

Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira

Thiago F. Pinheiro; Márcia T. Couto & Geórgia S. Nogueira da Silva

Autor referente: tfpinheiro@usp.br.

Depto. Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

Depto. Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 01/10/2012

RESUMO

Na direção dos estudos sobre a relação entre a construção social das masculinidades e o processo saúde-doença-cuidado, este artigo apresenta depoimentos de homens, usuários de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), acerca de suas construções identitárias e da relação que essas mantêm com questões como o reconhecimento de problemas de saúde e a procura por cuidado. Os dados são provenientes de pesquisa multicêntrica, orientada pela perspectiva etnográfica e voltada à investigação da relação entre homens e serviços de APS em cidades de quatro estados brasileiros. Trata-se de um recorte, referente a entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 60 homens, usuários de duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas na cidade de Natal.

Nos depoimentos a respeito do que caracteriza o ser homem, destacam-se as associações entre ser homem e ser forte, e entre os homens e o (não) cuidado. São expressas também percepções acerca do uso das unidades por parte dos homens e da configuração da estrutura desses serviços, no que diz respeito à atenção fornecida a homens e mulheres. Os discursos são ambivalentes; recorrem a características, valores e estereótipos de gênero, por outro lado, os criticam ou problematizam. Uma rearticulação de concepções estereotipadas e naturalizadas de gênero, presentes nas interações sociais e nas práticas de saúde, se delineia com um desafio especialmente importante no atual cenário de construção política e institucional da atenção à saúde dos homens.

Palavras-chave: Saúde do homem; Cuidado; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Following the direction of the studies on the relationship between the social construction of masculinities and the health-disease-care process, this article presents depositions of men, users of

facilities of Primary Health Care (PHC), about their identity constructions and the relationship that they have with issues such as the recognition of health problems and seeking care. Data are from a

multicentered survey, guided by ethnographic perspective and focused on investigating the relationship between men and PHC facilities of cities in four Brazilian states. In this part, semi-structured interviews conducted with 60 men, users of two Basic Health Units, located in Natal, are analyzed. In the depositions about what characterizes being a man, two associations are highlighted: between be a man and be strong, and between men and (not) care. Perceptions are also expressed about the use of the units by men and the configuration of the structure of these

facilities, in respect of the care provided to men and women. The speeches are ambivalent; they resort to gender characteristics, values and stereotypes and, on the other hand, they criticize or problematize these constructions. A rearticulation of stereotyped and naturalized gender conceptions, present in social interactions and health practices, is delineated like an especially important challenge in the current scenario of political and institutional construction of the men's health care.

Keywords: Man's Health; Care; Primary Health Care

No campo da saúde, os estudos sobre masculinidades começaram a ser realizados com relativo atraso, se comparados aos estudos acerca da saúde da mulher. Esse descompasso reflete, entre outros fenômenos, as construções simbólicas que associam o feminino ao cuidado e às práticas de saúde e, em contraposição, os homens ao descuido ou não cuidado.

Trata-se, no entanto, de uma configuração complexa, construída com base em pelo menos dois paradoxos. O primeiro deles diz respeito ao lugar ocupado pelos homens na produção do conhecimento em saúde. Tradicionalmente, os homens ocupando a posição de destaque nos estudos, como produtores e como objeto de investigação, representando o parâmetro normativo do 'modelo natural' de ser humano e de corpo, sobre o qual se desenvolveu grande parte do saber. Por muito tempo, a produção do conhecimento foi feita por homens e sobre homens (Kimmel, 1992). No entanto, em tais produções, foram abordados de modo abstrato, a partir de um referencial reducionista e generalizador, que pouco avançou na direção de compreender as especificidades dos homens, enquanto sujeitos concretos, dotados

de formas singulares de construir e vivenciar a masculinidade em seus contextos socioculturais.

O segundo paradoxo remonta a atenção que a medicina moderna lançou sobre as mulheres, abordadas como objeto de estudo, e o conseqüente processo de medicalização do corpo feminino. De um lado, esse processo esteve vinculado à produção da nova tecnologia médica, cujo aprimoramento possibilitou significativas mudanças nas condições de saúde e sobrevivência da população em geral e, em especial, de mulheres e crianças (Vieira, 2002). Por outro lado, subsidiou a manutenção do controle social sobre as mulheres. Nesse contexto, o conhecimento acerca do feminino foi construído 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 foi descrita em termos de patologias; e da frigidez como indicativo de que o prazer sexual não era necessário (Rohden, 2001).

