

Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica*

Men, masculinities and health: a reflection of gender in the historical perspective

Thiago Félix Pinheiro¹ e Márcia Thereza Couto²

Resumo: Historicamente, a forma de conceber homens e mulheres na cultura ocidental foi marcada por diferenças e desigualdades tanto conceituais quanto sociais e políticas. Nesse percurso, as mulheres foram submetidas à opressão social e a um processo de medicalização de seu corpo e sexualidade. Em reação, o movimento feminista protestou contra tal submissão e, no intuito de construir uma concepção crítica do feminino, lançou mão da abordagem de gênero como categoria capaz de abranger as características que as concepções de sexo não davam conta. Os homens, por sua vez, permaneceram a maior parte do tempo como o parâmetro normativo de um “modelo natural” e só nas últimas décadas passaram a ser abordados em suas especificidades, sob a ótica de gênero e da construção das masculinidades. O lugar do masculino, portanto, apresenta paradoxos relacionados ao espaço socialmente privilegiado, ao lugar que ocupa na produção de conhecimento em saúde e à atenção que recebe na assistência.

Palavras-chave: Gênero e Saúde, Masculinidade, saúde do homem, história das masculinidades

Abstract: *Historically, the way the Occident understands men and women was characterized by differences and asymmetries in concept as well as social and political aspects. During this trajectory, women suffered both a social oppression and*

* Este artigo foi produzido como atividade do curso “História da Medicina e da Saúde Pública no Brasil: Interfaces com a Profissão Médica”, ministrado no Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (agosto a novembro de 2008).

¹ Pós-graduando em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da USP. thiagopinheiro@hotmail.com

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. marthet@usp.br

a process of medicalization of their body and sexuality. As a reaction, the feminist movement protested against this submission and, with the objective to construct a critical concept of the feminine, took the gender approach as a category capable of enclosing the characteristics that the conceptions of sex did not. In the other hand, men were, most of the time, the parameter of a “natural model” and, only in the last decades, started being studied considering their specialties, under the point of view of gender and of construction of masculinities. Therefore, the place of masculine presents the paradox of being a socially privileged space and, at the same time, traditionally receives a reductionist and generalist approach.

Keywords: *Gender and health, masculinity, men’s health, masculinity history*

Introdução

A proposta deste artigo é discutir, a partir da perspectiva de gênero e do recurso à história, abordagens produzidas na área da saúde sobre homens e mulheres. Pretende-se, assim, refletir sobre como foram construídas, ao longo do tempo, as formas de lidar com o corpo, a saúde e a sexualidade dos sujeitos em função das diferenciações de sexo, permitindo que se explicitem assimetrias e particularidades produzidas nos meandros de tais formas. A partir do quadro mais geral, o enfoque se detém na reflexão sobre a masculinidade e os paradoxos que configuram o lugar do ser homem e de sua relação com processos de saúde-adoecimento-cuidado.

Das concepções sobre sexo à abordagem de gênero

As concepções ocidentais sobre o sexo das pessoas remontam a cultura grega e são retratadas em construções filosóficas da Antiguidade. Em *O Banquete*, Platão (1989), em meio aos discursos acerca do amor, apresenta um mito que explica a origem das duas formas de se conceber socialmente o sexo. De acordo com esse mito, originalmente, a humanidade era composta por seres arredondados, com quatro mãos, quatro pernas, dois órgãos sexuais, uma cabeça e dois rostos. Esses seres eram classificados em três tipos: os puramente masculinos, descendentes do sol; os puramente femininos, da terra; e os andróginos, que possuíam metade masculina e metade feminina e descendiam da lua. Fortes e presunçosos,

tais seres se voltaram contra os deuses e, em castigo, foram divididos ao meio, dando origem aos homens e às mulheres, que passariam o resto da vida procurando suas respectivas metades.

Laqueur (2001) explica que, na cultura grega, concebia-se a existência de apenas um sexo biológico, que poderia, no entanto, se expressar de duas formas nas pessoas. Desse modo, homens e mulheres tinham o mesmo sexo. A diferença entre eles consistia no fato de que os homens, por terem recebido mais calor no período de gestação, tiveram o pênis e os testículos exteriorizados na formação de seu corpo; já as mulheres não haviam desenvolvido tais órgãos da mesma maneira e os carregavam apenas de forma invertida e internamente. A fronteira entre o masculino e feminino era dada, então, não por uma questão de diferenciação de espécie, mas de grau de perfeição, sendo o homem um ser mais perfeito que a mulher. Seguindo a lógica grega da metáfora que unia o macrocosmo ao microcosmo, o corpo masculino representava perfeitamente a humanidade.

