



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Machin, Rosana; Couto, Márcia Thereza; Sibeles Nogueira da Silva, Geórgia; Schraiber, Lília Blima; Gomes, Romeu; Santos Figueiredo, Wagner dos; Valença, Otávio Augusto; Pinheiro, Thiago Félix
Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 11, novembro, 2011, pp. 4503-4512
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020978023>

- 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

Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária

Concepts of gender, masculinity and healthcare:
a study of primary healthcare professionals

Rosana Machin ¹
Márcia Thereza Couto ¹
Geórgia Sibele Nogueira da Silva ²
Lília Blima Schraiber ²
Romeu Gomes ³
Wagner dos Santos Figueiredo ²
Otávio Augusto Valença ⁴
Thiago Félix Pinheiro ²

Abstract *This paper analyzes concepts of gender and masculinity among Primary Healthcare professionals in four Brazilian States (Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, São Paulo). It is based on two perspectives: the meanings associated with being a man and the relations between masculinity and healthcare. This qualitative study is part of a multicentric investigation, which used triangulation methods as a benchmark. Sixty-nine in-depth interviews carried out among health professionals with higher education were analyzed. The discourses (re)produce the notion that health facilities are “feminized spaces”. Within the daily routine, this notion is translated as reinforcing the idea that the male body is not a locus of this care, as opposed to the female body which is considered a locus of care. The presence of a hegemonic pattern of masculinity is prominent among professionals’ representations of men and seems to influence the latter, in their lack of commitment with healthcare. The existence of a stereotyped gender model (re)produces disparities between men and women in healthcare and compromises the visibility of other meanings and expressions of gender identities.*

Key words *Masculinity, Gender, Men’s health, Masculinity and health, Primary Healthcare*

Resumo *O trabalho analisa as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em quatro estados do país (PE, RJ, RN, SP) a partir de duas perspectivas: os significados associados a ser homem e a relação masculinidade e cuidados em saúde. O estudo de natureza qualitativa é parte de pesquisa multicêntrica tendo por referência a triangulação de métodos. Foram analisadas 69 entrevistas em profundidade de profissionais de saúde com formação de nível superior. Os relatos dos profissionais (re)produzem a noção de que os serviços são “espaços feminilizados”, o que se traduz no seu cotidiano por um reforço à ideia do corpo masculino como locus do não cuidado em oposição ao corpo feminino visto como locus desse cuidado. Sobressai a representação dos profissionais sobre os homens centrados na forte presença de um padrão hegemônico de masculinidade, que influencia o pouco envolvimento destes com os cuidados em saúde. A existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero.*

Palavras-chave *Masculinidade, Gênero, Saúde do homem, Masculinidade e saúde, Atenção primária*

¹ Departamento Saúde, Educação, Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Av. Ana Costa 95. 11060-001 Santos SP. rosana.machin@gmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

³ Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz

⁴ Conselho Regional de Medicina de Pernambuco

Introdução

Os estudos relativos a homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. A relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas análises da sexualidade e da saúde reprodutiva.

Os trabalhos têm abordado os homens por meio de distintas perspectivas: de forma instrumental como apoio à saúde das mulheres; pelo reconhecimento de suas necessidades de informação ou de saúde; de responsabilização por práticas sexuais de risco e de afirmação da necessidade de sua participação nas questões de saúde reprodutiva e sexual como integrante dos direitos reprodutivos¹⁻⁴.

Com relação à saúde dos homens o referencial das masculinidades numa perspectiva de gênero contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina⁵⁻⁷.

Destacam-se estudos como o de Courtenay⁵, que assinala a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor⁸.

Nesse sentido, o gênero, enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação, constrói atributos culturais aos sexos desde uma perspectiva relacional. As masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos^{6,5}. No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino. Como observa Welzer-Lang⁹, na socialização do masculino é preciso combater possíveis associações com a mulher sob pena de ser assimilado, identificado e tratado como esta. Interessante considerar que este processo não se limita ao contexto de construção do tornar-se homem em contraposição ao feminino, mas é reatualizado constantemente por meio de provas de sua masculinidade inclusive entre seus pares¹⁰.

As construções de masculinidades, por se estabelecerem em oposição ao universo feminino,

se contrapõem a comportamentos baseados no cuidado em saúde⁵. Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. Demandar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assistir e prover^{3,8,11}. Essa imagem masculina do “ser forte” pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações.

A estrutura de identidade de gênero, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que têm dos serviços como um espaço feminino por excelência, destinado às mulheres, crianças e idosos¹².

