

# A produção dos corpos masculinos como lócus do cuidado: uma análise de gênero acerca dos profissionais da saúde

Márcia Thereza Couto; Rosana Machin

Autor referente: marthet@usp.br

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
Universidade Federal de São Paulo, Campus Santos

## Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 01/10/2012

## RESUMEN

El estudio analiza los conceptos de género y masculinidades de los profesionales sanitarios de atención primaria en cuatro estados de Brasil desde dos perspectivas: los significados asociados con ser hombre y la relación masculinidad y atención de salud. El estudio cualitativo es parte de un estudio multicéntrico con referencia a los métodos de triangulación. Se analizaron 69 entrevistas en profundidad a los trabajadores de salud con nivel terciario. La investigación reveló la permanencia de ideas basadas en la dualidad que estructura lo femenino/masculino. Los discursos (re) producen la idea de que los servicios son "espacios" feminizados,

lo que se traduce en la vida cotidiana mediante un refuerzo de la idea del cuerpo masculino como el centro de no atención y se opone al cuerpo femenino como el lugar de atención. Despuntan la representación de profesionales sobre los hombres enfocada en presencia de un fuerte patrón de masculinidad hegemónica que influye en la poca relación estos con los cuidados en la salud. La existencia de un modelo estereotipado de género implica la (re) producción de las desigualdades entre hombres y mujeres en el cuidado de la salud y pone en peligro la visualización de otros significados y expresiones de las identidades de género.

**Palabras clave:** Masculinidad; Género; Salud del hombre; Atención primaria en salud.

## ABSTRACT

This paper analyses the conceptions of Primary Health Care's professionals about gender and masculinities in four Brazilian states. It is based on two perspectives: the means related to being man and the relationship masculinity and health care. This qualitative study is a part of a research, which used convenience sampling and triangulation method. Sixty nine deep interviews with graduated health professionals were analyzed. The research revealed permanence of ideas based in the duality which structures the feminine/masculine. The discourses (re)produce the notion the facilities are "feminized spaces". In

facilities daily routine, this notion is translated as a reinforce of the idea the masculine body as locus of no care, in opposition to feminine body comprehended as locus of care. In the representations of professionals about men, it protrudes an intensive presence of a hegemonic pattern of masculinity, which influences the few involvement of men with health care. The existence of a stereotyped gender model (re)produces disparities between men and women in the health assistance and compromises the visibility of others means and expressions of gender identities.

**Keywords:** Masculinity; Gender; Men's health; Primary Health Care

Os estudos de masculinidades ganharam destaque nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no Brasil e nos demais países da América Latina. As dimensões dos processos de saúde-adoecimento dos homens têm constituído objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços de saúde, sendo a sexualidade e a saúde reprodutiva temas privilegiados.

Nesse âmbito, os trabalhos têm abordado os homens por meio de distintas perspectivas: de forma instrumental como apoio (ou não) à saúde das mulheres; pelo reconhecimento de suas necessidades de saúde; de responsabilização por práticas sexuais de risco e de afirmação da necessidade de sua participação nas questões de saúde reprodutiva e sexual como integrante dos direitos reprodutivos

(Arihã, Ridenti, & Medrado, 1998; Giffin, 2005; Schraiber, Gomes, & Couto, 2005; Medrado, & Lyra, 2008).

A perspectiva de gênero, sob a qual se apoiam grande parte dos estudos, contribui para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento dos homens (Courteney, 2000; Keijzer, 2003; Couto, & Schraiber, 2005). Nesta perspectiva, gênero é compreendido enquanto princípio ordenador do pensamento e ação. As masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos ou padrões de comportamentos a serem seguidos.

A ideia dos serviços de saúde, incluindo especialmente os serviços de APS, como um espaço feminino foi construída por meio do longo processo de apropriação do corpo da mulher visto como corpo reprodutivo, objeto de estratégias de controle do saber biomédico (Rohden, 2001) e separado do domínio da sexualidade. O corpo masculino, por sua vez, permaneceu como corpo reprodutor e, por não ter sido alvo de investimento do saber biomédico tal qual o corpo da mulher, permaneceu como “desconhecido”. Também, e ao contrário do que aconteceu às mulheres, o corpo masculino foi investido de uma natureza sexual, que, isolada da reprodução, permaneceu reconhecido como dotado de maior liberdade no exercício da sexualidade, ainda que, no modelo de masculinidade hegemônica (Connell, 1995), essa sexualidade seja estruturada em torno da heterossexualidade e da dominação das mulheres (Gomes, 2008).

