações biológicas e sociais para a necessidade da população indígenas estar em um grupo prioritário na campanha. Ambas as publicações ocorreram em abril, mês em que é comemorado o dia do índio. Apesar da oferta, aspectos relacionados às particularidades culturais da comunidade indígena relevantes para serem considerados no acesso e assistência a essas populações, bem como o respeito às práticas de saúde tradicionais, não são explorados.

“Você sabe por que os indígenas de todas as idades estão no grupo de risco da campanha de vacinação contra H1N1?

Por viverem, muitas vezes, em áreas afastadas dos grandes centros urbanos, os indígenas têm uma memória imunológica, já que não estão expostos aos vírus. Por isso há maior chance de, assim como as gestantes, idosos e crianças menores de 5 anos, ao ficarem gripados, desenvolverem um agravamento da doença. Além disso, devido a esse mesmo afastamento, eles têm maior dificuldade de acessar um atendimento de saúde de emergência ou de maior complexidade. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de abril de 2016)”



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de abril de 2016)

Em destaque na publicação é trazida a imagem de um índio jovem sendo vacinado por uma profissional da saúde. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM de 2014, entre os indígenas homens, a principal causa de mortalidade foram as causas externas, 21,35%. As demais causas de morte mais importantes entre os indígenas de todas as idades do sexo masculino foram: doenças do aparelho circulatório, 16,2%; doenças do aparelho respiratório, 12,45%; causas mal definidas, 9,66%; doenças infecciosas e parasitárias, 9,23%.

Compreendendo que as causas externas são um dos problemas mais relevantes entre a população masculina indígena, pode-se supor que os homens indígenas também se envolvem em acidentes e situações de violência, quer como vítimas ou agressores, reiterando estudos sobre masculinidade. Assim, discutir a intersecção gênero e etnia poderia trazer subsídios para se problematizar o acesso e o cuidado dos homens indígenas à saúde, considerando-se suas especificidades.

Os índios ainda enfrentam importantes desafios que interferem na sua saúde: as dispersões dos grupos populacionais, a restrição e disputa de terras, as mudanças demográficas, ambientais e culturais. Tais mudanças trouxeram consequências drásticas, como as doenças infecciosas, que ocupam um papel proeminente no perfil epidemiológico indígena no Brasil. Além disso, com a aproximação dos grandes centros urbanos, as morbidades crônicas não transmissíveis vêm ganhando espaço, como obesidade, hipertensão e diabetes mellitus; transtornos mentais e uso e abuso de álcool (Langdon, 2007). Ainda há poucos estudos relacionados à saúde do homem indígena em uma perspectiva de gênero.

Como os indígenas, os negros estão entre os grupos com os piores indicadores de escolaridade no Brasil, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm acesso mais precário a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material e marginalização espacial, social e política (Lopes, 2005).

Duas outras publicações, todas realizadas em novembro, mês da consciência negra, tratam do racismo e da saúde da população negra. Em uma das imagens, é

levantado o fato de a população negra ser o grupo majoritário dos usuários do SUS e da atenção primária na cidade de São Paulo, assim como traz uma mensagem em defesa da igualdade racial e de combate ao racismo. Ainda, nas duas publicações homens negros são visibilizados como usuários do serviço de saúde e mulheres representam a figura de maior poder na relação, a figura médica. Observa-se, assim, a presença de outros discursos além daquele que reproduz concepções dos serviços de saúde como espaços unicamente voltado a assistência de mulheres, idosos e crianças.

No texto de uma das publicações é salientado as especificidades físicas da população negra, como observado abaixo:

“Entre os problemas de saúde mais comum estão: hipertensão, diabete e anemia falciforme, doença comum entre a população negra, onde as células vermelhas do sangue assumem o formato de foice, causando falta de glóbulos vermelhos saudáveis. Ao longo de todo o mês, ações de conscientização e prevenção sobre a saúde da população negra e parda terão destaque especial nas unidades da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 01 de novembro de 2016)”.



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 20 de novembro de 2016)

Algo a ser apontado é a concentração dos determinantes sociais de saúde em situações pontuais - em ações específicas promovidas pela secretaria, campanhas ou datas comemorativas - além de a discussão ser pouco aprofundada. Pode-se levantar a hipótese de que ainda se caminha para incorporação plena de um olhar ampliado dos determinantes sociais pela saúde em São Paulo, ainda prevalecendo uma perspectiva biomédica nas políticas de saúde do município e na prática dos serviços.

Em abril, maio e junho, concentraram-se as publicações que mostravam as ações dirigidas à população imigrante de São Paulo. Em um dos trechos analisados é divulgado o treinamento de imigrantes para integrar projeto que visa orientar servidores da rede sobre a cultura e cotidiano de moradores da capital paulista nativos de outros países, buscando a aproximação do contexto de vida desse grupo e possibilitando o acesso dos imigrantes à saúde, assim como o combate à xenofobia. Entre estas atividades, esteve o evento relacionado à Virada da Saúde, organizado pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste, com programação voltada aos usuários imigrantes, intitulada "Celebrando Nossas Origens". A UBS Vila Esperança Dr. Cássio Bittencourt Filho realizou uma partida de futebol, com usuários bolivianos, haitianos, peruanos e trabalhadores da UBS.

“Na Penha, local onde está instalada a unidade, há muitos imigrantes, a maior parte é composta por peruanos e bolivianos. No geral, trabalham nas oficinas de costura da região.

Além dos homens, há muitas imigrantes gestantes assistidas pela unidade. Antes da partida de futebol, os "jogadores" participaram de uma palestra sobre os riscos da tuberculose e sintomas. Na ocasião, também aferiram a pressão e os outros aferiram a glicemia.

Para o peruano, trabalhador de oficina de costura, Juvenal Galvez, de 28 anos essa ação da prefeitura é muito interessante. "Fazer uma atividade que abrange saúde e o esporte é muito legal", disse.

Galvez, que vive no Brasil há nove anos, é casado, pai de dois filhos, um de 12 e outro de quatro anos, e acredita que a palestra sobre tuberculose também é muito importante, pois em seu país quase não tem a doença.

O casal de bolivianos Nicolasa Albarado, de 50 anos e seu marido, Teófilo Rusto Quispe, de 52 anos, aprovou as ações da Viradinha da Saúde Sudeste.

Eles consideram importante ter conhecimento para evitar muitas doenças como a tuberculose e a dengue. O casal tem sete filhos, mas apenas dois vivem com Nicolasa e Quispe. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de abril de 2016).

Observa-se a maior presença de mulheres na maioria das atividades presentes em imagens da Virada da Saúde, com exceção da partida de futebol. Couto et al. (2010) discutem que as mulheres são maioria nas consultas, nos espaços físicos das unidades, nas filas, nos grupos de APS, etc. No entanto, os autores consideram que em algumas atividades a presença de usuários homens e mulheres é equivalente ou há mais homens que mulheres, como os atendimentos em odontologia e atividades relacionadas à vacinação, curativos e farmácia.

A partir das imagens das atividades realizadas – ginástica, oficina de penteados afro - pode-se questionar se a ausência dos homens nas atividades propostas pela UBS está associada à ainda presente desqualificação dos homens, à desvalorização e à consideração de não pertinência dos homens como alvo de intervenções para esta perspectiva assistencial, o que Couto et al (2010) consideram como uma forma de invisibilidade da população masculina. Assim, quando as ações cotidianas da assistência não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, acabam por reforçar esta a invisibilidade e deixam de fazer com eles se sintam pertencentes desse espaço de práticas de promoção e prevenção da saúde.

A despeito de se perceber a presença maior de mulheres nas imagens do evento, a iniciativa de realizar um jogo de futebol no serviço aponta para o esforço e busca de abertura para construção do sentimento de pertencimento entre o público masculino em relação aos serviços de APS. Nesse sentido, uma visibilidade dos homens como potenciais usuários dos serviços e colaboradores parece estar em desenvolvimento, embora possamos refletir sobre a falta de investimento em espaços comuns e integrados, menos estereotipados e onde a diversidade de gênero se faça presente, atividades que não reforcem ideias sobre espaços exclusivamente masculinos ou femininos.



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de abril de 2016b)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de abril de 2016c)

Ainda, é interessante notar que muitos dos homens que se mostram como alvo de cuidados pelo município de São Paulo – como os autores de violências, homens em situação de rua e dependentes químicos - não são foco de cuidados no documento-base, no Plano de Ação da Política e também são pouco visibilizados na página Saúde do Homem – Ministério da Saúde.

Sabe-se da influência política que algumas sociedades médicas (especialmente a de Urologia) e que a indústria farmacêutica tiveram sobre a construção de prioridades e dos discursos produzidos pela PNAISH. Assim, noções de raça, classe, geração, orientação sexual, escolaridade, por exemplo; além de outras especialidades, como a Saúde Mental; acabaram sendo desvinculadas da discussão em torno das masculinidades, levando à invisibilidade de grupos vulneráveis no terreno da saúde e restrição do acesso aos cuidados por essas “masculinidades não-enaltecidas” na Política. Cabe o questionamento sobre a falta de direcionamento a essas questões na PNAISH, tão discutidas na maior cidade do país, e a falta de articulação entre a política de saúde dos homens e outras políticas públicas voltadas ao cuidado desses grupos vulnerabilizados.

A categoria **identidade de gênero e orientação sexual não-hegemônica** está presente em três postagens (3%), onde são discutidos estereótipos e papéis de gênero culturalmente construídos. Na publicação do álbum “A transformação na Saúde da cidade”, é apresentada a política pública voltada à população transexual do município. Os atendimentos de terapia hormonal são realizados nas Unidades Básicas de Saúde, o que é importante para que se possibilite um acompanhamento continuado por profissionais da saúde e a cuidado em saúde integral eficaz.

“O SUS é universal e atende pessoas de todos os países e identidades de gêneros. A cidade de São Paulo é a primeira no Brasil a oferecer hormonioterapia na rede pública. Disponível em nove Unidades Básicas de Saúde, o tratamento com hormônios busca induzir o desenvolvimento de características sexuais secundárias compatíveis com a identidade de gênero da pessoa (...) (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de abril de 2016)”.

O Brasil é o país com o maior número de assassinatos de pessoas trans no mundo, o que denuncia a situação de vulnerabilidade social a que essa população está exposta e a complexidade necessária para garantia de uma política de saúde que proponha uma abordagem integral. Lionço(2008), relaciona a construção e formulação de uma política de saúde específica para a população GLBT à consolidação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos; à garantia da promoção da equidade, mediante a problematização e o reconhecimento da condição de vulnerabilidade em que se encontra essa população em relação aos direitos humanos.

