



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

GÊNERO E CUIDADO DO HOMEM: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Eixo Temático: MASCULINIDADES E FEMINILIDADES: TENSIONAMENTOS E POSSIBILIDADES NO ESPAÇO ESCOLAR E NÃO ESCOLAR

Veruscka Pedrosa Barreto ¹
Érides de Araujo Silva ²

RESUMO

Os princípios doutrinários do SUS a partir de sentidos éticos e estratégicos, lançou-se a objetivos comuns voltados para aspectos relacionados a questões econômicas, sanitárias e sociais. O vemos destacar a vida em uma dinâmica de valores e interesses sociopolíticos, no qual, o saber científico, a medicalização e as propostas a promoção a saúde atrelada a prevenção das doenças, o Estado planeja a manutenção dos seus “cidadãos” saudáveis, e prontos para o trabalho, exercendo essa cidadania orquestrada ao capitalismo. No qual, as propostas para as melhores ações para a Saúde do Homem se articulam, contribuindo com que o mesmo se torne distantes dos serviços de saúde que contribuem com as marcas de um sistema que o acolhe de uma certa forma. Diante de uma análise com base na teoria pós-crítica e de gênero, tivemos como objetivo problematizar normas e condutas que estabelecem forças às práticas em saúde, e nos fez entender alguns atravessamentos importantes, onde pretendemos olhar sob novas lentes, para assim, percebermos outros caminhos a partir dos já percorridos. A aparente relevância dada a determinadas questões termina por contribuir com o direcionamento dado aos cuidados, amparados por um padrão heteronormativo presente a nível de serviços. A saúde do homem está intimamente inserida nesse modelo de governar as vidas e corpos, pois os homens produtivos e fortes são identificados por um sistema de saúde que ao mesmo tempo em que justifica seu distanciamento o culpa pelas masculinidades condicionadas pelas próprias

¹, Doutora em Educação, docente da UFCG, barretoverusck@gmail.com

², Acadêmico do Curso de Ciências Biológicas do CFP/UFCG; eridesaraujo@gmail.com



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade



políticas públicas, que orientam direções a serem seguidas. O modelo de masculinidade estabelecido pela cultura seguiu um molde de masculino hegemônico, com medidas, limites e comportamentos que ultrapassam os corpos, atingindo as ações reconhecidas como verdades entre os usuários e profissionais do sistema de assistência. As formas de cuidado reafirmam condutas sociais e fortalecem discursos centrados no saber biomédico e na perspectiva de saúde como ausência de doença e práticas de cuidado associado a feminilidades. Sendo o SUS para atender necessidades de um povo, determina-se a quem e quando serão os cuidados em saúde, e a partir do que se mostra na sociedade em que o sistema funciona. Portanto, as ações do SUS, em que a mulher é o centro do cuidado, reforçam as masculinidades na materialização desse sujeito mulher-mãe, deixando-o em evidência e ao mesmo tempo, que os cuidados negligenciados aos homens permitem a maior visibilidade desse sujeito. As feminilidades estão marcadas pelas práticas do cuidado de si e dos outros. Diante disso, percebemos que contrário a isso, as construções de masculinidades levam os homens a demonstrarem maior dificuldade à busca por assistência em saúde, por essa oposição ao universo feminino, eles seguem formados como sujeitos para assistir e prover. O SUS em sua assistência produz e reproduz as relações e estratégias sobre o cuidado dos homens, onde o gênero atravessa os discursos contribuindo com concepções sociais. Os modelos de masculinidades normatizados ajudam a fortalecer os problemas que distanciam os homens dos serviços e das práticas em saúde. E assim, as questões sociais relativas a interesses dos homens enquanto ser, em espaços de lutas e relações de poder, transita entre o real e o ideal. Realidade construída em aspectos culturais, que se normatizam em discursos, práticas e valores à vida. As masculinidades construídas e determinadas pelo social, podem então determinar demandas e influenciar o SUS, e os profissionais atendem as suas exigências. Sendo o SUS destinado a atender às necessidades de um povo, determina-se a quem e quando serão oferecidos os cuidados em saúde, com base na realidade da sociedade em que o sistema funciona. Portanto, os perfis profissionais e as modalidades de assistência devem ser incorporados ao SUS, conforme as necessidades identificadas pelo sistema.

Palavras-chave: Cuidado do Homem, Gênero, Saúde Pública



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

INTRODUÇÃO

Os princípios doutrinários do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir de sentidos éticos e estratégicos, lançou-se a questões econômicas, sanitárias e sociais. Onde o vemos destacar a vida em uma dinâmica de valores e interesses sociopolíticos, no qual, o saber científico, a medicalização e as propostas a promoção o Estado planeja a manutenção dos seus “cidadãos” saudáveis. Nesse contexto, as propostas para as melhores ações em relação à saúde do homem se articulam, buscando estratégias integradas para promover o bem-estar e a atenção à saúde de forma mais efetiva.

Sendo o SUS para atender as necessidades de um povo, deve a partir de sua exposição determinar a quem e quando serão os cuidados em saúde a partir do que se mostra a sociedade que se articula a este sistema. Nessa perspectiva, colocamos o homem e a saúde em torno das representações de gênero. Será que o fato de ser homem é realmente um motivo para cuidar da saúde? Bem, no indispensável de fazer surgir o “ser homem”, diante de um masculino de saúde e doença, no qual segundo Judith Butler (2003), os discursos se tornam férteis e marcam os lugares autorizando a expressão do gênero. Diante do conceito de masculinidade hegemônica impresso por Connell (1997) nos impulsiona a pensar sobre a potente dominação exercida pelas masculinidades na idealização e valorização das ações em diversos contextos sócios históricos. Portanto, de uma normativa prevalente de uma construção social controversa, estereotipada, que se reflete nas práticas engendradas em processos dos cuidados em saúde, no qual [...] “pressupõem e definem por antecipação as possibilidades das configurações imagináveis e realizáveis do gênero na cultura” (Butler, 2003, p. 28).

Observa-se que as expansões de gênero e masculinidades têm se associado às políticas públicas em várias dimensões diante das propostas de consolidação dos SUS. No entanto, para que as ações sejam efetivadas, depende-se de vários sujeitos envolvidos em um conjunto complexo de um processo social, mobilizando objetivos, interesses e valores em relações contextualizadas, como: gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada e academia (Dulce, 2010). Segundo Dulce (2010), o Sistema Único de Saúde e a ele associado como o privado, necessita da construção e implementação de uma perspectiva do acesso universal, onde principalmente a partir das políticas públicas de saúde e de educação se reconheça as desigualdades sociais e se tenha propostas para reduzi-las. Isso se torna um grande desafio que se dá desde a percepção e problematização até que se alcance uma proposta de mudanças. Podemos questionar sobre o quanto as masculinidades são mantidas como uma matriz norteadora de construções e conduções de práticas em saúde e quanto o gênero é mantido sob

IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

distância dos estudos teóricos e políticos, para contribuir com as abordagens das práticas em saúde, deixando espaços de análises que possam contribuir com o exercício crítico e à produção de conhecimentos (Couto, 2016).

As práticas heteronormativas sociais produzem outras práticas, como, por exemplo, às não heterossexuais, que são subordinadas e incluídas em um panorama social disciplinado pela hegemonia das masculinidades. Diante disso, podemos entender que a partir da heteronormatividade aplicada, favorecerá o que determinará o conhecimento e consequentemente as práticas dos profissionais da saúde. Diante disso, causa-se estranheza a ruptura dessa linearidade entendida entre sexo-gênero-sexualidade. Assim, problematizamos, será que o aspecto natural determinado pela heterossexualidade normatiza as ações no campo da saúde? Será provável que nesse formato de condução de saberes as masculinidades se fortalecem e geram as conduções de práticas assistenciais?