A partir deste breve panorama e de uma análise inicial publicada recentemente (Machin, Couto, Nogueira da Silva, Schraiber, Gomes, Santos Figueiredo, Pinheiro, 2011) levantamos questões sobre saúde da população masculina na APS tomando como referência os discursos dos profissionais de saúde de diferentes estados brasileiros que atuam em serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS): como estes profissionais interpretam as demandas e necessidades de saúde dos homens no contexto assistencial; como concebem a presença e participação dos homens nos processos de cuidado em saúde? Entendemos que o debate sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca dos homens e das masculinidades constitui importante passo para a identificação de como a perspectiva de gênero pode auxiliar na compreensão acerca das relações sociais no mundo da vida e de suas transposições para os espaços assistenciais de cuidado à saúde e, deste modo, potencializa a problematização de possíveis mecanismos geradores de desigualdades entre homens (e homens e mulheres) no cotidiano da assistência à saúde brasileira.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este artigo tem como referência empírica os dados provenientes de um estudo mais amplo que tratou da relação homem-assistência à saúde em cidades de quatro estados brasileiros: Pernambuco (Recife e Olinda); Rio de Janeiro (Rio de Janeiro); Rio Grande do Norte (Natal) e São Paulo (São Paulo e Santos) (Couto, Schraiber, Gomes, Nogueira da Silva, Valença, & Machin, 2009). O projeto que

originou a pesquisa de campo foi submetido e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número 0032/07. No recorte aqui empreendido, são analisados apenas os serviços de APS, o que totaliza oito campos e, nestes, as entrevistas realizadas com os profissionais da assistência destes serviços que possuíam formação de nível superior.

Ressalte-se que como critérios de seleção dos serviços foram considerados: serviços com tempo de funcionamento de pelo menos dez anos, sendo que a equipe de profissionais saúde em atividade funcionasse há, pelo menos, dois anos; serviços que apresentassem volume de demanda igual ou maior a mil atendimentos/mês; serviços com equipe multiprofissional.

A pesquisa mais ampla se apoiou, em termos de referenciais teórico-metodológicos, na perspectiva etnográfica, que tem como aspecto fundante a interpretação dos aspectos simbólicos e culturais nos contextos sociais em que ocorrem (Geertz, 1997). Com base nesta perspectiva, foram mapeadas as questões de gênero presentes nas ações cotidianas da APS, expressas em termos de: quais questões emergem, como são apresentadas, o modo pelo qual as equipes de trabalho das unidades as compreendem como pertinentes ao trabalho em saúde, e como as enfrentam. A investigação mais ampla teve como referência a proposta de avaliação a partir da triangulação de métodos (Minayo, Assis, & Souza, 2005), fazendo uso dos seguintes instrumentos: etnografia dos serviços, entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior, grupos

focais com profissionais de nível médio, entrevistas semiestruturadas com usuários, estudo de prontuários dos usuários entrevistados.

Neste trabalho analisa-se o contexto assistencial da APS e as concepções de seus profissionais de nível superior. Ao todo foram entrevistados 69 sujeitos com diferentes áreas de atuação (médica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, odontologia, serviço social). Foram entrevistados 19 profissionais no RJ; 18 no RN; 14 em PE e 18 em SP. Conforme a caracterização geral da APS, nos oito serviços houve predomínio de mulheres entre os profissionais, numa relação de 9 mulheres para cada homem, sendo que a maior concentração ocorreu no Rio de Janeiro (16:3). Nos quesitos idade e tempo de atuação profissional no serviço as mulheres também apresentaram diferenças em relação aos homens, seja pela média de idade mais avançada (48 anos) contra a dos homens (37 anos), seja pelo maior tempo de atuação, com cerca de oito anos a mais. Dentre os entrevistados houve predomínio das seguintes características sociodemográficas: faixa etária de 26 a 45 anos, cor autorreferida branca, ensino fundamental completo, situação conjugal casado ou em união estável.