A transgeneridade tem relação estrutural com a área da saúde, uma vez que os paradigmas hegemônicos sobre o corpo compreendem as identidades de gênero distintas da heteronormatividade como doença ou desequilíbrio, processo que interfere sobre o acesso aos serviços e às tecnologias em saúde. Segundo Rogers et al. (2016), os serviços de saúde se estabelecem a partir de diversas regras que muitas vezes são impeditivas do acesso das pessoas trans aos cuidados de saúde – relações assimétricas entre profissional e usuário, falhas no uso do nome social, a imperícia em protocolos clínicos de processo transexualizador, não reconhecimento das diversas situações de risco que essa população a que estas pessoas estão expostas e transfobia no âmbito institucional.

Assim, a complexidade da atenção à população demanda muito mais que o tratamento com hormônios, também é necessário uma política de atenção primária que garanta uma atenção integral e equânime.

Uma questão relativa aos direitos das pessoas LGBT refere-se às diversas concepções de gênero e sexualidade na sociedade contemporânea. Segundo Butler (2015), não apenas o gênero, mas também o sexo é construído sócio-culturalmente, em um processo de significação dos corpos sexuados. A partir dessa abordagem defendida por Butler, não existe a categoria sexual e a instituição naturalizada da norma heterossexual - o biológico, o gênero e o desejo como o entendimento da heterossexualidade compulsória e a binaridade de gênero compreendem. Butler

defende a cisão radical entre sexo e gênero, cada um desses conceitos são artificios flutuantes e performativos, uma vez que constroem realidades, permissões e exclusões.

Como consequência, a linearidade constituída como natural (homem/masculino e mulher/feminino) está rompida, uma vez que um corpo que nasceu com uma estrutura física significada pela disciplina anatômica como pênis ou entendida como vagina podem estar presentes tanto em corpos de homens como de mulheres. O gênero é performativamente construído ao longo da história do sujeito e é mutável, por meio de atos compreendidos socialmente como masculinos ou femininos, regulados por normas que não são totalmente internalizadas. Assim, o sexo “natural”, a “masculinidade e feminilidade fixa e verdadeira”; também são construídas como parte de uma estratégia de manutenção da binaridade, dominação masculina e heterossexualidade compulsória (Butler, 2015).

Ainda se tratando das relações homossexuais, a prefeitura realizou duas publicações dirigidas a população homossexual. Uma das publicações, uma campanha de incentivo ao uso da camisinha, realizada na Parada Gay, e outra, informava sobre a parceria entre a prefeitura de São Paulo e o aplicativo de relacionamentos *Grindr*, voltado ao público LGBT. Com essa parceria, visa-se que o usuário do aplicativo tenha acesso a informações sobre a profilaxia pós-exposição e outras medidas de prevenção ao HIV e IST/Aids.

“Mais de 100 MIL PESSOAS acessaram as informações sobre a PEP (Profilaxia pós exposição) através do aplicativo Grindr.

A divulgação foi uma parceria entre a Prefeitura de São Paulo e o aplicativo de relacionamento, usado por mais de 3 milhões de pessoas, para incentivar a prevenção e conscientização sobre HIV e DST/Aids.

>> Funciona assim: um dia por semana - designado pelo aplicativo-, aparece a mensagem educativa para todos os usuários que estiverem acessando pela primeira vez no dia o *Grindr*. Serão mensagens variadas e sempre com o cunho de prevenção: uso de camisinha, uso de gel, incentivo à testagem. (...)

Outra forma de se informar sobre as melhores formas de prevenção é através do aplicativo Ta na Mão, com ele você calcula o seu risco de exposição com as doenças sexualmente transmissíveis e encontra a unidade especializada mais próxima. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 3 de novembro de 2016)”.

No fim de 2016, o Ministério da Saúde divulgou, em comemoração ao Dia Mundial da Luta contra Aids, o aumento da infecção pelo HIV entre homens jovens, e queda entre as mulheres. Os dados mostraram que a taxa de homens de 15 a 19 anos infectados pelo HIV mais que duplicou entre 2003 e 2015 (foi 2,9 casos por mil habitantes para 6,9). O mesmo ocorreu na faixa de 20 a 24 anos (de 18,1 casos por mil habitantes a 33,1) (Costa, 2016).

Nas últimas décadas, houve crescimento no número de diagnósticos de transmissão heterossexual e estes eram maioria, tanto para homens quanto para mulheres. Entretanto, nos últimos anos, a proporção de casos de infecção homens que fazem sexo com homens vêm crescendo, foi de 30,8% em 2007 para 50,2% em 2016. Em casos de relações heterossexuais, estas caíram de 47,3% para 38,5% no mesmo período (Costa, 2016)

Diante desses novos dados, especialistas creditam o aumento da epidemia entre homens aos aplicativos de relacionamentos como *Grindr*, *Tinder* e *Hornet*, que facilitam as relações casuais. Entre os homens jovens, estaria havendo aumento no número de parcerias homossexuais ocasionais (Costa, 2016).

Considerando estratégias como essa criada pela Secretaria de Saúde de São Paulo, é importante refletir sobre o reconhecimento e valorização da diversidade sexual e da afirmação da cidadania sexual como forma de desconstrução de estigma a respeito da relação do público LGBT e a Aids. Como salientam Zucchi et al (2013), projetos e intervenções voltadas a prevenção das IST/HIV são necessários para quebra de discriminações, assim como para o fim do sexismo e da homofobia que sustentam a desigualdade nas relações de gênero e da cidadania LGBT.

Como afirma Ayres (2002), devemos pensar as práticas preventivas em IST/Aids considerando menos os "grupo populacionais" e mais os "contextos de intersubjetividade", isto é, deve-se conhecer os espaços (sociais, culturais, etc) de interação geradores de vulnerabilidade e, de modo articulado, os contextos intersubjetivos favoráveis à construção de respostas para a redução dessas vulnerabilidades.

Mostram-se necessárias ações amplas voltadas à educação sexual, estudos de gênero e direitos da população LGBT, permitindo o acesso dessa população às informações e serviços de saúde, mas que também possibilitem a quebra de estigmas, preconceitos e discriminações que se criam a respeito desse grupo. Além disso, é importante o enfrentamento dos movimentos conservadores, que vêm ganhando espaço e restringindo iniciativas preventivas nos âmbitos da educação e da saúde.

Quando observamos as publicações relacionadas à **prevenção de IST's e Aids**, encontramos 19 que se encaixam nessa categoria. A grande maioria das publicações volta-se a divulgação de ações com o intuito de promover o uso da camisinha (com a distribuição e orientação sobre o uso e sobre as ISTs). Destacam-se ações pontuais, como a distribuição de camisinhas na Parada Gay e o evento Viradinha da Saúde, assim como ações contínuas, como o Programa Caminhos da Prevenção.



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 29 de maio de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 25 de maio de 2016)

A Viradinha da Saúde é uma das atividades da Virada da Saúde, que é realizada anualmente em São Paulo em comemoração ao Dia Mundial da Saúde. O evento aconteceu entre 3 e 10 de abril em 2016 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em espaços públicos e privados de todas as regiões da cidade.

Entre os objetivos declarados pela iniciativa estão incentivar a aproximação da sociedade ao tema da saúde, a promoção de saúde em espaços da cidade e a construção de um ambiente saudável e sustentável nos grandes centros urbanos.

Na atividade realizada na Praça do Patriarca, espaço da região central de São Paulo, houveram diversas ações relacionadas a prevenção de ISTs, como testagem para HIV e sífilis, orientações sobre ISTs e distribuição de preservativos.

“A Viradinha da Saúde da região centro, no dia 06/04, na Praça do Patriarca, teve programação especial como orientação e procedimentos juntos aos moradores da casa do migrante, atividades culturais, orientações e serviços de saúde.

O evento ofereceu:

- Teste rápido HIV/Sífilis
- Imunização
- Orientações sobre DST
- Fornecimento de preservativos femininos e masculinos
- Orientações de saúde da mulher e realização de Papanicolau
- Aferição de pressão arterial, dextro
- Controle antropométrico /IMC
- Atendimento médico para avaliação sobre anticoncepção
- Orientação e busca ativa de tuberculose
- Orientações sobre prevenção, sinais e sintomas de dengue, chikungunya e Zica vírus.
- Orientações sobre H1N1 (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de abril de 2016”

Segundo Ayres (2002), ações pontuais para a prevenção das ISTs têm sido importantes para se levar essa temática ao cotidiano dos usuários. Porém, para além dessas campanhas, cabe a problematização sobre a superação da abordagem fragmentada e de uma abordagem estritamente biomédica. Não se deve limitar a práticas centradas no diagnóstico e na prescrição, que impedem a incorporação de atividades preventivas integrais que, dentro do contexto comunitário, tragam a discussão aberta das vivências da sexualidade e, mais ainda, as questões de gênero nelas implicadas.

Outro exemplo de prática divulgada pela prefeitura de São Paulo foi o projeto “Caminhos da Prevenção”. O “Caminhos da Prevenção”, que é uma iniciativa em conjunto com o programa “De Braços Abertos”, leva preservativos e informações sobre IST/Aids a usuários de regiões potencialmente vulneráveis a essas infecções.

“O projeto Caminhos da Prevenção é fruto de uma parceria do Programa Municipal de DST/Aids e do programa De Braços Abertos. Nele, cinco beneficiários percorrem com triciclo 92 pontos de entretenimento adulto para distribuição de preservativos em bares, boates e casas de entretenimento no Centro, mais especificamente na região do Baixo Augusta, República e Santa Cecília (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 4 de janeiro de 2016).”

Em duas das publicações, ainda, trata-se da estratégia preventiva “profilaxia pós-exposição” (PEP), demonstrando forte investimento nessa ferramenta. No entanto, muitos programas têm se mostrado crítico à PEP ao considerar seu uso isolado, meramente biomédico e medicalizante, preocupante, devendo ser integrado à promoção integral em saúde e ao uso da camisinha (Pinheiro et al, 2013).

Pôde-se indentificar também uma atenção dada à prevenção de ISTs/Aids entre os jovens e entre as mulheres. Encontrou-se duas publicações dirigidas aos jovens e outras três em que se divulga o aplicativo de celular, instrumento bastante utilizado

entre os jovens, chamado “Tá na Mão” e a parceria da Secretaria com o aplicativo *Grindr*.

Entre os estudos acadêmicos sobre prevenção de ISTs/Aids há grande enfoque sobre as sexualidades dos jovens/adolescentes. No entanto, raramente essas ações são pensadas fora do campo da irresponsabilidade e da incapacidade de gerenciamento, a sexualidade juvenil é especialmente controlada sob o discurso da imaturidade dos sujeitos para pensarem e agirem sobre os seus corpos e práticas sexuais. A inclusão dos jovens nas ações de prevenção muitas vezes recaem, assim, em uma associação moralista do jovem como alguém irresponsável, que precisa ser mantido sob vigilância. Nessa visão, a sexualidade dos jovens e suas vivências, sob o argumento do cuidado, são controladas para evitar a exposição a uma “gravidez precoce” ou a uma IST.