Entende-se que existe um possível afastamento da perspectiva de gênero e diversidade onde possam se articular às práticas de profissionais de saúde, deixando lacunas evidentes na condução das atividades e produção de conhecimento. Diante disso, ao problematizarmos questões de gênero, com suas evidências, podemos atravessar as práticas em saúde e permitir que surjam novos olhares, entendimentos e acolhimentos de novas possibilidades. Além disso, ampliar essa categoria dos estudos as práticas do gênero a outras marcas como raça/etnia, classe social e geração, contribuirão para um melhor entendimento de interseccionalidade dessas categorias do processo de construção (Couto, 2016).

Diante das formas de dominação, constitui-se uma dimensão relacional, ocorrendo contra as feminilidades e para outros homens. A masculinidade defendida e aceita socialmente necessita compor um modelo de sujeito que passa por opressão do que se caracteriza homem, deixando de lado o que não condiz com sua virilidade. Fazendo associações para as questões de saúde, muito dessa busca pela performance perfeita provoca a construção de comportamentos danosos e contrários às ideias de cuidados. Sendo importante fazer considerações sobre poder e iniquidades sociais, para uma melhor visão sobre estados comportamentais masculinos vinculados a não saudáveis. A repressão das necessidades de cuidados por admitirem ausência de sofrimento ou dor, fraquezas ou vulnerabilidades alimentam a qualificação sobre os comportamentos buscados pelos homens para a demonstração dos padrões hegemônicos de masculinidade (Couto, 2016).

Portanto, a noção de cuidado e de saúde está associada à ideia de prática feminina, dessa forma, precisa ser distanciada dos homens (Figueiredo, 2005). As feminilidades estão marcadas pelas práticas do cuidado de si e dos outros. Diante disso, percebemos que contrário a isso, as



construções de masculinidades levam os homens a demonstrarem maior dificuldade à busca por assistência em saúde, por essa oposição ao universo feminino, eles seguem formados como sujeitos para assistir e prover (Figueiredo, 2008). Esse padrão masculino do “ser forte” pode deixar o homem vulnerável à sua saúde, pois o deixa negligenciar as práticas do cuidado com o próprio corpo, e essa sujeição dessa força inabalável, baseada no que foi determinada como masculinidade tradicional e em normas, é determinante da grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorrente de variáveis culturais (Macedo, 2010). Diante disso, tivemos como objetivo: problematizar normas e condutas que estabelecem forças às práticas em saúde, e nos faz entender alguns atravessamentos importantes. Procuramos a aparente relevância dada a determinadas questões que termina por contribuir com o direcionamento dado aos cuidados, amparados por um padrão heteronormativo presente a nível de serviços.

A partir dessa perspectiva, estudar o homem relacionando suas práticas em saúde, assim como também as práticas na assistência, constitui um campo de muitas possibilidades de desenvolvimento. Sendo um complexo relacional que associa temas como saúde, adoecimento, cuidado, práticas, discursos, formação, entre outros. Dessa forma geram aproximações a partir dos estudos de gênero em colaboração com as ciências da saúde, humanas e sociais, entre si (Toneli *et al.*, 2010).

Considera-se ainda que para a regulação das relações e práticas sociais, será expedida em consonância com as relações de gênero (Butler, 2003). Dessa forma, remetendo-se à naturalização das relações que flui sobre a essência, e, ao mesmo tempo, determina as posições de cada um, as masculinidades são construídas instituindo-se uma ordem sobre o que se entende por ser homem, obedecendo e marcando lugares e relações à medida que se atende as perspectivas e estabelecendo relações do corpo masculino entre pessoas e estratégias sócias, mantendo-se o padrão hegemônico determinado.

Argumentamos que as forças do gênero podem determinar demandas e influenciar o SUS, em que os serviços devendo atender as suas exigências. Portanto, o que se constrói no sistema chega à sociedade que se articula. Assim, dos usuários para SUS e do SUS para os usuários, a partir de uma realidade anunciada em demandas de saúde.

METODOLOGIA

Diante de uma análise com base na teoria pós-crítica e de gênero, pretendemos olhar sob novas lentes, para assim, percebermos novos caminhos e entendermos os traços dos já percorridos (Paraiso; Meyer, 2012).



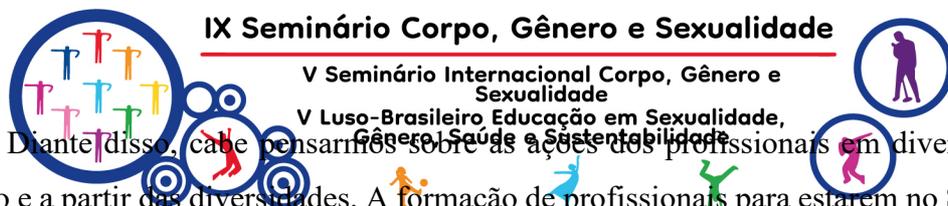
E com um olhar reflexivo e problematizador que seguiremos aqui com base na teoria de gênero e inspirações foucaultiana. Dessa forma, tentaremos observar o que está posto, dito, visível e até invisível sobre as marcas do gênero que possam estar conduzindo as ações no SUS. Desta forma, através da perspectiva de um SUS para todos e inteiro em suas ações, entendendo as linhas de saberes e poderes que trazem as direções onde operam os sujeitos na orientação de suas condutas a partir de uma força de verdade que objetivam e subjetivam, determinando os moldes do SUS a um povo e a um governo.

SAÚDE DO HOMEM E SUAS ARTICULAÇÕES COM O SUS

Observamos que a partir da Constituição Federal, em seu artigo 200, estabelece que compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, então podemos dizer que tudo vem do SUS e para o SUS. As políticas são demarcadas pelo sistema, onde os movimentos que apontam as normativas são determinados pelos critérios apresentados por este, assim, desses apontamentos de conduções, os profissionais serão encaminhados para atuarem dentro dessas determinações e regras, havendo então uma obediência a ordens de um sistema no qual impõem as regras. Diante disso, nos apropriamos da análise nos aspectos das masculinidades inseridas nesse processo formativo, que segue formando os profissionais adequados na mesma direção.

Para os planos do SUS, a vida ainda é representada em números e entendida em indicadores e metas (NESPOLI, 2014), em que defender a vida e o bem comum constitui modos de produção econômica. No entanto, o SUS é um projeto que sofre muitos percalços, ainda se mantém em constantes disputas de novas formas de pensar sua construção, pois as demandas ainda são para além de sua constituição jurídica, em novas formas de “governamentalidade”, que diferem em pontos históricos, onde possam de algum modo não valorizar a gestão da vida em função do aumento do capital (Amorett, 2020).

Na tentativa constante de efetivar os princípios do SUS, percebemos a grande importância que a formação humanística promove a força do trabalho. Inúmeros são os desafios, embora alguns avanços sejam reconhecidos, sobretudo no que diz respeito à universalização do acesso aos serviços e algumas desigualdades sociais (Almeida Filho, 2013). Segundo Silva (2017), é necessária uma atenção voltada à formação profissional observando-se a estrutura curricular, onde os aspectos subjetivos da saúde do ser humano sejam compreendidos e articulados em muitas dimensões, gerando uma dependência do cotidiano das práticas e serviços realizados em saúde, onde essa educação/formação se estabeleça em uma abrangência verdadeiramente universal.