Diferentemente do que ocorreu com as mulheres (que começaram, a partir do movimento feminista, na década de 1960, a reagir de forma expressiva a tal controle e a criticar a abordagem reducionista da medicina moderna), os homens passaram a ser abordados em estudos mais pontuais, a partir do referencial das masculinidades. De acordo com Sabo (2000), a produção acadêmica das masculinidades, voltada às questões de saúde-adoecimento, emergiu no final da década de 1970 nos Estados Unidos.

No Brasil, esse enfoque ganhou visibilidade na década de 1990, quando passaram a ser produzidos estudos sobre o modo como os homens entendem e expressam identidades de gênero. Ainda nessa década, começaram a ser realizados estudos

epidemiológicos, que ressaltaram sobretaxas de mortalidade dos homens em relação às mulheres em todos os grupos etários (Laurenti, Buchalla, Mello Jorge, Lebrão, & Gotlieb, 1998; Medrado, Lyra, & Azevedo, 2011).

A Atenção Primária em Saúde (APS) se destaca como um contexto privilegiado para a investigação e discussão da relação entre os homens e os aspectos de saúde-adoecimento, uma vez que possibilita enfatizar questões como o acesso aos serviços de saúde pública e a conformação de ações voltadas para a atenção às especificadas de gênero.

No contexto brasileiro, a APS está atrelada à expansão da rede assistencial ao alcance de todos. Com uma estrutura instrumental material mais simplificada, a APS se coloca como a 'porta de entrada' para o sistema público de saúde, destinando-se a receber as pessoas na busca inicial por cuidado e a atuar nas demandas primárias, assim como propor encaminhamentos adequados no interior do sistema (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 2000). Dessa forma, representa um esforço para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolide, fortalecendo os vínculos entre serviço e população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência.

De acordo com o estudo de Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito (2002), realizado a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), os serviços da APS (definidos como postos ou centros de saúde) sobressaem como os serviços de saúde mais procurados por homens e mulheres, residentes da zona rural do país. Na zona urbana, a busca pelos serviços da APS fica atrás apenas da procura por consultórios particulares (sistema privado de saúde), configurando,

ainda assim, a primeira opção da maioria das pessoas quando consideramos apenas o sistema público de saúde.

No presente artigo, discutimos a articulação entre masculinidades e o processo saúde-doença-cuidado, no contexto dos serviços da APS no Brasil, com base em dados provenientes de pesquisa empírica, analisados na dissertação de mestrado do primeiro autor (Pinheiro, 2010), elaborada sob orientação e com colaboração da segunda e da terceira autoras respectivamente. A análise estabelece diálogo com outros estudos provenientes da mesma pesquisa (Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Nogueira da Silva, Gomes, Schraiber, & Santos Figueiredo, 2010; Schraiber, Santos Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin, Nogueira da Silva & Valença, 2010; Machin, Couto, Nogueira da Silva, Schraiber, Gomes, Santos Figueiredo, Valença & Pinheiro, 2011) e com demais referências presentes na literatura sobre masculinidades no campo da saúde.

Para tanto, apresentamos depoimentos de homens, usuários de serviços da APS a respeito de suas construções acerca do que é ser homem e de como se relacionam com o adoecimento, as práticas de saúde e o uso dos serviços. Por fim, contextualizamos tais depoimentos com o atual cenário de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que foi oficialmente lançada no Brasil em 2009, pelo Ministério da Saúde [MS](2009).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tais depoimentos, assim como a dissertação referida, são provenientes de pesquisa multicêntrica voltada à investigação da relação entre homens e serviços de APS em

ciudades de quatro estados brasileiros (Couto, Schraiber, Gomes, Nogueira da Silva, Valença, Machin & Santos Figueiredo, 2009). A pesquisa foi orientada pela perspectiva etnográfica, que tem longa tradição na antropologia e dispõe como pressuposto fundante da interpretação dos aspectos simbólicos e culturais nos contextos sociais em que ocorrem (Peirano, 1995).