Esse modelo de um sexo biológico prevalece até o século XVIII, quando novos valores começam a ser atribuídos à concepção de sexo. Nesse período, de acordo com Rohden (2001), há uma necessidade política de romper com a plasticidade que permeava a construção social acerca do sexo, de modo que os papéis sexuais no campo social, cultural, jurídico e epistemológico fossem estipulados de forma mais segura. Essa necessidade é atendida pelo movimento de descobertas do Renascimento, que fundamenta a existência de diferenças essenciais entre homens e mulheres, fornecendo a base para uma perspectiva que prioriza a natureza e reafirma a condição biológica do ser humano e dos papéis sexuais. Enquanto os ideais iluministas de igualdade e liberdade fundamentam o campo dos direitos, intensifica-se a preocupação, especialmente médica, em distinguir os sexos. Um novo modelo – de dois sexos –, embasado empiricamente, passa a atestar uma diferença natural e imutável entre eles e substitui o modelo anterior. No contexto histórico no qual a antiga ordem das coisas é abalada pelo Iluminismo, as revoluções políticas e a Revolução Industrial, a biologia que ressaltava o aparecimento das diferenças radicais entre os sexos emerge como referência científica (Bozon, 2004).

“Nota-se agora uma inversão: o corpo, o sexo, passa a ser a fundação da sociedade. As diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensa-

dores sociais dissertem sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a conseqüente necessidade de diferenciações sociais” (Rohden, 2001, p. 19).

Tal mudança na concepção de sexo é caracterizada por dois aspectos importantes na configuração do rumo tomado pelas formas de lidar com as diferenças entre os sexos. Em primeiro lugar, ela é sustentada por um referencial reducionista – definido como modelo biomédico – que é construído a partir das seguintes premissas básicas: a separação cartesiana entre corpo e alma, a metáfora do ‘corpo máquina’ e o conhecimento anatomofisiológico. Esse modelo, que ganha forma a partir do final do século XVIII, se apóia na produção, em especial, das ciências biológicas e justifica a prática médica como tecnologia³ hegemônica capaz e responsável tanto pela definição do que é saúde como pela prevenção, diagnóstico, tratamento e cura das doenças. Uma conseqüência do desenvolvimento desse paradigma são as proporções do poder que ele adquire sobre a vida social dos sujeitos, melhor descritas como um processo de medicalização do social, que significa “(...) transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (Miles, 1991 apud Vieira, 2002, p. 19).

O segundo aspecto se refere à direção única pela qual se constrói a distinção entre os sexos. Nesse processo, o foco se volta apenas para o corpo da mulher, que passa então a ser diferenciado do corpo do homem, ainda o padrão. Os estudos científicos, portanto, se voltam à investigação das características anatomofisiológicas que definiriam o corpo e, em especial, a sexualidade da mulher. Nesse contexto, o feminino torna-se um alvo central do processo de medicalização.

A medicalização do social e, em especial, do corpo feminino ganham força no desenrolar do século XIX. Isso, em parte, se justifica pelo acentuado desenvolvimento das ciências médicas, com o avanço técnico da medicina e a criação de novas áreas de investigação e intervenção, entre elas a ginecologia. Além disso, com a crescente inserção das mulheres no espaço público, exigência da nova ordem capitalista, elas passam a ganhar visibilidade no campo social, político e do trabalho, reforçando a ameaça que representavam à ordem social burguesa e masculina. Tais

³ Adota-se aqui a compreensão de *tecnologia* como conjunto de ferramentas que põem em movimento uma ação transformadora da natureza, incluindo, além de equipamentos, os conhecimentos – uma teoria sobre práticas – e as ações necessárias para operá-los (Schraiber et. al., 2006).

mudanças passam a exigir, no domínio privado, uma maior regulação das mulheres e de sua sexualidade. A medicalização dos comportamentos femininos, especialmente de suas transgressões dos padrões, configura também uma reação a essa ameaça. Nessa direção, por exemplo, são ‘identificadas’ doenças femininas como a ninfomania e histeria, por trás das quais se esconde o receio de que a ordem fosse perturbada pelas tentativas de emancipação feminina (Rohden, 2001).