A respeito do uso de camisinha feminina, encontrou-se uma publicação sobre o assunto. Percebe-se um discurso voltado à possibilidade de exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, estando a mulher no controle da decisão sobre o uso da camisinha por meio da facilitação da negociação do uso da camisinha com o parceiro.

“Você já experimentou? A Prefeitura de São Paulo distribui preservativos femininos em várias unidades de saúde da cidade. Você pode retirar o seu gratuitamente. Além disso, devido ao material, o preservativo feminino tem menos chance de causar alergia. E ainda dá à mulher o poder de decisão sobre a própria proteção. É um ponto final pro velho papo que ouvimos sempre "ah, a camisinha aperta muito" ou "a camisinha tira a sensibilidade" (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 22 de setembro de 2016)”

Dado o caráter relacional das práticas sexuais, a dimensão do poder que se articula às relações de gênero e aos valores culturais associados às construções de masculinidades e feminilidades, os entraves no uso da camisinha nas relações

heterossexuais devem ser considerados, mostrando-se fundamental olhar as desigualdades de gênero no processo de construção dessas práticas preventivas.

A ciência enquanto competência de conhecimento atuante na medicalização da sexualidade, atribui uma natureza médica a práticas e problemas da vida dos sujeitos. Assim como Foucault (1999b) defende, passou-se a se produzir saberes sobre os corpos a partir da exploração dos prazeres, desenvolvimento de conhecimentos e discursos e do reforço das fiscalizações e resistências. Assim, as novas produções do saber, na medicina e na psiquiatria, vêm construir um discurso de médico sobre a sexualidade.

Como já discutido, o surgimento da epidemia do HIV/Aids, em meados dos anos 80 esteve associado a “grupos de risco”: homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. A partir da iniciativa do movimento gay nos EUA, que resistia às propostas provenientes da Saúde Pública de “isolamento sanitário” dos grupos de risco, propôs-se a adoção do uso da camisinha. Negou-se o estigma imposto e a marginalização gerada pelas estratégias de abstinência e isolamento, desenvolveu-se o conceito de comportamento de risco e se incorporou a camisinha em programas específicos de prevenção médica, permitindo a manutenção das práticas sexuais (Pinheiro et al, 2013).

Posteriormente, a partir da percepção de que a exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela Aids não resulta apenas de um conjunto de aspectos individuais, mas também dos contextos coletivos que acarretam maiores ou menores suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos; foi elaborada a perspectiva da vulnerabilidade.

No entanto, apesar de se perceber a tentativa de contato com os contextos específicos daqueles que possivelmente estariam em situação de vulnerabilidade, ainda se percebe certa limitação nessa aproximação. Observa-se um discurso que pouco abrange os valores específicos de cada grupo, as preferências sexuais singulares e as linguagens diferentes para tratar da sexualidade; mantendo-se uma abordagem e discurso impositivo e regulador.

Quando tratam da temática saúde sexual, a Consulta Pública, o documento-base da PNAISH e o Plano de Ação da PNAISH oferecem um significativo espaço a discursos voltados aos aspectos relacionados aos órgãos sexuais masculinos, atribuindo maior importância à potência sexual e a manutenção da capacidade de ereção. Ao se observar como as orientações dos documentos oficiais analisados estão sendo postas em prática nas páginas do Facebook Secretaria da Saúde de São Paulo e Saúde do Homem – Ministério da Saúde, percebe-se que a discussão sobre a saúde sexual também se concentrou na informação sobre o adoecimento urológico em uma época específica, durante a campanha do Novembro Azul.

Restringe-se, assim, a abordagem a um olhar reducionista em uma lógica campanhista, correndo o risco de não se garantir a integralidade e continuidade da atenção ao sujeito. Além disso, ocorre o esvaziamento da noção de saúde sexual e a redução da ideia de sexualidade masculina a aspectos fisiológicos e a estereótipos sobre o masculino baseados na virilidade, desconsiderando outras formas de percepção em relação à sexualidade masculina. Assim como Schraiber e Figueiredo (2011) apontaram, nota-se a redução da integralidade do atendimento masculino às preocupações com o adoecimento anatomopatológico, sobretudo os agravos sexuais e genitais, revelando, assim, mecanismos de biopoder que se ancoram na racionalidade e objetividade próprias do discurso médico e que visam à medicalização e disciplinamento dos corpos, de maneira semelhante a processos já vivenciado pelas mulheres.

Oito publicações (7%) foram classificadas como relacionadas à **saúde sexual**. Cinco destas publicações estavam ligadas às doenças relacionadas ao aparelho genital masculino: quatro foram postadas em referência ao “Novembro Azul”. Reafirma-se nessas publicações a relação entre a saúde sexual masculina, aparelho genital e combate à disfunções eréteis. Nos documentos oficiais da PNAISH já se observa um estímulo à implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, mais especificamente às disfunções eréteis. Nesse ponto, pode-se supor o peso sociocultural dado à virilidade e à atividade sexual para os homens e a (re)produção

institucional de estereótipos de gênero, assim como a prevalência de um olhar medicalizante.

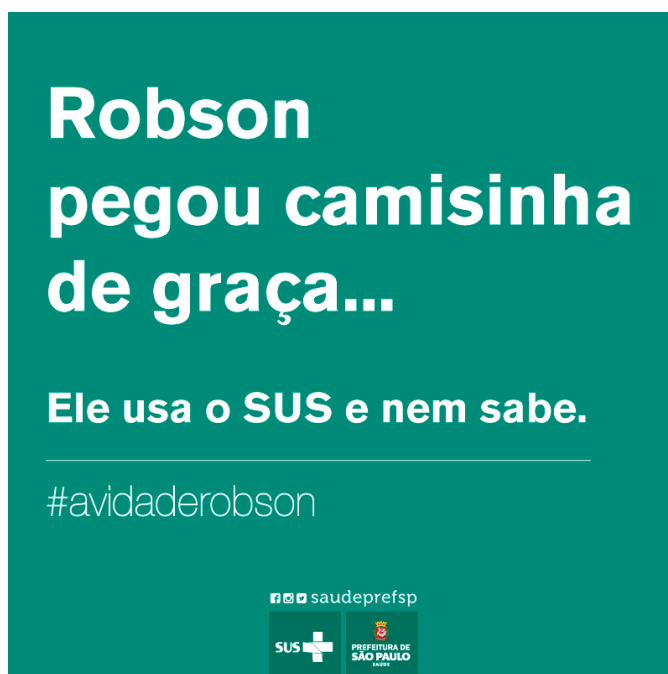
Além disso, o enfoque dado pela campanha Novembro Azul ao câncer de próstata e ao estímulo do rastreamento da neoplasia, tem sido criticado por diversas pesquisas e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que compreendem que esse rastreamento pode trazer mais danos que benefícios (Modesto et al, 2017).

Ensaio clínico mostraram que o screening com dosagem de antígeno prostático específico (PSA) com ou sem toque retal não diminuem a mortalidade geral dos homens, e traz poucas diferenças sobre a mortalidade específica por câncer de próstata. Frente aos riscos relacionados à biópsia prostática, ao impacto psicológico de um resultado falso-positivo, ao sobrediagnóstico e às sequelas do tratamento, os benefícios não compensariam. Caso presentes, PSA e toque retal estariam indicados para investigação e não rastreamento; caso inexistentes, devem ser discutidos os riscos associados ao rastreio (Modesto et al, 2017).

Outros três *posts* traziam em seu discurso um enfoque sobre a mudança de comportamento dos sujeitos. Retomando a publicação sobre o uso do preservativo feminino, na qual se afirma que o seu uso pelas mulheres seria “um ponto final pro velho papo que ouvimos sempre “ah, a camisinha aperta muito” ou “a camisinha tira a sensibilidade” (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 22 de setembro de 2016)”, pode-se refletir se utilizar as mulheres como único alvo das ações em saúde e como única responsável pelos cuidados da família, seria a melhor forma de intervenção sobre a cultura machista e pela igualdade de gênero.

Em uma série de publicações, falava-se sobre a presença do SUS no cotidiano de um homem, Robson. Em duas destas publicações, apresentam-se cenas da vida sexual de Robson. “Robson transou sem camisinha” e “Robson pegou camisinha de graça”. E responde-se a estas cenas, respectivamente: “Ainda bem que existe o SUS” e “Ele usa o SUS e nem sabe”. Com isso, percebe-se, a reprodução e manutenção do olhar sobre o homem como sexualmente ativo, viril, porém com incorporação da camisinha como forma de manutenção das práticas sexuais. Há um olhar bastante

aproximado àquele presente na abordagem sobre o comportamento de risco, no qual se enfatiza de modo assertivo o uso da camisinha em associação com as práticas e comportamentos que também se quer vender como adequados/corretos.



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 7 de outubro de 2016)

A **saúde reprodutiva** foi tema de 16 publicações (14%) da página Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, recebendo um espaço maior que a saúde sexual na página, movimento semelhante ao encontrado na página “Saúde do Homem – Ministério da Saúde”.

Em duas publicações relativas ao parto, a questão da humanização do parto foi objeto de atenção, apesar da pouca discussão sobre o que a página entende por parto humanizado. O conceito de humanização do parto surgiu como resposta à medicalização e despersonalização do ato fisiológico de parir e nascer, em detrimento do respeito à vontade da gestante; e do estímulo, apoio e acolhida à mulher que vivencia essa experiência.

Nas últimas décadas, observou-se que a assistência obstétrica se patologizou, com o aumento do uso de procedimentos invasivos, como a cesariana, muitas vezes sem justificativas obstétricas adequadas (Castro e Clapis, 2005).

Frente a esse processo, surgiu um forte movimento que tem trazido ao âmbito da saúde um discurso de defesa da individualidade das gestantes por meio da adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas (Castro e Clapis, 2005). Assim, a humanização do parto tem sido pauta de discussão na área da obstetrícia e seu discurso de defesa tem sido trazido em algum nível para a assistência – no caso da Prefeitura de São Paulo, com a criação da carreira de Obstetrix no quadro do município e pelo incentivo ao parto natural.