A abordagem da relação homens-saúde, da perspectiva das instituições e dos profissionais da saúde, é mais recente¹³. É, em parte, tributária das reflexões sobre a tradicional estrutura e organização dos serviços, bem como da oferta de ações educativas e de práticas de saúde visando a higiene e a puericultura, as quais, historicamente, privilegiaram o binômio mãe-filho e acabaram por estabelecer uma influência significativa na maneira como o gênero se relaciona com o cuidado em saúde. Na lógica dos serviços, a organização desse cuidado em torno do eixo materno-infantil é fruto de um processo histórico que articulou a produção de ideias médicas com ações políticas voltadas seja ao corpo feminino seja às instituições elegidas para estes fins. Neste processo colaboraram também a Igreja e o Estado regulando esferas da vida no plano da reprodução humana^{14,15}. No caso da igreja prevalece à ideia da maternidade vinculada à natureza feminina e à prática do sexo somente voltado à procriação. No âmbito do Estado, a partir dos anos 1920, a assistência à saúde foi alvo de ações sistematizadas, que visavam à saúde materno-infantil¹⁶.

Esse enfoque, por parte das políticas públicas, permaneceu até os anos 1960, embora, nessa mesma época, também tenha se iniciado a disseminação de práticas voltadas à anticoncepção¹⁶. Contudo, igualmente, revelam outra face da mesma ênfase. É somente com o desenvolvimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nos anos 1980, que este panorama foi reorientado por meio da articulação do referencial de gênero com o campo da saúde ao afirmar a mulher como um sujeito de direitos, com necessidades de saúde e de individualidade

própria¹⁷. No entanto, essa inflexão conceitual ainda enfrenta dificuldades de ser incorporada na rotina dos serviços, em particular, na perspectiva da integralidade proposta^{14,16}.

Retomando a ideia dos serviços de saúde como um espaço feminino, vemos que essa familiaridade foi construída por meio de um longo processo de apropriação do corpo da mulher, visto como corpo reprodutivo, objeto de estratégias de controle do saber biomédico¹⁵, e nisto isolando este corpo do domínio da sexualidade. O corpo masculino, por sua vez, restou, como corpo reprodutor, um “desconhecido”, e por referência a esse domínio da reprodução não foi investido como objeto de práticas. Ao contrário, o foi a partir de uma natureza sexual, a qual, isolada da reprodução, permaneceu reconhecida como dotada de maior liberdade no exercício sem contenção dessa sexualidade, ainda que, no modelo de masculinidade hegemônica¹⁸, essa sexualidade seja estruturada em torno da heterossexualidade e da dominação^{19,20}.

Nesse sentido, toma-se a categoria gênero como construto que condiciona a percepção do mundo²¹ e (re)produz as distinções relativas ao masculino e ao feminino alimentando a ideia de pares em oposição. Estes pares podem ser entendidos como esquemas voltados à compreensão da ordem das coisas, funcionando no âmbito da percepção, do pensamento e da ação²¹. Durkheim e Mauss²² mencionam os pares opostos no estudo das classificações primitivas ao considerarem que as formas mais rudimentares de classificação social ou mental começam por ser dicotômicas²². Posteriormente, Bourdieu²¹ incorpora a teoria das formas primitivas de classificação em sua elaboração sobre a noção de habitus e no estudo sobre a dominação masculina. Segundo Bourdieu²¹, a diferença entre os sexos está presente no conjunto das oposições, que organizariam todo o cosmo mesmo não sendo explicitamente manifestada. Ela modularia esquemas de pensamento de âmbito universal considerados como traços distintivos que tendem a ser naturalizados.

No âmbito da construção de gênero as oposições instituem os pares como opostos, excluídos e fixos em suas diferenças, sendo o masculino associado à força/razão/ativo em oposição ao feminino tido como frágil/emotivo/passivo²³, promovendo a fusão de identidade de gênero com identidade sexual¹⁴.

As identidades sociais de homens e mulheres elaboradas nas relações sociais constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas, igualmente, produzem serviços de saú-

de baseados em modelos ideais de masculino e feminino que, ao mesmo tempo em que permitiram reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, normalizando-as na direção da reprodução biológica, dificultam visibilizar determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde^{24,25}.

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde e representa o espaço no qual grande parte das demandas pode ser solucionada, se constituindo numa prioridade na organização do sistema de saúde. Os serviços de APS enfrentam vários desafios, na medida em que precisam responder a demandas patologicamente simples que, contudo, necessitam de uma complexidade assistencial que supera uma ação curativa individual²⁶.