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

Na análise das entrevistas os depoimentos foram organizados considerando a área de formação profissional e situando-a no interior de sua posição em um *habitus* profissional (Bourdieu, 1989). A partir disto, e da leitura exhaustiva do material, emergiram categorias relacionadas à percepção dos profissionais sobre os homens e as masculinidades e estas foram consideradas sem procedermos à distinção entre os oito serviços investigados, já que entendemos que a forma como os serviços se estruturam em termos de equipamentos materiais e recursos humanos, assim como a orientação de suas ações assistenciais, guardam grandes semelhanças, já que todos fazem parte da APS.

As categorias que emergiram dos depoimentos foram analisadas no âmbito dos significados de gênero sobre usos e efeitos das práticas sociais e das relações de poder (Scott, 1995; Connell, 1995).

## OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE

Nos depoimentos dos profissionais sobre os homens e suas relações com a saúde e o cuidado sobressaiu um poderoso imaginário social de gênero e, muitas vezes, estereótipos impregnados pelo olhar e vivência do trabalho assistencial com os homens (e, em oposição, com as mulheres).

Assim, diferenças existentes entre homens e mulheres nos serviços de saúde são tratadas pelos profissionais como características da dimensão cultural do “ser

homem” e do “ser mulher”. Em diferentes momentos das entrevistas e a partir de variados tópicos (como procura/acesso, comportamento/adesão e necessidade/demanda) a polarização entre feminino e masculino foi mencionada. Mais especificamente, a referência ao domínio cultural quando se trata da identidade feminina acaba por remeter, muitas vezes, a determinadas especificidades que por serem reconhecidas como do campo biológico, orgânico ou mesmo das patologias tendem a reaproximar a mulher da ótica da natureza, naturalizando o dado cultural.

Assim como outros estudos mostram (Couto, Pinheiro, Valença, Machin, Nogueira da Silva, Gomes,... Santos Figueiredo, 2010; Gomes, Moreira, Nascimento, Rebello, Couto, & Schraiber, 2011, Toneli, Souza, & Müller, 2010), há um reconhecimento dos profissionais de saúde entrevistados de que é baixa a procura espontânea dos serviços de APS pelos homens. As explicações para tal fato estão assentadas em uma concepção tradicional do homem como mais próximo da cultura e a mulher da natureza, indicando a incorporação de estruturas sociais de distinção entre os sexos, que fundamentam gêneros construídos como “essências sociais hierarquizadas” (Bourdieu, 1999).

Os homens, descritos como pertencendo, neste caso, "essencialmente" como do âmbito da cultura são confrontados, por oposição, às mulheres, que são tomadas a partir da referência à anatomo-fisiologia e, em especial, ao que diz respeito à reprodução e seus aspectos correlacionais como contracepção, gestação, parto e puerpério. Compreende-se aqui que o aspecto cultural associado ao "ser homem"

reforça um modelo de masculinidade socialmente construída e idealizada (força, virilidade, objetividade, distanciamento emocional, comportamento de risco), em oposição ao "ser mulher" que é identificada e naturalizada com elementos socialmente atribuídos à feminilidade como a fragilidade e sensibilidade.

Nota-se que o padrão de masculinidade compartilhado pelos profissionais de saúde vai ao encontro de uma referência à masculinidade hegemônica cujo exercício traz riscos à saúde e reforça o não envolvimento masculino com questões relativas ao auto cuidado em saúde. Assim, os homens são concebidos como "seres" que reprimem necessidades e cuidados de saúde, negam fraquezas ou vulnerabilidades (Courtenay, 2000; Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007; Santos Figueiredo, 2005). Ainda no âmbito das distinções ancoradas na cultura, a força e a virilidade identificadas como atributo do masculino são traduzidas no espaço do serviço de saúde como elementos reveladores de uma fraqueza e fragilidade do homem em face do cuidado com o corpo, com a saúde.