“PARTO HUMANIZADO | 68,1% dos partos realizados nos hospitais municipais em 2015, foram naturais. Esse número vai aumentar ainda mais, com a criação da carreira de Obstetrix na Rede Municipal, no início do ano pela Prefeitura de São Paulo. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 29 de junho de 2016)”



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 29 de junho de 2016b)

Cinco das publicações referentes à saúde reprodutiva voltava-se ao pré-natal e a vivência da gestação. Nota-se nestas cinco postagens que ainda há um enfoque quase exclusivo sobre a mulher quando se fala em gestação e pré-natal, diferente da saúde sexual, na qual o homem foi visto como o principal objeto. A assistência à gestação no município de São Paulo, já em seu nome, Mãe Paulistana, dirige-se à mulher. Ainda, atribui-se unicamente à mulher o dever de buscar os serviços de saúde para os cuidados no pré-natal, retirando do homem o seu possível espaço e envolvimento na gestação, como se pode verificar abaixo:

“As mães que se cuidam no SUS têm acesso aos seis principais remédios contra pressão alta gratuitamente. Dessa forma, a rede pública garante saúde para mãe e para o bebê, afinal a hipertensão arterial foi responsável por 22% das mortes maternas, no município de São Paulo, entre 2011 e 2013.

A pressão alta é capaz de causar complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, que nesses casos também corre risco de morte se o problema não for controlado.

Para isso, é recomendado que, antes de engravidar, a mulher procure um médico para avaliar sua condição de saúde e, assim que descobrir a gravidez, começar o pré-natal o mais rápido possível (...). (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 31 de maio de 2016- grifo nosso)”

“O Alô Mãe Paulistana é uma central de tele atendimento na área da saúde, que conecta gestantes, mães e suas famílias a uma equipe de enfermeiros especializados em obstetrícia, prontos para oferecer orientações, atendimento de partos ou emergências. O contato pode ser feito pelo telefone 0800 200 02 02, pelas redes sociais ([goo.gl/M6VTnb](https://www.google.com/search?q=goo.gl/M6VTnb)) ou site ([goo.gl/sTwnEi](https://www.google.com/search?q=goo.gl/sTwnEi)). #DiadaGestante (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de agosto de 2016- grifo nosso)”

Ao se referir ao tele atendimento do “Alô Mãe Paulistana” como um serviço dirigido a “gestantes, mães e famílias”, temos pistas do lugar secundário oferecido aos homens na gestação. Tal olhar acaba por (re)produzir concepções estereotipadas sobre a saúde reprodutiva como meramente feminina.

O parto e a divulgação do trabalho hospitalar em maternidades foi objeto de sete publicações. Em relação a estes *posts*, observa-se que a relação mãe-bebê é o principal assunto abordado. Nas imagens das postagens, ainda, percebe-se a ausência de homens no parto e nos cuidados com a criança.

“As mães que têm seus bebês no HSPM recebem o top materno, para aconchegarem os pequenos junto ao corpo momentos após o parto. Uma das maiores necessidades dos bebezinhos é do calor da mãe. Ele é muito importante

nas primeiras horas de vida. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de julho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de julho de 2016b)

Além disso, a ênfase nas mulheres como público beneficiário do trabalho em saúde ao tratar das questões reprodutivas desconsidera os homens e a percepção desse grupo como constituído por sujeitos potenciais para um trabalho cujo objetivo é alcançar a equidade de gênero. Pode-se considerar que tal abordagem é uma forma redutora de se tratar os problemas no âmbito da saúde por apenas trabalhar com parte dos atores envolvidos na relação e, conseqüentemente, parte da questão do poder.

Como assinalado por Couto e Gomes (2012), a discussão da equidade remete à problematização da desigualdade de condições decorrente da organização social e da solução da desigualdade na forma de equiparação de valor e de oportunidades, considerando as diferenças e as particularidades de grupos e sujeitos. Dado que gênero – como elemento que define, organiza e baliza práticas sociais – produz desigualdades,

as políticas públicas, inseridas no marco dos direitos e da equidade, devem responder a essas desigualdades por meio da busca por implicar homens e mulheres no debate e na luta por direitos e cidadania.

Os **acidentes**, que estiveram em 4% das postagens da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde trazendo uma discussão em uma perspectiva de gênero, na página Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo aparecem em três publicações (3%), sem problematizar gênero como determinante. Em duas publicações, focaliza-se a importância da redução de velocidade no trânsito, medida tomada pela prefeitura no ano de 2016 e muito criticada, para a redução dos acidentes. Portanto, existe um uso do espaço da página para, principalmente, justificar as ações tomadas em âmbito político, frente a um uso educativo.

“A Secretaria Municipal da Saúde possui um grupo de estudos da influência da mobilidade urbana na saúde pública de São Paulo. É o Observatório de Mobilidade Urbana e Saúde. Isso nos ajudou a compreender melhor o impacto da redução das velocidades na cidade. Neste gráfico, você pode verificar a letalidade dos atropelamentos associados às velocidades. A partir dos 40km/h vemos que a tendência da letalidade é subir exponencialmente até atingir 100% aos 80km/h (...) (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 14 de junho de 2016)”

As publicações referentes à violência foram marcadas pela discussão sobre a **violência contra a mulher** foi lembrada em cinco publicações (4%) da Secretaria no Facebook. Em duas postagens, a partir de um caso de estupro amplamente divulgado pela mídia em 2016, é trazida à discussão a cultura do estupro e, com isso, o papel sociocultural sobre o fenômeno e as ações da saúde em resposta aos casos.

“São trinta e três monstros” Essa frase parece uma boa descrição para os criminosos do Rio de Janeiro. Entretanto, chamá-los de "monstros" só os joga pra longe da discussão.

Monstro é sempre o outro. É sempre aquele mal que surge do nada. É sempre o caso isolado. (...)

Há uma cultura que faz com que a mulher seja vista como uma pessoa de segunda classe, cujo corpo só serve para satisfazer os homens. O SUS luta arduamente para acabar com essa realidade.

A saúde pública tem avançado na notificação de violência no Brasil inteiro. Em 2015, a cidade de São Paulo passou a fazer parte do sistema nacional de notificação.

Na rede municipal de saúde, são cinco hospitais de referência, equipes multiprofissionais, além do atendimento integral nas UBS mais próximas das cidadãs, políticas de acesso à contracepção de emergência, coquetel anti-Aids e teste rápido contra DST's e orientação sobre o direito de decidir. #NãoSãoSó33 (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 31 de maio de 2016)”

Segundo Minayo (2005), o ato do estupro ocorre com a dissociação entre o sujeito e o objeto da sexualidade, entre o apoderamento sexual e a anulação da vontade do outro. A autora aponta que, em uma cultura machista, o estuprador atua com a crença de que, do ponto de vista sexual, acaba por ser levado por seus impulsos incontroláveis, por isso, “naturalmente” precisa ser compreendido e perdoado. Estaria, assim, a responsabilidade sobre a mulher, que deve se preservar e não deve provocar a sexualidade “natural” do homem. Ainda, Minayo (2005) interpreta que o estuprador não reconhece o “não” da mulher estuprada como verdadeiro e sim como parte do ritual de sedução, pois a plenitude da macheza não admite que a mulher (mero objeto) possa dizer “não” para ele.

Em relação às Políticas para as Mulheres, duas publicações trazem a divulgação de equipamento e ações da prefeitura para combater a violência de gênero e doméstica contra as mulheres, assim como o empoderamento desse grupo.

“O primeiro na região leste, o CRM é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Política para Mulheres e a Secretaria Municipal da Saúde e está localizado na Rua: Pedro Soares de Andrade, 644, Vila Rosaria. (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de março de 2016)”

“Criada em janeiro de 2013 pela gestão do Prefeito Fernando Haddad, a Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres (SMPM) tem entre as prioridades o enfrentamento à violência doméstica e familiar de gênero contra as mulheres. Conta, para isso, com serviços especializados no atendimento psicológico, social e jurídico e no empoderamento econômico. Verifique os endereços da Rede de Atendimento à Violência aqui: <https://goo.gl/HS8Ezh> (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 10 de outubro de 2016)”

Também, no Dia Mundial pelo Fim da Violência Contra a Mulher foram lembradas e homenageadas duas trabalhadoras da Secretaria Municipal da Saúde vítimas de violência contra a mulher.

“DIA MUNDIAL PELO FIM DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER - Em homenagem às duas profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo vítimas de feminicídio este ano, as unidades básicas de saúde República, no centro da capital, e Vila Penteado, na região norte, terão o nome mudado.

A unidade do centro passará a se chamar UBS República – Fernanda Santi Limeira, em homenagem a enfermeira assassinada pelo seu marido na porta da unidade em julho deste ano.

A enfermeira Fernanda Sante Limeira chegava para mais um dia de trabalho na UBS República, centro de São Paulo, quando foi assassinada a tiros pelo seu ex-marido, com quem disputava a guarda da filha de dez anos na justiça. Fernanda chegou a denunciar o ex-marido por ameaças, mas como muitas vítimas de feminicídio no Brasil, não foi ouvida.

Na região norte, a UBS Vila Penteado agora terá o nome de UBS Fátima de Jesus Viana Rosa, homenagem à agente comunitária de saúde violentada e assassinada em trabalho.

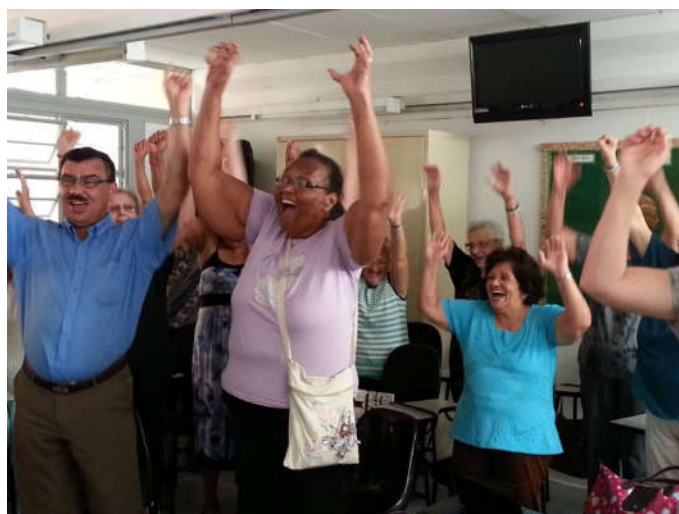
Em junho, a agente comunitária de saúde Fátima de Jesus Viana Rosa realizava mais um de seus atendimentos domiciliar pela UBS Vila Penteado, na Brasilândia, região norte, quando foi sequestrada, violentada e assassinada por um morador da região. Fátima foi mais uma vítima de feminicídio no Brasil. Mais uma mulher que teve sua vida interrompida pela violência. Ela atuava há 18 anos na unidade. #NemUmaAMenos” (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 25 de novembro de 2016)”

Como salienta Minayo (2005), a concepção hegemônica do masculino, coloca o homem em uma posição social (naturalizada) de agente do poder da violência, havendo, historicamente, uma relação direta entre essas concepções vigentes de masculinidade e o exercício do domínio sobre o outro.