A primeira maneira que foi feita referência à abordagem de gênero nas práticas de saúde, considerando a perspectiva da integralidade na APS, correspondeu à formulação do PAISM, nos anos 80. Nesse contexto os homens foram incorporados por meio do atendimento de suas mulheres, contudo, muitas vezes, identificados mais como problemas para a assistência integral à saúde da mulher do que como parceiros⁷. Posteriormente, o avanço da epidemia HIV/AIDS impulsionou a necessidade de incorporação dos homens nas ações de prevenção e promoção da saúde, devido ao aumento dos casos de transmissão por via heterossexual^{3,27}.

A temática da violência também se configurou como campo para inserção do homem na área da saúde numa perspectiva de gênero. Nesse contexto, a partir dos anos 1980, a atenção à violência na área da saúde ganhou destaque em razão da mobilização do movimento feminista em dar visibilidade à violência contra a mulher. Desse panorama resultaram ações de atendimento que se efetivaram, especialmente, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos^{7,23,28}. Esse enfoque colaborou, muitas vezes, com uma associação naturalizada entre violência e masculinidade ao identificar o homem como agressor, em razão da violência ser vista como um atributo da masculinidade^{7,24}.

A partir desse contexto levantamos questões sobre saúde da população masculina na APS. Que concepções de gênero e masculinidade têm os profissionais de saúde? De que maneira estas podem construir especificidades e iniquidades no cuidado em saúde? Investigar essas questões é importante para identificar como o gênero, ao constituir relações sociais e a condicionar a per-

cepção de mundo dos sujeitos, pode promover mecanismos potencialmente geradores de desigualdades entre homens e mulheres no cotidiano da assistência à saúde.

Percurso Metodológico

Este trabalho aborda concepções de gênero, masculinidade e cuidado em saúde tendo por objeto os depoimentos de profissionais de saúde, a partir de dados de pesquisa multicêntrica realizada em quatro estados do país (Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo)²⁹. O estudo de natureza qualitativa teve como referência a proposta de estudo de caso utilizando-se da triangulação de métodos³⁰. Foram escolhidas seis cidades (Natal, Recife, Olinda, Rio de Janeiro, São Paulo e Santos), com a inclusão de serviços de APS, por meio de uma amostra de conveniência, totalizando oito unidades de saúde. A pesquisa multicêntrica explorou tendências da APS voltada para a população masculina em contextos urbanos e regionais diversos que serviram ao debate acerca das respostas singulares dos casos escolhidos e de suas contribuições frente a um modelo geral de atendimento na APS.

Como critério de seleção das unidades foi considerado: tempo de funcionamento de pelo menos 10 anos; apresentarem volume de demanda maior de 1.000 atendimentos/mês; e, possuírem equipe multiprofissional.

Neste trabalho analisa-se o contexto social da APS e as concepções dos profissionais de nível superior entrevistados nos oito serviços investigados, totalizando 69 sujeitos, dentre os 92 entrevistados pela pesquisa maior, de diferentes áreas de atuação (médica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, odontologia, serviço social). Foram entrevistados 19 profissionais no RJ; 18 no RN; 14 em PE e 18 em SP. Conforme a caracterização geral da APS, nos oito serviços houve predomínio de mulheres entre os profissionais, numa relação de 9 mulheres para cada homem, sendo que a maior concentração ocorreu no Rio de Janeiro (16:3). Este dado também pautou a seleção dos entrevistados. Nos quesitos idade e tempo de atuação profissional no serviço as mulheres também apresentaram diferenças em relação aos homens, seja pela média de idade mais avançada (48 anos) contra a dos homens (37 anos), seja pelo maior tempo de atuação, com cerca de oito anos a mais. Na amostra de usuários entrevistados (201), nos mesmos serviços pesquisados, houve predomínio das se-

guintes características sociodemográficas: faixa etária de 26 a 45 anos, cor autorreferida branca, ensino fundamental completo, situação conjugal casado ou em união estável.

O roteiro da entrevista em profundidade para os profissionais de saúde compreendeu tópicos relativos a necessidades de saúde, acesso e uso dos serviços; relação dos homens usuários com os serviços; e, diferenças de homens e mulheres quanto à saúde e cuidado.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O uso da entrevista em profundidade se mostrou adequado por permitir o resgate da dimensão da subjetividade, já que a fala dos entrevistados é reveladora de sistemas de valores, crenças, normas, sendo significantes mesmo sem a intenção de significar³¹.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Para garantir o anonimato, os entrevistados são identificados pela atividade desempenhada e pela sigla do estado de seu serviço.

