



PYSIS - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Carrara, Sérgio; Russo, Jane A.; Faro, Livi

A política de atenção à saú dedo homem no Brasil:os paradoxos da medicalização do corpo masculino

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 659-678
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838224006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

*A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**

I ¹Sérgio Carrara, ²Jane A. Russo, ³Livi Faro I

Resumo: Este artigo trata do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo governo brasileiro, em 2008. Analisamos as ações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) nos anos que precederam o lançamento dessa política, e sua atuação durante sua implantação, focalizada na caracterização da *disfunção erétil* como problema de saúde pública. Examinamos em seguida o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2008. A partir desses dados, buscamos discutir o modo como o discurso dos especialistas (no caso, os médicos urologistas) se articula ao discurso militante dos movimentos sociais, tendo como objetivo a medicalização do corpo masculino. Argumentamos que tal objetivo, sustentado na afirmação do direito à saúde, implica a ideia de uma masculinidade em si “insalubre”, e visa, ao contrário das políticas voltadas para as mulheres e outras minorias, ao “desempoderamento” do sujeito à qual se dirige.

► **Palavras-chave:** sexualidade masculina; saúde do homem; medicalização.

1 Doutor em Antropologia Social, professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ; Coordenador Geral do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/IMS/UERJ; bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Endereço eletrônico: carrara@ims.uerj.br.

2 Doutora em Antropologia Social, professora adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ; Coordenadora para o Brasil do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/IMS/UERJ; bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Endereço eletrônico: jrusso@ims.uerj.br.

3 Mestre em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora do Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/IMS/UERJ. Endereço eletrônico: livifaro@gmail.com.

Introdução

Desde a segunda metade do século XIX, quando a saúde se torna questão de Estado e intervenções de diferentes feitos passam a atravessar o “corpo” social com o objetivo de saneá-lo ou de aperfeiçoá-lo eugenicamente, determinados sujeitos mereceram atenção especial, singularizando-se na medida em que a ação do Estado os interpelava. Alguns deles, como criminosos, loucos ou homossexuais, receberam tal atenção pelo perigo social que supostamente representavam; outros, como foi o caso das mulheres durante grande parte do século XX, pela responsabilidade que lhes era atribuída na reprodução de uma raça forte e sadia (STOCKLE, 1993); outros ainda, como crianças ou velhos, por serem considerados particularmente frágeis frente a doenças e outros infortúnios. Mas, qualquer que tenha sido a justificativa para tal singularização, na medida em que seus corpos eram medicalizados, alguns sujeitos ganhavam visibilidade,¹ enquanto outros permaneciam na penumbra. Esse é especialmente o caso dos homens.

Do ponto de vista da história das políticas de saúde voltadas a “populações específicas”, podemos considerar a recente criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de um Programa de Saúde do Homem como momento significativo no longo e paradoxal processo que se desenrola em torno da medicalização do corpo masculino. Não se pode dizer que, ao longo do último século, médicos e sanitaristas não tenham percebido que algumas prerrogativas de gênero faziam dos homens seres especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham veiculado um discurso que objetivasse explicitamente os homens ou a masculinidade como foco de preocupação, as campanhas contra o alcoolismo e contra as chamadas “doenças venéreas” não deixavam de tentar higienizar alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. Também não se pode considerar mera coincidência o fato de ter sido justamente no âmbito da luta contra as doenças sexualmente transmissíveis que, nos anos 1930 e 1940, foi proposta pioneiramente no Brasil a criação de uma andrologia, definida como a “ciência dos problemas sexuais masculinos” (cf. CARRARA, 1996, 2004).

Tudo isso não foi suficiente, porém, para que se formulassesem políticas públicas voltadas especificamente à população masculina, ao menos não no mesmo passo em que o eram para as mulheres e para outras categorias sociais. Tampouco se

consolidou uma especialidade médica que se ocupasse exclusivamente dos homens. Se a intensidade com que a medicina investiu sobre os corpos femininos fez com que, já em finais do século XIX, a ginecologia se institucionalizasse (cf. ROHDEN, 2001), a andrologia nunca chegou a ter o mesmo estatuto. Isso quer dizer que uma ciência sobre o homem, como sujeito generificado e não como representante universal da espécie humana, encontrou e ainda encontra grande dificuldade para se implantar.

Na primeira década do século XXI, entretanto, esse panorama parece se alterar significativamente e o processo de objetificação² dos homens e de seus corpos, por diferentes disciplinas científicas, ganha novo ritmo. Uma configuração complexa de processos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos contribui para isso. De um lado, o aprofundamento da crítica dos movimentos feminista e LGBT ao machismo tem feito com que os homens percam progressivamente a posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade epistemológica que tal posição lhes proporcionava. De outro, a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços - entre eles os serviços de saúde - antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos. Além disso, a constatação de que a resolução de graves problemas de saúde (como a disseminação da Aids, a reprodução não-planejada ou o recrudescimento da violência urbana) passa necessariamente pela mobilização da população masculina e o desenvolvimento de tratamentos específicos e relativamente eficazes para a “impotência”, rebatizada nesse novo contexto de “disfunção erétil”, precipitam a medicalização dos corpos masculinos.³

É, portanto, contra esse pano de fundo que o significado da criação do Programa de Saúde do Homem deve ser analisado. O presente artigo procura refletir acerca do modo como o programa foi (ou está sendo) formulado, numa curiosa articulação entre especialistas médicos - no caso, os urologistas - gestores e formuladores de políticas públicas e representantes dos “movimentos organizados”, produzindo, em linguagem muitas vezes híbrida, uma proposta capaz de dar conta de interesses bastante diversos. Para tanto focalizamos, de um lado, as ações da Sociedade Brasileira de Urologia em torno do lançamento do programa e, de outro, os princípios e diretrizes contidos no documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”,⁴ cuja primeira versão foi lançada, pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, em 2008.

Uma política de saúde para o homem

Para as mulheres, medidas especiais de saúde começam a surgir no Brasil, já nos anos 1930, centradas na chamada saúde materno-infantil. Em 1983, com a criação do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), esse foco mudou. Fruto de uma estreita colaboração entre grupos feministas e o Ministério da Saúde, o PAISM foi implantado em serviços de saúde no país como um todo (cf. COSTA, 1999). Funcionando através de dinâmicas de grupo e *workshops*, os grupos de contracepção planejados pelo PAISM tinham como objetivo levar as mulheres a tomar consciência do próprio corpo, bem como enfatizar sua autonomia no que tange à sua vida sexual e reprodutiva (cf. PEREIRA, 2008). O objetivo era substituir a concepção tradicional de saúde materno-infantil por uma agenda mais política, que englobasse os direitos reprodutivos.

Quase 25 anos depois, em seu discurso de posse de março de 2007, o médico sanitarista José Gomes Temporão, Ministro da Saúde nomeado por Luiz Inácio Lula da Silva, em seu segundo mandato presidencial, listou a implantação de uma “política nacional para a assistência à saúde do homem”, entre as metas a serem perseguidas durante sua gestão.⁵ Um ano mais tarde, em março de 2008, foi criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem,⁶ ficando sob a coordenação de Ricardo Cavalcanti, médico ginecologista e um dos fundadores da moderna sexologia brasileira.⁷ No departamento, os “homens” passam então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das “mulheres”, “adolescentes e jovens”, “idosos”, “pessoas com deficiência”, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado. Desse modo, como Cavalcanti reconheceria em tom ufanista meses mais tarde, no lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, o Brasil se tornou “o segundo país da América que tem um setor para a saúde do homem. Só o Canadá tem essa pasta, nem os EUA a possui”.⁸

É importante desde já destacar o papel da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em todo esse processo e apontar a ironia que isso representa do ponto de vista histórico, uma vez que, durante os anos 1930/1940, o médico e sexólogo José de Albuquerque, que se proclamava criador da andrologia, tinha justamente os urologistas entre seus principais alvos. Eles mereciam críticas contundentes do sexólogo 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 (cf. CARRARA, 1996, 2004). Mas, nessa disputa, a vitória coube à urologia, pois atualmente a andrologia aparece como 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”, tratando, sobretudo, de problemas como o *Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino* (DAEM), a *infertilidade masculina*, as *disfunções eréteis*, a *ejaculação precoce*. É curioso ainda perceber que, embora a urologia não seja uma especialidade voltada apenas para o homem, a própria SBU tende a apresentá-la como tal, tão grande é o peso das questões de saúde masculina em sua pauta.

Desde pelo menos 2004, a SBU vinha se dedicando à causa da saúde do homem e, ao longo de todo o ano de 2008, passa a exercer forte pressão junto a diferentes setores do governo, a parlamentares, aos conselhos de saúde (CONASS e CONASEMS⁹) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem. Em sua atuação, além do estabelecimento das diretrizes dessa política, estavam em jogo questões coorporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade.

Uma das primeiras ações do grupo que assumiu a direção da SBU em janeiro de 2008 foi procurar o Ministro da Saúde para discutir a implantação do programa de saúde do homem e defender a importância da nomeação de um chefe para a área técnica. Simultaneamente, reúne-se com os presidentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Associação Brasileira de Psiquiatria para discutir os principais problemas a serem incorporados ao programa.¹⁰

No mês de julho daquele mesmo ano, um acordo de cooperação técnica seria assinado entre o Ministério da Saúde e a SBU, com o objetivo de promover a assistência ao homem no sistema público de saúde e reduzir as taxas de mortalidade masculina. A ideia era não apenas treinar os médicos do sistema público de saúde a diagnosticar doenças urológicas, mas também auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público leigo visando à prevenção dessas doenças através do incentivo

à busca dos serviços de saúde. A primeira dessas campanhas foi a Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, que a SBU promoveu com apoio do Ministério, entre julho e setembro de 2008. O tema escolhido para a campanha foi a *disfunção erétil* (DE). Segundo informações obtidas no site da SBU, essa escolha foi feita por três razões. Em primeiro lugar, cerca de 50% dos homens adultos acima de 40 anos teria “algum tipo de queixa relacionada à função erétil”. Ao mesmo tempo, menos de 10% dos homens que sofrem de “algum grau de disfunção erétil” procurariam assistência médica, por vergonha ou medo do diagnóstico. Além disso, a DE estaria frequentemente associada a outras doenças (como a diabete ou problemas cardiovasculares) ou poderia ser causada por outras doenças urológicas (como o declínio do hormônio masculino em idosos ou o tratamento do câncer de próstata). Para justificar a necessidade de uma campanha de esclarecimento do público em geral, a SBU citou dados do Ministério da Saúde segundo os quais, em 2007, 16,7 milhões de mulheres consultaram-se com um ginecologista, ao passo que apenas 2,7 milhões de homens se consultaram com um urologista.

No dia 28 de julho de 2008, a campanha nacional da SBU foi lançada em Brasília, num jantar que reuniu 130 convidados, entre os quais várias autoridades do Ministério da Saúde, incluindo o coordenador da Área Técnica da Saúde do Homem. Na ocasião, foi apresentado um comercial de 30 segundos focalizando a *disfunção erétil*, a ser transmitido por TV aberta durante os meses de agosto e setembro, e um folheto de divulgação. Por apresentar aspectos cruciais do intrincado processo de medicalização do corpo masculino, esse material publicitário merece aqui uma análise mais detida.

O folheto mostra um casal com idade entre 35 e 45 anos (ela mais jovem que ele), ambos brancos, bem vestidos, magros, felizes e exibindo aliança na mão esquerda prestes a se beijar. Ao fundo, um pôr-do-sol sobre um mar dourado compõe um cenário paradisíaco. Na parte de baixo, em letras grandes lemos “os bons momentos de volta”, mais acima, à direita, em letras menores “cerca de 40% dos homens apresentam algum grau de dificuldade de ereção. Trazer os bons momentos de volta só depende de você”. Abaixo da imagem um texto em corpo ainda menor adverte:

A dificuldade de ereção atinge milhões de homens no Brasil. Os tratamentos hoje em dia são muito eficazes. Uma vida sexual insatisfatória pode estar relacionada

a diversos fatores, como diabetes e hipertensão. Fale com seu urologista e traga os bons momentos de volta.¹¹

É importante perceber os deslizamentos entre diferentes expressões no decorrer da campanha. A campanha da SBU é centrada na *disfunção erétil*. Os argumentos apresentados pela sociedade falam que 40% dos homens acima de 40 anos apresentam alguma *queixa relacionada à função erétil*. No folheto, o termo usado é *dificuldade de ereção*, que é remetida a *uma vida sexual insatisfatória*. Do mesmo modo, a faixa etária citada no *website* da SBU (homens acima dos 40) é suprimida. Passamos, então, de “algum tipo de queixa relacionada a função erétil”, para *dificuldade de ereção*, ambas expressões subsumidas pela categoria *disfunção erétil*, que é, como indicado pela própria SBU, o verdadeiro foco da campanha. Esse deslizamento em nenhum momento é objeto de explicação ou discussão, seja nos documentos da SBU, seja naqueles produzidos pela Área Técnica da Saúde do Homem. Outra característica interessante do folheto é seu duplo apelo. É fácil perceber que as expressões *dificuldade de ereção* ou *vida sexual insatisfatória* não necessariamente se enquadram na categoria doença. O texto chama atenção para “os bons momentos” (em primeiro plano e em letras grandes) apresentando uma imagem extremamente positiva - o lindo e (quase) jovem casal abraçado - que não se associa à ideia de doença, mas de felicidade e saúde. É possível, portanto, para aquele que vê o anúncio, entender que a *dificuldade de ereção* não é de fato uma doença. O anúncio, entretanto, visa a levar os homens ao médico. Por que ir ao médico se não se está doente? As frases em letra menor, na parte inferior direita da imagem, ao mesmo tempo em que contêm uma ameaça (“uma vida sexual insatisfatória pode estar relacionada a diversos fatores, como diabetes e hipertensão”), oferecem uma espécie de desculpa para os homens que, insatisfeitos com sua performance, têm vergonha de procurar um médico. Ou seja, poderão buscar um urologista devido à sua preocupação com um problema propriamente médico e não sexual.

É também significativo que, dentre os vários perigos letais que rondariam os homens, a *disfunção erétil* tenha sido escolhida para tema de uma campanha cujo título promete um genérico “esclarecimento da saúde do homem”. Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens, conforme repetido inúmeras vezes ao longo do processo de construção da nova política, é justamente a centralidade da ideia de invulnerabilidade, ou seja, da ideia de potência, na construção da masculinidade hegemônica. Por essa

razão, os homens seriam, como declara o presidente da Associação Médica de Brasília no lançamento da campanha, “relapsos” com sua saúde, procurando menos frequentemente os médicos que as mulheres. Mas, ao centrar a felicidade dos homens na potência sexual, vista como capacidade de obter uma ereção, a campanha acaba reforçando a centralidade dos valores que supostamente pretende combater. Paradoxalmente, ao prometer devolver-lhes a potência perdida, os urologistas não deixam de procurar atrair os homens aos cuidados de saúde justamente a partir da configuração de valores que os afastaria de tais cuidados e que, como é o caso da virilidade, compõem os fundamentos mesmos da masculinidade hegemonic.¹²

Na luta pela implantação da nova política que a SBU mantém ao longo do ano de 2008, outro momento importante é a audiência pública, convocada pela Câmara dos Deputados, no âmbito do IV Fórum Políticas Públicas de Saúde do Homem, realizado em agosto.¹³ Nela, o Ministério da Saúde apresenta seu projeto para a área. Quase simultaneamente, o Ministério divulgaria o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Iniciava assim uma discussão que envolveria diferentes atores (setores do governo, conselhos de saúde, associações médicas, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil) e se estenderia até maio do ano seguinte, quando a versão final do documento é oficialmente divulgada. Ao lado da urologia, entre as associações médicas, participam, sobretudo, aquelas relacionadas aos problemas mais comumente identificados como “masculinos” (cardiologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia).

Além de influir decisivamente no conteúdo do novo programa, a SBU trabalha também no sentido de garantir sua sustentação política. Em maio de 2009, por exemplo, distribui folhetos no XXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, visando a “solicitar apoio para políticas públicas voltadas para o sexo masculino”. Segundo noticia-se no *website* da sociedade, “o objetivo é sensibilizar os gestores municipais a adotarem políticas que visem a uma assistência urológica mais efetiva nos hospitais públicos. Além disso, a SBU quer conscientizá-los sobre a Política Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde e agregá-los na luta para que tal programa entre em vigor o quanto antes.” No folheto distribuído, compara-se a situação de mulheres, apresentadas como sujeitos que reivindicam seus direitos, e de homens, apresentados em linguagem um tanto confusa como sujeitos passivos, cuja saúde tem sido negligenciada:

A mulher brasileira tem conquistado avanços em nossa sociedade, ganhando dignidade, disputando com isonomia diferentes funções que as igualam às condições dos homens. Com isso as autoridades governamentais tem [sic] desenvolvido importantes ações de políticas públicas de saúde da mulher no âmbito do SUS. Os homens por sua vez continuam deixando de ser contemplados por essas ações governamentais, evoluindo para o distanciamento das soluções de seus principais agravos na área da saúde, gerando informações desencontradas e sem base científica, o que sobremaneira resulta em grande prejuízo social. (grifo nosso).¹⁴

A nova política de saúde seria finalmente lançada em agosto de 2009, no bojo de uma série de atividades relativas à campanha pela saúde do homem. Em 10 de agosto, um dia após o Dia dos Pais, o Presidente Lula trata da saúde do homem, em seu programa de rádio “Café com o Presidente”, e anuncia que o MS lançará em breve a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O Presidente diz então que, no que concerne à saúde, os homens mereceriam “um puxão de orelha” por terem “medo de agulha”, indo pouco ao médico e só iniciando tratamento depois do agravamento do quadro. Em sua intervenção, também compara homens e mulheres, apontando a “cultura” como raiz do problema:

Todos nós, homens, temos essa bobagem na cabeça, que é o medo de fazer o exame de próstata, e isso tem sido a causa da morte de muitos homens, por causa do câncer de próstata. Só para você ter uma ideia, segundo estimativa do SUS, para cada oito consultas ginecológicas feitas em 2007, só teve uma urológica. Enquanto quase 17 milhões de mulheres foram ao ginecologista em 2007, apenas 2,6 milhões de homens procuraram um urologista. Veja, todo homem depois de uma certa idade, tem que procurar o urologista. A verdade é que ainda tem muitos que têm medo de procurar o urologista e fazer exame de toque, por conta da próstata. Essa atitude está muito ligada à nossa cultura. Mas isso está na hora de mudar, isso não combina com a vida moderna. Temos que acompanhar as mudanças no mundo e encarar nossas fragilidades. Precisamos ter hábitos saudáveis, fazer exame de prevenção e rotina. (grifo nosso).¹⁵

Por 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. Nesse sentido, termina a entrevista com um apelo: “Então, o meu apelo para os homens, no Dia dos Pais, é que a partir de agora vamos nos cuidar, porque nós precisamos viver mais e viver melhor. Afinal de contas, a nossa família depende muito de nós”.¹⁶

Ainda em agosto, realiza-se na Câmara dos Deputados o V Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem, cujo objetivo seria, segundo o presidente da SBU, “manter a lembrança e pressão junto aos órgãos governamentais e parlamentares sobre a importância da política nacional de saúde do homem que resgata uma lacuna e inclui o gênero masculino ainda secundarizado nas políticas públicas”.¹⁷ Durante o Fórum, o presidente da SBU recebe a notícia do lançamento oficial da política. Ao comemorar, revela o papel central desempenhado pelos urologistas:

Finalizamos um importante ciclo no sentido de sensibilizar as autoridades através de simpósios e Fóruns quanto à importância da inclusão de projetos específicos voltados para o gênero masculino. Estamos felizes com o lançamento desta política pelo Governo Federal. Dentre todas as especialidades, é inegável que a Urologia guarda uma estreita, porém não exclusiva, relação com o homem. Iniciaremos um outro ciclo, que é o plano de ação desta política nos estados e municípios, e a importância que os gestores darão a estas ações. O homem brasileiro agradece. (grifo nosso).¹⁸

Finalmente, em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, o Ministério da Saúde lança oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Em seu discurso, o ministro ressaltaria a importância da Sociedade Brasileira de Urologia na construção da nova política, que, conforme declara o presidente da SBU, “valoriza o homem brasileiro, fortalece a atividade urológica e o urologista no Sistema Único de Saúde”.¹⁹

Salvar os homens de si mesmos: o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)”

Como dito acima, em agosto de 2008, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, ao qual se subordina a Área Técnica de Saúde do Homem, lançou a primeira versão do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)”.²⁰ O documento é apresentado como fruto de uma parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional. Ainda na apresentação, lemos que a saúde do homem é uma das prioridades do governo e que a política a ser implementada traduziria “um longo anseio da sociedade ao

reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (PNAISH, 2008, p. 3).

Segundo o documento, estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo. Apesar deste fato, já bem documentado, os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres). Sua entrada no sistema de saúde se daria principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidades, configurando um perfil que favorece o agravo da morbidade pela busca tardia ao atendimento.

Para explicar a “resistência masculina à atenção primária”, o texto lança mão de pesquisas qualitativas²¹ que apontam diversas razões para o fenômeno, agrupadas em dois tipos de determinantes: “barreiras institucionais” e “barreiras socioculturais”. As “barreiras institucionais” dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais e são tratadas de forma bastante breve. O documento enfatiza as chamadas “variáveis culturais”:

estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. (PNAISH, 2008, p. 6).

Mais abaixo, lê-se:

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não-procura aos serviços de saúde. (Idem).

Uma vez explicitadas o que são as “variáveis culturais”, o documento afirma que o grande desafio de uma política voltada para os homens é mobilizar a “população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde”. Para tanto, a política em questão pretende “politicizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania” (PNAISH, 2008, p. 7).

No item “Metodologia de construção da política”, o texto afirma que a ideia central do documento foi desenvolvida de modo articulado com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, “recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas” (PNAISH, 2008, p. 9). Esta articulação com a política voltada para as mulheres será objeto de discussão mais adiante.

O item do documento intitulado “Diagnóstico” é bastante extenso, e, como o nome indica, procura oferecer um quadro amplo acerca dos agravos à saúde masculina,²² percorrendo temas como violência, alcoolismo e tabagismo, indicadores de mortalidade e de morbidade. Além dessas temáticas, nas quais reconhecemos a linguagem mais tradicional da epidemiologia e da saúde pública, encontramos outros temas que, embora possam ser vistos como parte do campo da saúde no sentido lato, extrapolam seus limites, uma vez que têm ressonâncias mais claramente políticas e/ou jurídicas: “adolescência e velhice” e “direitos sexuais e reprodutivos”.

Logo na introdução desse item lemos que

Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva. (PNAISH, 2008, p. 11).

Como veremos adiante, dentre esses três eixos, o terceiro - saúde sexual e reprodutiva - será enfatizado em detrimento dos demais, embora na apresentação dos diversos subitens de que trata o item “Diagnóstico”, os dois primeiros eixos sejam mais extensamente tratados, com a apresentação de um conjunto expressivo de dados e argumentos. O subitem “Direitos sexuais e reprodutivos”, ao contrário dos demais, não traz dados sobre agravos ou ameaças à saúde sexual e reprodutiva, mas expõe uma espécie de agenda política, afirmindo a necessidade da implementação dos direitos sexuais e reprodutivos dos homens. A linguagem dos direitos se impõe, e a categoria “saúde” não é mencionada. O documento afirma, por exemplo, que é necessário “superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres”, de modo a assegurar aos homens “o direito à participação no planejamento reprodutivo”, a paternidade devendo ser vista como “um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança” (PNAISH, 2008, p. 20). É curiosa essa formulação, uma vez que a demanda

pela participação masculina nas decisões reprodutivas é uma bandeira do movimento feminista. Normalmente, tal participação aparece como exigência das mulheres, como um *dever* do qual o homem tende a escapar. No documento, o que antes era considerado um *dever* se transforma em *direito*.

A insistência na temática da saúde sexual e reprodutiva atravessa o documento, e surge com força no item “Objetivos”. São três os objetivos específicos listados:

- (1) Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.
- (2) Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.
- (3) 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. (PNAISH, 2008, p. 39, grifos nossos).

O segundo dos objetivos específicos - *estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde* - tem uma extensa lista de subitens. Dentre estes, além de metas mais tradicionais, relativas ao planejamento reprodutivo masculino, contracepção cirúrgica voluntária e prevenção de DST/Aids, encontramos os seguintes objetivos:

- estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- 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, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
- associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população heterogênea de homens. (PNAISH, 2008, p. 39).

Destacamos aqui dois pontos que comentaremos mais adiante nas conclusões. O primeiro diz respeito à associação entre o discurso da SBU (presente na ideia de “atenção às disfunções sexuais masculinas”) e o dos movimentos da “sociedade civil organizada”. O segundo refere-se ao fato de que a ênfase colocada sobre saúde sexual e direitos sexuais e reprodutivos não aparece do mesmo modo quando se

trata de outros temas, como a violência, reconhecidamente uma das mais relevantes causas de morbidade e mortalidade entre homens adultos jovens.²³ Assim, embora discuta e exponha extensamente os fatores considerados pela saúde pública como mais relevantes à saúde masculina, o documento dirige seu foco para as novas temáticas da saúde sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos. Até então, pelo menos no que diz respeito a estes últimos, tais temáticas pareciam mais ligadas aos discursos feministas em torno da saúde da mulher.

Algumas conclusões possíveis

O documento, de algum modo, afirma o caráter “insalubre” de certa masculinidade, sendo os homens apresentados como vítimas de sua própria masculinidade, ou seja, das crenças e valores que constituiriam as “barreiras socioculturais” que se antepõem à medicalização. O objetivo principal do programa é enfraquecer a resistência masculina à medicina de uma forma geral, ou seja, medicalizar os homens.²⁴ Para tanto, uma ação educativa bem feita “modernizaria” os homens brasileiros, dissipando o pensamento mágico que os (des)orienta e que os torna presas de seus próprios preconceitos.

Entretanto, a questão nos parece bastante mais complexa do que imaginam os defensores da nova política, pois essa situação paradoxal dos homens em relação a sua própria saúde e ao seu corpo - sua cultura somática, como diria Luc Boltanski (1979) - deriva em larga medida da posição que (ainda) ocupam na hierarquia de gênero. A questão não é de “cultura”, portanto, mas do modo como a cultura está imbricada ou implicada em relações de poder bem concretas, que o discurso vitimário e paternalista incorporado à nova política contribui mais para ocultar do que revelar. Para os homens, articular reivindicações a partir de uma posição generificada e tornar-se visíveis enquanto “homens” significa colocar-se no mesmo plano que as mulheres. Perderiam assim a posição de representantes universais da espécie e arriscariam a perder também suas prerrogativas na hierarquia de gênero. Talvez seja por isso mesmo que eles não o fazem, não havendo (ainda) organizações “masculinistas”, como existem organizações “feministas”.

Desse modo, a condição para que ocorra a mudança cultural necessária para fazer com que os homens (heterossexuais) tenham uma relação tão reflexiva com seus próprios corpos quanto seus vários “outros” (mulheres, homossexuais, travestis) é que tais “outros” tenham o mesmo poder e prestígio que eles. Tudo se passa

como se os homens precisassem se tornar socialmente vulneráveis para poder perceber sua vulnerabilidade biológica e para ver algum sentido na luta por ultrapassá-la. Dito de outro modo, mostrar-se invulnerável faz parte do exercício do poder pelos homens e o poder tem um “preço” (uma vida mais curta ou menos saudável) que, parece, os homens ainda estão dispostos a pagar. Diferentemente das mulheres, que organizadas num amplo movimento procuraram, através de políticas públicas específicas, sair da posição de subordinação a que historicamente estavam relegadas, os homens só podem aparecer então como sujeitos passivos frente à interpelação que lhes dirigem a medicina e o Estado. Acabam, assim, sendo retoricamente representados pelos médicos, sobretudo urologistas, e pelos formuladores e executores de uma política que supostamente se implanta em nome deles, mas sem sua participação.

Quanto à ênfase dada aos direitos sexuais e reprodutivos, parece-nos que tais temas têm uma dupla entrada no programa - através da urologia (ou medicina sexual) e da incorporação da retórica de movimentos políticos organizados. A SBU aparece como ator fundamental na formulação da política. Como vimos, o acordo de cooperação técnica assinado com o Ministério da Saúde teve como um de seus principais desdobramentos a campanha centrada na *disfunção erétil* (lançada antes mesmo da publicação do documento). É o tipo de pressão que vem dos especialistas, neste caso com um objetivo muito claro: transformar a *disfunção erétil* num problema de saúde pública, o que é facilitado por dois fatores: a declaração do então Secretário Nacional de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão, em 2006,²⁵ e a nomeação de Ricardo Cavalcanti para a Coordenação da Área Técnica da Saúde do Homem. Cavalcanti é um dos pais fundadores da moderna sexologia brasileira e, embora sendo ginecologista de formação, certamente facilitou o diálogo entre o governo e a SBU. Neste caso, a afirmação dos direitos sexuais passa pela sexologia e pela medicina sexual.

A leitura do documento nos leva à conclusão de que a política de aproximação com o Ministério da Saúde e os formuladores de políticas públicas empreendida pela SBU foi bem-sucedida, já que a preocupação com a saúde sexual (explicitada, por exemplo, no objetivo de “estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas”) ultrapassa em grau de importância, pelo menos no documento, outros problemas possíveis, dentre os quais poderíamos citar, além da violência, os relacionados à saúde mental. Por

outro lado, a linguagem dos especialistas convive com uma outra, típica dos chamados movimentos sociais (lembremos que o documento afirma como um dos objetivos do programa “incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas”), produzindo um discurso híbrido em que caminhos diversos parecem levar a um mesmo objetivo final - a medicalização do corpo masculino.

De fato, a presença, no documento, do discurso dos movimentos sociais, normalmente voltados para políticas identitárias, nos parece bastante forte. Voltamos aqui a um trecho na introdução do documento, segundo o qual o programa de saúde do homem pretende “politicar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania”. Isto é, os homens devem paradoxalmente ser transformados em “sujeitos protagonistas de suas demandas”. Através do movimento organizado, a transformação das mulheres em “protagonistas de suas demandas” envolveu seu relativo “empoderamento”. No caso dos homens, o “protagonismo” implica justamente o contrário, isto é, assumir sua fragilidade e vulnerabilidade, aprendendo a enunciar suas demandas. Utiliza-se, assim, a mesma linguagem e os mesmos argumentos comumente presentes no discurso dos movimentos organizados para efeitos aparentemente opostos.

No âmbito do documento, uma das formas encontradas para lidar com esse aparente paradoxo, que consiste em formular uma política pública como se ela fosse reivindicada pelos sujeitos por ela visados, é desmembrar a categoria “homem” em uma série de subcategorias - índios, negros, gays, travestis, portadores de deficiências, trabalhadores rurais, etc. - que, por outras razões, são historicamente marginalizadas. Ao que parece, as mulheres podem formar mais facilmente uma categoria unificada, mas os homens, não. Homem pura e simplesmente, sem qualquer adjetivo, não parece ser uma identidade que se precise assumir (contra as pressões da sociedade) ou que se deva fortalecer ou pela qual se precise lutar. Por isso, talvez, a necessidade de despedaçá-la num sem-número de categorias, de modo a tornar visível sua vulnerabilidade. A politicização e sensibilização do homem, portanto, tem por objetivo torná-lo consciente dessa vulnerabilidade. Só então é possível medicalizá-lo. Neste caso, consciência política, “protagonismo” e medicalização aparecem como indissociáveis.

Referências

- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BOURDIEU P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- _____. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> Acesso em: maio 2009.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 1940*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. Une science dérisoire: L'andrologie au Brésil entre les deux guerres. *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 1, n. ½, jan-dez 2004.
- COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, S. H. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 8, p. 825-9, 2003.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar 2007.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio 2006.
- MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; GRANJA, E. e VIEIRA S. *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto PAPAI, 2009.
- OLIVEIRA, P. P. de. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- PEREIRA, A. L. *Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

STOCKLE, V. Is Sex to Gender as Race is to Ethnicity? In: DEL VALLE, T. (Ed.). *Gendered Anthropology*. London: Routledge, 1993.

Notas

* Uma primeira versão deste texto foi apresentada no simpósio *The Future of Sexual Health: Sexual Health in Public Health Policies*, no XIX Congresso da World Association for Sexual Health, Gotemburgo, junho de 2009, tendo utilizado dados colhidos na pesquisa “Diferenças de gênero na recente medicalização do envelhecimento e sexualidade: a criação das categorias menopausa, andropausa e disfunção sexual”, coordenada por Fabíola Rohden e apoiada pelo CNPq.

¹ A partir das reflexões de Michel Foucault (1977) em torno do panopticismo, pode-se afirmar que determinados regimes de visibilidade configuram certos sujeitos que, de outro modo, inexistiriam ou existiriam de modo inteiramente diferente. Não se trata aqui de entrarmos na polêmica entre construtivismo e essencialismo, ou seja, de decidir se alguns sujeitos estavam sempre lá, à espera de serem descoberto, ou se são criados pela própria “luz” que os ilumina.

² Com “objetificação” não nos referimos aqui a um processo de negação aos homens de seu estatuto de pessoa humana, mas ao processo de instituição de certos temas, problemas ou sujeitos como objetos legítimos de conhecimento em determinado campo científico, conforme formulado originalmente por Pierre Bourdieu (1983).

³ A partir dos anos 1990, esse processo vem sendo acompanhado pela progressiva transformação dos homens e da masculinidade em objeto de conhecimento também das ciências sociais, configurando novas áreas de conhecimento, como os chamados “men’s studies”. Para isso, ver, entre outros, Oliveira (2004).

⁴ Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> (acesso em: maio 2009).

⁵ É importante destacar que José Gomes Temporão, em 2006, quando ainda era Secretário Nacional de Atenção à Saúde no Ministério da Saúde, tentou criar centros de atenção à saúde no setor privado para melhorar a assistência à saúde do homem. Em declaração publicada no jornal *O Estado de São Paulo*, em janeiro de 2006, Temporão afirmou que o Ministério da Saúde estava analisando a possibilidade de oferecer tratamento para a disfunção erétil através da rede pública, incluindo a distribuição de medicamentos. O governo estaria examinando o impacto financeiro de tal medida.

⁶ Ao que parece havia, no âmbito do MS, desde 2006, uma Coordenação de Saúde do Homem.

⁷ Nove meses depois foi substituído pelo Dr. Baldur Schubert, um assessor da sua equipe, especialista em segurança social e saúde do trabalho.

⁸ Disponível em <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias> (acesso em: maio 2009).

⁹ Respectivamente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

¹⁰ Disponível em <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias> (acesso em: maio 2009).

¹¹ Disponível em http://www.sbu.org.br/pdf/2008_saudehomem.pdf (acesso em: maio 2009).

¹² Para a discussão sobre a dominação masculina, ver Bourdieu (1998).

¹³ Tais fóruns vêm sendo organizados anualmente pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em parceria com a SBU.

¹⁴ Disponível em http://www.sbu.org.br/images/folder_noticia.jpg (acesso em: maio 2009).

¹⁵ Disponível em <http://cafe.radiobras.gov.br/Aberto/Cafe/Presidente> (acesso em: maio 2009).

¹⁶ Disponível em <http://cafe.radiobras.gov.br/Aberto/Cafe/Presidente> (acesso em: maio 2009).

¹⁷ Disponível em <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias> (acesso em: maio 2009).

¹⁸ Disponível em <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias> (acesso em: maio 2009).

¹⁹ Disponível em <http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=noticias> (acesso em: maio 2009).

²⁰ O documento passou por uma consulta pública e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2009.

²¹ O documento lança mão de trabalhos importantes que, no campo da saúde, vêm discutindo a masculinidade como Gomes (2003); Gomes e Nascimento (2006); Gomes et al. (2007); Schraiber et al. (2005).

²² Lemos no documento que “os indicadores apresentados visam a oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento e de vulnerabilidade e agravos à saúde na população de homens” (PNAISH, 2008, p. 11).

²³ Esse aspecto foi também destacado em reação às diretrizes do Programa, expressa em “documento-marco” produzido por iniciativa de importantes organizações não-governamentais brasileiras que há muitos anos trabalham com o tema das masculinidades. O texto aborda o Programa com base em uma leitura feminista de gênero. Além de criticar a centralidade assumida pelas doenças do aparelho geniturinário na nova política, enfatiza-se também a relativa desvalorização da promoção à saúde em favor da oferta de serviços de assistência (MEDRADO et. al., 2009).

²⁴ É interessante pensar como esse movimento vai de encontro à luta feminista contra a medicalização do corpo feminino.

²⁵ Ver nota 2.

Abstract

The Brazilian national policy for men's health: The paradoxical medicalization of masculinity

This paper discusses the launching of the Brazilian National Policy on Men's Health in 2008. We analyze the actions of the Brazilian Society of Urology while the policy was being planned and during its implementation. These actions can be described as an effort to promote "erectile dysfunction" as a public health problem. We then present the main points of the document "National Policy for the Integral Assistance to Men's Health (principles and guidelines)" launched by the Ministry of Health in August 2008. Based on this data, we discuss the way the specialists' discourse was articulated to the political discourse of social movements, with the aim of medicalizing man's body. We argue that the Policy, using the right to health as its justification, implies the idea of masculinity as intrinsically unhealthy, and, unlike the policies aimed at women and other minorities, aims at the "disempowerment" of men.

► **Key words:** male sexuality; man's health; medicalization.