No caso das relações amorosas, a prática sociocultural vigente do masculino prevê um posicionamento do “macho social”, com atitudes e relações violentas como meio de promover “atos corretivos”. Com isso, diz-se que os agressores, em geral, reconhecem o uso da violência como “excesso”, mas não como erro, uma vez que julgam exercer um poder disciplinar para manutenção da ordem social. Consideram que as atitudes e ações de suas mulheres (companheiras e filhas), sempre distantes do comportamento ideal, justificariam o uso da força como garantia do controle, do bem-estar familiar e da “honra” (Minayo, 2005).

Chama a atenção que três das cinco publicações foram feitas em resposta a casos que tiveram grande repercussão e/ou em datas comemorativas, mostrando que questões socioculturais ainda necessitam ser vistas como uma questão de saúde de maneira contínua e que ser trabalhada no cotidiano como objeto de prevenção e promoção da saúde. Além disso, como se pode observar o homem ainda necessita ser integrado nessas ações preventivas no intuito de desconstruir noções vigentes sobre o masculino.

Em relação à **presença dos homens na saúde**, foram encontrados 23 publicações (21%) que mostravam isso. 16 destas publicações trazem homens usuários dos serviços e/ou em atividades de promoção à saúde. Nenhuma destas 16 publicações tratam-se de ações dirigidas exclusivamente para os homens, como podemos ver abaixo:



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 20 de maio de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 07 de junho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 29 de julho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 01 de novembro de 2016)

Como Couto et al (2010) salientam, apesar da maior presença das mulheres nos serviços de saúde, já existe uma importante presença dos homens nos serviços e até mesmo em atividades de promoção à saúde (como as práticas integrativas) que são mais comumente frequentadas por mulheres.

Nota-se, no entanto, que os homens mais velhos são os mais presentes em todas as fotografias publicadas. Este achado é semelhante ao encontrado por Couto et al (2010), que verificaram a presença preponderante de ações voltadas ao segmento materno-infantil, ao segmento dos idosos e ao cuidado de doenças crônicas (por exemplo, hipertensão arterial e diabetes mellitus).

Em seis postagens a Secretaria da Saúde de São Paulo aproveita o sucesso de uma campanha publicitária criada por mídias digitais *Out of Home*³, “A vida de

3

A Mídia digital **out of home** é um tipo de propaganda realizada em ambiente exterior para que atinja o consumidor enquanto este está fora de casa.

Robson” - que mostra o cotidiano de um homem “comum” por meio de pequenas frases - e responde a essa publicidade explicando como o SUS está presente no dia-a-dia de “Robson” e, generalizando, no dia-a-dia de qualquer homem. Por exemplo, “Robson frequenta a academia”, mas segundo a Secretaria:

“O Robson é do tipo que paga e não vai, mas não importa. Pode ser a mais simplona ou a top da cidade, o SUS realiza inspeções em academias e clubes e todas precisam ter cadastro na Vigilância em Saúde para funcionar. (...) (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de outubro de 2016)”

Outros *posts* destinam-se a tratar da conscientização dos homens sobre a necessidade de integrarem-se aos serviços de saúde e cuidarem da sua saúde. As publicações, em geral, são voltadas diretamente aos homens e é demarcada a compreensão sobre o homem como avesso ao autocuidado, responsabilizando-o pela sua ausência nos serviços.

Apesar de se considerar que os homens reproduzem representações socioculturalmente construídas sobre masculinidades, h percebe-se certa falta de reconhecimento sobre a ausência de propostas assistenciais e sobre a necessidade de mudanças na configuração e no funcionamento dos serviços para que esse grupo se veja como parte desses espaços, o discurso preponderante na busca por trazer os homens aos serviços de saúde é o de responsabilização individualizada e voltado a mudança de comportamento.

Com um discurso semelhante ao anterior, três destas publicações foram realizadas em referência ao Novembro Azul e uma, ao Dia do Homem. Abaixo, dois exemplos dessas publicações:

“Apesar de serem metade da população, os homens são apenas 35% dos usuários na Atenção Básica do SUS em São Paulo. Mas essa taxa é maior nos serviços de urgência e emergência. (...)”

Por isso, você, homem, cuide de sua saúde.

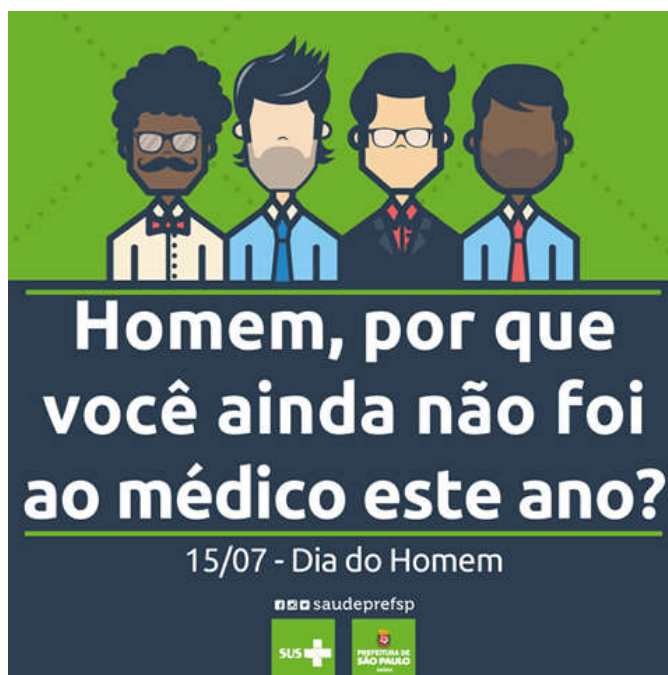
Não espere a mãe/companheira/irmã/amiga falar, seu corpo será sua morada por toda a sua vida. Cuide bem dele e deixe de lado as desculpas, os estereótipos e a negligência.

Fale com seu médico, veja se está tudo bem.

(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 09 de novembro de 2016)”

“Homem paulistano, peço sua atenção. Aproximadamente apenas 1 em cada 3 consultas no SUS de São Paulo são com homens. Se você já foi ao médico e está em dia com sua saúde, isso é muito bom! Incentive seus amigos a também irem ao médico com regularidade. Nós do SUS já sabemos de todas as desculpas que algumas pessoas dão para não ir ao médico. Vamos pular essa parte. O homem brasileiro vive 7 anos a menos que a mulher. A maioria das doenças que mais matam os homens podem ser superadas em seus estágios iniciais, mas muitas vezes são descobertas já em estado avançado. Não precisa ser assim. Não espere sua saúde ir embora para cuidar dela.

Por isso, vá à UBS mais próxima da sua casa e marque uma consulta. Não sabe onde fica? Coloca seu endereço nesse site que ele te ajuda <http://buscasaude.prefeitura.sp.gov.br/> (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de julho de 2016)”



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 15 de julho de 2016)

11 publicações tratavam da **saúde mental** de homens (10%), cinco referiam-se à dependência química e ao programa De Braços Abertos. O programa de Braços Abertos, implementado na gestão do prefeito Fernando Haddad em resposta ao processo de higienização da região central da cidade e à defesa da repressão e internação compulsória feita por outros órgãos estatais e parte da mídia e da população, “*parte do resgate social dos usuários de crack por meio de trabalho remunerado, alimentação e moradia digna, com orientação de intervenção não violenta* (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 10 de outubro de 2016)”.

O programa De Braços Abertos, criado na gestão de Haddad, recebeu inúmeras críticas por aqueles que defendem uma atuação semelhante ao modelo apresentado por Foucault (2009) de espaços de enclausuramento do refúgio da sociedade, baseada na abstinência, repressão médica e policial e isolamento.

Percebe-se nas postagens uma tentativa de publicização e defesa das ações realizadas - proposta de redução de danos; acompanhamento em meio aberto; e oferta

de moradia, alimentação, trabalho e cuidados de saúde. Em entrevista, o secretário Alexandre Padilha afirma que “A região [da Cracolândia] sempre sofreu com programas erráticos, intervenções de cunho autoritário e a lógica da higienização. Agora, São Paulo se conecta a essa nova tendência de fugir da abordagem da guerra às drogas (Martins, 2016)”

Nota-se, a partir das publicações, a alta presença de homens entre os usuários dos serviços de Saúde Mental, em especial os beneficiários do programa De Braços Abertos. No entanto, não ocorre reflexão em uma perspectiva de gênero em relação a essa maior presença nas publicações, como se pode observar abaixo:



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 11 de janeiro de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 09 de junho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 26 de junho de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 10 de outubro de 2016)



(Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 10 de outubro de 2016)

Pesquisas evidenciam que as doenças referentes à saúde mental estão entre as principais causas de morbimortalidade masculina brasileira. No entanto, há poucos estudos que consideram a relação masculinidades e saúde mental, bem como pouco se conhece sobre os agravos à saúde mental masculina no Brasil (Zanello et al, 2015).

Como defendem Zanello et al. (2015), o sofrimento psíquico e o funcionamento narcísico dos sujeitos são mediados e constituídos por gênero. As autoras apresentam em seus achados de pesquisa, realizada com usuários homens de um Centro de Atenção Psicossocial, discursos sobre o sofrimento marcados pela virilidade sexual, produtividade laboral, força física, sucesso e riqueza.

Segundo as autoras, essa representação hegemônica do masculino implica na necessidade de se assumir uma postura ativa e permanente para se provar verdadeiramente “homem”, o que provoca tensões e conflitos adoecedores, uma vez que os homens acabariam assim por serem oprimidos por sua própria opressão. O processo de adoecimento psíquico acaba sendo acompanhado pelo fracasso social devido a perda de aspectos mais valorados na constituição masculina, uma vez que o doente é excluído do seu meio e papel social, das relações interpessoais, assim como deve lidar, muitas vezes, com a perda da potência sexual decorrente da medicação (Zanello et al, 2015).

Em relação ao uso de drogas, também se pode refletir sobre as representações sobre feminino e masculino, que reprimem ou incitam determinadas práticas relacionadas às drogas, os quais expõem homens e mulheres a determinadas situações de vulnerabilidade - como a violência relacionada ao tráfico de drogas ilegais, por exemplo. Em relação aos homens, estes passam a valorizar os comportamentos de exposição a riscos, a expressão da violência, a expressão do poder e virilidade, bem como a provisão financeira da família. Sendo assim, é provável que a masculinidade hegemônica ajude a compreender o envolvimento de homens jovens, negros e pobres com o tráficos de drogas ilegais (Moraes, 2010).

Em relação ao tratamento de usuários de drogas ilícitas, Moraes (2010) questiona e problematiza os atendimentos em serviços de atenção às pessoas que usam drogas, onde muitas vezes os usuários são vistos como fracos e irresponsáveis, ao serem

evidenciadas as recaídas e o fracasso. Assim, o atendimento em dependência química ao homem se torna ainda mais complexo, uma vez que as referências de masculinidades os incita a correr riscos associados aos contextos de uso e comércio de drogas.