Trata-se de um recorte, referente à investigação de dois serviços da APS, localizados na periferia da cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, estado situado no Nordeste do Brasil. Ambos os serviços configuram-se como Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, portanto, assistem, por meio de atividades internas e externas, a população residente na área geográfica demarcada como sendo responsabilidade sanitária de cada uma (MS, 2007).

Os dados apresentados e analisados a seguir foram colhidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com 60 homens, usuários das UBS (30 de cada uma), recrutados no próprio contexto de funcionamento dos serviços. Esses homens têm idade variando entre 16 e 68 anos e residem nos arredores de uma ou de outra dessas UBS e podem ser caracterizados, grosso modo, como inseridos num contexto de pobreza urbana.

O trajeto analítico-interpretativo foi orientado pela hermenêutica filosófica, segundo a qual a interpretação está vinculada ao sujeito que se implica na compreensão. Assim, o encontro entre o sujeito que busca conhecimento e o sujeito que informa é melhor definido como um diálogo, em que, em vez de alcançar o significado contido no fenômeno, se negocia tal significado. O compreender e o interpretar consistem sempre em participar de um diálogo em que os horizontes se fundem (Ayres, 2008).

Ao longo da análise, são transcritos termos e trechos de depoimentos dos entrevistados, com intuito de ilustrar a argumentação. Reservamos o uso de aspas duplas para tais excertos.

O QUE É SER HOMEM E O QUE ISSO TEM A VER COM CUIDADO

No cotidiano das UBS, a despeito de discursos de profissionais e de usuários, que reconhecem semelhanças entre homens e mulheres, assim como entre o corpo masculino e o feminino (ambos sujeitos ao adoecimento, com necessidades de saúde), constantemente se recorre à diferença sexual e ao gênero para caracterizar os sujeitos, suas demandas e a própria assistência.

As diferenças identificadas entre homens e mulheres no que diz respeito ao corpo, ao comportamento e, em especial, à sexualidade constituem um dos mais fortes sistemas de referência para as interações sociais (Bourdieu, 1999). No contexto da atenção à de saúde, onde os corpos e a sexualidade também são *locus* ou objeto de intervenção da medicina e dos profissionais de saúde de forma geral, esse sistema apresenta-se como fundamental na orientação da estrutura dos serviços, das práticas de cuidado e do modo de interação social.

Tal diferenciação é central nos depoimentos dos entrevistados a respeito do que caracteriza o ser homem. Em diferentes momentos, eles recorrem ao que Scott (1986) definiu como dimensão relacional de gênero, expressando-se a partir da contraposição entre os homens e as mulheres. Os principais núcleos de sentidos que emergem nessa construção são as associações entre ser homem e ser forte, e entre os homens e/ o (não) cuidado.

Para alguns entrevistados, a primeira associação aparece na fórmula que situa os homens como mais fortes do que as mulheres. A fala de um dos homens, apresentada a seguir, é ilustrativa da construção binária a respeito do que é masculino e feminino e de como a força é constitutiva do ser homem. Esse entrevistado realiza trabalhos como *drag queen*, assumindo eventualmente uma identidade feminina.

“Eu sou Pedro (risos). Trabalho vestido de homem, normal. {Aí, quando vai fazer um trabalho de dragqueen, se veste como mulher...} Aí já não sou eu, quem tá em mim é Paloma, não sou eu. (...) {A Paloma é mulher, então?} É, mas ela não perde o lado masculino dela. {Como assim?} Assim, às vezes dela se defender de uma chacota, esses negócio, com certeza quem vai baixar sou eu, Pedro. {Quer dizer que, mesmo quando passa a ser Paloma, ainda mantém uma coisa do Pedro aí, que se precisar se defender é ele que aparece.} É, pra tomar as dores. {O homem defendendo a mulher.} É.”

