

Nas Trilhas (des)conhecidas da saúde: a política pública de saúde para os homens no Brasil

Marlene Neves Strey; Kelly Cristina Kohn

Autor referente: streymn@pucrs.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Historia editorial

Recibido: 21/05/2012

Aceptado: 01/10/2012

RESUMO

Neste estudo, abordamos as diferentes formas de masculinidades e sua relação com a saúde, contempladas na Política de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH) implementada no Brasil no ano de 2009. Através de uma análise documental dessa política, pretendemos compreender os discursos masculinos que nela estão, bem como analisar a relação entre o discurso da política e as diferentes formas de produção de saúde. Devido a não estarem acostumados a se expor a um profissional de saúde, os homens sentem-se envergonhados, e além disso, atribuem sua baixa procura aos serviços de saúde, à

falta de cuidados e escuta adequadas com um olhar de gênero que possa dar conta de suas demandas. Essa nova política de saúde para os homens criada no Brasil pretende atuar de maneira a atingir uma mudança cultural, que possibilite aos homens maior cuidado com sua saúde. Além disso, olhar para os modos de produção de masculinidades nos dias atuais e seus discursos sobre saúde é estar atento aos comportamentos que, devido à herança pautada nas diferenças entre os sexos, contribui para obstaculizar o acesso dos homens aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Homens; Saúde; Políticas Públicas

ABSTRACT

In this study, we discuss the different forms of masculinity and relationship to health, contemplated in the National Politics for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) implemented in Brazil in 2009. Through a documental research of this politic, we intend understand the men discourses as well as analyzing the relationship between the discourse of politics of different forms of health production. Because they are not accustomed to being exposed to a health professional, men feel ashamed, and also attribute their low demand for health

services, lack of appropriate care and listening with a look of gender that can account their demands. This new health politic for men created in Brazil intends to act in order to achieve a cultural change, which allows men more careful with their health. Also, look for ways of producing masculinities today and his speeches on health behaviors is to be aware that due to inheritance guided the differences between the sexes contributes to obstruct the access of men to health service.

Keywords: Men; Health; Public Politics

A relação dos homens com a sua saúde acontece de maneira distinta das mulheres, que ao longo dos anos foram educadas para uma atenção com seu corpo nos diferentes estágios de seu ciclo de vida, resultando em uma maior naturalização da mulher em expor seu corpo a um(a) profissional da saúde. Já o homem, em função de como a masculinidade é conhecida, deve sempre demonstrar sua força e virilidade, o que impõe a eles padrões de comportamento que acabam por prejudicar o cuidado com a saúde. Esses padrões acentuam a dificuldade dos homens em lidar com seu próprio corpo e com suas emoções, bem como com as situações de adoecimento, uma vez que, ao serem reconhecidos na esfera do social, provando seu potencial principalmente para outros homens, não cabe a eles demonstrar que estão, portanto, vulneráveis.

O olhar para o próprio corpo também acaba remetendo à diferença biológica entre os sexos e a uma dominação dos homens sobre as mulheres, que foi sendo inscrita na realidade da ordem social que, conforme Bourdieu (1999, p. 33), “legitima uma relação de dominação, inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada”. Segundo o autor, o poder dos homens é também uma armadilha para eles próprios, uma vez que lhes impõe o dever de afirmar a todos a sua virilidade, buscando sua honra na esfera do público e para que sejam pertencentes a um grupo de homens machos, homens de verdade. Para Ramirez (1995), os discursos masculinos se constroem com base nas relações assimétricas entre os gêneros, mas mais do que isso, esses discursos são muitas vezes dirigidos a outro homem, a fim de expressar poder e situar esse outro na esfera do feminino.

Neste estudo, abordamos as diferentes formas de masculinidades, e sua relação com a saúde, contempladas na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) implementada no Brasil no ano de 2009. Através de uma análise documental dessa Política, pretendemos compreender os discursos masculinos que nela estão, bem como analisar a relação entre o discurso da Política e as diferentes formas de produção de saúde. Para fins de análise, utilizamos a análise de discurso proposta por Gill (2002), que define análise de discurso como sendo o nome dado a uma variedade de diferentes enfoques no estudo de textos, diferenciando-se em tradições teóricas, tratamentos e disciplinas, tornando-se possível demonstrar a construção da unidade de texto a partir do processo de produção de significados.