A referência à construção social da masculinidade hegemônica que associa o homem ao não cuidado também sobressai nas falas dos entrevistados quando estes caracterizam os usuários masculinos dos serviços a partir das patologias que apresentam. Nestes termos, o homem é um "ser" que apenas busca o serviço quando sua saúde está visivelmente afetada. Noca (2011), em estudo recente acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2009) - que busca alicerçar suas ações na APS e a partir da dimensão da prevenção em saúde -, aponta que é importante notificar, entre os

profissionais da saúde, a existência da referência de que o homem está ausente do cuidado em saúde e, deste modo, o discurso destes profissionais está produzindo um "bio-homem", uma vez que as ações para a população masculina nos serviços de saúde compõem um esquema de dispositivo biomédico. Por certo, é a fixação da arquitetura do bio-homem que tenderá a legitimar e, com isso, corre-se o risco de naturalizar o mecanismo da prevenção, ainda tão incipiente quando se fala em ações de saúde para os homens. Podemos, portanto, assistir a um processo histórico de criação de necessidades de saúde para o corpo masculino que, em última instância, pode responder a necessidade de controle dos corpos masculinos e da vida e saúde dos homens, obrigado-os a se submeterem ao dispositivo biomédico cuja prevenção é apenas uma de suas múltiplas facetas.

Nesta linha de argumentação, quando os profissionais de saúde referem que há menor presença dos homens nas unidades estão considerando aspectos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. O trabalho é mencionado como um problema, porque as unidades de saúde não possuem terceiro turno (noturno) para o atendimento dos homens trabalhadores-provedores, seja pela existência de uma cultura social e do mundo do trabalho que desvaloriza a ausência masculina motivada por saúde/doença ou pelos homens evitar assumir essa busca pelo receio de revelarem fragilidades no seu contexto social (Gomes e outros, 2011, Couto e outros, 2010). Mas uma vez a dimensão relacional da construção de gênero se impõe, dado que as usuárias do sexo feminino são, nas

falas dos profissionais, mais preocupadas com a dimensão da prevenção em saúde e mais disponíveis às regras das rotinas assistenciais dos serviços.

Ao mesmo tempo em que os serviços reconhecem a mulher como alvo preferencial de suas intervenções e como aquela que sempre comparece às unidades identificam-na como uma figura problemática que apresenta, muitas vezes, queixas vagas e inespecíficas, podendo ser descrita pelos profissionais de saúde, de forma desqualificadora, como “poliqueixosa”, por apresentar sintomas consequentes de situações vividas no âmbito social e não imediatamente identificadas como da ordem da saúde e da doença. Nesse contexto, as demandas masculinas, por oposição, serão reconhecidas como mais objetivas e diretamente referidas a determinadas patologias médicas (Toneli e outros, 2010; Santos Figueiredo, 2005). Entretanto, uma importante ressalva deve ser assinalada. A distinção entre homens e mulheres no tocante ao uso dos serviços de APS é parcialmente neutralizada quando os profissionais tomam por referência os homens idosos. Assim, a dimensão geracional em associação com a dimensão de gênero traz novos elementos para se pensar a relação profissionais de saúde e usuários no contexto assistencial. Em outras palavras, os cuidados que os homens precisam ter em relação a sua saúde não estão vinculados ao fato de estarem vivos ou de serem um corpo orgânico que necessita de cuidados anuais, diários, constantes, mas situa a obrigatoriedade da prevenção a partir de diferentes faixas etárias, sendo que os idosos se aproximariam das mulheres por permitirem maior gerenciamento sobre suas condições de saúde e por

apresentarem maior abertura ao trabalho de prevenção e promoção da saúde comparativamente aos jovens e aos adultos-jovens.

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

A partir das falas dos profissionais vemos que a forma como os serviços de APS se estruturam e organizam suas ações reforça a ideia de que as mulheres dominam os códigos desse espaço provocando nos homens usuários a sensação de não pertencimento àquele espaço (Santos Figueiredo, 2008). Por princípio a assistência em Saúde Pública é voltada a toda a população, contudo se reconhece que o privilegiamento da mulher como alvo da intervenção acabou por estabelecer uma cultura profissional vinculada a esse segmento populacional (Gomes, 2008).