O ser forte é descrito não apenas em termos de força física, podendo se referir a aspectos emocionais ou à ideia de estrutura psíquica: “ser homem mesmo pra aguentar a corrupção, as mazelas do mundo afora”. Em todo caso, a força serve de justificativa para os homens não reconhecerem o adoecimento (traduzido como fragilidade) e não buscarem cuidado:

“Mulher tem aquele problema de menstruação, né? Aí, tem mês que tem que vim no médico pra ver aquilo, né? E o homem não

liga não. O homem não. Uma dor de cabeça passa; uma dor no peito passa. Pr'o homem é assim."

Esses depoimentos seguem na mesma direção de outros estudos sobre masculinidades e saúde, nos quais a resistência dos homens a reconhecerem problemas de saúde e buscarem assistência têm sido atrelada à construção social das masculinidades, orientada pelo modelo hegemônico, caracterizado, entre outros aspectos, pela negação das fraquezas e vulnerabilidades e controle físico e emocional (Valdés & Olivarría, 1998; Courtenay, 2000).

Por outro lado, essa construção é acessada pelo viés da problematização. Alguns homens questionam ou discordam que ser homem é equivalente a ser forte, especialmente quando a força assume o significado de violência, quando o ser forte é "ser agressivo". Referem-se àquela postura como algo "do passado" ou sustentado por outras pessoas, com as quais não se identificam.

Nesta formulação, há um reconhecimento mais explícito da necessidade de se reconhecer os problemas de saúde e de recorrer aos serviços de saúde, tanto para a assistência específica aos problemas identificados, como na busca de uma inserção mais consistente no cenário do cuidado e do funcionamento dos serviços:

"A mulher não tem que [vir ao serviço] de seis em seis meses? O homem tem que vim também. E eu acho que é muito raro ver homem fazendo exame de seis em seis meses. Entendeu? Aquele exame da próstata, explicar mais como é isso aí, a gente vê só pela televisão. (...) Devia ter mais e ter mais divulgação."

O segundo núcleo de sentido refere-se à associação com o cuidado. A ideia de que o ser homem pode ser compreendido a partir da negação do cuidado está presente na perspectiva dos profissionais de saúde, que, tendo como horizonte uma noção naturalizada de cuidado com característica feminina, acabam por reproduzir e reforçar a ideia de que o corpo masculino é o *lócus* do não cuidado (Machin et al, 2011). Nesse sentido, tendem não apenas a invisibilizar a presença dos homens nos serviços e a expressão de suas demandas, mas também a não reconhecerem nesses sujeitos um potencial de cuidado (Couto et al., 2010).

Essa associação também está presente no imaginário dos homens usuários das UBS. Entre os entrevistados, é marcante a expressão da imagem do homem como sujeito que “não cuida”, “é cabeça dura”, “é mais fechado”, “faz mais extravagância”... Ao mesmo tempo, o ser homem também é descrito nas entrevistas a partir de associações positivas como o cuidado: “ter cuidado consigo mesmo”, “ter cuidado com a saúde” ou “ser cuidadoso”. Embora essas formulações possam ter sido influenciadas pela desejabilidade social diante da temática predominante no roteiro da entrevista, apontam para a possibilidade de se associar cuidado e masculinidade, ao contrário do que indicam as articulações identificadas entre cuidado e gênero.

Adicionalmente, na expressão dos homens, tornam-se visíveis outras formas de cuidado com saúde, diferentes das consagradas, tais como “ser cabeça fria”, “não ser muito estressado”, e outros significados para o termo, como “cuidar da família” e “cuidar da casa”, equivalentes, segundo eles, a prover, proteger e orientar. Esses significados são especialmente interessantes porque colocam o homem no papel de cuidador. Nesse caso, mesmo que não se trate a princípio do cuidado em saúde,

pode se estender a ele, quando, por exemplo, o papel é encarado como o dever de “ensinar [aos filhos] como é que se cuida da saúde”.

Nesta análise, buscamos ressaltar a ambivalência dos discursos dos homens, usuários dos serviços da APS. Enquanto sujeitos socializados a partir do sistema de referência marcado por gênero, eles recorrem a características, valores e estereótipos de masculinidade e feminilidade e os atualizam na forma de compreenderem e lidarem com a saúde e o cuidado. No entanto, considerando o conjunto dos homens entrevistados, essa reprodução não ocorre de forma linear, confirmando puramente a valorização de aspectos pronunciados pelo modelo hegemônico de masculinidade. Contrastam discursos que o fazem e discursos que criticam ou problematizam tais aspectos. Assim, é mais plausível apontar núcleos de sentido das construções do ser homem, porém menos como uma tendência e mais como um lugar comum, passível de repetição, assim como de ressignificação.