Nas tarefas do cotidiano, podemos perceber o quanto homens e mulheres são constituídos por meio de construções sociais que os atravessam nos diferentes contextos socioculturais em que vivem. É na socialização com outras pessoas que meninos e meninas constroem, desde a infância, conceitos de relação e dominação e do que constitui o masculino e o feminino. Os meninos, segundo Nolasco (1995), crescem à parte do universo feminino, pois suas brincadeiras e comportamentos são vigiados por sua família e escola, uma vez que devem estar de acordo com o que é *coisa de menino* e segundo o modelo patriarcal. Às meninas, por sua vez, competem atribuições que são *coisas de menina* e que reforçam os modelos de submissão do feminino pelo masculino. Com essa socialização diferenciada, incentivada pela família, escola, meios de comunicação, tanto os meninos como as meninas acabam por perder ou por ter diminuídas suas possibilidades de desenvolvimento humano completo, em que as chamadas características masculinas e femininas pudessem ser constantemente ativadas e apreendidas sem as travas dos estereótipos e do sexismo.

A maneira diferenciada com que vão percebendo os universos masculinos e femininos diminui as possibilidades de desenvolvimento em que diferentes maneiras de características masculinas e femininas poderiam ser percebidas, resultando em um crescimento que reforça não somente os estereótipos, mas o sistema binário de gêneros. O conceito de gênero é adotado aqui como forma de descrever as construções sociais que determinam aos meninos e às meninas formas de ser homem e ser mulher, ou seja, são os papéis sociais que lhes são atribuídos. Essa organização binária de força, em especial, quando se baseia nas

polaridades de gênero, efetua-se pelas mais variadas formas de poder que, por sua vez, são produtivas e estratégicas (Butler, 1987; Paim, & Strey, 2004).

Homens e mulheres aprendem a cuidar de sua saúde de maneiras distintas ao longo da vida. Aliás, cuidar da saúde é tarefa que as meninas aprendem desde cedo, pois isso está associado à sua saúde reprodutiva (Strey, 2002; Strey, & Pulcherio, 2010). Entre os meninos o discurso é outro, pois eles não aprendem a ter um autocuidado, uma vez que demonstrar dor ou fragilidade não combina com sua condição de homem. tudo isso leva a um caminho em que homens não aprendem a cuidar de si e de sua saúde, tarefa que é delegada a outras pessoas ao longo de suas vidas. Essas diferenças que vão sendo estabelecidas atribuem fragilidade e passividade à mulher e virilidade e poder ao homem, reforçando a dominação do masculino sobre o feminino, em que o poder atua de variadas maneiras, produzindo formas de viver e de cuidados com a saúde que são também diversas.

Devido a não estarem acostumados a se expor a um(a) profissional de saúde, os homens sentem-se envergonhados, principalmente no exame de próstata e, além disso, atribuem sua baixa procura aos serviços de saúde à falta de cuidados e escuta adequada, com um olhar de gênero que pudesse dar conta de suas demandas (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007, p. 565). As mulheres, por sua vez, são as que mais freqüentam a rede de assistência à saúde, sendo foco de programas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, familiarizadas, ao longo dos tempos, com intervenções sobre o seu corpo (Meyer, 2000, p. 117; Gomes, y outros, 2007, p. 565).

Em estudo de Schraiber, Santos Figueiredo, Gomes, Couto, Pinheiro, Machin, Silva, & Valença, (2010, p. 961), foi percebido como a pouca importância dada às especificidades de gênero contribuem para obstaculizar o acesso aos serviços de saúde, principalmente os serviços de atenção primária. Ainda nesse estudo, foi percebida a falta de vínculos com os homens, chamando a atenção para a ausência de um olhar de gênero que possibilitaria apreender novas necessidades e carências nos serviços de saúde. Percebemos, assim, como é delicada a situação dos homens diante dos serviços de saúde, aos quais eles pouco comparecem e, quando comparecem, enfrentam dificuldades pessoais e estruturais dos serviços, que em sua maioria não estão preparados para recebê-los com um olhar e escuta adequada.