Diante disso, cabe pensarmos sobre as ações dos profissionais em diversos níveis de atenção e a partir das diversidades. A formação de profissionais para estarem no SUS seguindo seus princípios e diretrizes, sempre esteve ativa nas pautas de avaliações e comandos reguladores a nível nacional. Dessa forma, sempre houve incentivo de encaminhamentos para aprimoramento de recursos humanos para atuarem nesse processo (Almeida-Filho, 2013). Esse ideal humano para o SUS, depende da participação efetiva das instituições formadoras superiores e técnicas, desde que claro, com um olhar sobre a formação que busca habilidades e competências que se articulem com a realidade social que termina por determinar demandas em saúde.

Segundo Santos (2013), é indispensável a articulação da abordagem da saúde pública nos currículos das Instituições de Ensino Superior (IES), mesmo que o formando pretenda atuar na iniciativa privada, deve-se conhecer e apreender sobre a dimensão do conceito de saúde preconizado pela política brasileira destinada ao SUS.

Os principais temas sobre a formação de recursos humanos para a SUS, estão centrados em como os profissionais e estudantes devem desenvolver-se nos próprios cenários de atuação, crescendo na prática das realidades sociais (Amoretti, 2005). Participando da construção dos mesmos e aprendendo a serem profissionais no meio da convivência dessas realidades. Nesse sentido, cabe refletirmos sobre os currículos, seus níveis de organização seleção de conteúdos, escolhas de abordagens, suas articulações entre si e com as práticas nesse cotidiano tão formador. Um sistema de saúde que é para todos, construído do popular e descentralizado, requer profissionais com braços longos e que se voltem sobre aspectos em uma amplitude, que possam ser flexíveis as demandas de vidas singulares.

As análises da associação homens-saúde entre os profissionais mediante uma perspectiva de formação se fazem necessário (Gomes, 2011), pois faz parte das reflexões sobre o entendimento como são organizados os serviços da área da saúde, que estruturados em uma dinâmica que privilegia mulheres e crianças, leva-se ao entendimento como o gênero tem uma íntima relação como o cuidado em saúde.

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 (Machin, 2011, p. 4510).



As práticas profissionais são de maneira geral condicionadas por práticas sociais, pois os princípios ordenadores e normatizadores de gênero estabelecem influências diretamente nas demandas em saúde. Primeiro, percebemos que os sistemas são montados e operam a partir de oferta que se constrói a partir de um não lugar, e segundo não existe investimento, inclusive pessoal, para viabilizar a presença dos homens nesses espaços, assim entendemos o lugar que não é do homem, por ser forte e não necessitar de cuidados (Machin, 2011). A produção de estereótipos sobre o que é ser masculino e feminino fortalece as percepções acerca dos cuidados em saúde. Dessa maneira, contribuem para as rotinas, práticas e relações entre profissionais e usuários na conjuntura da assistência.

Segundo o trabalho realizado por Gomes e Nascimento (2007), os próprios profissionais reconhecem que os serviços não são para os homens, e que quase todo o trabalho é destinado a mulheres e crianças com grande valorização dos aspectos reprodutivos. Esses espaços assistenciais feminizados permeiam uma cultura profissional também relacionada a segmentos populacionais, e terminam por contribuir e difundir os conceitos de saúde que os homens representam (Hemmi, 2015), assim os próprios usuários desses espaços contribuem para a realidade considerada normal masculinizada (Schraiber, 2005).

[...] a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (Brasil, 2009, p. 3).

Códigos (documentos), em forma de normas são lançados para determinar um princípio de existência, e é diante disso que temos a constituição do que se deseja ser e o que se desenvolve. Guiando-se por uma sequência para se conduzir a uma formação onde a mulher é o centro do cuidado, em detrimento do homem que é visto como aquele que não necessita de atenção. Assim, estes profissionais reforçam o lugar da mulher como cuidadora na medida em que não enxergam que o homem possa ter um papel ativo em relação à saúde e não o responsabilizam pelo cuidado.

Políticas destinadas a um tipo de homem que não se cuida, e na culpa de seus atos lançam propostas para a promoção desses. Os profissionais terminam por acolher os discursos que se incorporam em suas práticas, onde se articulam as demandas do SUS. A política que é vista nas diretrizes curriculares dos cursos em saúde e particularmente de Enfermagem e

IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

Medicina ditam tais regras que se articulam ao um formato de cuidado centrado em uma perspectiva de gênero que se atravessam de muitas maneiras, justificando as práticas reconhecidas como normais (Barreto, 2023). Mulheres e crianças que necessitam e buscam um cuidado permanente, e homem silenciados e distantes nessa formação em articulação com o SUS. Este que é também um campo formador, onde as diretrizes são pensadas para ele, formando o profissional com capacidades e habilidades que atuem em ciclo de vidas disciplinados pelas forças das masculinidades.

Os sentidos atribuídos aos serviços a partir dessas normas são centrados na ideia de ser homem ou mulher e decidir as formas de cuidado, onde os modelos de masculinidades concebidos pelos profissionais, que são tidos por padrões pautados no determinismo biológico, o corpo é o engenho utilizado para movimentar as linhas essencialistas, dos padrões de masculinidades hegemônicas. Isso termina por limitar a atenção à saúde do homem ainda sobre esse modelo.

As Políticas Públicas de Saúde são como os sinalizados que atuam sobre os alvos. O código-informativo é constantemente influenciado e regulado por formas que estabelecem pontos a serem ativados ou inativados, é assim, se constitui por estratégias e mecanismos de controle sobre as bases de informações já determinadas. As políticas endossam, alimentam, conduzem, e o que vemos são pontos de modificação que se concretizam em práticas, um mundo celular orquestrado por condutores para a promoção de comportamentos.

Em 10 de agosto, um dia após o Dia dos Pais, o Presidente Lula trata da saúde do homem, em seu programa de rádio “Café com o Presidente”, e anunciou o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009). Foi tratado sobre as tensões vividas pelos homens no que se referia à saúde e comparou homens e mulheres, apontando a cultura como causa do problema. Álcool, fumo, sedentarismo e menor expectativa de vida foram citados como problemas masculinos, que, segundo o Presidente, em larga medida dependeria deles a transformação desse quadro. Nesse sentido, termina a entrevista com um apelo para que os homens possam cuidar de sua saúde, para encontrar melhor qualidade e quantidade de vida, pois suas famílias são dependentes deles (Carrara *et al.*, 2009).

O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, em 2008, lançou a primeira versão, que já havia sido pronunciada em 2007, o médico sanitário José Gomes Temporão, Ministro da Saúde nomeado por Luiz Inácio Lula da Silva, relatou a implantação de uma “política nacional para a assistência à saúde do homem”, entre as metas a serem cumpridas em suas atividades. Em março de 2008, agora no Departamento de Ações



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem coordenado por Ricardo Cavalcanti, médico ginecologista e um dos fundadores da moderna sexologia brasileira. Outros sujeitos passaram a ter lugar junto com os homens, deixando de ser invisíveis dentro dos sistemas de planejamentos políticos, com isso, o Brasil passou a ser o segundo país da América em pensar em uma política para os homens (Carrara *et al.*, 2009).

Essa política de saúde foi lançada em agosto de 2009, inserida a campanhas pela saúde do homem, relacionada a uma série de atividades direcionadas a educação e saúde. No documento, a PNAISH possui como principal objetivo:

[...] promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2009, p. 36).