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

## CORPO MASCULINO: LOCUS DO CUIDADO OU DO NÃO CUIDADO EM SAÚDE?

Os profissionais de saúde da APS reconhecem a dificuldade dos homens usuários buscarem cuidados em saúde, ao mesmo tempo em que associam a noção de cuidado às mulheres. Pesquisas sócio-históricas revelam que durante séculos a reprodução da existência humana e o cuidado com os filhos foram reconhecidos como atividades relacionadas ao feminino, acabando por naturalizar essa relação. Ainda que tenha havido um progressivo acúmulo de reflexões no âmbito da promoção da saúde sob uma perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidado dos outros continuam ausentes do processo de socialização dos homens (Schraiber, 2005; Scavone, 2005).

Outro aspecto que mereceu destaque nas falas dos profissionais entrevistados diz respeito à construção dos argumentos sobre os homens usuários e seus processos de saúde-adoecimento a partir de uma lógica estritamente biomédica, tradicional e hegemônica, a qual apresenta a doença como categoria central e a partir da qual os homens são considerados. Tal lógica, instituída historicamente e reforçada culturalmente, tem sido basilar na formulação e na implementação das ações em saúde. A doença é, na verdade, o objeto-foco presente na narrativa dos profissionais, a qual vai de encontro ao discurso atual da Saúde Pública brasileira que está voltada para a promoção da saúde e vislumbra possibilidades para a legitimação de saberes e práticas, além do modelo cientificista (Luz, 2007). A ideia dos serviços primários de saúde como espaço feminilizado e do cuidado em saúde

como uma atribuição da mulher foi expressa igualmente no depoimento dos profissionais ao referirem que, muitas vezes, os homens chegam às unidades trazidos pelas mulheres de suas relações (mães, esposas, irmãs) que já se encontram vinculadas ao serviço (Couto e outros, 2010). Esse expediente inclusive é mencionado pelos profissionais de saúde como uma estratégia de adesão, que chegam a recorrer para mobilizarem os homens no uso das unidades de saúde.

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

Entretanto, tendo por referência a noção de cuidado há também o reconhecimento pelos profissionais de saúde de algumas mudanças em curso em razão de padrões familiares, situações de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho pretendemos nos aproximar da discussão acerca da relação homens e saúde problematizando a possível emergência da produção dos corpos masculinos como lócus de cuidado, a partir de material empírico constituído de entrevistas com profissionais da saúde de nível superior e que atuam no contexto da APS de quatro estados brasileiros. A discussão empreendida aponta que

gênero, como princípio ordenador e normatizador de práticas sociais, estrutura percepções e condiciona a prática dos profissionais de saúde entrevistados.

Os relatos destes profissionais revelam que, no plano das representações, os discursos estão assentados no imaginário social de gênero que reproduz estereótipos acerca do masculino (e do feminino) e reforça as distinções entre homens e mulheres relativas às necessidades de saúde, à percepção do adoecimento, ao acesso e uso dos serviços de saúde... Enfim, ao cuidado em saúde. As concepções de gênero dos profissionais não variaram nem em termos de profissão, nem em termos do sexo do entrevistado. Os homens são situados no pólo do não-cuidado (ausentes, pouco participativos, impacientes, desconhecedores dos códigos sociais que permeiam o atendimento na APS, buscam práticas curativas, etc.), enquanto às mulheres é atribuído o lugar do cuidado (maior presença, maior adesão às propostas dos profissionais, conhecimento e aceitação dos códigos sociais que permeiam o atendimento nos serviços, de temperamento pacientes, etc.).

É também o imaginário social de gênero que conforma o discurso dos profissionais de saúde acerca das diferenças entre homens e mulheres no tocante a aspectos como procura/acesso; necessidades/demanda e comportamento/uso de serviços. Tal discurso remete a uma lógica de essencialização do masculino (atrelado à cultura) e do feminino (atrelado à natureza) no que diz respeito ao cuidar e prevenir em saúde e, pois, no uso dos serviços de APS, bem identificado a um cuidar e prevenir. Essa essencialização leva à superposição dos elementos

que caracterizam o masculino e o feminino, como modelos, aos homens e mulheres, concretos e particulares, que se fazem presentes no cotidiano dos serviços. É claro que à lógica essecializadora de gênero articula-se a da medicalização, resultando, por vezes e contraditoriamente, em discurso naturalizador das diferenças de gênero no adoecimento e nas necessidades de saúde (Carrara, Russo, & Faro, 2009).