Com isso, pode-se dizer que não há como pensar a Saúde Mental e o uso de drogas, e saúde de modo geral, sem considerar elementos estruturadores de relações de poder como gênero, geração, raça/etnia, classe e etc.

Ao longo da leitura desses documentos que retratam a implantação e implementação da PNAISH, pôde-se perceber novos significados sobre papéis de gênero, saúde sexual e reprodutiva e paternidade sendo construídos. Convivem, assim, discursos tradicionais de gênero e apostas mais democráticas, buscando a aproximação dos homens das práticas de cuidado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse trabalho foi estabelecer questões acerca dos temas reprodução, sexualidade, gênero e Políticas Públicas de Saúde dos Homens para a viabilização de um debate crítico, com base em referências teóricas e empíricas relacionadas a essas questões. Assim, mais especificamente, buscou compreender sob a perspectiva de gênero, como a reprodução e sexualidade de homens são abordadas e problematizadas pela política nacional de saúde do homem. Tal questionamento é necessário por se compreender que para se trazer à pauta a igualdade de gêneros no âmbito da saúde é requerido problematizar sobre possíveis novos paradigmas que, diferentemente dos modelos atuais de masculinidade, não estejam predispostos a desigualdades e à manutenção de estereótipos, que encare as dimensões socioculturais e as estruturas de desigualdade que influem sobre a ação humana e vise quebrar as barreiras que impedem mudanças.

Compreender como a reprodução e a sexualidade aparecem na PNAISH desde a sua construção até sua implementação e divulgação também tem grande relevância ao nos dar pistas sobre as ideias de relações de gênero presentes, sobre os paradigmas em que se ancoram essas proposições e sobre os saberes que se buscam construir e modelar sobre os homens. Tal reconhecimento é essencial para se discutir para qual direção se quer construir o SUS em relação à temática da reprodução e sexualidade e se o que já está apontado na política conversa com essa expectativa.

Ademais, foi considerado importante apreender o contexto de construção da PNAISH, a articulação entre o documento-base da PNAISH (Brasil, 2009a), documentos vinculados à construção da política e documentos, materiais e publicações desenvolvidos no âmbito desta política com o intuito de explorar as relações e conexões dentro do curso de ação do Estado e de seu sistema de saúde. A política representa objetivos e traduz jogos de interesse presentes no âmbito político, dado que diferentes atores e cenários estiveram e estão inseridos nos processos de formulação, definição, implementação e acompanhamento da política (Couto e Gomes, 2012).

Para tanto, o diálogo com os estudos de gênero e com a analítica do poder construída por Foucault (1998, 1998b, 1999b, 2005) se mostrou fecundo. O poder, tratado como exercício ou jogo de forças instável e permanente, é, para Foucault, algo que define as relações sociais em determinado momento histórico concreto através de práticas e discursos específicos. Essa compreensão sobre as relações sociais permite a visualização na PNAISH da emergência de um homem alheio ao cuidado consigo e com os outros, violento e impulsivo e que, no contexto de uma política pública de saúde, deve ser moldado a determinada especificidade do corpo social masculino.

A análise da construção e implementação da política nos permitiu apreendê-la como uma tecnologia de biopoder que, por meio de estratégias individualizantes, produz verdades sobre as masculinidades. Nesse sentido, na medida em que o Estado atende às demandas de atores (sociedades médica e acadêmica, especialmente) e constrói discursos e práticas, também delimita modos de ser homem. Percebemos aí a formação de uma governamentalidade não somente sobre a saúde dos homens, mas sobre a subjetivação desses indivíduos.

Dentro do campo dos estudos de gênero, esse trabalho buscou se situar em uma abordagem relacional do par masculino-feminino, abordagem esta que busca atentar às singularidades e às diversidades no âmbito das relações de gênero que se estabelecem (Gomes, 2003) e assegurar maior densidade de conhecimento em relação às especificidades de cada polo em interação.

Muitos pontos levantados ao longo da dissertação retratam a problematização em curso sobre os papéis masculinos culturalmente construídos – mais especificamente nas relações de intimidade com parceiras (os), de paternidade e com os serviços de saúde. Em uma dimensão macropolítica, viu-se ao longo do ano de 2016 o recrudescimento do conservadorismo político no Brasil, atacando, inclusive, às pautas feministas e LGBT⁴. As bancadas ruralista, evangélica e ligada à segurança

4

Projetos de lei (PL), como PL 2731/2015, PL 3236/2015 e PL 3235/2015, pretendem proibir o debate sobre a igualdade de gênero na educação. O projeto proposto pelo deputado Marco Feliciano, por exemplo, visa criminalizar a veiculação “em atos normativos oficiais,

em diretrizes, planos e programas governamentais, termos e expressões como ‘orientação sexual’, ‘identidade de gênero’, ‘discriminação de gênero’, ‘questões de gênero’ e assemelhados, bem como proibir a publicação dessas expressões em documentos e materiais didático-pedagógicos que possam disseminar, fomentar, induzir ou incutir a ‘ideologia de gênero’. Ainda, o projeto de ‘Programa Escola sem Partido’ procura incluir como diretriz da educação nacional, a problematização de convicções do aluno, de seus pais ou responsáveis, tendo os valores de ordem familiar precedência sobre a educação escolar nos aspectos relacionados à educação moral, sexual e religiosa.

Logo após o afastamento da presidente Dilma Rousseff já se pôde observar ações que denotam retrocesso nas políticas públicas de combate às desigualdades de gênero e outras desigualdades sociais. Ainda, em maio de 2016 foi extinto o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH).

Em relação ao aborto, questão de luta dos movimentos de mulheres na saúde há décadas, há ameaças aos direitos já conquistados. A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara aprovou projeto que criminaliza a instigação do aborto e a prestação de qualquer auxílio ou até mesmo orientação para interrupção da gravidez. No caso de estupro o aborto só será permitido com exame de corpo delicto. O projeto ainda prevê que nenhum profissional de saúde ou instituição, em nenhum caso, será obrigado a aconselhar, receitar ou administrar procedimento ou medicamento que considere abortivo. Ou seja, o profissional de saúde não é obrigado a dar as devidas orientações para uma vítima caso este profissional considere que pílula do dia seguinte é abortiva ou seja contra o aborto em caso de estupro.

Há diversos projetos que dispõem sobre os direitos do nascituro, que tramitam em conjunto, sob o nome de Estatuto do Nascituro. A proposta já foi aprovada em duas comissões – Finanças e Tributação e Seguridade Social e Família. A proposta dá uma pensão à mãe de filho gerado a partir de um estupro, além de prever direitos de paternidade ao agressor. (PL 478/2007).

A partir de decisão do Supremo Tribunal Federal, casais homossexuais podem se casar e adotar. No entanto, essa conquista tem sido ameaçada pelo Projeto de Lei (PL) 6583/2013, conhecido como Estatuto da Família. O projeto propõe que casais homoafetivos não sejam reconhecidos pelo conceito de família – assim, não podem se casar, estabelecer união estável ou adotar. O Estatuto já foi aprovado por Comissão Especial e aguarda apreciação pelo Plenário da Câmara.

Outros projetos que violam os direitos LGBTs tramitam no Congresso, como, por exemplo, a vedação da adoção por casal homoafetivo; a criminalização da “heterofobia”; a criação do “Dia do Orgulho Heterossexual”; a criação da anulação do casamento em caso de ignorância, anterior ao casamento, da condição de transgenitalização pelo conjuge; o cancelamento do decreto sobre o reconhecimento do nome social e da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais, entre outros.

pública; responsáveis pelas alas mais conservadoras do Congresso Nacional; ganharam força nos últimos anos.

Propostas apresentadas, algumas já aprovadas, pelo poder legislativo podem ser reconhecidas como ameaças aos direitos humanos, atacando, especialmente, os direitos LGBT, os direitos sexuais e reprodutivos e as novas estruturas familiares. Assim, esta “onda” conservadora, também articulada a forças religiosas, tem buscado enfraquecer e bloquear transformações processadas há décadas.

Ainda, assinalando uma visão hegemônica de masculinidade e uma concepção patriarcal de família ainda presente no âmbito político que podem estar refletidas nas instituições de práticas de cuidado, em agosto de 2016, o ministro da Saúde Ricardo Barros afirmou durante o lançamento do guia do Pré-Natal do Parceiro que os homens se cuidam menos por:

“uma questão de hábito, cultura. Os homens, até porque trabalham mais, são os provedores da maioria das famílias, não acham tempo para se dedicar à saúde preventiva. Isso precisa ser modificado. Nós queremos capturá-los para fazer os exames e cuidar da saúde. A meta destes guias é fazer que nossos servidores orientem os homens, que normalmente estão fora [de casa], trabalhando (Bastos, 2016)”

Diferentemente da “verdade” socialmente construída e reafirmada pelo ministro, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2014 mostram que as mulheres têm uma jornada de trabalho semanal de quase cinco horas a mais que os homens, considerando a jornada de trabalho doméstico (Bastos, 2016).

Além disso, chama a atenção o direcionamento proposto pelo ministro de abordagem aos homens, voltada ao disciplinamento dos corpos, à mudança de seus comportamentos pela “captura” e controle de suas ações. A disciplina ajuda na manutenção das relações de poder, de maneira discreta, exercidos pelos regimentos,

pela vigilância hierárquica, pelo registro contínuo, pelo exame e pela classificação; garantindo, assim, uma sociedade sadia e a produção de um novo tipo de indivíduo e de população - normal - necessários à existência e consolidação do sistema social.

Frente a tudo isso, a discussão sobre gênero se mostra mais importante a cada dia para a construção de uma sociedade menos desigual, violenta e opressiva – desconstruir estereótipos de gênero e essencialismos permite que se problematize a sub-representação política das mulheres, as inequidades no mercado de trabalho, as violências de gênero nas ruas e domicílios, a falta de autonomia reprodutiva, o controle das sexualidades, entre outras questões.

Não é à toa a oposição às teorias contemporâneas de sexo e gênero, uma vez que estas nos permitem contestar as construções hegemônicas sobre o masculino e o feminino, cruciais para a manutenção das estruturas sociais e institucionais. O conceito de gênero atua como uma importante ferramenta analítica e política, que desnaturaliza as opressões de gênero, desconstrói verdades absolutas e imutáveis sobre mulheres e homens, desestabiliza a ordem vigente, derruba fronteiras que nos demarcam em estereótipos e aponta os efeitos de desigualdades que limitam nossas potencialidades.