As decisões político-institucional voltadas para essa ação foram centradas em demandas biomédicas e não reconhecidas, compartilhadas pelos interesses de quem ela representa (Martins; Malamut, 2013). Diferente da política voltada para as mulheres, esta não teve a participação direta dos homens. Pensando a partir do desenvolvimento humano intra-uterino apresentado aqui, as políticas/hormônios exercem forças de conduções, seguindo para alvos específicos. Desenvolver é construir a partir de uma regulação determinada, guiada por uma rede inter cruzada de dispositivos/mecanismos. Percebemos que essa política foi instituída em meio a discussões e tensões entre as sociedades médicas, onde denota do posicionamento de tensão em torno do contexto de gênero, privilegiando um discurso biomédico, os significados de um corpo generificado e biologicamente sexualizado, sintetizados em um único sistema biológico. A integralidade se torna reduzida ao polimento do sistema urogenital. A Política, no entanto, traz em seu texto:

A presente Política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado (Brasil, 2009, p. 47).



O Plano de Ação Nacional desta política foi aprovado logo depois do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, para ser desenvolvido em consonância com a Constituição Federal de 1988, as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, o Pacto pela Saúde, o Mais Saúde e documentos referentes ao Sistema de Planejamento do SUS (Brasil, 2009). Nós optamos por analisar alguns pontos do plano, pois nos permitiu um olhar sobre quais os primeiros passos dados para a efetivação de suas ações, considerando alguns ditos sobre os acontecimentos associados às estratégias da política. Assim, percebemos que na descrição das metas no Eixo V referente à implantação e expansão do sistema de Atenção à Saúde do Homem, descreve:

Ampliar em 10% ao ano o financiamento para cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino, passando de 100 mil em 2008 para 110 mil em 2009 e para 121 mil cirurgias até 2010 (...). Estimular e ampliar a quantidade de vasectomias, passando de 35 mil em 2008 para 40 mil em 2009 e 50 mil em 2010. Os valores dos procedimentos ambulatorial e hospitalar foram iguados em R\$306,47. Aumento de 148% a nível ambulatorial (...). Ampliar em 20% ao ano o financiamento, para disponibilizar um maior número de ultrasonografias transrretais, passando de 78 mil em 2008, para 93 mil em 2009 e 110 mil em 2010, como um apoio ao diagnóstico de neoplasias da próstata (Brasil, 2009, p. 7).

Foi observado um interesse maior sobre o sistema reprodutor masculino em detrimento dos outros aspectos que referência a saúde integral do homem. Carrara (2018), ainda destaca o papel da urologia nesse processo desde pelo menos 2004, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), vinha se dedicando à causa da saúde do homem e, ao longo de todo o ano de 2008, passou a exercer forte pressão junto a diferentes setores do governo, como parlamentares, conselhos de saúde. Em meio a jogos políticos, a mesma especializou-se em questões de sexualidade masculina para inserir demandas pela incorporação de saberes. É curioso ainda perceber que, embora a urologia não seja uma especialidade voltada apenas para o homem, a própria SBU tende a apresentá-la como tal, tão grande é o peso das questões de saúde masculina em sua pauta. Entretanto, nessa disputa, a vitória coube à urologia, pois atualmente a andrologia aparece como parte da urologia e é, nesse âmbito, definida como a subespecialidade urológica que “cuida do sistema reprodutor, da função sexual e da regulação de hormônios sexuais masculinos”, tratando, sobretudo, de problemas como o Distúrbio Androgênico do



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

Envelhecimento Masculino (DAEM), a masculinidade masculina, as disfunções eréteis e a ejaculação precoce. Foi através dessa visão de cuidar da sexualidade que a urologia teve sua participação no planejamento dessa política (Schraiber, *et al.*, 2010).

Pensar em um plano coletivo para a participação de homens nas políticas públicas, em especial na área da saúde, significa problematizar algumas compreensões e espaços onde as masculinidades são instituídas, bem como a própria noção de gênero que sustenta tais propostas (Pereira *et al.*, 2019, p. 143).

Após anos de sua implantação, a PNAISH ainda é estudada e avaliada quanto a sua efetivação. Esse tema e suas discussões ainda são bem atuais, com evidências estatísticas, diversos problemas sobre as questões de acesso e sobre o trabalho efetivo nos serviços de saúde, no que diz respeito à população masculina (Carnut, 2020, Couto *et al.*, 2021). Muitos perpassam sobre tais questões, mostram inclusive fatores que levam ao entendimento que a política não alcança seus objetivos, principalmente no que diz respeito a mobilização efetiva da população masculina, contudo, em seu texto base traz este chamado:

Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde é um dos desafios da Política, que pretende tornar os homens protagonistas de demandas que consolidem seus direitos de cidadania (Brasil, 2009, p. 16).

Muitas são as estratégias de ações das políticas e compreender os sentidos associados à educação, saúde e formas de assistência, se faz necessário para analisarmos os objetivos (alvos), do que consideramos uma política pública em saúde. Importante também, problematizarmos as bases de sua construção, direcionamentos, contexto e atravessamentos em realidades sociais distintas. Para que assim, possamos entender sobre os componentes da cultura contemporânea, ao apoiarem a educação como estratégias de regulação do corpo, da saúde, da sexualidade e do gênero, que nos ajudam a perceber melhor as estratégias das políticas em saúde.

A tarefa de interesse público, relacionada a atividades de modos de governar do Estado, dispõe-se em medidas e processos traduzidos em políticas públicas (Lucchese, 2002), onde o propósito de governar é então traduzido em conduzir uma linha de ações que levem a uma melhor condição de saúde de um determinado grupo da população, certa proteção ou promoção, condicionada a interesses de governo. Segundo Macedo e Oliveira (2018), devemos desconfiar



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

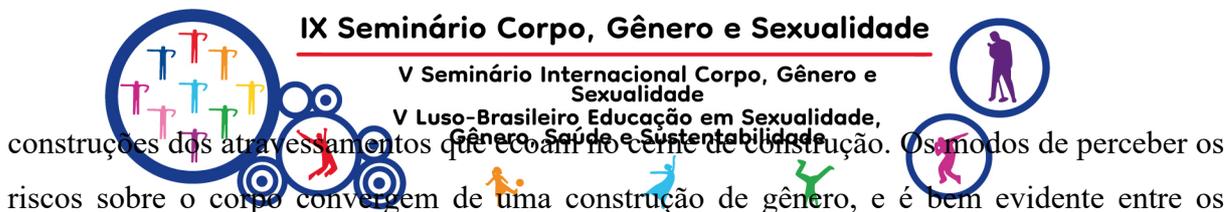
do quanto públicas são as políticas em saúde, articulam-se com o humanismo e a cidadania com a entrega fantasiosa centrada em universalismo abstrato, apontando ideias de um público que limita e exclui, manifestando um complexo mundo material que doutrina a vida.

Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, entre outros [...] (Brasil, 2009, p. 19).

São formas de distribuição de poder, veicular e representar conhecimento, e desses modos políticos de atuar, pretende-se dar visibilidade a processos discursivos naturalizados, inclusive as desigualdades de gênero. Problematizar políticas a partir de gênero torna-se uma boa ferramenta para se entender os atravessamentos dos discursos que se organizam a partir das masculinidades constituídas. Partindo dessa percepção, é que vamos entender o que ensina e impera a política, assim, quais os vínculos de representações entre as relações de homens e mulheres, ainda o que farão os homens para atingirem as metas determinadas, quais as mudanças serão necessárias, o que se pretende modificar e os seus resultados sobre os objetivos políticos de governo (Pereira, 2019).