Os profissionais entrevistados reforçam, a partir de suas falas, o argumento cultural, socialmente construído e legitimado que autoriza o homem a não cuidar de sua saúde e, quando necessita, recorre a mediação com as mulheres de suas relações afetivo-familiares na busca de solução para seus problemas de saúde. Deste modo, observou-se a partir das falas dos entrevistados que o "bio-homem" está menos consolidado do que a "bio-mulher". Em outras palavras, sobressai na análise do material empírico a referência e o reforço do padrão de masculinidade hegemônico que estrutura comportamentos masculinos de não-cuidado em saúde. Assim, o reconhecimento ou não da doença por parte de homens (e mulheres) que aqui referimos também passa pelo crivo do homem generificado, isto é, se conforma a partir da socialização de gênero.

Considera-se, portanto, que o conjunto de tais representações tem implicações para a organização e rotina dos serviços, bem como nas relações entre profissionais-usuários no contexto assistencial, especialmente no contexto atual no qual se assiste a implantação de uma política brasileira focalizada na saúde do homem (Brasil, 2009).

Entende-se que esta política que focaliza sua ação no âmbito da APS deve ser alvo de reflexão crítica e debate por parte dos formuladores, dos movimentos sociais, da academia e da sociedade civil, incluindo especialmente os potenciais usuários destes serviços públicos de saúde. Entendemos, pois, que a incorporação e a efetivação do pressuposto de gênero acerca das masculinidades advoga favoravelmente em termos da ampliação da compreensão dos homens como sujeitos concretos e particulares e, com isto, possibilita o trabalho consistente e crítico de re-organizar os serviços de APS para que atendam os homens (e as mulheres) como sujeitos de necessidades particulares e de direitos iguais.

## Referências

- Arilha, M., Ridenti, S. G., & Medrado, B. (Orgs.) (1998). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Editora 34.
- Bourdieu, P. (1989). *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde [MS] (2009). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Autor.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, 19(3), 659-678.

Connell, R. (1995). *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley: University of California.

Courtenay, W. H. (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. T., & Schraiber, L. B. (2005). Homens Saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. Em M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra (Eds.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* (pp 678-694). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O. Machin, R., Nogueira da Silva, G. S., Gomes, R.,... Santos Figueiredo, W. dos. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 14(33), 257-270.

Couto, M. T., Schraiber, L. B., Gomes, R., Nogueira da Silva, G. S., Valença, O., & Machin R. (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 Final de Pesquisa*. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Geertz, C. (1997). *O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes.

Giffin, K. (2005). A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 47-58.

Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gomes, R., Moreira, M. C., Nascimento, E. F., Rebello, L. E., Couto, M. T., & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1), 983-992.

Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (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. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.

Keijzer, B. de (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos, y S. Vallens (Orgs.) *La Salud como Derecho Ciudadano: Perspectiva y Propuestas desde América Latina*. (pp. 137-152). Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida.

Luz, T. M. (2007). *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.

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

Medrado, B., & Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 809-840.

Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Noca, N. J. M. (2011). *Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco. Recife. Brasil.

Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Santos Figueiredo, W. dos. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.

Santos Figueiredo, W. dos. (2008). *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária* (Tese de

Doutorado em Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo. São Paulo.

Scavone, L. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife. Em W. Villela, & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 99-109). Rio de Janeiro: UNFPA.

Schraiber, L. B. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife En W. Villela, & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 30-61). Rio de Janeiro: UNFPA.

Schraiber, L. B., Gomes R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.

Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & realidade*, 20(2), 78-96.

Toneli, M. J. F., Souza, M. G. C., & Müller, R. C. F. (2010). Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis*, 20(3), 973-994.

## Formato de citación

---

Couto, M. T., Machin, R. (2012). A produção dos corpos masculinos como locus do cuidado: uma análise de gênero acerca dos profissionais da saúde. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 84-105. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)

---