ATENÇÃO AOS HOMENS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os serviços da APS, por sua tradição de assistência materno-infantil, estendida posteriormente a outros segmentos populacionais, em especial adolescentes e idosos, apresentam marcas de gênero em sua estrutura e modos de funcionamento. Seguindo a tendência do modelo vigente na APS, as UBS pesquisadas configuram-se como lugares feminizados, que oferecem mais espaços e vias de inserção no cotidiano dos serviços às mulheres do que aos homens, sobretudo os adultos (Santos Figueiredo, 2005; Schraiber e outros, 2010; Couto e outros, 2010).

Os usuários entrevistados reforçam a perspectiva de que os homens buscam menos do que as mulheres os serviços de saúde devido a características próprias de suas construções de masculinidades (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Machin, et al., 2011). Ao mesmo tempo, expressam a percepção de que estruturalmente os serviços não disponibilizam para eles uma assistência à altura da oferecida às questões específicas das mulheres.

“Então, se tivesse assim um atendimento só pra o homem, como tem pra mulher quando ela tá gestante, examina todinha, tem a ultra... Pronto! Se tivesse um negócio desse assim pra o homem, seria melhor, né? Porque se tivesse assim a tecnologia como tem pra mulher, que passasse assim no corpo do homem, ou nas partes íntimas dos homens, pra saber se existe alguma doença por dentro, alguma coisa assim.”

A lacuna na estrutura dos serviços ainda é sentida pelos homens em função da falta de atendimentos direcionados especificamente aos homens ou de um profissional que se dedique às necessidades de saúde dos homens, sobretudo às questões relativas à sexualidade. Na configuração da ESF, embora não haja profissionais especialistas (apenas generalistas), são oferecidos atendimentos ginecológicos, como parte da agenda de atividades.

A marcante presença da cobertura ginecológica, em contraposição à ausência de ‘espaços’ voltados especificamente aos homens na lógica organizacional das UBS, pode ser vista na fala de um usuário, que, ao tentar se referir a demandas específicas da sexualidade masculina, lança mão de uma imagem que ele tem dificuldade de nomear:

[Se eles podem ter algum problema de saúde] *por serem homens? É, doenças, assim... Como é que eu posso dizer? Questões ginecológicas, nesse caso sim, né? Mulher não tem? Homem tem também.*

Tais reivindicações, feitas pelos usuários chamam a atenção para a necessidade de dar visibilidade a tais demandas e às lacunas apontadas na assistência prestada. Esses depoimentos situam os homens como atores que reconhecem necessidades de saúde ou, ao menos, expressam o desejo de ter uma maior e mais qualificada atenção em saúde, o que vai ao encontro dos princípios orientadores de políticas públicas de saúde no Brasil, que preveem uma assistência integral a homens e mulheres, com acesso universal em condições equânimes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, no Brasil, encontra-se em processo de implementação a PNAISH, lançada em 2009 e com propostas de ações direcionadas prioritariamente para a APS (MS, 2009). Trata-se de uma configuração posterior ao momento da coleta dos dados que ancoram a presente discussão. Acreditamos, todavia, que o rápido panorama traçado neste artigo, em conjunto com diferentes estudos sobre o contexto das relações de gênero na APS, pode servir de norte para a inclusão dos homens no sistema público de saúde e a configuração de uma assistência que possa lhes oferecer respostas para suas demandas em saúde e modificar o atual cenário de morbimortalidade que acomete de forma discrepante os homens em relação às mulheres (Laurenti, Mello Jorge, & Gotlieb, 2005).

Isso implica considerar que a construção da atenção à saúde dos homens depende de mudanças na estrutura dos serviços de saúde, criando-se mais espaços e possibilidades de inserção para os homens, mas também de rearticulação das concepções estereotipadas e naturalizadas de gênero que moldam as interações sociais e as práticas de saúde.