As políticas públicas estão fortemente relacionadas a campos de disputas e tensionamentos, evocando diversos sentidos no campo da educação e saúde. As compreensões e atribuições dos sentidos do cuidado, promovendo ensinamentos sobre controles dos corpos, direcionando caminhos de como aderir a comportamentos saudáveis, direções essas que culminam em condutas em populações específicas em serem organizadas para a vida e formas de entender o mundo. Entender que, o gênero atravessa as práticas da gestão e o cuidado nos faz entender que partimos das incorporações de formas específicas de subjetivações femininas e masculinas revertidas assim em práticas da saúde. As políticas tendem a normatizar as formas de experimentar gênero, ensinando modos e conceitos para a promoção de seus interesses (Vasconcelos e Seffner, 2015).

Os estudos feministas contribuíram para a incorporação da dimensão de gênero no contexto das políticas públicas em saúde. Knauth (2012) relatou que, nas últimas décadas, o gênero passou a ser utilizado como ferramenta para avaliar políticas públicas e auxiliar na redução de desigualdades identificadas socialmente entre homens e mulheres. O social e cultura são elementos importantes para se entender a construção de uma polícia pública, a partir das

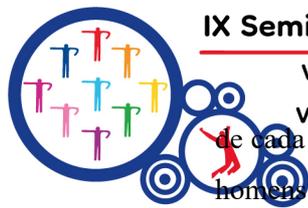


construções dos atravessamentos que ocorrem no corpo de construção. Os modos de perceber os riscos sobre o corpo convergem de uma construção de gênero, e é bem evidente entre os homens, e é assim que o gênero assume um papel de ferramenta de análise e problematização de políticas públicas (PEREIRA, 2019). Entende-se, ainda, que aquilo que mulheres e homens fazem ou podem fazer, ou os processos educativos pelos quais seres humanos se constituem como mulheres e homens de determinados tipos, articulam-se com, e deriva dos diferentes modos pelos quais o gênero opera, estruturando esse social que os torna possíveis e necessários (Meyer, 2014).

[...] da produção de corpos por meio de sujeição a normas regulatórias, o que temos tentado em nossas pesquisas é seguir alguns ensaios corporais, algumas movimentações de corpos de profissionais e usuários, do corpo institucional e do cuidado que tendem a esgarçar as pedagogias e normalidades operadas no campo das políticas públicas de saúde; corpos que parecem experimentar um “ir dando-se forma” pela produção de normas outras de gênero que desfazem a naturalização de normas regulatórias, às quais esses mesmos corpos tendem a se sujeitar. (Vasconcelos e Seffner, 2015, p. 266).

A PNAISH foi idealizada e implantada a partir da compreensão do caráter negativo gerado pelos déficits em saúde tanto em homens quanto em mulheres. Sim! Mulheres também estão nesses contextos. Uma política idealizada para homens, porém com reflexos sobre a saúde integral da mulher, onde determinantes como violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo-se HIV/Aids, impotência sexual, entre outros, terminam por atingir e impactar a vida e saúde de homens e mulheres, e assim contribuirão como pontos importantes para se pensar a necessidade da PNAISH. Por mais que essa política tenha sido pensada para os homens, não se podem separar questões atreladas às mulheres e questões sociais muitas vezes silenciadas. Diante disso, defende-se atualmente que as ações dessa política não sejam empregadas separadas da saúde da mulher, nem distanciadas das concepções de gênero (Medrado *et al.*, 2011).

Os desafios a superar são imensos, a começar pelas causas externas de mortalidade, onde o predomínio dos óbitos do sexo masculino é devastador. A violência, por exemplo, vitima no geral o dobro de homens em relação às mulheres, e ao triplo, se considerarmos a faixa de 20 a 39 anos. Enquanto isso,



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade,

Gênero, Saúde e Sustentabilidade

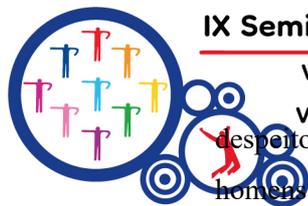
de cada cem homens em diferentes meios de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de

cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina [...] (Brasil, 2009, p. 8).

É pertinente pensarmos sobre as doutrinas dessa política, no que diz respeito às suas contribuições, principalmente no que influencia a formação em saúde, e que estará entrelaçada ao SUS que forma e será continuamente fortalecido. A PNAISH tem como objetivo consolidar pactos com a Atenção Básica em Saúde, na busca por estímulos e comportamentos que atingem as vidas, promovidos por ações e compreensões que possam colocar em contratempo alguns dos modelos já estruturados, incluindo-se as masculinidades (Pereira, 2019). Das poucas metas citadas no plano sobre qualificação de profissionais da saúde, temos segundo Brasil (2009), “Eixo VI: [...] Inserir a saúde do homem nos conteúdos de educação a distância do Telessaúde. Objetivo: capacitar profissionais para o diagnóstico de patologias e câncer do trato genital masculino, até o final de 2011” (Brasil, 2009, p. 9).

São bem claras e justificadas as causas de todo o distanciamento masculino nos serviços de saúde, e toda a problemática envolvida, portanto, o deixa como responsável e o torna cada vez mais vulnerável e até mesmo em posição de fragilidades. “Ser homem” torna-se a grande culpa. O “ser homem” compreendido pela política, expõe uma masculinidade como agente nocivo à saúde, a partir do momento que se reconhece que a culpa pelos dados apresentados é do próprio homem. Então, “salvar os homens de si mesmos”, é o que mais está posto na política. Ser homem e saudável é um contratempo que o deixa culpado por não manifestar a tão desejada e controlada saúde.

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças”. [...] “Vários estudos comparativos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente [...]. A



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade,

despido da Gênero, Saúde e Sustentabilidade, em relação às taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica [...].

[...] “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Princípios e Diretrizes 16 considerando que representações vigentes sobre a masculinidade podem comprometer o acesso a cuidados, expondo-a a situações de violência e aumentando sua vulnerabilidade (Brasil, 2009, p. 7-16).

O documento foi fundamentado pela literatura sobre saúde do homem, para assim fazer evidências do adoecimento masculino, principalmente para doenças crônicas e seus agravamentos, associado pela demora da chegada dos homens aos serviços de saúde e tentando justificar esse menor acesso aos serviços de saúde, deixando-os em situação de vulnerabilidade (Nascimento; Oliveira, 2008). A PNAISH reconhece os determinantes sociais da vulnerabilidade dos homens às doenças, destacando que a não adesão masculina gera aumento de custos do sistema de saúde.

Segundo Carrara (2009), as diretrizes PNAISH de alguma maneira assume um caráter “insalubre”, deixando os homens exibidos como vítimas de sua própria masculinidade. A partir do momento que são valorizadas as discussões sobre as “barreiras socioculturais” que se antepõem à medicalização, enfraquecendo a resistência masculina à medicina de uma forma geral, essa ação educativa propaga o pensamento para torná-los presos a seus próprios preconceitos.

As masculinidades inerentes a essa política, fomenta o discurso que coloca o homem como um indivíduo que precisa ser consertado e não a uma situação social produzida. Ser homem significa não ser saudável, e a masculinidade considerada então tóxica incorpora o sofrimento patológico assumindo verdades sobre os saberes médicos, pois são compreendidos como males e, por isso, objetos de tratamentos por modalidades de intervenção médica que visam permitir a adequação da vida a valores socialmente estabelecidos com forte carga disciplinar. Detectamos então o sujeito-intoxicado ou sujeito-enfermo, diante disso, com essa representação, apontamos o sujeito da política que está em uma em fase de adoecimento e necessita ser salvo, tratado ou medicado, e é essa ideia de ser homem, estando em processo de enfermidade, onde os agentes etiológicos são intrínsecos ao fato de serem homens e vítimas de suas masculinidades. Dessa forma, sem expectativa de resolução, permanecem como paliativos



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade.

que nem sempre funcionam ou se adequam as suas necessidades e que assim podem desencadear processos de cunho irreversíveis ou até mesmo morrerem.