De um lado, essa medicalização do feminino está vinculada à produção da nova tecnologia médica, cujo aprimoramento possibilita significativas mudanças nas condições de saúde e sobrevivência da população em geral e, em especial, de mulheres e crianças, solucionando problemas cruciais da reprodução social (Vieira, 2002). De outro, porém, garante a manutenção do controle sobre as mulheres. As construções acerca do feminino se dão, com esse intuito, em consonância com a imagem de fragilidade moral, por meio da caracterização de um corpo instável, que precisaria ser regulado; de uma beleza vinculada à função natural da procriação; de uma existência cuja condição normal é descrita em termos de patologias; e da frigidez como indicativo de que o prazer sexual não é necessário (Rohden, 2001).

Desde o século XIX, presencia-se a reação de parte das mulheres, organizadas em grupos e movimentos, ao domínio social a que eram submetidas. Essas mulheres atuam em busca de equiparação de direitos e, por isso, a pauta política nesta “primeira onda do feminismo⁴” centra-se em direitos políticos como votar e ser eleita e no direito ao estudo em universidades. Após a II Guerra Mundial e mais fortemente a partir das influências do contexto histórico da contracultura, as feministas passam a lutar pelo direito ao corpo, ao prazer e contra o patriarcado, momento que é caracterizado como “segunda onda do movimento”.

Em ambos os períodos, as críticas das mulheres organizadas se dirigem às forças políticas dominantes, entre as quais estava o poder exercido pela classe médica que, em acordo com outras instituições como o Estado e a Igreja, lançavam mão do modelo biomédico como justificativa para a medicalização. As explicações que sustentavam assimetrias sociais entre

⁴ O movimento feminista é, em geral, categorizado no que se convencionou chamar de duas ondas. A primeira pode ser caracterizada como um movimento sufragista, no qual as mulheres se organizaram para lutar por direitos políticos. A segunda pode ser caracterizada como um movimento de liberação, no qual as mulheres discutem a sua sexualidade e as relações de poder entre homens e mulheres (Rago, 1998).

homens e mulheres são questionadas e confrontadas, mas é apenas nos anos 80 do século XX, com a inserção crescente de feministas no espaço acadêmico europeu e, especialmente, norte-americano que a reflexão teórica se projeta como argumento forte e capaz de desconstruir a ‘naturalização’ das assimetrias e desigualdades entre os sexos.

Assim, a história da origem da perspectiva de gênero está ligada aos posicionamentos críticos da explicação do lugar da mulher na sociedade (Couto, 2001). Essa perspectiva surge no final daquela década, de forma incrustada no interior do pensamento/teoria feminista, a partir da apropriação do termo ‘gênero’ do campo da lingüística. Tomando-se por base as contribuições das Ciências Sociais, gênero, como categoria de análise, busca superar a matriz explicativa dos “estudos de mulher” que tinham como premissa a categoria de “papéis sexuais” (Gomariz, 1982). A então nova categoria afirma-se duplamente frente à anterior, seja por sua demarcação mais incisiva contra o determinismo biológico, seja pela superação da idéia de esferas separadas para um e outro sexo, por meio da perspectiva relacional.

Ao trabalharem a perspectiva de gênero, nessa acepção, as feministas tentam marcar a separação entre as diferenças anatomofisiológica dos sexos e as construções sociais a respeito deles. Chamam, assim, a atenção para os fatos de que a forma de conceber homens e mulheres é uma produção histórico-cultural e que as relações sociais se organizam em função das diferenças ou desigualdades estabelecidas em determinado contexto histórico-social.

Trabalhar com a perspectiva de gênero possibilita que se considerem as condições que caracterizam as construções sociais acerca dos sexos, de forma que se configura como uma forma mais abrangente e crítica de abordar as relações entre homem e mulher e, como lembra Gomes (2008), entre homens e entre mulheres. Essa abordagem implica que os gêneros são atributos socialmente construídos em função de cada cultura; os modelos de gênero se constroem numa perspectiva reacional, de modo que a concepção de masculino se desenvolve a partir da de feminino e vice-versa; e o âmbito de gênero é o primeiro campo em que o poder se articula nas relações humanas (Scott, 1990).