Conforme apontado, os oito serviços são orientados para a APS e, portanto, caracterizam-se como porta de entrada para a rede de assistência. Neste sentido, a diversidade observada em termos de modelos assistenciais e de equipe de profissionais não configurou diferenças marcantes no tocante às concepções dos profissionais sobre os usuários em termos das construções de gênero, masculinidade e cuidado em saúde. Os dados foram analisados considerando os seguintes procedimentos: leitura exaustiva de cada entrevista, estabelecimento de categorias temáticas, organização e análise do material segundo estas categorias e cotejamento dos conteúdos das categorias com a literatura existente sobre a temática geral e com as referências teóricas que norteiam a pesquisa. No contexto desta análise, ao se trabalhar com modelos de cultura considerase que estes atravessam os diferentes contextos³², e, no caso do presente estudo, os diferentes serviços investigados.

Na análise das entrevistas os depoimentos foram organizados considerando-se a área de formação profissional e situando-os no interior de sua posição em um *habitus* profissional³². A partir disto, e da leitura exaustiva do material, emergiu a manifestação de pares opostos que expressa as concepções de masculino e feminino no tocante às distinções relativas às esferas do campo da saúde e do cuidado no contexto da APS, independente do estado pesquisado.

A distinção masculino/feminino que emerge dos depoimentos foi analisada no âmbito dos

significados de gênero sobre usos e efeitos das práticas sociais e das relações de poder. Assim, tal como Bourdieu tratou o *habitus* e a reprodução do hegemônico quanto aos agentes de prática³², não se trata de cristalizar a diferença entre os sexos negando as negociações e as flexibilizações no jogo de poder que o caracteriza. Mas de reconhecer esta distinção como orientadora de valores e práticas sociais concretas e simbólicas de homens e mulheres que, no campo da saúde, pode acarretar a invisibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero.

As concepções de gênero e a saúde: o olhar dos profissionais

Os depoimentos dos profissionais de saúde relativos a características dos homens usuários nos serviços nos quais eles atuam revelam expressões que opõem o masculino ao feminino. Interessante considerar que alguns pares de opostos surgem nas falas dos profissionais, mesmo quando não instados a estabelecer distinções entre homens e mulheres, nas diferentes esferas relativas ao atendimento nas unidades de saúde, revelando o quanto o imaginário social de gênero e, muitas vezes, de seus estereótipos estão impregnados no olhar e na vivência dos profissionais de saúde. Nesse contexto, foi possível delinear as distinções exibidas no Quadro 1, a partir das entrevistas.

Na análise das entrevistas dos profissionais foram construídas categorias temáticas, articuladas com o quadro de distinções apresentado: feminilização dos serviços de saúde, corpo masculino como lócus do não cuidado/corpo feminino como lócus do cuidado.

Feminilização dos serviços de saúde

As diferenças existentes entre homens e mulheres nos serviços de saúde são tratadas pelos profissionais como características da dimensão cultural no ser homem e ser mulher. Nos distintos eixos considerados relativos à APS como procura/aceso, comportamento/adeseção e necessidade/demanda essa dimensão é mencionada. Contudo, a referência ao domínio cultural quando se trata da identidade feminina acaba por remeter, muitas vezes, para determinadas especificidades que por serem reconhecidas como do campo biológico ou mesmo das patologias tendem a reaproximar a mulher da ótica da natureza, naturalizando o que é referido como cultural.

Há um reconhecimento dos profissionais de que é pequena a procura dos serviços de APS pelos homens, sendo delineadas algumas explicações. Estas revelam aproximação com uma concepção tradicional do homem como mais próximo da cultura e a mulher da natureza, indicando a incorporação de estruturas sociais de distinção entre os sexos, que fundamentam gêneros construídos como “essências sociais hierarquizadas”²¹.

“Homem não adoece, homem não fica doente, homem não deixa de fazer coisas. E de alguma forma o homem sempre foi gestor, Né? O... homem nunca procura o serviço médico. Na minha opinião é só isso. Questão cultural, né?” [médica, RN]

“...em função também da mulher ter diferenças biológicas, ela tem cuidados diferentes do homem, então isso influencia talvez a sociedade porque, homem não fica grávido, não precisa de maternidade. Então, essa questão biológica de al-

Quadro 1. Pares de opostos relacionados ao masculino e feminino manifestos nas falas dos profissionais de saúde

Contexto de expressão	Homens	Mulheres
Procura/Demanda	Ausentes nos serviços Invisibilidade, questão cultural	Presente nos serviços Visibilidade, questão biológica
Relação com atendimento	Pouco paciente Direto, objetivo Desconhece os códigos	Muito paciente Queixas vagas Conhecimento dos códigos
Uso do serviço	Práticas curativas/doença	Práticas preventivas/saúde
Adeseção a tratamento	Menor aderência	Maior aderência

guns agravos à saúde, que são privilégio das mulheres e numa idade diferente da que o homem adoece, porque homem vai tender a adoecer numa idade mais avançada do que a mulher, enquanto a mulher, em função de gravidez, parto, puerpério induzem a uma maior facilidade pra se contrair determinadas doenças. Então, isso influencia, no sentido de que uma maior oferta de serviço de saúde seja direcionada à mulher, mas não implica que o homem não precise” [médico, PE]

Nessa diferenciação a ausência dos homens é descrita como do âmbito da cultura, entendida por referência a uma identidade de gênero, enquanto se atribui, por oposição, uma especificidade à mulher ancorada na biologia tendo por referência questões ligadas à reprodução, contracepção e gestação. O aspecto cultural é associado a um ser homem, que tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição ao ser mulher identificada com fragilidade e sensibilidade. Os ciclos de vida são mencionados numa perspectiva que diferencia os sexos, mas baseados no contexto reprodutivo (feminino), não considerando outras dimensões sociais da vida que podem implicar em adoecimento para os homens como, por exemplo, a atividade profissional.

Assim, há menção a um padrão de masculinidade que reprime necessidades e cuidados de saúde, nega fraquezas ou vulnerabilidades, reforçando a dimensão simbólica produzida e partilhada socialmente pelas instituições^{5,8,12}. Ainda no âmbito das distinções ancoradas na cultura, a força e a virilidade identificadas como atributo do masculino são traduzidas no espaço do serviço de saúde como elementos reveladores de uma fraqueza e fragilidade do homem em face do cuidado com o corpo, com a saúde.

Ainda existe aquela questão do machismo, deles serem mais acomodados, eles realmente só procuram a unidade, quando estão realmente doentes. “Você não vê assim, até mesmo para um exame, uma dor de cabeça eles querem que as próprias mulheres venham se consultar no lugar dele. Então eu acho que isso é uma cultura já antiga né?” [enfermeira, RN].

Quando referem menor presença dos homens nas unidades os profissionais apontam questões que dificultam seu acesso aos serviços de saúde. O trabalho é mencionado como um problema, seja pelas unidades não possuírem um horário mais amplo (terceiro turno) para o atendimento, seja pela existência de uma cultura social e do mundo do trabalho que desvaloriza a

ausência masculina motivada por saúde/doença ou pelos homens evitarem assumir essa busca pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto social^{13,25}. Já o trabalho da mulher, mesmo aquele remunerado, não é visto como uma forma socialmente justificada para explicar uma possível indisponibilidade para o serviço de saúde. O tempo feminino parece ser visto como o que está a serviço dos cuidados em saúde³³. Considera-se também que a flexibilização do horário de trabalho das mulheres para frequentar os serviços indica haver, por parte dos empregadores, a presença do imaginário social de que a mulher tem que se cuidar.

“Por uma questão cultural, ele vem mais objetivamente quando ele precisa de alguma coisa mais relacionada à saúde. Nem sempre à saúde, mas atrás de um atestado, atrás de um exame pro trabalho, atrás de, de uma avaliação porque faltou ao trabalho. Mas... ele vem mais objetivamente atrás de uma coisa e não à busca de algum subterfúgio como a mulher vem... Eles não têm tempo a perder de um modo geral... Ela fica todo dia vindo. Todo mesmo, sem ter nada” [médica, SP].

No entanto, de maneira contraditória, ao mesmo tempo em que os serviços reconhecem a mulher como alvo preferencial de suas intervenções e, como aquela que sempre comparece às unidades, identificam-na como uma figura problemática que apresenta, muitas vezes, queixas vagas e inespecíficas podendo ser descrita pelos profissionais de saúde, de forma desqualificadora como uma “poliqueixosa”, por apresentar sintomas consequentes de situações vividas no âmbito social e não imediatamente identificadas como da ordem da saúde e da doença. Nesse contexto, as demandas masculinas, por oposição, serão reconhecidas como mais objetivas e diretas referidas a determinadas patologias médicas^{33,34}, e até mesmo quando fazem uso de “subterfúgios” relacionados ao trabalho, conforme mencionado no depoimento acima, seu comportamento é tomado como mais objetivo e, portanto, legitimado.

Ainda no interior das explicações ancoradas na cultura, o homem usuário é identificado de forma negativa por revelar pouca paciência na espera por atendimento em contraposição a postura feminina de ser paciente, numa referência também ao seu domínio dos códigos prevalentes nesses espaços institucionais.

Mais breves e objetivos, eles querem o remédio, eles não querem conversa, eles querem: “Dá o remédio pra mim, a senhora não vai me dar o remédio?”, se ele tiver com dor ... Ele não quer

saber de conversa, ele quer o remédio, na cabeça dele, ele tem um objetivo”. [enfermeira, SP]

Outro aspecto referido com relação à menor presença dos homens nas unidades de saúde é a ausência de profissionais, programas ou campanhas voltados à sua saúde. Ademais, é importante considerar que o espaço das unidades é, muitas vezes, organizado em torno do atendimento de mulheres e crianças sendo percebido pelos profissionais como elemento que deixa os homens “pouco à vontade”.

“[Há desigualdades] porque os programas de saúde são mais voltados para a mulher, criança e adolescente. E o sexo masculino, o homem, o jovem adulto, já não existe tanta preocupação” [fisioterapeuta, RJ].

A organização dos serviços por meio deste enfoque reforça a ideia de que as mulheres dominam os códigos desse espaço provocando nos homens usuários a sensação de não pertencimento ao mesmo³⁴. Por princípio a assistência em Saúde Pública é voltada a toda a população. Contudo, é reconhecido que ao se privilegiar a mulher como alvo da intervenção acabou por se estabelecer uma cultura profissional vinculada a esse segmento populacional¹⁹.

Nesse contexto, um elemento importante é o fato das políticas de saúde historicamente estarem voltadas ao cuidado da saúde da mulher e da criança, não tendo se estruturado para receber e acolher demandas masculinas, nesse nível primário de atenção.

“Eu acho que isso é uma coisa até cultural né, você vê que há anos é assim né, você só ouvia falar em ginecologista. Proctologista é coisa que só se veio falar há pouco tempo. É tanto que se você chegar em algum canto e falar proctologista vai ter muita gente que não sabe o que é. Mas se você falar ginecologista acho que até uma criança sabe o que é” [enfermeira, RN].

Mas, mencionam especificidades relativas à presença de homens nos serviços, considerando as diferentes etapas do curso de vida – jovens, adultos e idosos – que podem reproduzir a compreensão e a normatização já estabelecida com relação à saúde da mulher no serviço, numa lógica caracterizada pela ênfase na reprodução e na sexualidade.

Corpo masculino: lócus do não cuidado X Corpo feminino: lócus do cuidado

Os profissionais de saúde reconhecem a dificuldade dos homens usuários de buscarem cuidados em saúde, ao mesmo tempo em que asso-

ciam a noção de cuidado com uma característica da mulher. Durante séculos a reprodução da existência humana e o cuidado com os filhos foram reconhecidos como atividades relacionadas ao feminino, acabando por naturalizar essa relação.

Assim, os depoimentos observam atitudes distintas em relação à saúde: adoção de práticas curativas pelos homens e adoção de práticas preventivas pelas mulheres. Ainda que tenha havido um progressivo acúmulo de reflexões no âmbito da promoção da saúde sob uma perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidado dos outros continuam ausentes do processo de socialização dos homens³⁵.

Scavone³⁵ observa que o fato da atribuição de cuidado em saúde pelas mulheres estar associado à expressão do afeto compromete sua visibilidade como trabalho realizado no âmbito da família e da sociedade. A designação de cuidadoras fortalece o poder das mulheres no contexto familiar e amplia seu capital simbólico, contudo ela também reforça padrões tradicionais de gênero naturalizando elementos da ordem da cultura.

A ideia dos serviços primários de saúde como espaço feminilizado e do cuidado em saúde como uma atribuição da mulher foi expressa pelos profissionais ao referirem que, muitas vezes, os homens chegam às unidades trazidos pelas mulheres de suas relações (mães, esposas, irmãs), que já se encontram vinculadas ao serviço²⁵. Esse expediente inclusive é mencionado pelos profissionais como uma estratégia de adesão, que chegam a recorrer para mobilizarem os homens no uso das unidades de saúde.

“Então a gente percebe que a mulher também já faz um pouco dessa triagem, a mulher percebe em casa que ele tá sentindo alguma coisa, mas ele não quer dizer ou quer minimizar, e a mulher por já ter essa noção, ela traz ele de casa, a gente percebe que fica até aquele quadro meio de dependência, o homem muitas vezes até senta no consultório e não fala nada, quem fala é a mulher, então a gente percebe que mesmo em um quadro que ele chega é por outro motivo, se for por ele mesmo, ele protela” [médico, RN]

“Ela vem com ele, mas vem brigando, reclamando, é assim. Agora quando o marido trabalha o dia todo a mulher vem toda satisfeita” [odontóloga, RN]

Essa noção reforça o vínculo do cuidado em saúde como um atributo do feminino e acarreta dificuldades para a visibilidade do homem e para a compreensão dos efeitos de poder que processos de diferenciação e hierarquização podem exercer em contextos de saúde.

“Situação de prevenção, eu ainda percebo isso sim, né? porque a mulher, ela tem esse hábito da prevenção dela... do cuidado né? Ela engravida, ela faz o pré-natal, ela traz a criança, ela traz os filhos né? Então, sempre ela se vincula mais né? E daí ele vem quando já tem uma situação de está incomodando, não é? Por uma dor” [médico, SP].

Mas, há também o reconhecimento pelos profissionais de saúde de algumas mudanças em curso em razão de padrões familiares e de situações de trabalho.

“É, no meu caso aqui é pediatria, então quem vem realmente com a criança ao médico é a mãe, só que a gente tem visto, de um tempo pra cá, que os pais têm vindo mais, estão frequentando mais, e têm alguns que vêm só eles. No consultório também, algumas vezes é só o pai que vem... Eu acho assim, que a visão daquele... do machista de que só a mulher que cuida, que só a mulher que tem a responsabilidade pela a criança, acho que ta mudando, né? Acho que por conta da mídia, e das próprias mulheres que saíram pra trabalhar e acredito que as mulheres também estão incentivando um pouco os maridos, o companheiro a participar e eles, acho, que estão gostando, né? Porque a gente busca bastante o aumento da presença deles” [médica, SP]

Outra noção articulada a esse respeito é relativa a necessidades de saúde. Tomando-as reduzidas a “patologias”, os profissionais de saúde referem, muitas vezes, não haver distinções com relação a homens ou mulheres. Quando reconhecem diferenças estas também são localizadas no campo do orgânico e não são entendidas como socialmente construídas.

“Cada um tem as suas patologias, às vezes em algumas esferas específicas, mas, se você olhar como um todo as patologias que acontecem são as mesmas para ambos os lados e necessidade também” [médico, RJ]

No campo da saúde, alguns estudos têm pautado as distinções de homens e mulheres com relação a padrões de morbimortalidade, uso de serviços e necessidades de saúde como relacionados a modelos de masculinidade^{5,8}. Pinheiro et al.³⁶ revela que as mulheres buscam mais os serviços para realização de exames de prevenção e rotina e os homens procuram mais por doenças. Uma das razões alegadas para esta distinção é por ambos possuírem necessidades de saúde distintas. Tal assertiva é em parte compartilhada pelos profissionais da APS ouvidos nesse estudo, na medida em que estabelecem distinções quanto a homens e mulheres relacionadas a patologias/adoecimentos, mas recorrem à noção de ne-

cessidade de saúde numa perspectiva de acesso aos serviços, que tende a aproximá-los “borrando” as diferenças de sexo e gênero e comprometendo o princípio da equidade.

Considerações finais

A discussão aponta que gênero, como princípio ordenador e normatizador de práticas sociais, estrutura percepções e condiciona a prática dos profissionais de saúde investigados. A análise dos relatos revela que, no plano das representações, os discursos remetem a pares de opostos assentados no imaginário social de gênero, que reproduz estereótipos acerca do masculino e do feminino e reforça as distinções entre homens e mulheres relativas ao cuidado em saúde. Nesse sentido, as concepções de gênero explicitadas pelos profissionais não variaram nem em termos de profissão, nem em termos do sexo do entrevistado. Os homens são situados no polo do não cuidado (ausentes, pouco participativos, impacientes, desconhecedores dos códigos sociais que permeiam o atendimento na AP, buscam práticas curativas, etc.), enquanto às mulheres é atribuído o lugar do cuidado (maior presença, maior adesão às propostas dos profissionais, conhecimento e aceitação dos códigos sociais que permeiam o atendimento, pacientes, etc.). É também o imaginário social de gênero que conforma o discurso dos profissionais de saúde acerca das diferenças entre homens e mulheres no tocante a aspectos como procura/acesso; necessidades/demanda e comportamento/uso de serviços. Tal discurso remete a uma lógica de essencialização do masculino (atrelado à cultura) e do feminino (atrelado à natureza) no que diz respeito ao cuidar e ao prevenir em saúde e, pois, no uso dos serviços de APS, bem identificado a um cuidar e prevenir. Essa essencialização leva à superposição dos elementos que caracterizam o masculino e o feminino, como modelos, aos homens e mulheres, concretos e particulares, que se fazem presentes no cotidiano dos serviços. É claro que à lógica essencializadora de gênero articula-se à da medicalização, resultando, por vezes e contraditoriamente, em discurso naturalizador das diferenças de gênero no adoecimento e nas necessidades de saúde.

Considera-se que o conjunto de tais representações tem implicações para a organização e a rotina dos serviços, bem como nas relações entre profissionais-usuários no contexto assistencial. Dentre as mais importantes, destacam-se a invi-

sibilidade dos homens como sujeitos de cuidado e como potenciais cuidadores, o reforço da mulher na condição de cuidadora e de mediadora da relação homens-serviços, a reprodução das desigualdades de gênero no tocante às necessidades, ao acesso e ao uso dos serviços na APS.

Entende-se que, no âmbito da APS, as escassas ações focadas nos homens são, em regra, voltadas a homens jovens, particularmente, enfatizando aspectos relativos à sexualidade ou a homens idosos tratando de contextos específicos do envelhecimento ou de doenças crônicas^{33,34}. E, embora a APS venha sofrendo modificações, desde meados dos anos 1990, por meio da criação de programas de Agentes Comunitários e de Equipes de Saúde da Família, o estudo

realizado reforça que essas estratégias não estão produzindo, efetivamente, ações que incorporem os cuidados para homens, especialmente quanto ao segmento adulto, a partir de uma perspectiva das masculinidades e da integralidade do cuidado. Ou seja, embora vislumbrado, ainda está fora do alcance dos serviços em APS a incorporação e a efetivação do pressuposto de gênero acerca das masculinidades, que advoga a ampliação em compreender os homens como sujeitos concretos e particulares nos diferentes sentidos atribuídos às masculinidades e às interações sociais destes com outros homens e com as mulheres, de forma articulada com referenciais de classe social, idade/geração, vivência da sexualidade, raça/etnia, entre outras.

Colaboradores

R Machin, MT Couto, GSN Silva, LB Schraiber, R Gomes, WS Figueiredo, AO Valença e TF Pinheiro participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Arilha M, Ridenti SG, Medrado B, organizadores. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34; 1998.
2. Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):47-58.
3. Schraiber LB, Gomes RG, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):7-17.
4. Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Estudos Feministas* 2008; 16(3):809-840.
5. Courtenay WH. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine* 2000; 50(10):1385-1401.
6. Keijzer B. Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In: Caceres C, Couto M, Ramos M, Vallens S, organizadores. *La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina*. Lima: Facultad de Salud Publica y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida; 2003. p. 137-152.
7. Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 687-706.
8. Gomes RG, Nascimento EF, Araújo FC. 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. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):565-574.

9. Welzer-Lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizadora. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2004. p. 107-128.
10. Badinter E. *XY La identidade masculina*. Madrid: Alianza Editorial; 1993.
11. Valdés T, Olavarria J, organizadores. *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Chile: FLACSO; 1998.
12. Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado*: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
13. Gomes R, Moreira MC, Nascimento EF, Rebelo LE, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. No prelo 2009.
14. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-335.
15. Rohden F. *Uma ciência da diferença*: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
16. Ávila MB, Correa S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Population Council; 1999. p. 70-103.
17. Villela W, Monteiro S. Atenção a saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e Saúde*: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA; 2005. p. 15-32.
18. Connell R. *Masculinities*: knowledge, power and social change. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 1995.
19. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
20. Schraiber LB. Saúde de homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva (prefácio). In: Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
21. Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
22. Durkheim E, Mauss M. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas. In: Mauss M. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva; 1999[1903].
23. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):146-155.
24. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis* 2006; 16(2):167-183.
25. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira-Silva GS, Gomes R, Schraiber, LB, Figueiredo, WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ* 2010; 14(33):257-270.
26. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *A saúde do adulto*: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
27. Barbosa RHS. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
28. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 2):465-469.
29. Couto MT, Schraiber LB, Gomes RG, Nogueira-Silva GS, Valença O, Machin R, Figueiredo W. *Saúde da população masculina na atenção primária*: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP). Relatório Final: CNPq; 2009.
30. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
31. Bourdieu P. *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes; 1997.
32. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel; 1989.
33. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde*: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA; 2005. p. 30-61.
34. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
35. Scavone L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde*: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, Brasília: UNFPA; 2005. p. 99-109.
36. Pinheiro RS, Viacava F, Tavares C, Brito A. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(14):687-707.

Artigo apresentado em 10/02/2010

Aprovado em 08/12/2009

Versão final apresentada em 05/01/2010