A trama de saberes que movem o feixe de forças que lhe são marcantes, constitui o sujeito nesse agrupamento de práticas (Foucault, 2015). O sujeito da política, representa o homem já marcado pela sociedade que permanecerá em seguimento das práticas masculinizadas reproduzidas e ditadas por esta. Segundo Brandão (2006), os sujeitos não representam apenas entidades físicas, mas são seres individuais com seus lugares determinados pela formação social. O homem enfermo, intoxicado e então vulnerável, precisa reconhecer-se culpado, para que dessa forma, mantenha seus cuidados individuais, pois estão frágeis. Fragilidade não se relaciona a masculinidade, homem é, portanto, sinônimo de saúde, força e trabalho, e cuidar de si é também cuidar dos outros. Assim, percebe-se que os discursos da política nos fizeram entender a combinação de diferentes dispositivos como gênero, medicalização e afirmações pedagógicas que se articulam com suas linhas de forças para constituir seus efeitos de saber-poder.

O gênero, por sua vez, promove atravessamentos e dimensionamentos, onde cultura em movimento gera artefatos que marcam e fortalecem as relações com a saúde e a vida, e o SUS passa a ser incorporado por diversas maneiras (Pereira, 2019). Aqui, pensamos em como a Política de Saúde Integral do Homem é constituída e organizada a partir de núcleos de masculinidades, na qual o conceito de gênero está no centro dos sentidos (Leal, 2012), mantendo-se com a produção de significados a partir do que simbolizam, normatizam os conhecimentos, as leis e as doutrinas (Meyer, 2014).

Há menções de gênero na PNAISH, com afirmações fundamentadas no reconhecimento sobre construções de masculinidades e assimetrias, justificando inclusive como causas de doenças e mortalidade de homens, porém, sob uma lógica que termina contribuindo com a manutenção dessas assimetrias e discussões, reforçando dessa forma os modelos de reprodução de heteronormativo de masculinidade (Quirino, 2017).

Um “corpo” social passou a ser reconhecido e aperfeiçoado pelo Estado a partir da segunda metade do século XIX, onde determinados sujeitos tiveram uma atenção particular e intervencionais. Seus corpos eram medicalizados, ganhando visibilidades com singularidades justificadas, enquanto outros permaneceram na sombra, como foi o caso dos homens. Alguns ganhavam visibilidade por representarem perigos (como loucos, homossexuais), e outros por se caracterizarem como seres da propagação de uma população sadia, como as mulheres. Não foi na mesma intensidade que a medicina investiu atenção e promoção de uma ciência sobre o homem, reconhecida na época como andrologia, seus esforços foram voltados sobre os corpos

**IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade**
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

femininos, fazendo com que, já em finais do século XIX, a ginecologia fosse institucionalizada, e nesse momento a ciência masculina nunca chegou a ter o mesmo padrão (Carrara, 2009).

Entretanto, já era reconhecido que nesse mesmo período médicos e sanitaristas não haviam detectado algumas associações com gênero, faziam dos homens seres especialmente perigosos (e em perigo), do ponto de vista da saúde pública. Algumas questões geravam preocupações e condicionamentos para a poluição masculina, tais como alcoolismo e “doenças venéreas”, que promoviam ações na tentativa de diminuir seus agravos. A higienização de alguns espaços de sociabilidade eminentemente masculinos, como bares e bordéis, e transformar certas convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. Dessa forma homens e masculinidades estavam atrelados aos discursos com preocupações de maneira relacionada (Carrara, 2009). É nesse contexto histórico de disputa intelectual e política em torno do conceito de gênero, que foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visando “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina” (Brasil, 2008).

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 (Pereira, 2019. p 425).

A PNAISH visa firmar a parceria com a Atenção Básica em Saúde, estimulando seus usuários a reformular aspectos importantes de suas vidas, a partir da promoção de comportamentos, ações e compreensões sobre masculinidades reconhecidas. Essa relação entre gênero e políticas públicas vem sendo incorporada nas iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS) de distintas maneiras, sendo essa política uma das formas que essa incorporação pode assumir. As diretrizes dessa política são centradas na inovação do cuidado integral de homens entre 20 a 59 anos, com a finalidade de incentivar sua participação nos espaços e na promoção do cuidado em saúde, incentivando os homens pela via da paternidade, investindo em orientações de cuidado, proteção e responsabilização dos indivíduos consigo, com a família e com os/as filhos/as (Pereira, 2018). Os modos de ser homem com essa perspectiva de cuidado está bem evidente na política, os cuidados de si e dos outros são então capturados por tais necessidades que os deixam culpados diante de questões como violência e ausências, justificados pelos discursos médicos, políticos e econômicos.



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade.



O corpo biológico-reprodutor lançado no discurso da política de saúde difundido na dinâmica das relações de gênero partido suposta coerência entre sexo-gênero-desejo, cria um sujeito inserido no binarismo homem-mulher, mantendo os modos que se articulam com as masculinidades que mantem os discursos (Miranda, 2018). Segundo Butler (2000), as normas de gênero são regras discursivas que criam subjetividades a elas assujeitadas, no qual se reconhece pela reiteração contínua das normas, e é através dessa perspectiva, que a forma como as masculinidades em oposição ao feminino, são compreendidas em diferentes formatos e normatizações.

As maneiras de ser, de agir e até de existir, são dispositivos pedagógicos encontrados nas públicas de saúde, inclusive nessa aqui analisada. Nas diferentes tramas abordadas vão deliberando o papel de homem a ser seguido e a ser reconhecido nos sistemas de saúde, onde os profissionais assumem um importante papel condutor. Um guia sobre suas vidas, dando sentidos sobre o que é ter saúde e como promovê-la. Os processos educativos são colocados em movimento a partir da cultura e estão entrelaçados constantemente com a saúde, onde o gênero o atravessa e dimensiona. Analisar uma política pensando em gênero como um operador do processo, parece ser um caminho interessante, pois os modos de construção generificados são distribuídos pelas relações de poder por meio de pedagogias corporais que retificam normas regulatórias. Dessa forma todas as dimensões em que atinge a política são atingidas como os espaços físicos, as relações entre profissionais e usuários dos serviços, a construção dos projetos terapêuticos e institucionais (Vasconcelos e Seffner, 2015). Sendo assim, de acordo com Brasil (2009), “a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (Brasil, 2009, p. 9).

Diante de uma análise crítica do gênero sobre as masculinidades, daremos conta das relações de poder inerentes as interações sociais, nesse caso as que causam os sofrimento e aflições vividas por diferentes sujeitos em espaços distintos. Podemos citar aqui concepções de um “masculino universal” abstraído das relações de poder e dominação existentes na socialização dos sexos (Pereira, 2019).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde (Brasil, 2009, p. 9).

Pobreza, violência, falta de segurança pública, negligência na atenção à infância, baixa escolaridade e vulnerabilidade social, são demandas sociais e estruturais que as políticas



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

públicas como a PNAISH instituir como ações ensinamentos direcionados a sujeitos de gênero, com o intuito de que eles e elas assumam responsabilidades sobre problemas sociais mais amplos. Porém, em suas ações e potencialidades modificam as formas de masculinidade e feminilidade e relações de poder de gênero vigentes (Pereira, 2019).