Esse ataque e rejeição à perspectiva de gênero, assim, demonstra se tratar de uma resposta da ordem social, baseada na lógica binária do sistema sexo-gênero. Procura-se criminalizar os termos, expressões e conceitos que dão voz às diferenças, desigualdades e assimetrias de poder.

No Brasil, o movimento feminista foi essencial para que os estudos sobre gênero e saúde recebessem maior atenção e investimento, por meio do campo da saúde das mulheres. Quando grupos feministas elegeram a saúde como núcleo de sua ação, viu-se a possibilidade do feminismo como prática política, articular mulheres das camadas médias e das camadas de baixa renda, conformando o tema da saúde como reivindicação prioritária. Além de terem visado construir políticas no âmbito do Estado que levasse em consideração as desigualdades sociais vividas pelas mulheres em relação aos homens, que tivesse por objetivo a redução e/ou a superação destas desigualdades e constituísse as mulheres como seu público beneficiário.

Nesse universo acadêmico e político, formado por discursos diversos e, muitas vezes, opostos e em rivalidade, a PNAISH é construída e implementada. Ainda, as questões reprodutivas e sexuais ocupam espaço significativo entre os documentos analisados, apresentando diferentes perspectivas e concepções normativas ao referir-se ao espaço e às necessidades do homem em relações a essas questões.

Segundo definições operacionais da OMS, a sexualidade se expressa a partir de diversas dimensões - física, emocional, psíquica e sociocultural. A sexualidade é um aspecto central da vida dos sujeitos e circunda sexo, identidade de gênero e papel, orientação sexual, erotismo, desejo e prazer, intimidade e reprodução.

Entretanto, a análise apontou que a sexualidade em seu sentido mais amplo é pouco abordada nos documentos analisados. Houve uma importante ênfase dada à prática e potência sexual, pouco considerando a compreensão e discussão de outros aspectos da sexualidade por meio de uma concepção de gênero e de seu caráter relacional.

Verificou-se, ainda, um esforço da Área Técnica de Saúde do Homem para o desenvolvimento da participação do homem na saúde reprodutiva e na paternidade, principalmente a partir da implantação e implementação da Política, o que pôde ser observado nos materiais de divulgação da PNAISH e nas publicações da página Saúde do Homem – Ministério da Saúde. Encontraram-se discursos voltados a incentivar o engajamento do homem no dia-a-dia gestacional e no acompanhamento de pré-natal e parto, bem como a ênfase na importância da presença paterna, do contato afetivo do homem com a família e da participação deste nas atividades domésticas para o desenvolvimento da criança e para apoio da companheira.

No entanto, compreende-se que ainda não houve plena incorporação de discursos de responsabilização igualitária nas questões reprodutivas e de parentalidade, sendo os homens ainda vistos como figura de apoio em questões que ainda são ditas como femininas. Mais que um direito, a saúde reprodutiva é percebida com um momento para “captura” dos homens (como dito pelo ministro) para a regulação e higienização de seus corpos nos serviços, orientando e realizando exames de rotina e preventivos para doenças que possam ser transmissíveis para a mulher e as

crianças. Assim, cuida-se para a “boa saúde” deles e, especialmente, das mulheres e crianças.

De modo distinto, notou-se que tal preocupação de inclusão dos homens no processo gestacional não está presente com a mesma força nas publicações da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, apontando para certo descompasso de discursos e ênfases e saúde dos homens.

Além disso, cabe problematizar para qual homem a saúde reprodutiva e paternidade está voltada na PNAISH: famílias nucleares, heteronormativas e consanguíneas. Com isso, (re)afirma-se um único modelo familiar como o legítimo e “natural” para a sexualidade, reprodução e parentalidade e impõe este como uma verdade incontestável, abrindo espaço para exclusão e manutenção de estereótipos.

Como afirma Ribeiro et al. (2015), ainda se precisa trabalhar para que os homens, em sua diversidade, sejam incluídos em ações de saúde reprodutiva que possam contribuir para o exercício da parentalidade e construção ou reconstrução de identidades, articuladas à autorrealização.

Além disso, é importante destacar a necessidade de ir além de uma flexibilização dos papéis como uma forma de diminuir as “exigências da masculinidade”, sem que com isso seja alterada a dinâmica das relações de poder e seja possível a abertura para novas maneiras de se colocar no mundo.

Neste trabalho, observou-se que permanece importante o debate sobre a incorporação de gênero no contexto das ações em saúde, além de sua vinculação com transversalidade, equidade e integralidade. Com isso, considera-se importante mais do que se discutir mulheres e homens isoladamente em distintas políticas (PNAISM e PNAISH), buscar a legitimação de políticas com enfoque em gênero de fato relacionais e que olhem os sujeitos como um todo. Em outras palavras, é por meio da conexão entre políticas e práticas que tenham como foco homens e mulheres, que se produzirá alterações nos construtos que (re)produzem desigualdades de saúde permeadas por gênero.

O SUS obteve avanços graças aos movimentos de discussão sobre as políticas, práticas e trabalho em saúde no ambiente acadêmico e no cotidiano da atenção à saúde. Porém é possível observar que um desenho de gênero transversal e equânime apenas se esboça, pedindo, portanto, um olhar mais ampliado às inúmeras questões existentes e que se renovam no âmbito da sexualidade. Ainda são necessárias muitas ações que visem equiparação entre os gêneros e que trabalhem as resistências a maiores liberdades e igualdades sexuais e reprodutivas; as políticas de gênero ainda precisam ser mais bem exploradas para que se aproximem e acompanhem a diversidade de relações e as desigualdades ainda presentes, atuando para garantir às pessoas o direito de ser, estar e circular no mundo em seus diferentes modos de existência.

Dessa forma, esse trabalho, apesar de suas limitações, é um exemplo de como os estudos de gênero são campos ricos para a mudança das práticas em saúde e para a reorientação dos serviços. Além de também indicar quão ainda é necessário pensar em novas dimensões para que melhor se compreenda os eventos da vida de mulheres e homens; a partir de princípios como a concepção integral de saúde, que leva em consideração a multicausalidade do processo-saúde-doença, e a equidade; em busca da verdadeira autonomia.

9. REFERÊNCIAS

Aguayo F, Sadler M. Chile. In: Promundo; International Center for Research on Women. *What man have to do with it. Public Policies to Promote Gender Equality*. Rio de Janeiro: Promundo, 2010. Disponível em: <http://www.icrw.org/files/publications/What-Men-Have-to-Do-With-It.pdf>

Aguayo F, Sadler M. El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile?. In: Aguayo F, Sadler M. *Masculinidades y Políticas Públicas: Involucrando Hombres en la Equidad de Género*. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, 2011.

Aguayo F, Correa P, Kimelman E. *Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. Informe Final*. Chile: CulturaSalud/MINSAL., , 2012. Disponível em: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/14-Informe-final-Estudio-sobre-la-participacion-de-los-padres-en-el-sistema-publico-de-salud-de-Chile.pdf>

Aith F. *Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Quartier Latin do Brasil, 2007

Alessi G. Bancada “BBB” pressiona Temer por estatuto da Família e por direito a posse de armas. *El País Brasil*, São Paulo, 26 de abril de 2016. Disponível em: < http://brasil.elpais.com/brasil/2016/04/25/politica/1461616678_820806.html>.

Almeida AND, Vilar D. Literacia e Práticas Contraceptivas Masculinas. *Sexualidade e Planejamento Familiar*. No50/51, p. 34-42, 2008.

Anistia Internacional. *Protection law fails. Mexican women*. Disponível em: <<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2009/01/protection-law-fails-mexican-women-20090130/>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

Anjos G dos. Identidade sexual e identidade de gênero: Subversões e permanências. *Sociologias*, n. 4, p. 274–305, 2000.

Antunes MC, Paiva VSF. Territórios do desejo e vulnerabilidade ao hiv entre homens que fazem sexo com homens: desafios para a prevenção. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1125-1143, 2013.

Arilha MM. *Masculinidades e Gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

Arilha MM. *O Masculino Em Conferências e Programas Das Nações Unidas: para uma crítica ao discurso de gênero*. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Australian Institute of Health and Welfare. *A of snapshot men's health in regional and remote Australia*. Australian Government: Canberra, 2010.

Australian Government. Department os Health and Ageing. *National Male Health Policy: Building on the strengths of Australian males*. Commonwealth of Australia: 2010.

Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface comun. saúde educ*, v. 6, n. 11, p. 11–24, 2002.

Bandeira L. *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas*. Brasília: SPM, 2005.

Barata RB. *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ªed. Lisboa: Edições 70, 2004.

Bastos A. Ministro diz que homem cuida menos da saúde porque 'trabalha mais'. *GI*. DF, 11 de agosto de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/08/ministerio-lanca-cartilhas-para-aumentar-atendimento-homens-no-sus.html>

Brandão HHN. *Introdução à Análise do Discurso*. 6ª edição. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2004

Brasil. Ministério da Saúde. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília, MS 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília: MS, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Ferramenta de Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. *Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. Documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Área: DAPES-Saúde do Homem. Brasília: MS; 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*, 1ª edição, Brasília, MS, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011)*. Brasília: MS; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica, n. 26*. Brasília: MS, 2010a.

Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Características Gerais dos Indígenas. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Não importa o tipo de homem que você é – Seja do tipo que cuida de sua saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013a (fôlder).

Brasil. Ministério da Saúde. *Não importa o tipo de homem que você é – Seja do tipo que cuida de sua saúde. Versão Azul - Homem de 20 a 34 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Não importa o tipo de homem que você é – Seja do tipo que cuida de sua saúde. Versão Verde - Homem de 35 a 49 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. *Não importa o tipo de homem que você é – Seja do tipo que cuida de sua saúde. Versão Laranja - Homem de 50 a 59 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013d.

Brasil. Ministério da Saúde. *Pai: uma nova vida precisa de você (1)*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013e. (fôlder).

Brasil. Ministério da Saúde. *Pai: uma nova vida precisa de você (2)*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013f. (fôlder).

Brasil. Ministério da Saúde. *Pai: uma nova vida precisa de você (1)*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013g. (cartaz).

Brasil. Ministério da Saúde. *Pai: uma nova vida precisa de você (2)*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2013h. (cartaz).

Brasil. Ministério da Saúde. *Seja pai, seja parceiro, Pré-natal, parto e pós-parto também são coisas de homem*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2013i. (cartaz)

Brasil. Ministério da Saúde. *Tem momentos na vida que você tem todo o direito de ter alguém especial ao seu lado. Peça a companhia de seu parceiro*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2013j. (cartaz)

Brasil. Ministério da Saúde. *Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Seja pai, esteja presente!*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (folder)

Brignol S. et al. Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 2, p. 256–271, 2016.

Brown A, MacDonald J. Men's Health in Australia. European Men's Health Forum. *MEN'S HEALTH around the world: A review of policy and progress across 11 countries*. Belgium: EMHF, 2009.