A perspectiva de gênero nos estudos sobre masculinidades e saúde

Dado o reconhecimento de que a perspectiva de gênero evidencia que as construções sociais a respeito de ser homem e de ser mulher são diversas, um rico campo de estudos passa a se constituir acerca da plura-

lidade dos modelos de masculinidade e de feminilidade. Destaque-se que as pesquisas recentes sobre masculinidades seguem a trilha inaugurada pelos estudos de gênero de enfoque feminista que, a partir do final da década de 1980, passam a considerar que as reflexões teóricas e as pesquisas empíricas não podem acontecer sem que o foco recaia no masculino e no feminino. Ao contrário de uma primeira fase dos estudos de gênero (leia-se mulher) em que os homens foram ‘deixados de lado’ ou tomados como mero contraponto (dada a necessidade de descrever, discutir e denunciar a condição feminina), as pesquisas sobre masculinidade iniciam-se num caminho já aberto e mais estruturado, especialmente com a afirmação teórica da categoria analítica gênero (Kimmel, 1992; Connell, 1995).

Segundo Sabo (2000), a produção acadêmica das masculinidades, no contexto norte-americano, voltada às questões de saúde-adoecimento, emerge no final da década de 1970. Os estudos organizam-se em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produz déficit de saúde. Na década de 1980, tal abordagem avança de forma mais consistente, dada a expansão da perspectiva de gênero em domínios como a epidemiologia e a sociologia médica nos EUA (Couterney, 2000). Nos anos 1990, consolidam-se as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde, articulando-se a outras, tais como raça/cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião etc., a fim de que fossem compreendidos os processos de saúde e doença dos diferentes segmentos de homens (Schraiber, Gomes e Couto, 2005).

Grande parte da produção acadêmica sobre os processos de morbimortalidade em populações masculinas se apóia nos referenciais conceituais de Connell (1995) e Kimmel (1992), que defendem que a “masculinidade hegemônica⁵” gera comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento.

Os contextos latino-americano e brasileiro da produção acadêmica sobre homens e saúde surgem no final dos anos 1980 e seguem a tendência dos estudos produzidos na Europa e nos Estados Unidos. O estudo de Laurenti (1998) sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas pode ser tomado como expoente dessa produção, já que destaca um

⁵ A masculinidade “hegemônica” corresponde a um ideal cultural de masculinidade. Segundo Connell (1995), “A masculinidade hegemônica não é um tipo de caráter fixo - o mesmo sempre e em todas as partes. É, muito mais, a masculinidade que ocupa a posição de hegemonia num modelo dado de relações de gênero, uma posição sempre discutível” (Tradução livre).

diferencial entre os sexos, a partir de um referencial de gênero, especialmente quanto a uma maior mortalidade masculina em todas as idades e para a quase totalidade das causas. Por outro lado, segundo esse estudo, há, em geral, um predomínio do adoecimento feminino, constatado por indicadores de morbidade, medidos pelas demandas dos serviços e inquéritos populacionais.

Levantamento realizado na base Scielo (www.scielo.com.br) para as palavras-chave ‘saúde do homem’, ‘saúde dos homens’ e ‘saúde masculina’ e suas expressões equivalentes nas línguas inglesa e espanhola aponta que grande parte das investigações nessa área vincula-se ao conjunto de três problemáticas que foram alvo de denúncia e investimento por parte das feministas e do movimento *gay* ao longo da década de 1980: a expansão da epidemia da Aids, a temática da violência contra a mulher e o desequilíbrio de gênero nas decisões e cuidado no campo da saúde sexual e reprodutiva. Somado a essas, devemos considerar a visibilidade que os estudos epidemiológicos de morbimortalidade conferem à vulnerabilidade dos homens (pela socialização de gênero e suas conexões com outros referenciais identitários como classe, raça/etnia e geração), à problemática da violência masculina vivida nos espaços públicos (ressaltados os altos índices de mortalidade por causas externas, especialmente por acidentes de trânsito e homicídios) e aos agravos como as neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata), as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares. A perspectiva de gênero nesses estudos traz importantes ressignificações para as mortes, os adoecimentos e seus riscos, na medida em que tais agravos passam a ser compreendidos como produto do comportamento masculino no ambiente social.

Homens e Masculinidades: paradoxos no campo da saúde

Após serem vislumbradas as contribuições da perspectiva de gênero para os estudos sobre masculinidades e saúde, pode-se problematizar o lugar ocupado pelos homens no trajeto histórico aqui resgatado. Trata-se de um lugar complexo, habitado por paradoxos que se configuram ao serem analisadas as condições que acompanham historicamente a posição social dos homens e as abordagens dessa população nos estudos na área da saúde.

O primeiro paradoxo a ser pontuado refere-se à posição dos homens no processo de socialização que os coloca em lugar de destaque e privilégio na estrutura social. Nesse contexto, entende-se que os modelos de gê-

nero (masculinidades) são incorporados como *habitus*⁶, estruturando as relações sociais. Embora essas categorizações sejam fruto de construções socioculturais, elas são percebidas pelos indivíduos como naturais, uma realidade ontológica. Nas palavras de Bourdieu,

(...) a divisão entre os sexos parece estar na ‘ordem das coisas’, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas..., em todo mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e ação (1999, p. 17).

Desse modo, tem-se que o ‘eterno’ e o ‘natural’ (dominação masculina) são produtos de um permanente e intenso trabalho de socialização que, por fim, faz dos homens, ao mesmo tempo que privilegiados, prisioneiros e vítimas da representação dominante.

Nesse sentido, a dominação é construída numa dimensão relacional, sendo exercida diante de outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade. Além disso, é possível considerar um caráter de auto-opressão na própria constituição do masculino, uma vez que a masculinidade socialmente defendida e aceita exige um trabalho de ‘modelagem’ dos sujeitos, em que precisam ser exorcizadas as características que contradizem a virilidade.

Trazendo esse argumento para o campo da relação homens-saúde, tem-se que vários dos comportamentos danosos à saúde podem ser caracterizados na perspectiva das construções sociais das masculinidades. Segundo Courtenay (2000), é necessário considerar aspectos como poder e iniquidade social para entender os contextos dos comportamentos não saudáveis adotados pelos homens. Dessa forma, os homens usam práticas e comportamentos em saúde para demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade que os estabelecem como homens. Assim, por exemplo, os homens, para a aquisição de poder, reprimem suas necessidades de saúde e recusam admitir dor ou sofrimento, negam fraquezas ou vulnerabilidades, sustentam o controle físico e emocional, além de manifestarem uma

⁶ Tomamos a perspectiva de Bourdieu (1999) para discutir a posição dos sujeitos (gênero) no contexto das estruturas sociais. O *habitus* tende a conformar e orientar a ação, mas na medida em que é produto das relações sociais, ele tende a assegurar a reprodução das mesmas relações objetivas que o engendraram.

desqualificação de situações de risco, quer ligadas ao sexo inseguro, quer a um comportamento rotineiramente agressivo.

Ainda segundo Courtenay (2000), as construções de masculinidades são também definidas em oposição aos comportamentos positivos em saúde, pois negando suas necessidades de cuidados de saúde, os homens estão construindo gênero. Estas idéias estão associadas à noção de cuidado de saúde como uma prática feminina, que dessa forma, precisaria ser rejeitado (Figueiredo, 2005).

Corroborando esta idéia, Silva (2001), em um trabalho sobre a construção do ser homem em adolescentes, mostra como os princípios da masculinidade hegemônica vão de encontro a características como sensibilidade e auto-cuidado, deixando, inclusive, tais sujeitos mais vulneráveis ao risco de doenças como a Aids.

No campo da produção do conhecimento em saúde, outro paradoxo se define. Tradicionalmente, os homens monopolizam o direito ao lugar de quem produz e, além disso, constituem o próprio objeto de estudo, representando o parâmetro normativo do ‘modelo natural’, sobre o qual se desenvolve grande parte do saber. Por muito tempo, a produção do conhecimento é feita por homens sobre homens (Kimmel, 1992).

Abordando esse aspecto por outro ângulo, no entanto, é necessário considerar que, mesmo ocupando a posição de destaque na produção de conhecimento, os homens historicamente são abordados a partir de um referencial reducionista e generalizador. Os estudos produzidos tomam os homens como parâmetro, mas de modo abstrato. Ao contrário das mulheres que, pela reação ao modelo biomédico e, posteriormente, com a proposição de base feminista da categoria analítica de gênero, passam a ser consideradas em suas especificidades e nas formas particulares de viver a feminilidade, os estudos sobre homens pouco avançam na direção de compreender o que é específico das pessoas que ocupam tal lugar⁷. Assim, faz-se nítida uma distância entre a abstração científica do modelo, que considera o homem com um ser padrão, e a existência dos homens, sujeitos concretos, dotados de formas singulares de construir e vivenciar a masculinidade em contextos socioculturais.

⁷ Kimmel (1992: 129) aponta que *“durante séculos quase todos os livros publicados eram sobre homens”*. Contudo, existe uma enorme diferença entre se ter os homens como foco por se negligenciar a participação das mulheres na vida social e o fato recente de se ter os homens (e as masculinidades) como objetos de estudo segundo o referencial de gênero.

Nesse sentido, é interessante ressaltar que, ainda atualmente, os trabalhos científicos, se não fazem referência explícita a mulheres no título, provavelmente tratam dos homens como parâmetro (Kimmel, 1992). Embora a produção científica em saúde trate substancialmente de homens, pouco se detém às especificidades masculinas. Como mostra Aquino (2005), em levantamento na base Medline, a principal rede de referências bibliográficas em saúde, não há referência a uma saúde própria do homem, assim como há para a mulher. Nessa base, não consta a expressão *saúde do homem* e o termo *men's health* não integra os descritores, ao contrário de *women's health*, incorporado em 1991.

Finalmente, como terceiro paradoxo, considera-se o âmbito dos serviços públicos de assistência à saúde. Nesse contexto, o espaço destinado aos homens ainda é ínfimo, o que se contrapõe aos dados revelados a respeito da saúde da população masculina. A esse respeito, Pinheiro *et al* (2002) traçam um interessante panorama sobre morbidade referida, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. A partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo IBGE (que, nesse ano, inclui um suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde), os autores utilizam o recorte etário e de gênero e mostram que, em uma auto-avaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente, sendo que os diferenciais por sexo são mais expressivos a partir dos 15 anos de idade até a faixa etária de 50 a 64 anos.

O estudo também aponta para marcadas diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram serviços de saúde sobretudo por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres).

Mulheres e homens ainda variam segundo o tipo de serviço que procuram, porém as diferenças não são muito expressivas, embora estatisticamente significativas. O serviço de saúde mais procurado por ambos os sexos foi o posto ou centro de saúde (32,6% das mulheres e 30,2% dos homens), seguido do consultório particular (29,3% das mulheres e 28,6% dos homens) e do hospital (19,5% das mulheres e 20,0% dos homens). Apenas no hospital, a frequência é um pouco maior para os homens. A procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato

prevalecem entre os homens, enquanto os ambulatórios especializados (ambulatório de clínica) são mais procurados pelas mulheres.

Vê-se, portanto, que os resultados dessa pesquisa de alcance nacional corroboram o que tem sido apontado pela literatura nacional e internacional, por exemplo, que os homens reportam uma autopercepção de saúde melhor que a referida por parte das mulheres (White & Cash, 2004) e que essas usam mais serviços de saúde que os homens (Radaeli et al, 1990). Tais dados, entretanto, não condizem com o fato de os homens, como já assinalado (Laurenti et al, 1998), apresentarem, para todas as faixas etárias e agravos, sobretaxas de mortalidade comparativamente aos índices encontrados para as mulheres.

Os serviços de assistência à saúde se apresentam como espaço onde se reproduz tal paradoxo. Tomando-se por referência as ações programáticas da atenção primária, porta preferencial do sistema público de saúde e com foco voltado para a prevenção, vê-se que essas direcionam prioritariamente a atenção para as mulheres, crianças e idosos (os dois últimos sendo tratados como assexuados). Além disso, os programas disponibilizados nesses espaços oferecem à mulher uma cobertura de atendimentos em todas as fases da vida, o que não ocorre ao homem que, especialmente na fase adulta, tem limitadas vias de entrada e acolhimento nos serviços. Este quadro configura os serviços da atenção primária como espaços feminilizados (Figueiredo, 2005).

Consequentemente, reforça-se a associação recorrente entre o cuidado à saúde e o feminino, em contraponto à vinculação da imagem masculina ao não cuidado. Tal associação (re)produz como ‘natural’ uma construção histórica e culturalmente produzida pela sociedade e que tem como referência legitimadora instituições como as da saúde. Assim, esse imaginário é incorporado e atualizado tanto por profissionais quanto por usuários dos serviços, o que torna desafiador a desconstrução desses valores e a transformação das práticas no concreto das relações entre esses sujeitos.

Considerações finais

Considerando-se o trajeto trilhado que aborda a construção social e histórica das diferenças entre os sexos, a emergência da perspectiva de gênero como forma de ampliar a compreensão dos lugares sociais que homens e mu-

lheres ocupam bem como a dimensão de poder que constitui as relações entre eles e, finalmente, as contribuições dessa perspectiva para a temática das masculinidades e saúde, atenta-se que os paradoxos apontados implicam em desafios no campo da produção do conhecimento e intervenção em saúde.

O primeiro paradoxo exposto destaca a vulnerabilidade produzida pela posição de privilégio dos homens na estrutura social. Assim, no campo da produção do conhecimento em saúde, emerge a necessidade de, por um lado, avançar em estudos que explicitem tais vulnerabilidades tomando-se a pluralidade das vivências das masculinidades (seja na esfera hegemônica ou nas marginalizadas). Ao mesmo tempo, necessita-se da articulação dessas contribuições do campo empírico e analítico às propostas de intervenções no campo da assistência. Só assim, serão produzidas intervenções culturalmente apropriadas à pluralidade das formas de viver as masculinidades.

Em decorrência do segundo paradoxo apontado, entende-se que a pluralidade de estudos sobre as masculinidades e saúde enquanto novo campo de produção do conhecimento necessita, além do avanço da abordagem às especificidades masculinas, da ampliação da participação dos homens, não mais como meros objetos de estudos, mas como sujeitos de produção do conhecimento.

Finalmente, o terceiro paradoxo impõe o desafio do cuidado à problemática da inclusão dos homens no campo da assistência à saúde, especialmente na atenção primária. Essa inclusão exigirá a articulação com o que tem sido produzido historicamente no tocante à atenção à saúde da mulher (dado a necessidade de uma perspectiva relacional) sem, claro, descuidar da particularidade e das especificidades no tocante às necessidades de saúde e cuidado dos segmentos de homens.

Referências bibliográficas

- Aquino EML. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, Rio de Janeiro, jan-mar, 2005. p 19-22.
- Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.
- Bozon M. Transformações da sexualidade e emergência da subjetividade moderna. In: *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2004, p. 17-60.
- Connell R. *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1995.

- Couto MT. Na trilha do *gênero*: a construção de um arcabouço teórico. In: *Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução*. Tese de Doutorado em Sociologia. Universidade Federal de Pernambuco, 2001, p. 36-76.
- Figueiredo WS. Assistência á saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 1, jan.-mar.,2005, 105-109.
- Gomariz E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. *ISIS internacional* – Ediciones de las mujeres, Santiago, n. 17, 83-110, 1992.
- Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis internacional* - Ediciones de las mujeres, (17): 129-38, dic. 1992.
- Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- Laurenti R. *Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero*. Faculdade de Saúde Pública/ USP, São Paulo, 1998.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, n. 4, jan.-mar.,2002, 687-707.
- Platão. *O Banquete*: ou do amor. 4ª ed. São Paulo: Difel, 1989.
- Portella AP, Medrado B, Souza CM, Nascimento P, Diniz S. *Homens: Sexualidades, direitos e construção da pessoa*. Recife: SOS CORPO – Gênero e Cidadania; Instituto PAPAÍ, 2004.
- Radaelli S, Takeda S, Gimeno L, Wagner M, Kanter F, Mello V, Borges J, Ducan B. demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 24:232-40,1990.
- Rago, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro, J; GROSSI, M. (Orgs.)- *Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres,1998.
- Rohden F. (editor) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- Sabo D. Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49, n 3 N, 2000.
- Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde José Venâncio (Org.) *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

- Schraiber LB, Gomes R, Couto, MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 1, jan.-mar., 2005, 7-17
- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, n. 16, v. 2, p. 5-22, 1990.
- Silva, GSN. A construção do adolescer masculino e o uso de preservativo. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
- Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- White A, Cash K. The state of men's health in Western Europe. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1 (1): 60-66, 2004.