Homens e mulheres de diferentes tipos articulam-se e derivam-se das operações que o gênero estrutura em um mundo social que é possível. Marcadores sociais como raça/cor, geração, classe social e religião, dentre outros, assumem esse papel na ativa produção educativa (Meyer, 2014). A partir de tais processos formativos, as competências desejadas serão desenvolvidas onde as políticas destinadas ao SUS atinjam as DCN dos cursos da saúde, modificando os currículos e programas, expressando-se nas contextualizações do processo ensino-aprendizagem (Castro, 2019). E assim essa política insalubre, que culpa e exclui, contribui para a formação de profissionais em saúde, formados a partir dessas marcas de gênero.

AS NORMAS DE GÊNERO E AS AÇÕES DO SUS

Trazemos aqui algumas apreciações da nossa perspectiva de análise da política do SUS destinada ao homem e das ações na assistência. As análises apontadas neste texto são valiosas observações feitas por outros autores, que nos motivou a olharmos e fortalecermos o nosso decifrar de códigos. Diante disso, a partir de pontos já identificados, buscamos outros que nos remeteram a entendimentos do quanto essa política para o homem brasileiro para seu tempo, determina os caminhos para o alcance dos objetivos a que ela se destinou, compreendemos sua normatização a partir seu caráter público. A qual, representa uma política de saúde que abraça as necessidades visíveis de uma população a ser reconhecida pelo sistema de saúde.

A maior representação destacada dentro dessas análises foi o quanto a política do SUS é marcada por um tipo de homem que se chama atenção para ser cuidado e cuidar-se, onde as masculinidades inerentes à política justificam toda a problemática apresentada acerca da prevalência de doenças e seus agravamentos, além do distanciamento dessa população dos serviços de saúde. A política valida as verdades, trazendo discursos que terminam por justificar os problemas, promovendo práticas tidas como masculinas que terminam por atravessar os currículos, já que é recomendado pelas diretrizes curriculares, que os profissionais da saúde devem ser formados em acordo como as políticas do SUS.

A saúde do homem está intimamente inserida no modelo de governar as vidas e corpos, pois os homens produtivos e fortes são identificados por um sistema de saúde que ao mesmo tempo em que justifica seu distanciamento o culpa pelas masculinidades condicionadas pelas próprias políticas públicas (Barreto, 2023). O modelo de masculinidade estabelecido pela



cultura seguiu um molde de masculino hegemônico, com medidas, limites e comportamentos que ultrapassam os corpos (Alves, 2020), atingindo as ações reconhecidas como verdades entre os usuários e profissionais do sistema de assistência (Leite; Oliveira, 2014). As formas de cuidado reafirmam condutas sociais e fortalecem discursos centrados no saber biomédico e na perspectiva de saúde como ausência de doença e práticas de cuidado associado a feminilidades. Sendo o SUS para atender necessidades de um povo, determina-se a quem e quando serão os cuidados em saúde, e a partir do que se mostra na sociedade em que o sistema funciona. Portanto, as ações do SUS, em que a mulher é o centro do cuidado, reforçam as masculinidades na materialização desse sujeito mulher-mãe, deixando-o em evidência e ao mesmo tempo, que os cuidados negligenciados aos homens permitem a maior visibilidade desse sujeito.

Muitos foram os questionamentos desde a década de 60 sobre o ensino superior, no que diz respeito às necessidades sociais e uma formação adequada, o isolamento dessas práticas sobre o mundo do trabalho, contribuiu para se pensar em um sistema de saúde possível (Silva, 2009). O SUS então criado, revisou o conceito de saúde até então vigente, definindo saúde como bem comum. O Sistema Único de Saúde é pensado dentro de uma lógica do Estado moderno, de racionalização de recursos, mas também em uma lógica do Estado social.

Universalidade, equidade, integralidade e participação popular são os princípios doutrinários do SUS desde a sua criação, e a partir de sentidos éticos e estratégicos, lançou-se a objetivos comuns voltados para aspectos variados relacionados a questões econômicas, sanitárias e sociais. Nessa abrangência o vemos destacar a vida em uma dinâmica de valores e interesses sociopolíticos, no qual, o saber científico, a medicalização e as propostas a promoção a saúde atrelada a prevenção das doenças, onde o Estado planeja a manutenção dos seus “cidadãos” saudáveis e prontos para o trabalho, exercendo essa cidadania orquestrada ao capitalismo. É nesse contexto, que as propostas para as melhores ações para a Saúde do Homem se articulam.

Segundo Nardi (2005), com a criação do SUS, aconteceu uma inversão sobre os direitos à saúde. No período anterior ao novo sistema, o trabalho assalariado era a garantia dos direitos, já com a criação do SUS, o direito é de todos, assim como o direito ao trabalho. Um sistema para todos, na garantia da assistência diretamente relacionada à inclusão no mundo do trabalho, sendo assim uma garantia para promover a saúde e ser um cidadão produtivo. Neste sentido, enquadrámos muito mais os homens, onde se precisa ser “curado” e não só “cuidado”, para poder trabalhar e contribuir com o consumo do sistema capitalista. Dessa forma, o homem provedor assegura suas capacidades de ser homem.



IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade.



Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e a Constituição de 1988, o SUS segue com a missão de estabelecer que a saúde seja para todos, e uma obrigação do Estado (PAIM, 2008). Ainda com uma grande lacuna nos direitos garantidos, segue-se com o sonho de encontrarmos maneiras para atingir as reais necessidades da população ou grupos sociais. Mesmo com realizações marcantes e percorrendo-se caminhos nem sempre certos, mas com um real e necessário sistema em constante desenvolvimento e ativo, mesmo que ainda na busca de uma consolidação. O SUS, mais do que nunca, mostrou para que veio e o quanto necessário e único é para a maior parte da população. E assim, sempre que reportamos a essa “ainda consolidação”, compreende-se que os caminhos ainda devem e podem ser revistos, retomados, avaliados, acrescentados e aprimorados.

A reforma de um sistema de saúde nos moldes em que foi pensado o SUS e considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual é um processo lento e, a despeito de estar claro que poderíamos ter caminhado mais, os 12 anos que separam o hoje da aprovação da lei do SUS na Constituição Brasileira pode ser considerado pouco tempo para sua total consolidação (Roncalli, 2003, p. 28).

Uma política voltada à atenção coloca a saúde para ser entendida nos termos do que chamamos de biopolítica, objetivando-se uma formação que faz parte de um conjunto de forças em uma determinada configuração histórica. Essa forma de governar assume o controle operacionalizado pelo biopoder (Medeiros, 2008). “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2001, p. 80). A saúde do homem está intimamente inserida nesse modelo de governar as vidas e corpos, pois os homens produtivos e fortes são identificados por um sistema de saúde que ao mesmo tempo em que justifica seu distanciamento o culpa pelas masculinidades condicionadas pelas próprias políticas públicas, que orientam direções a serem seguidas.

Dito isto, é sobre ditos e feitos que somos capazes de visualizarmos os percursos discursivos que levaram as práticas masculinizadas que se propagam nos currículos de Enfermagem e Medicina por nós estudados. Pensando nas normas que carregam o DNA para seguir com a formação especializada das células humanas, na qual obedecem a uma sequência para se ter o corpo já sistematizado caracterizando o que entendemos por vida humana. Deve-se seguir o caminho tido correto, sem desvios. Cria-se, dessa forma, poderes entre os



O que está em questão é pensar os limites e possibilidades do SUS numa outra perspectiva, da “governamentalidade”, o que significa refletir se, de fato, o projeto brasileiro de saúde pública consegue reverter o processo de dominação que atua por meio de uma biopolítica que mantém um estado ótimo de saúde da população, sem risco de produção de uma revolta. Também significa pensar os efeitos produzidos pelo conjunto das tecnologias de governo que permeiam a organização do SUS e o modo como colocam a vida no centro das políticas (Nespoli, 2014, p. 84).