Butler J. Inversões sexuais. In: Passos ICF (org.). *Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

Carrara S et al. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 960–7, 2005.

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994, Cairo, Egito. *Relatório final* [S.L.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender Society*, v. 19; 829, 2005.

Contreras MMP. Violencia contra la mujer: Comentarios en torno a la ley general de acceso a la mujer a una vida libre de violencia. *Bol. Mex. Der. Comp.*, México, v. 41, n. 122, p. 1041-1062, agosto 2008

Correa S. *PAISM: Uma história sem fim*. Recife, Brazil: SOS Corpo, 1993

Correa S. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações. In: Giffin K, Costa SH org. *Questões de Saúde Reprodutiva*, pp. 39-50, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 1999

Correa S, Alves JED, Januzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S. (Org.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

Costa C. Como homens gays voltaram a ser os mais vulneráveis ao HIV no Brasil, contrariando tendência mundial. *BBC Brasil*, 1 dez. 2016. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/internacional-37981194>

Couto MT et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.33, p.257-270, abr./jun. 2010.

Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2569-2578, 2012.

Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, Brasília, 2009.

Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 931–939, 2000. Disponível em:

<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.482.7307&rep=rep1&type=pdf>>.

Farah MFS. Gênero e Políticas Públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12 (1): 47-71, janeiro-abril/2004.

Ferraz D, Kraiczik J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.9, n. 1, p. 70-82, 2010.

Ferreira MPS et al. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 481–490, 2001.

Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*; 10(1):105-109, 2005.

Figuerola JG, Frazoni J. Mexico. In: Promundo, International Center for Research on Women. *What man have to do with it. Public Policies to Promote Gender Equality*, 2010. Disponível em: <http://www.icrw.org/files/publications/What-Men-Have-to-Do-With-It.pdf>

Foucault M. *O nascimento da clínica*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

Foucault M. The subject and power. In: Dreyfus H, Rabinow P. *Michel Foucault - beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The Harvester Press, p.208-226, 1982

Foucault M. *Microfísica do poder*. 13ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

Foucault M. *História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres*. 8a edição. Rio de Janeiro: Graal, 1998b.

Foucault M. *A ordem do discurso*. 5ª edição. São Paulo: Loyola, 1999.

Foucault M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 13a edição. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

Foucault M. *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas*. 8ª edição. 2ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Foucault M. *História da Sexualidade 3: O cuidado de si*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

Foucault M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: *Ditos e escritos v. 5. Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 264-287, 2006.

Foucault M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2009

Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da Prisão*. São Paulo: Vozes. 2014.

Giffin K, Cavalcanti C. Homens e reprodução. *Estudos feministas*, v. 7, n. 1/2, p. 53-71, 1999.

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 825–829, 2003.

Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde. *Cad. saúde pública*, v. 22, n. 5, p. 901-911, 2006.

Gomes R et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975–1984, 2008.

Gomes R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Gomes R Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1545-1552, 2016.

Giffin K, Cavalcanti C. Homens e reprodução. *Estudos feministas*, v. 7, n. 1/2, p. 53-71, 1999.

Hearn J et al. Critical studies on men in ten European countries. *Men and Masculinities*, v. 5, p. 5-31, 2002.

Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*, p. 40-58, 1999.

Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres C et al. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. [s.l: s.n.]. p. 137–152, 2003.

Laqueur TW. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

Langnon EJ. Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. *Saúde e Sociedade*, v. v. 16, n. n,2, p. 7–12, 2007.

Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua

implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10:2607-2616, 2012

Lionço T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Eqüidade. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. n.2, p. 11–21, 2008.

Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 43–63, 2009.

Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil, Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da eqüidade*. Brasília: Funasa, 2005.

Louro GL. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*, Campinas, v. 19, n. 2, p. 56, 2008.

Lüdke M, André M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Reimpressão. São Paulo: E.P.U, 2012

Macdonald JJ. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men's health policy and practice. *Medical Journal of Australia*, out; 185 (8):456-458, 2006

Macdonald JJ, Millan G, Adams M. Men's health: Indigenous and non-Indigenous men getting together. *MJA*, v.185, n.8, 2006.

Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. *Políticas de Saúde no Brasil, Continuidades e Mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, 324 pp.

Marconi E, Bicudo F. Vida nas ruas. *Revista Giz*, 2015. Disponível em: <<http://revistagiz.sinprosp.org.br/?p=5858>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, v.22, n.2, p.429-440, 2013

Martins M. Em São Paulo, boas notícias no combate ao crack. *Carta Capital*. São Paulo, 20 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/896/em-sao-paulo-boas-noticias-no-combate-ao-crack>

Massironi MMG, et al. Projeto de Implantação da PNAISH na Atenção Básica do Município de São Paulo. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)*. 39 slides. Apresentação em PowerPoint. São Paulo: 15 jul. 2011. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudeadulto/Saude_do_homem_parte2.pdf

Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(3): 424, setembro-dezembro/2008

Medrado B, Lyra J. O gênero dos/nos homens: linhas de uma proto-genealogia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2579-2581, 2012.

Meyer DE. Teorias e Políticas de Gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Jan/fev; 57(1): 13-8. Brasília, DF. 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, v. 12, 1992.

Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 18–34, 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. *Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Volume 33. P. 133. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Modesto AAD et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação [online]*. In press. Epub, 2017.

Moore H. Compreendendo sexo e gênero. *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge, 1997.

Moraes M. Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas?. In: Moraes M et al. (Org.) *Gênero e Drogas. Contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto PAPAÍ, 2010.

Moura EC et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):429-438, 2014

Muszkat S. Novas práticas na abordagem de gênero e violência intrafamiliar. *Direito e Humanidades*, n. 20, 2011.

Nascimento M et al. Brazil. In: Promundo, International Center for Research on Women. *What man have to do with it. Public Policies to Promote Gender Equality*.

Rio de Janeiro: Promundo, 2010. Disponível em: <http://www.icrw.org/files/publications/What-Men-Have-to-Do-With-It.pdf>

Oliffe JL et al. Men's health in Canada: a 2010 update. *Journal of Men's Health*. October 2010, Vol. 7, No. 3: 189-192

Pinheiro TF. *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites*. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Pinheiro TF, Couto MT. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência*, v. 4, p. 53-67, 2008.

Pinheiro TF; Couto MT, Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.845-58, jul./set. 2011.

Pinheiro TF et al. Uso de Camisinha no Brasil : Um Olhar sobre a Produção. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 837–858, 2013.

Pitanghy J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19-39.

Puff J. Como o governo Temer pode impactar os direitos LGBTs? *BBC Brasil*, Rio de Janeiro, 29 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36366170>>.

Ribeiro CR et al. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015, Vol.20, n.11, pp.3589-3598, 2015.

Richardson N. *Getting Inside Men's Health*. Health Promotion Department, South Eastern Health Board, 2004.

Richardson N, Carroll PC. Getting men's health onto a policy agenda – charting the development of a National Men's Health Policy in Ireland. *JMH*. Vol.6, No.2, pp. 105-113. Junho de 2009.

Richardson N, Carroll PC. Men's Health in Ireland. In: European Men's Health Forum (EMHF). *MEN'S HEALTH around the world: A review of policy and progress across 11 countries*. Belgium: EMHF, 2009b.

Richardson N, Smith, JA. National Men's Health Policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? *The Royal Society for Public Health*, pp 424-432, 2011.

Robertson S et al. Men's health in Canada. In: Wilkins D, Savoye E. *Men's health around the world. A review of policy and progress*. Bruxelas: European Men's Health Forum, 2009.

Robertson S et al. Men's health promotion in Canada: Current context and future direction. *Health Education Journal*, v.68, n.4, p.266–272, 2009b.

Rodrigues MMA. *Políticas Públicas*. São Paulo: Publifolha, 2010.

Rogers J et al. Pessoas Trans na Atenção Primária : análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. *Saúde & Transformação Social*, v. 7, n. n.3, p. 49–58, 2016.

Rohden F. *Uma Ciência Da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher*. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://teses.ufrj.br/PPGAS_d/FabiolaRohden.PDF>. Acesso em: 09 de jun. de 2014.

Rohden F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2645-2654, 2012

Saúde do Homem – Ministério da Saúde. *Publicações*. Facebook. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/pnaishms/posts/?ref=page_internal. Acesso em: 16 jan 2017.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva Men and health as targets of the Public Health. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 7–17, 2005.

Schraiber LB, Figueiredo WS. Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de gênero. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. p. 19-38. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2635-2644, 2012

Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 16, n.2, jul./dez 1990.

Scott RP. Homens, domesticidade e políticas públicas na saúde reprodutiva. In: Medrado B et al (org.). *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAÍ, 2010.

Secretaria de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Mexico DF: Mexico, 2007. Disponível

em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. *Publicações*. Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/saudeprefsp/?fref=ts>. Acesso em: 16 jan 2017.

Siqueira MJFT. Saúde e Direitos Reprodutivos: o que os homens tem a ver com isso? *Revista Estudos Feministas*. 8(1): 159 – 168, 2000

Smith JA. *Addressing men's health policy concerns in Australia: what can be done? Australia and New Zealand Health Policy*. 2007, 4:20. In: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/4/1/20> *

Smith JA, Robertson S. Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 3. Oxford University Press, 2008.

Siqueira MJT. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso?. *Estudos Feministas*, v. 8, n. 1, p. 159-168, 2000.

Toneli MJF et al. Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20 [3]: 973-994, 2010.

Trindade AA. Balanço dos resultados da Conferência Mundial de Direitos Humanos: Viena; 1993. *Revista brasileira de política internacional*, p. 9-27, 1993.

Vale de Almeida M. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do Sul de Portugal. *Anuário Antropológico/95*, p. 161-189, 1996.

Vale de Almeida M. Masculinidade. In: Macedo AG, Amaral AL. *Dicionário da crítica feminista*. Porto: Afrontamento, 2005. p. 122-123.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde In: Campos, GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p.531-562.

Ventura M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: *O Progresso das Mulheres no Brasil*. Brasília: UNIFEM, FORD FOUNDATION, CEPIA; 2006. p. 210-39.

Viana A, Lacerda P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e Diagnóstico*. Rio de Janeiro : CEPESC, 2004.

Welzer- Lang DA construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, v. 9, n. 2, p. 460–482, 2001.

Zanello V.; Fiuzai G.; Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 3, 2015.

Zucchi EM. et al. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 3, p. 1067–1087, 2013.

10. ANEXOS

**APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **19/11/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **388/14** intitulado: **“SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E RELAÇÕES DE GÊNERO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO HOMEM”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador (a) Executante: Suellen Maria Vieira Dantas

CEP-FMUSP, 19 de Novembro de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa