



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Separavich, Marco Antonio; Canesqui, Ana Maria
Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
Homem: uma revisão bibliográfica
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 415-428
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263659013>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica¹

Men's health and masculinities in the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men: a bibliographical review

Marco Antonio Separavich

Cientista Social. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando e Pesquisador Bolsista FAPESP do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Barão Geraldo, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil. E-mail: mseparavich@hotmail.com

Ana Maria Canesqui

Professora Doutora e Livre-docente em Ciências Sociais Aplicadas à Medicina e colaboradora do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Barão Geraldo, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil. E-mail: anacanesqui@uol.com.br

¹ Os autores agradecem à FAPESP pelo auxílio financeiro concedido.

Resumo

Este artigo, orientado pela teoria do gênero sobre masculinidades, revisa os textos que trataram do tema nos periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública no período de 2005-2011. Os eixos temáticos encontrados coincidem com as prioridades conferidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada pelo Ministério da Saúde em 2008. São eles: o acesso dos homens aos serviços de saúde, sexualidade, saúde reprodutiva, violência e os principais agravos à saúde masculina, contextualizados à luz dos determinantes sociais da saúde. Tais determinantes se baseiam em um tipo de masculinidade tradicional concebida como hegemônica, que apesar de comprometer a saúde masculina, não é o tipo único de masculinidade existente na sociedade. As diferentes masculinidades encontram-se imbricadas no processo saúde/doença vivido pelos homens. Elas devem ser consideradas na busca da adesão dos homens aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Saúde do Homem; Gênero e Saúde.

Abstract

This article, based on gender theory, reviews the literature about masculinities in collective and public health journals for the period 2005-2011. The principal themes found coincide with the priorities established by the Brazilian National Comprehensive Healthcare Policy for Men: men's access to health services, sexuality, reproductive health, violence and the main challenges to men's health. These themes are based on a traditional type of hegemonic masculinity, which not only compromises men's health, but is not the only type of masculinity that exists in society. These different masculinities are involved in the process of disease and health, and are important in promoting men's involvement with health services.

Keywords: Public Health Policy; Men's Health; Gender and Health.

Introdução

Em agosto de 2008, nos marcos dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes – PNAISH (Brasil, 2008).

Resultado da movimentação de vários atores coletivos – setores da sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa –, o documento aponta os agravos à saúde dos homens como verdadeiros problemas de Saúde Pública.

Um dos princípios destacados é a necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares. Especificamente, o objetivo da política é organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS.

No plano geral, objetiva-se promover a melhora da condição de saúde dos homens, contribuindo, assim, para a redução dos índices de morbimortalidade masculinos, considerados altos em relação aos femininos. Busca-se facilitar o acesso dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, o que confere à política um caráter mais abrangente no cuidado à saúde do homem.

No que concerne aos agravos à saúde masculina, o documento evoca a literatura sobre homens e saúde para caracterizar a maior vulnerabilidade deles às doenças, principalmente às crônicas. Homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres (Schraiber e col., 2010; Toneli e col., 2010; Pinheiro e Couto, 2008; Nascimento e Gomes, 2008; Gomes e col., 2007), e quando o fazem, adentram o sistema por meio da média e alta complexidade. Na prática, isto significa que se encontram com a enfermidade agravada, muitas vezes num estágio em que não há mais cura, como no caso das neoplasias prostáticas, demandando, assim, maior custo ao Sistema de Saúde.

A PNAISH reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, destacando que a não adesão masculina aos serviços de saúde

revela estereótipos de gênero baseados em características culturais, que normatizam certo tipo de masculinidade tida por hegemônica, obedecendo a uma ordem simbólica na qual a doença expressa a fragilidade do corpo e, por extensão, do seu portador.

Este trabalho objetiva, portanto, a análise da saúde do homem e masculinidades na PNAISH, sob a luz da reflexão que estes temas receberam nos últimos tempos na literatura da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

A ancoragem teórica baseia-se nos estudos de gênero, que deve ser entendido como categoria relacional, isto é, diz respeito às relações sociopolíticas construídas entre homens e mulheres, mas também dos homens entre si e das mulheres e seus pares genéricos, o que significa dizer que o gênero perpassa todas as relações sociais, sendo a primeira forma de dar sentido tanto a tais relações como as de poder e de dominação. Tal é uma das definições de Scott (1990), que enfatiza ainda gênero como um dos três eixos fundamentais que estruturam a identidade do sujeito, seguido por classe e raça, aos quais se pode acrescentar geração, orientação sexual e religiosa.

Esta definição marca-se pela plasticidade conferida à categoria gênero, cedendo espaço às formas de masculinidades e suas imbricações com a saúde e doença, assim como à análise das concepções de masculinidades contidas na formulação desta política específica dirigida aos homens e na literatura do campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Metodologia

Para pesquisar os textos sobre saúde do homem e masculinidades, foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cuja base de dados agrega, sobretudo, os periódicos de maior expressão científica na região, em especial, aqueles referentes à Saúde Pública. O acesso deu-se em março de 2011.

Cruzando os descritores *saúde do homem* e *masculinidades*, chegou-se a um total de 27 artigos

veiculados em periódicos especificamente direcionados à Saúde Coletiva/Saúde Pública, pertencentes à coleção da biblioteca eletrônica Scielo-Brasil, também indexada pela BVS.

Com relação à distribuição dos artigos nas revistas científicas de Saúde Coletiva/Saúde Pública, destaca-se a concentração majoritária da produção no Rio de Janeiro e em São Paulo, correspondendo a 75% e 25%, respectivamente².

O recorte temporal estipulado buscou cobrir o período de 2005 a março de 2011, visto que em estudo anterior Gomes e Nascimento (2006) mapearam e analisaram a produção científica nacional na Saúde Pública sobre saúde do homem e masculinidades no período de 1998 a 2004, nos seguintes temas: sexualidade masculina, masculinidade e reprodução, e masculinidade e poder.

Os textos foram lidos e fichados, levando-se em conta as ideias centrais neles contidas, após o que, foram separados por temas. Os eixos temáticos encontrados coincidem com as prioridades conferidas pela Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem. São eles: o acesso dos homens aos serviços de saúde, sexualidade, saúde reprodutiva, violência e os principais agravos à saúde masculina, contextualizados à luz dos determinantes sociais da saúde, que têm por base um tipo de masculinidade tradicional concebida como hegemônica, que apesar de comprometer a saúde masculina, não é o tipo único de masculinidade existente na sociedade.

Refinando o conceito: entendendo as masculinidades

O tema masculinidades já se faz presente há pelo menos duas décadas nas discussões das Ciências Sociais e Humanas. Assim, percebem-se variações do conceito durante esse período, merecendo ser exploradas para que ele possa ser refinado e melhor entendido.

A referência a Connell tem sido obrigatória quando se adentra o tema, pois suas incursões teóricas

² Recentemente verifica-se o aumento da literatura sobre o tema, com a divulgação de resultados de pesquisas, em particular sobre a implantação da PNAISH. Referindo-se à produção paulista, destacam-se as revistas *Saúde e Sociedade* e *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* pela divulgação de investigações diretamente relacionadas à saúde do homem e masculinidades.

na análise das masculinidades foram pioneiras. Em linhas gerais, define a masculinidade como sendo, ao mesmo tempo, a posição nas relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e as mulheres se comprometem com essa posição, e os efeitos dessas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura (Connell, 1997).

O conceito de *masculinidade hegemônica* lhe é atribuído, pois partindo da concepção gramsciana de hegemonia, aponta algumas características que a definem: a) baseia-se na configuração relacional das práticas de gênero que são aceitas socialmente, estabelecendo e assegurando as posições polarizadas de dominantes e dominados, reveladas exemplarmente pela subordinação entre os sexos; b) não se refere a indivíduos poderosos, mas a um tipo de masculinidade tida por exemplar; c) possui aspecto ideológico, no sentido marxista do termo, pois naturaliza as diferenças entre os sexos, encobrindo, assim, a construção sociocultural das hierarquias de gênero; d) expressa uma posição sempre em disputa, não sendo um modelo fixo (Gomes, 2008).

Tendo uma perspectiva socialista, Connell postula que a dominação masculina responde a uma construção histórica e cultural das masculinidades que deve, por seu turno, ser transformada. Para tanto, é relevante contextualizá-la e contestá-la nos vários espaços sociais e simbólicos em que se apresenta tanto na produção e reprodução sociais, como na esfera do consumo, nas instituições, nos lugares de lutas sociais, laborais e militares (Connell, 1995).

Partindo de uma visão construcionista e histórica das masculinidades, tal como Connell, mas afinando-se mais à perspectiva dos homens pró-feministas, Kimmel (1997) sublinha a importância de se levar em conta espaço e tempo histórico ao se estudar as masculinidades, pois estas têm significados distintos de uma sociedade para outra, além de se diferenciarem numa mesma sociedade em um tempo diverso.

Para ele, as identidades de gênero que a masculinidade hegemônica informa se constituem no antagonismo entre masculino e feminino, nas tensões entre pares de conceitos opostos que delimitam as fronteiras entre os gêneros. No caso dos homens, na negação de quaisquer características femininas que lhes possam ser atribuídas. Para ser verdadeira-

mente um homem há que ser agressivo, competente, forte, racional, ter uma sexualidade sem limites, em oposição à ternura, fragilidade, afetividade, à sexualidade contida das mulheres, revelando, assim, o caráter homofóbico de sua constituição genérica.

Por não serem fixas, as masculinidades exigem dos homens reiteração contínua perante seus iguais, devendo ser legitimadas por eles. Tais sentidos culturais revestem a masculinidade hegemônica de um caráter nocivo não só para as mulheres, quando a agressividade transborda como violência intergenérica, mas para os próprios homens, quando tais paradigmas lhes desautorizam a expressão de sentimentos como amor, ternura, dor, fidelidade, etc. (Kimmel, 1997).

Welzer-Lang (2004) enfatiza que neste modelo homofóbico da masculinidade, a superioridade masculina sobre as mulheres é essencializada na cultura, isto é, as hierarquias de gênero e poder são concebidas socialmente como inscritas na ordem biológica dos corpos em que o masculino tem precedência, resultando na esfera pública como norma política androheterocentrada, delineando o “homem normal”, o “homem de verdade”, candidato a ser um “grande homem”. Neste processo, como nem todos os homens detêm fatia igual de poder, os “pequenos homens” subordinados aos “mais poderosos” silenciam o duplo padrão assimétrico das relações inter e intragenéricas, num pacto tácito e estratégico que eclipsa as posições subalternas da hierarquia masculina dominante.

É oportuno lembrar Almeida (1996), que destaca o caráter tipológico da masculinidade hegemônica, nos moldes do tipo ideal weberiano, ou seja, é um modelo cultural ideal, uma caricatura, que informa práticas e exerce efeitos de controle de poder não somente entre homens e mulheres, mas entre os próprios homens. É infactível, daí seu caráter exemplar. Instituída a partir da dicotomia masculino/feminino, acaba por revelar tanto o discurso das assimetrias entre os gêneros como as disparidades internas que constituem o próprio masculino, como por exemplo, heterossexual/homossexual, e hierarquias que vão do “mais” ao “menos” masculino, qualificadas como variantes subordinadas do modelo hegemônico.

A despeito de certo consenso que parece haver

do caráter histórico e cultural da categoria gênero (Nascimento, 2005), quando se fala em masculinidades e feminilidades esse acordo parece não ser tão evidente.

Neste sentido, Faur (2004), dentre as várias linhas teóricas que trabalham o conceito de masculinidades, cita a perspectiva espiritualista ou mitopoética, da qual na América do Sul Kreimer (1994) é um dos seus representantes.

A partir de uma leitura neojunguiana da experiência vivida por alguns homens, expostas em reuniões masculinas regulares, tal autor advoga a necessidade de mudanças nos arquétipos da masculinidade. A ideia é que o movimento feminista expôs as feridas emocionais e físicas de uma masculinidade patriarcal, de que os homens são tão vítimas quanto as mulheres. As relações de dominação masculina sobre as mulheres tendem a se reproduzir por meio de uma matriz inconsciente que estabelece as características do que é ser homem, desta forma os homens veem como natural a necessidade de serem provedores, agressivos, competitivos, etc.

Em linhas gerais, tal perspectiva essencializa as masculinidades e feminilidades, repousando as diferenças em um psiquismo irreduzível e de difícil acesso. A cultura é reificada no inconsciente masculino e os conteúdos sociais de poder que revestem as relações de gênero, de dominação e subordinação reduzidas aos aspectos cognitivos ou a uma suposta natureza psíquica masculina indevassável.

Cita-se a observação de Kimmel que ilustra de modo sugestivo como gênero, classe e etnia encontram-se subsumidos nas relações de poder e dominação:

Duas mulheres conversavam: uma era negra, a outra branca. A primeira perguntava à última: o que vê de manhã ao olhar-se no espelho? A mulher de pele branca respondeu: vejo uma mulher; ao que redarguiu sua interlocutora: esse é o problema, quando me olho no espelho vejo uma mulher negra. Para ti raça é invisível, porque assim funcionam os privilégios (Faur, 2004, p.26).

Saúde do homem e masculinidades

Embora a PNAISH seja dirigida a todos os homens, o documento informa que o foco central é o dos

homens adultos que se encontram na faixa etária de 20 a 59 anos, que correspondem a 41,3% da população masculina economicamente ativa do País (Brasil, 2008).

Esse recorte metodológico é estratégico, como informado, pois não se trata apenas de parcela preponderante responsável pela força produtiva social, mas também porque exerce um papel sociopolítico e cultural significativo na sociedade.

Crianças, mulheres e idosos acessam mais os serviços de saúde; a ideia é sensibilizar essa outra parcela da população, a masculina, que concentra o maior índice de não adesão a tais serviços.

Reportando-se à literatura da Saúde Coletiva/Saúde Pública, verifica-se que o acesso, ou melhor, a dificuldade do acesso dos homens aos serviços de saúde é tema relevante (Schraiber e col., 2010; Couto e col., 2010; Toneli e col., 2010; Pinheiro e Couto, 2008; Nascimento e Gomes, 2008; Gomes e col., 2007; Paschoalick e col., 2006; Araújo e Leitão, 2005), revelando-se como um dos objetivos principais da PNAISH.

Schraiber e colaboradores (2010) destacam que a Atenção Primária a Saúde (APS) – porta de entrada principal aos serviços de saúde – é marcadamente dirigida aos problemas de saúde das mulheres, pois prevenção e cuidado em saúde são socialmente caracterizados como tarefas essencialmente femininas. Essa mesma lógica estrutura os serviços, ações e interlocuções entre profissionais de saúde e usuários, reproduzindo relações tradicionais de gênero.

Tais relações, como observado por Figueiredo (2005), Gomes e colaboradores (2007) e por Nascimento e Gomes (2008), repousam em representações sociais que veem os homens como portadores de menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressas exemplarmente na figura do chefe de família provedor, dedicado ao trabalho e que raramente adoece, o que os pode levar a negligenciar sua saúde.

Desta forma, reiteram-se características de uma masculinidade tradicional, baseada na ideia de uma natureza que provê força física inabalável aos homens, predispondo-os naturalmente ao trabalho, de uma forma geral, e a certas atividades laborativas, em particular, as que demandam maior esforço físico (Machin e col., 2009).

Como apontado por Gomes e colaboradores (2007), quando chamados a explicitar os motivos que os afastam dos serviços de saúde, além do cuidado ser representado como prática social feminina por excelência, vários homens destacaram como motivos principais a dificuldade de se ausentar do trabalho nos horários comumente agendados para consulta e a falta de unidades específicas voltadas ao atendimento dos problemas da saúde masculina.

Buscando compreender o que chama de “invisibilidade” dos homens no cotidiano da APS, partindo da perspectiva de gênero, Couto e colaboradores (2010) discutem os mecanismos do trabalho em saúde que promovem as desigualdades do acesso. Aqui é importante ressaltar que, muito embora se percebam mudanças nas comunicações dirigidas à população pelo Ministério da Saúde, que incluem referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais disponibilizados, estas ainda não são percebidas no trabalho diário das equipes de saúde. Assim, a presença majoritária nos serviços das APS é de mulheres, crianças, população historicamente atendida pelos programas de saúde materno-infantil, e de idosos (Figueiredo, 2005).

Nota-se ainda a “generificação” dos espaços de atendimento, facilitando a desigualdade do acesso e a “invisibilidade” das necessidades e demandas masculinas de saúde, não esquecendo, contudo, que estas passam pelo crivo dos próprios homens, expostos aos estereótipos sociais de gênero, a um tipo de masculinidade que os representa como menos propensos aos problemas de saúde, contribuindo, assim, para a caracterização dos serviços da APS como espaços feminizados (Couto e col., 2010).

Como sugerido nos trabalhos de Paschoalick e colaboradores (2006) e Pinheiro e Couto (2008), para se modificar o cenário atual, devem ser enfocadas estratégias pontuais de políticas de saúde e de ação dos profissionais da saúde, visando ampliar a atenção integral à saúde masculina, com a presença e participação efetiva dos homens nos serviços, o que significa rever maneiras e posturas de atenção e atendimento que ainda se baseiam numa masculinidade estereotipada. A ideia de se despertar nos homens a consciência de que portam necessidades específicas de saúde caminha *pari passu* à estruturação de serviços que atendam suas demandas e

à superação de estereótipos de gênero pelos vários segmentos sociais.

Knauth e Machado (2005) chamam pertinentemente a atenção para que antes de excluir o universo masculino do “cuidado” faz-se necessário pensar as formas de representação, incluindo o seu significado para os homens, provavelmente variável entre os diferentes segmentos sociais. Neste sentido, Toneli e colaboradores (2010) sugeriram, a partir de informações empíricas coletadas junto a segmentos masculinos urbanos, que cuidados com a saúde e o corpo significam, respectivamente, exercícios físicos e a procura pelo médico em situações extremas, enquanto Nascimento (2011), investigando as representações sociais de saúde e doença, e das práticas de saúde entre cem homens pertencentes às cidades da região metropolitana de Belo Horizonte, apontou que o cuidado com a saúde reportado por 52% deles significava, além da prática de exercícios físicos, a observância da alimentação.

O tema sexualidade masculina aparece de forma significativa na produção da Saúde Coletiva/Saúde Pública sobre gênero, saúde do homem e masculinidades (Canesqui, 2010). Dentre os vários períodos da vida sexual masculina, a iniciação sexual pode ser descrita como um momento de aprendizagem corporal e social (Leal e Knauth, 2006), em que o homem se relaciona consigo mesmo, com seu corpo, mas também com corpos de outros que o rodeiam, referindo-se, em particular, às mulheres.

Trata-se de momento simbólico, em que valores sociais atribuídos à masculinidade são reiterados ou transgredidos por meio da experiência vivida. Como enfatizam Leal e Knauth (2006), a iniciação sexual masculina é um evento marcado por construções sociais da sexualidade, seguindo-se daí que: 1º) o que é considerado como sexual varia de uma cultura para outra, pois diferentes são os valores atribuídos ao encontro entre os sexos pelas sociedades; 2º) os comportamentos sexuais são padronizados pelas sociedades e culturas humanas, embora sua aquisição se dê individualmente, num processo contínuo de aculturação que se estende por toda a vida dos sujeitos; 3º) a adaptação dos indivíduos aos comportamentos sexuais esculpido pelas sociedades e culturas não se dá de forma linear e irreversível no tempo, pois há espaços para a criatividade humana.

Por ser um período em que hábitos de saúde ligados ao exercício da sexualidade são adquiridos e/ou transformados, alguns estudos têm-se centrado na fase da iniciação sexual masculina, objetivando questionar e apontar práticas educativas capazes de promover a ampliação da consciência dos homens jovens sobre sua saúde.

Neste sentido, o estudo de Rebello e Gomes (2009) de jovens universitários do Rio de Janeiro apurou que a iniciação sexual, conforme narrada pelos sujeitos pesquisados, ancora-se num modelo sociocultural estabelecido de ser homem, obedecendo à norma de conduta heterossexual e tendo na penetração a principal prática atribuída ao ato sexual masculino.

A iniciação sexual se configura, assim, como momento em que os jovens são pressionados socialmente por seus pares a provar que são realmente “homens”, ocorrendo cada vez mais cedo, o que os levam a descuidos na realização do sexo seguro, com agravos à saúde decorrentes das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. No entanto, como observam os autores, outros significados foram atribuídos por vários sujeitos ao início da experiência sexual, tais como o marco de uma etapa da vida, o despertar do desejo pelo sexo oposto, enfim, sentidos que relativizam os valores atribuídos a uma masculinidade hegemônica e que expressam a sensibilidade masculina. Medos, anseios e inseguranças compõem este período da vida dos jovens, e devem ser ouvidos para que possa ser promovida efetivamente a educação em saúde deste grupo geracional.

Na mesma direção seguem as observações fornecidas pelo estudo de Nascimento e Gomes (2009), com jovens adolescentes cariocas, de classe popular, em que se encontrou uma mistura de valores ligados à permissão e à interdição dos assuntos relacionados à sexualidade em geral e à iniciação sexual em particular. Os jovens veem a masturbação como espaço privilegiado da iniciação sexual masculina, e esta como algo complicado, prazeroso, afetuoso e momento comum de aprendizagem. Os autores concluem que novas formas de acolhimento e de escuta precisam ser desenvolvidas nos serviços de saúde para atender as demandas sexuais destes jovens, visto que em geral não expressam publicamente suas apreensões em relação ao sexo, permanecendo

tais assuntos restritos a foros privados.

Outras pesquisas (Cunha e col., 2012) apontam mudanças importantes nos âmbitos público e privado, atribuídas ao gênero, desde a década de 1970, configurando atualmente novas construções de identidade, que valorizam a autonomia e igualdade nas relações afetivas, na construção social do masculino e feminino, nas ideias, bem como no diálogo sobre a sexualidade. Entretanto, estas mudanças não parecem ainda ter sido assimiladas pelos serviços de saúde, pelo modo estritamente biológico como tratam a sexualidade e a reprodução. Tanto é que Ribeiro (2009), através de investigação qualitativa com profissionais de saúde, gestores e gerentes em um município paulista, mostram iniciativas esparsas na diferenciação entre homens e mulheres no aconselhamento à sexualidade e à reprodução humana, recomendando, neste sentido, a criação e ampliação destes espaços nos serviços de saúde.

Quando se atenta para a sexualidade nos grupos de idade adulta, os estudos são escassos. Conceitos como disfunção erétil, andropausa, mais recentemente denominada distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM), reposição hormonal masculina frequentam cada vez mais a mídia e os espaços da agenda pública e política da saúde masculina.

Há que se ressaltar como faz Aquino (2005), que tais discussões envolvem múltiplos interesses, destacando-se os da indústria farmacêutica que, no limite, investe na produção de novas drogas baseando-se em predições de mercados futuros e na criação de produtos lucrativos.

O fenômeno Viagra surgido no final dos anos 1990 é reconhecidamente o início de um processo de medicalização da sexualidade masculina na meia-idade (Brigeiro e Maksud, 2009; Aquino, 2005) que se amplia e se acelera no espaço e no tempo.

Segundo Giami (2007), o Viagra foi saudado pela comunidade científica como uma nova revolução nas pesquisas sobre sexo, tendo em vista a possibilidade de ser prolongada a atividade sexual masculina com o avanço da idade. Nestes termos, a sexualidade masculina encontra-se centrada no pênis e a manutenção da ereção peniana é o fulcro da função sexual do homem, ou seja, é concebida como atividade estritamente orgânica.

Simbolicamente, a ereção aparece como signo de uma masculinidade desejável, de uma sexualidade masculina estereotipada, que se quer ostensiva, sendo rechaçada qualquer “falha”, porque esta significa o fracasso pessoal e social.

O padrão corporal valorizado na sociedade, ou seja, do indivíduo jovem, forte, musculoso, sempre pronto e disponível sexualmente, um verdadeiro “super homem”, aparece como o ideal de corpo a ser perseguido no âmbito social. Paradoxalmente, vê-se aumentar o número de jovens que utilizam drogas vasoativas orais (Cialis, Viagra, Levitra) para obter um desempenho sexual extra-humano, e esteroide anabólico para adquirir um corpo que se faz cada vez mais inatingível, colocando em risco suas vidas e saúde.

Trata-se de um padrão corporal que opera de forma violenta (Goldenberg, 2005), esculpido pela moral contemporânea da “boa forma”, exigindo do indivíduo, independentemente da idade, o controle da aparência física ao mesmo tempo em que o incita à maximização de experiências hedonistas.

Com relação à vulnerabilidade juvenil diante das DSTs e AIDS, a PNAISH explicita que conjuntamente ao desenvolvimento de medidas que informem os jovens de sua vulnerabilidade a essas doenças, deve ser garantido o acesso em larga escala aos métodos contraceptivos, visto que a incidência tanto das DSTs/AIDS quanto da concepção não planejada vem aumentando sensivelmente neste grupo de idade. Partindo de uma perspectiva que busca ampliar o olhar sobre as masculinidades, tal política tece recomendações, lembrando-se dos direitos dos homens a participarem do planejamento reprodutivo e da paternidade, não redutíveis aos aspectos de obrigações legais. O homem, mesmo jovem, tem o direito de participar de todo o processo da gestação feminina, sendo também responsável pelas práticas contraceptivas, já que, comumente deslocam-se essas obrigações para as mulheres.

Como apontado na investigação de Barbosa e Giffin (2007), a negociação do uso ou não do preservativo masculino, sobretudo, entre os segmentos jovens da classe popular periférica, ancora-se nas relações tradicionais de gênero baseada na assimetria de poder que submete a mulher à vontade masculina. Embora seja consensual entre os jovens

que a responsabilidade pela prevenção das DSTs/AIDS é de ambas as partes, na prática isso não ocorre, ficando ao encargo das mulheres, como elas mesmas admitiram. As atribuições exclusivamente femininas no autocuidado em saúde, incluindo prevenção e cuidados corporais, como indicado no estudo recente de Cunha e colaboradores (2012), permanecem muito presentes.

Referindo-se especificamente à AIDS, destaca-se o seu caráter estigmatizante, representada socialmente ainda como “doença dos outros” – homossexuais, prostitutas, droga adictos –, daqueles vistos na sociedade como “sexualmente desviantes” (Rebello e col., 2011), isso a despeito de ter mudado o perfil epidemiológico de disseminação da doença nas últimas décadas, passando a acometer homens e mulheres heterossexuais de todas as classes sociais, em particular as populações marginalizadas e vulneráveis (Stephan e col., 2010).

Tal estigmatização traz implicações para os serviços de saúde, pois, conforme apurou pesquisa de Garrido e colaboradores (2007) com 17 homens soropositivos, da classe trabalhadora, na cidade de São Paulo, ela acaba por limitar os seus cuidados de saúde: pela discriminação sofrida no ambiente de trabalho ao serem evidenciadas suas condições, explicitadas pelas reiteradas ausências para receber os cuidados institucionais de saúde; pelas humilhações referidas, que os levam à demissão voluntária ou mesmo forçada. Ressaltam-se os efeitos psicossociais do estigma nas outras relações sociais destes trabalhadores, que os afastam do convívio social por medo de rejeição, gerando depressão e problemas psíquicos. Neste caso, trabalhar reafirma a autonomia masculina no mundo da vida, tornando-se fator principal de reconstrução identitária, inserção social e de manutenção da saúde.

Demarcando estilos de masculinidades que fogem ao padrão tradicional, o estudo de Sutter e Bucher-Maluschke (2008) localizou pais cuidadores no Sul do Brasil, na faixa etária de 21 a 34 anos, de classe social mediana, casados, com filhos de dezoito meses a oito anos. Com base em suas análises, as autoras concluíram que estes pais vivem a experiência da paternidade com especial intensidade emotiva, demonstrando disposição contrária ao estereótipo masculino que pressupõe o autocon-

trole das emoções e a negação do cuidado. Estudos como este permitem apontar construções sociais de masculinidades distintas à hegemônica, demarcando sua constituição intrapessoal (subjetivações da autoidentidade) e interpessoal (representações sociais das masculinidades).

As fragilidades do “sexo forte” ou do que padecem os homens

A PNAISH oferece um diagnóstico sobre a saúde masculina, apontando dados epidemiológicos baseados nas taxas de morbimortalidade, e os conciliando aos determinantes sociais das doenças que mais acometem os homens.

Os dados do processo saúde/doença masculina estão estruturados a partir dos seguintes eixos principais: violência e tendências à exposição a riscos, ambas refletidas diretamente nas taxas de morbimortalidade.

Com referência às taxas de mortalidade, independentemente das causas, ressalta-se a evidência comum nos estudos em saúde: morrem mais homens do que mulheres. Os coeficientes epidemiológicos revelam a mortalidade masculina como 50% maior do que a feminina, assumindo seu maior índice na faixa etária dos 20 aos 39 anos, na razão de três mortes masculinas para uma feminina (Laurenti e col., 2005).

Com relação às causas, a PNAISH aponta as externas como as de maior índice. Sob essa rubrica encontram-se os acidentes de transportes, as lesões autoprovocadas, as agressões e homicídios, que responderam, no ano de 2005, à maioria dos óbitos masculinos, ou seja, 78%.

Analisando as informações sobre as causas externas das mortes de homens e mulheres no período de 1991 a 2000, Gomes (2008) mostrou que as mortes masculinas foram, naquele período, cinco vezes superiores às femininas. Esse índice se elevou quando os dados foram estratificados por faixa etária, atingindo seu maior pico no grupo etário masculino de 20 a 24 anos: 10,1.

É importante ressaltar, como faz o referido autor, que carros e armas são signos do poder masculino na cultura ocidental. O carro representa não somente o *status* social do seu portador, mas também auto-

nomia e liberdade de ir e vir. Já as armas potencializam o poder de submissão do outro a interesses pessoais, no limite, o poder de vida e de morte sobre outrem. Autonomia, liberdade, submissão que são informadas pelo estereótipo de uma masculinidade ostensiva (Kimmel, 1997), que encobre, todavia, os perigos de sua realização na fatuidade de uma vida sem limites.

Aqui, reiteram-se valores relacionados à masculinidade hegemônica, em que força e poder aparecem como atributos “naturais” masculinos, e sua expressão, em última instância, dá-se através de atos violentos, principalmente entre os grupos etários de homens mais jovens (Nascimento e col., 2009).

Numa perspectiva comparada intragenérica, é relevante apresentar os dados fornecidos pelo estudo de Batista (2005), que apontam as disparidades nas taxas de mortalidade por causas externas entre homens brancos e homens negros no Estado de São Paulo. Segundo apurou, homens negros morrem duas vezes mais do que os homens brancos por tais causas, atingindo seu maior índice na faixa etária dos 20 aos 24 anos, respectivamente três vezes mais. Como informa Batista:

“[...] há uma maior mortalidade dos homens negros por agressão com arma de fogo, agressão com objeto contundente e objeto não identificado, justificado, talvez, por falta de opções, de lazer, ter o bar como espaço de socialização, a arma como diversão e ‘nada a perder’ na vida” (2005, p. 77).

Contundente também é constatar que sob a categoria *homem*, conceito em geral utilizado de forma unívoca, expressando uma relação de dominação supostamente igualitária, encobrem-se masculinidades distintas que não partilham do mesmo poder. Ao contrário do que se supõe ser homem, negro e jovem em determinados lugares sociais passa a ser um fator de risco de morte.

Os resultados deste estudo são significativos na medida em que contribuem para desconstruir uma visão monolítica do poder baseada na dominação do “sexo forte”, além de fornecer elementos para uma análise das masculinidades interseccionadas por gênero, classe social, etnia e geração, relativizando-as. Não menos significativa também é a constatação das desigualdades sociais configuradas pelas rela-

ções de poder, orientadas por esses mesmos eixos estruturadores do sujeito, pois, possibilita entender as condições de vida da família negra, que, em sua maioria, está marcada por carências: habitacional, de instrução, emprego e renda; e cuja chefia é exercida, sobretudo, pelas mulheres (Batista, 2005).

Enfocando a violência intergeracional, cita-se o estudo de Alves e Diniz (2005), que por meio do relato de homens da classe popular, em Salvador/BA, com relacionamento conjugal de no mínimo dois anos, identificou representações da masculinidade tradicional nas falas dos sujeitos da pesquisa. Entre os motivos apresentados pelos entrevistados para a ocorrência da violência contra suas companheiras está a inadequação delas ao papel socialmente atribuído ao feminino, desvelando a relação assimétrica estabelecida nas relações conjugais, em que cabe ao homem como provedor o papel de dominação, e à mulher o de subordinação.

A inserção dos homens como sujeitos nos estudos sobre a violência, a partir do referencial de gênero e masculinidades, tem contribuído para a crítica ao modelo hegemônico de masculinidade, sendo ressaltado que, para que esta forma de violência seja erradicada socialmente, faz-se necessária a conscientização dos próprios homens, em particular, e da sociedade, de uma forma geral (Lima e col., 2008). Estes autores assinalam a escassez de estudos sobre o tema, sugerindo a integração dos homens nas ações dirigidas ao combate à violência contra as mulheres, sendo que intervenções e estudos sobre a violência contra as mulheres predominam, com forte presença do interesse de feministas e dos centros de pesquisa relacionados às investigações sobre o gênero feminino, na área de ciências sociais e humanas.

Referindo-se ao aumento das taxas de morbidade, a PNAISH apresenta um quadro avaliativo obtido por meio do estudo da série histórica das internações hospitalares no período de 2000 a 2007.

Tumores e causas externas foram as que tiveram maior impacto sobre a morbidade masculina, sendo importante notar o acréscimo de 100% no número de casos de neoplasias. Destacam-se os tumores do aparelho digestivo, respiratório e urinário como os mais comuns, todavia, quando se atenta para a incidência tomando-se por base o período estudado, o índice de internações por câncer prostático sobressai aos

demais (variação de 195,3%), com uma variação de custos ao Sistema de 502%.

Os gastos efetivados pelo Sistema com a neoplasia da próstata colocam no exame preventivo mais do que uma postura para se reduzir custos: a detecção precoce é o único modo de prevenir a doença, evitando assim a sua letalidade (Gomes e col., 2008a).

O exame preventivo consiste na coleta de amostragem sanguínea para a dosagem do antígeno prostático específico, o PSA (em inglês, *prostatic specific antigen*), além do toque retal. A orientação da Sociedade Brasileira de Urologia é que homens a partir dos 50 anos submetam-se anualmente aos exames, e aqueles com histórico familiar da doença o façam desde os 40 anos.

Pesquisando homens na cidade do Rio de Janeiro, de 40 a 64 anos, divididos em três grupos que reuniam homens de classe popular e média, com educação formal variada (de semialfabetizados a pós-graduados), Gomes e colaboradores (2008b) buscaram apreender o sentido que o exame do toque retal pode ter para aquela parcela da população, tendo em vista as representações sociais de *mal fatal* associadas ao câncer.

Interpretando os dados coletados a partir da perspectiva de gênero que reveste o conceito das masculinidades, os autores encontraram: na parcela menos estudada da população-alvo, quase que em sua totalidade, os homens não haviam realizado o exame; entre os homens com nível superior, aproximadamente 63% já o haviam feito. A despeito dessa diferença, os autores não atribuíram o fato somente à diferença do grau de escolaridade dos entrevistados. Levaram em conta também a questão do acesso aos serviços, expressivamente menor para aqueles que não realizaram o exame.

Outro ponto levantado é que o toque retal, independentemente do grau de instrução do entrevistado, foi referido majoritariamente como *toque numa região proibida*.

Neste sentido, os autores evocam a construção simbólica do corpo masculino em oposição ao feminino, pois, se por um lado, a mirada dianteira dos corpos de homens e mulheres os diferencia, segundo sua anatomia sexual, por outro, a parte traseira os iguala.

Sobrepõe-se a representação social da virilidade

como sinônimo de atividade sexual em oposição ao feminino sempre passivo, assim, o toque retal inverte essa posição, ainda que justificado por um motivo maior, no caso, a prevenção de uma doença incurável, o que levou vários entrevistados mais escolarizados a se referir ao exame como constrangedor. Concluindo, os autores informam que, mais do que um exame desconfortável fisicamente para os homens, o toque retal representa uma “arranhadura em suas masculinidades”.

Quanto às morbidades por causas externas, a PNAISH informa que os dados ainda são precários, apesar de ter sabido que correspondem a 80% das internações. Devido ao grau de magnitude, ressaltam-se os acidentes de transporte e violências, que trazem, como sublinhado, sofrimentos físico, psíquico e social tanto para aqueles que os sofrem quanto para as famílias, e impactam economicamente o Sistema através dos gastos hospitalares efetuados, incluindo aí as internações e a permanência em Unidades de Terapia Intensiva.

À guisa de conclusão: dimensionando a “estatura dos homens”

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH - já constitui um marco para a discussão da saúde masculina, além das ações programáticas estabelecidas para promover a inserção dos homens nos Serviços de Saúde e suas prioridades no processo saúde-doença-atenção.

Neste sentido, os estudos sobre saúde e masculinidades podem subsidiar discussões mais profundas dos entraves desta inserção, que não residem simplesmente na estruturação do Sistema de Saúde para atender as demandas de saúde masculinas, pois estas são compostas por uma teia de valores e práticas socioculturais, tecida secularmente, ao mesmo tempo estruturante e estruturada nas relações dos homens com seus corpos, com sua saúde e com aqueles com quem se relacionam.

Há que se ter um olhar crítico para a PNAISH (Carrara e col., 2009), ainda em fase de implantação, de um lado, criando condições para que seus maiores interessados, os homens, possam ser ouvidos,

porque interesses outros podem sobrepor-se aos objetivos gerais enunciados, interesses que nem sempre comungam de um mesmo ideal.

De outro lado, como alerta Hearn (2010), uma política pública voltada aos homens, a partir da visão crítica de gênero sobre as masculinidades, deve levar em conta as relações de poder presentes nas interações sociais, no caso, aquelas geradoras de sofrimentos e aflições que são vividos diferentemente pelos sujeitos e perpassam as diversas arenas sociais. Ver os homens como vítimas não se coaduna com tal perspectiva, pois resulta no retorno à concepção de um “masculino universal” abstraído das relações de poder e dominação existentes na socialização dos sexos.

Desta forma, uma contribuição que sem dúvida os estudos sobre saúde e masculinidades trazem para a discussão da saúde masculina é a não reificação do conceito de homem, já que sob essa rubrica encontram-se masculinidades distintas, com demandas por saúde diferenciadas.

Tais estudos cumprem assim o papel fundamental de tornar esse *homem* universal, sem gênero, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adoece, morre, que pertence a uma determinada classe social, tem uma cor, faz parte de uma geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualmente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido.

Assim, as pesquisas sobre saúde e masculinidades, ao se aproximarem desse homem encarnado em suas vicissitudes concretas, o iluminam, ofertando uma visão não de “grandes” ou “pequenos” homens, mas de homens mais próximos do seu tamanho real.

Referências

- ALMEIDA, M. V. de. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso no sul de Portugal. In: Anuário Antropológico: 1995. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1996, p. 161-189.
- ALVES, S. L. B.; DINIZ, N. M. F. “Eu digo não, ela diz sim”: a violência conjugal no discurso masculino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 387-392, 2005.

- AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 19-22, 2005.
- ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.
- BARBOSA, R. S.; GIFFIN, K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 549-567, 2007.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Brasília, DF, 2008.
- BRIGEIRO, M.; MAKSDUD, I. Aparição do viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 71-88, 2009.
- CANESQUI, A. M. Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1955-1966, 2010.
- 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*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.
- CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: Ediciones de las mujeres, 1997. p. 31-48.
- COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.
- CUNHA, R. B. et al. Como nossos pais?: Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 973-997, 2012.
- FAUR, E. *Masculinidades e desarrollo social: las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá: UNICEF: Arango, 2004.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 72-79, 2007. Suplemento 2.
- GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007.
- GOLDENBERG, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91-96, 2005.
- GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 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, 2006.
- 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, p. 565-574, 2007.

- GOMES, R. et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 235-246, 2008a.
- GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008b.
- HEARN, J. Reflecting on men and social policy: contemporary critical debates and implications for social policy. *Critical Social Policy*, London, v. 30, n. 2, p. 165-188, 2010.
- KIMMEL, M. S. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago: Ediciones de las mujeres, 1997. p. 49-62.
- KNAUTH, D. R.; MACHADO, P. S. Comentários ao artigo “Homens e saúde na pauta da saúde coletiva”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-19, 2005.
- KREIMER, J. C. *Rehacerse hombres: cómo dar nuevos sentidos a la masculinidad*. Buenos Aires: Planeta, 1994.
- LAURENTI, R. et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.
- LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1375-1384, 2006.
- LIMA, D. C. et al. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.
- MACHIN, R. et al. Representações de trabalhadores portuários de Santos - SP sobre a relação trabalho-saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 639-651, 2009.
- NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidade e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011.
- NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, 2008.
- NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 101-110, 2009.
- NASCIMENTO, E. F. et al. Violência é coisa de homem?: a “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1151-1157, 2009.
- NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 26-28, 2005.
- PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.
- PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência Instituto Butantan*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008.
- REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.
- REBELLO, L. E. F. S. et al. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento científico da área da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 67-78, 2011.
- RIBEIRO, T. N. Representações e sexualidade masculina em Francisco Morato, SP: o discurso dos profissionais, gerentes e gestores de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 625-706, 2009.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

STEPHAN, C. et al. Expressão geográfica da epidemia de Aids em Campinas, São Paulo, de 1980 a 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 812-819, 2010.

SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 74-82, 2008.

TONELI, M. J. F. et al. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M. R. (Org.). *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004. p. 107-128.

Recebido em: 07/10/2011

Reapresentado em: 03/03/2013

Aprovado em: 08/03/2013