Técnicas e procedimentos, saberes e práticas que incidem sobre a vida da população são dispositivos encontrados pela soberania do Estado, ou seja, são dispositivos biopolíticos que normalizando e padronizando a partir de racionalidades biomédicas mercadológica, centradas no conhecimento técnico, científico especializado, atendem a interesses, inclusive econômicos (Nespoli, 2014). E é nessa lógica do capitalismo contemporâneo, que esses mecanismos se situam em práticas que se apresentam no controle sobre como se pode viver. O racional da medicina e saúde, que partem do cunho individual e curativista, onde a medicalização dos corpos possibilitando um controle indispensável que captura a ordem disciplinar do corpo, gerando os cuidados em saúde de práticas individuais que repercutem em acontecimentos de uma multiplicidade populacional (Furtado, 2012).

As forças potentes de inspiração para os currículos, entre elas as políticas públicas, geram os múltiplos movimentos com o intuito de capturar condutas masculinas, formar tipos de sujeitos, conduzindo-se a racionalidades (Cardoso, 2019). Onde dessas inspirações, as relações de poder serão estabelecidas e fortalecidas pelos discursos que ali circulam. Diante disso, temos a visão de uma rede de mecanismos que se cruzam e estabelecem os processos dispositivos de subjetivação, como caracterizado por Foucault (2012), e que são “[...] acontecimentos que transformam relações, saberes... [...]” (Corazza, 2009, p. 103), constituindo os modos de produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores.

É nesse movimento para se promover a orientação, interceptação, modelagem, controle, condução para específicos direcionamentos, que os procedimentos estabelecidos geram as formulações dos currículos em saúde, ocorrendo sob as manifestações de subjetividades de interesses. Isto é, “[...] A maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo” (Foucault,

IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade

V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade

V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade

2006, p. 236) será o objetivo final desse processo. As subjetividades não estão prontas, constituem-se em um processo de subjetivação, e “[...] o que deve ser o sujeito, a que condições ele está submetido, qual o seu status, que posição deve ocupar” (Foucault, 2006, p. 235), e dessa forma, observamos com o objetivo de identificá-lo.

Os documentos aqui analisados nos mostraram os tais modos que serão indicados ao que se quer como profissional ao atender o SUS, um formato de governo de vidas a se seguir. Ao pensar como as formulações, os embates, as exclusões, os gritos e os silêncios que produziram e foram produzidos, estabelecem influências dos padrões de masculinidades nas marcas que o gênero traz, o que apareceram desses textos formam inclusive os referenciais para os discursos sobre a diversidade e diferença (Cardoso, 2019). Percebemos os pontos estratégicos dessas propostas para esses cursos em saúde, que objetivam a construção dos perfis de profissionais para que se adaptem a seguimentos propostos pelo SUS, e pela própria sociedade engendrada por discursos masculinos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS em sua assistência produz e reproduz as relações e estratégias sobre o cuidado dos homens, onde o gênero atravessa os discursos contribuindo com concepções sociais. Os modelos de masculinidades normatizados ajudam a fortalecer os problemas que distanciam os homens dos serviços e das práticas em saúde. E assim, as questões sociais relativas a interesses dos homens enquanto ser, em espaços de lutas e relações de poder, transita entre o real e o ideal. Realidade construída em aspectos culturais, que se normatizam em discursos, práticas e valores à vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1677-1682, 2013.

ALVES, Janeclécia dos Santos; COSTA, Jucivania Ferreira. Saúde do homem: desafios para assistência de enfermagem: men's health: challenges for nursing care. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 5, n. 9, p. 42-51, 2020.

AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 29, p. 136-146, 2020.



BARRETO, Veruscka Pedrosa. **Formação em enfermagem e medicina: Um olhar sobre as produções de masculinidades na saúde do homem.** Orientador: Prof. Dr. Livia de Rezende Cardoso. 2023. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2023.

BRANDÃO, Helena H. Nagamine. **Introdução à análise do discurso.** Campinas: Unicamp, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília, DF, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** Trad. Renato Aguiar, v. 8, 2003.

BUTLER, Judith. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, v. 2, 2000.

CASTRO, Frank Sousa; CARDOSO, Alessandra Marques; PENNA, Karlla Greick Batista Dias. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o sistema único de saúde?. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 5, n. 12, 2019.

CARDOSO, Livia de Rezende *et al.* Gênero em políticas públicas de educação e currículo: do direito às invenções. **Revista e-curriculum**, v. 17, n. 4, p. 1458-1479, 2019.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 19, p. 659-678, 2009.

COUTO, Marcia Thereza; DANTAS, Suellen Maria Vieira. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 857-868, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. – 9ª ed. – Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 811-821, 2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. 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**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOMES, Romel *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 983-992, 2011.

HEMMI, Ana Paula Azevedo; DA CONCEIÇÃO, Jéssica Aparecida; SANTOS, Dominick Danielle Mendonça. Representações sociais de homens sobre saúde e doença: contribuições para o cuidado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde:

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2607-2616, 2012.

LEITE, André Filipe dos Santos; OLIVEIRA, Thiago Ranniery Moreira de. Quando a mudança reitera a norma: reestruturação curricular da Medicina em possíveis articulações com sexualidade e gênero. **Educ. Teoria Prática**, p. 144-161, 2014.

LUCCHESI, Patrícia TR. Políticas Públicas em Saúde Pública. **São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS**, 2002.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother *et al.* Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 1, p. 154-170, 2010.

MACEDO, Elizabeth; RANNIERY, Thiago. Políticas públicas de currículo: diferença e a ideia de público. **Currículo sem fronteiras**, v. 18, n. 3, p. 739-759, 2018.

MACHIN, Rosana *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4503-4512, 2011.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 429-440, 2013.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. Eu não sou só próstata, eu sou um Homem: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: **Saúde do homem em debate**. 2011. p. 39-74.

**IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade**
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade.
MEYER, Dagmar Estermann *et al.* Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, p. 885-904, 2014.

NARDI, H. C. **Saúde, Sujeito e Políticas Públicas**. Curso de Extensão ministrado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, set, 2005.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 435-439, 2008.

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da Participação na saúde: O SUS e o Governo das Populações. **Guizardi FL, Nespoli G, Cunha ML, organizadores. Políticas de Participação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV**, p. 59-90, 2014.

PARAÍSO, Marlucy Alves.; MEYER, Dagmar Estermann. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PARAÍSO, M. A.; CALDEIRA, M. C. S. **Pesquisas sobre currículos, gênero e sexualidade**. Mazza Edições, 2018.

PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 132-146, 2019.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes. **Não importa o tipo de homem que você é...? Modos de subjetivação masculina na publicidade oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008-2016)**. 2017.

RONCALLI, Angelo Giuseppe, **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

**IX Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade**
V Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade
V Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade.

SANTOS, Helen Barbosa dos. **Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Ação Integral à Saúde do Homem.** 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa 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: Fundo de População das Nações Unidas; p. 39-61, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima *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.

SILVA, T. **A produção social da identidade e da diferença.** In: SILVA, Tomaz Tadeu da. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais.* Petrópolis, RJ: 2008.

SILVA, Glebson Moura. *Metodologias Ativas de Ensino na Graduação em Enfermagem: reflexões sobre a formação profissional na perspectiva da integralidade,* Universidade Federal de Sergipe, Programa de pós- graduação em Educação – PPGED - Doutorado em Educação, 2017.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; SEFFNER, Fernando. *A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos.* **Cadernos Pagu**, p. 261-297, 2015.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; SOUZA, Marina Gomes Coelho de; MÜLLER, Rita de C. Flores. *Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC.* **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 973-994, 2010.