Um dos principais desafios nessa empreitada talvez esteja em articular a construção das masculinidades com o cuidado em saúde, tanto na perspectiva dos profissionais de saúde quanto na dos homens usuários (reais ou potenciais) dos serviços. Para tanto, é importante considerar as barreiras socioculturais configuradas por tal construção, assim como dar visibilidade e atenção às falas dissonantes, que questionam ou contradizem as noções cristalizadas de que os homens padecem menos do que as mulheres de problemas de saúde, não reconhecem suas vulnerabilidades, não desejam ser cuidados e não lançam mão de recursos de auto e hétero-cuidado.

Considerando que a atenção à saúde da mulher, no Brasil, articulada desde a década de 1980, com o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM, reconfigurado e ampliado como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM (MS, 2004), não se efetivou plenamente, há ainda desafios consideráveis a serem superados, entre os quais se destaca a consolidação de uma abordagem do corpo feminino para além do foco na reprodução (Medeiros & Guareschi, 2009).

Nesse sentido, o atual cenário configura a demarcação de políticas públicas de saúde configuradas a partir da noção de gênero e com propósitos de assistir homens e mulheres em suas necessidades específicas e minimizar as

desigualdades de gênero no campo da saúde. Dessa forma, as ações em favor da saúde do homem e da saúde da mulher podem não apenas ser articuladas na direção da construção de uma atenção integral em saúde, como compreendidas como partes da construção de um cuidado em saúde, que consiga acolher diversos sujeitos em suas singularidades e suas construções identitárias. Ou, como propõe Ayres (2004), um cuidado imediatamente interessado “no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (p. 22).

Referências

- Ayres, J. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.*, 13(3), 16-29.
- Ayres, J. (2008). Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*, 4(2), 159-172.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes*. Brasil: Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Política Nacional de Atenção Básica (4ª ed.) Recuperado de http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/0/108-politica_nacional_atencao_basica.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasil: Brasília, DF.
- Courtenay, W. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Couto, M., Pinheiro, T., Valença, O., Machin, R., Nogueira da Silva, G., Gomes, R., Schraiber, L., & Santos Figueiredo, W. dos. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.*, 14(33), 257-270.
- Couto, M., Schraiber, L., Gomes, R., Nogueira da Silva, G., Valença, O., Machin, R., & Santos Figueiredo, W. (2009). *Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)*.

Relatório de pesquisa ao CNPq. São Paulo, SP, Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Gomes, R., Nascimento, E., & Araújo, F. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574.

Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis internacional - Ediciones de las Mujeres*, 17, 129-138.

Laurenti, R., Mello Jorge, M., & Gotlieb, S. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Laurenti, R., Buchalla, C., Mello Jorge, M., Lebrão, M., & Gotlieb, S. (1998). *Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

Machin, R., Couto, M., Nogueira da Silva, G., Schraiber, L., Gomes, R., Santos Figueiredo, W. Valença, O., & Pinheiro, T. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(11), 4503-4512.

Medeiros, P. & Guareschi, N. (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 31-47.

Medrado, B., Lyra, J. y Azevedo, M. (2011). Eu não sou só próstata. Eu sou um homem. Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. En R. Gomes (Org.), *Saúde do homem em debate* (pp. 39-74). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Peirano, M. (1995) *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Pinheiro, T. (2010) *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites*. Dissertação de mestrado, São Paulo, SP, Brasil: Universidade de São Paulo.
- Pinheiro, R., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. (2002) Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Rohden, F. (Ed.). (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sabo, D. (2000). Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49(3).
- Santos Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Schraiber, L., Santos Figueiredo, W., Gomes, R., Couto, M., Pinheiro, T., Machin, R., Nogueira da Silva, G., & Valença, O. (2010) Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Schraiber, L., & Mendes-Gonçalves, R. (2000). Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: L. Schraiber, M. Nemes, & R. Mendes-Gonçalves (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica* (pp. 29-47). São Paulo: Hucitec.
- Scott, J. (1986). Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053-1075.

Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) (1998). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Chile, Santiago: FLACSO.

Vieira, E. (2002) *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Formato de citación

Pinheiro, T. F., Couto, M. T. y Nogueira da Silva. G. (2012) Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 177-195. Disponible en:
[www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