O homem não é um sujeito ativo de sua saúde, pois não possui cuidados com ela. Nesse sentido, vários esforços estão sendo realizados pelo governo, tanto em nível estadual quanto federal, para dar conta da maior mortalidade masculina por problemas de saúde ou relacionados a ela. Campanhas sobre drogas, sexualidade, cuidados no trânsito são esforços que, somados, têm o intuito de alcançar a população masculina. Acrescenta-se a isso os programas de saúde dedicados aos jovens e aos idosos, que tentam minimizar problemas de saúde nessas duas faixas etárias. Entretanto, as faixas etárias situadas entre os jovens e os idosos não é abordada por esses programas de saúde, o que acaba reforçando a maior morbidade e mortalidade nessa população.

Até o ano de 2009, o homem era mencionado nas Políticas de Saúde associado às políticas de HIV/AIDS ou à sexualidade, no que diz respeito a problemas do

âmbito da fertilidade e, mais uma vez, sendo percebido como ligado às mulheres. O estudo das questões relativas aos homens, principalmente à sua saúde, vem sendo desbravado nos últimos anos, mas ainda há muitos mitos em torno dessa questão, principalmente culturais e vindos dos próprios homens. Atualmente, o modelo hegemônico de masculinidade, do macho, viril, forte, tem se tornado um problema para as questões de saúde. Isso acontece porque, entre os homens, não há uma cultura de autocuidado, pois eles são primeiramente cuidados por suas mães e depois por suas esposas, o que reforça o seu caráter dependente quando se trata da sua saúde, dificultando a promoção de medidas preventivas (Korin, 2001, p. 67; Braz, 2005, p. 97).

No Brasil, a discussão sobre a saúde dos homens teve seu início mediante esforços da Sociedade Brasileira de Urologia [SBU], que promoveu uma campanha no ano de 2008 tendo como tema a disfunção erétil. A partir daí, a SBU, apoiada pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão – que tinha como uma das metas de sua gestão a implantação de uma política de assistência à saúde dos homens -, começou a exercer forte pressão junto aos órgãos do Governo, aos Conselhos de Saúde e a outras entidades médicas, para que fosse lançada uma Política de saúde que tivesse como foco os homens.

Em agosto de 2009, após discussões entre pesquisadores/as, associações médicas e setores do Governo, entre outros, o MS lançou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – Princípios e Diretrizes. Além desse documento, também foi apresentado o Plano de Ação da PNAISH. Segundo o MS (2009), essa Política visa atender homens na faixa etária dos 25 aos 59 anos e

tem como objetivo ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, melhorando a assistência oferecida por meio de ações que promovam saúde, prevenção, informação e uma mudança cultural. A PNAISH é um programa pioneiro dentre os países da América Latina e está alinhada com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica [PNAB]. Na construção da Política, apoiada em estudos e pesquisas de instituições públicas e privadas, como a Sociedade Brasileira de Urologia e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outras, também se levou em conta a transversalidade com as demais políticas existentes, a fim de que houvesse uma interdependência entre elas (Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009), primando pela atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde. Entretanto, muitos comportamentos precisarão modificar-se para que a atenção primária se efetive como o primeiro local de acolhida das pessoas – e dos homens –, inclusive a postura de quem atende (que precisa estar preparado/a para escutar as demandas de ambos os gêneros).

Percebemos, assim, que somente após 20 anos de implantação no Brasil do Sistema Único de Saúde [SUS], é que o governo pensou em uma Política de Saúde para os homens e em uma forma de atender as demandas dessa população, que como alguns estudos constataram, já está presente nos serviços de saúde, mas aguarda seu atendimento ao lado da porta de saída (Schraiber, y outros, 2010, p. 961). A Política entende que é necessário promover a saúde e a prevenção das doenças que são evitáveis na população masculina, a fim de que diminuam os atendimentos na rede especializada de serviços. Para que isso

aconteça, primeiramente é preciso que os homens tenham acesso aos serviços de saúde e a PNAISH entende que esse acesso deve acontecer nos diferentes níveis de serviços e organizado em rede. Questionamos de que maneira isso será possível, se a maioria dos homens que acessa os serviços de saúde o faz através da atenção especializada? Ainda, de que maneira é possível trabalhar em rede se o homem parece ser invisível dentro das instâncias que o deveriam perceber enquanto sujeito de direitos? Por rede, entendemos um conjunto de serviços que estão organizados de forma a acolher os sujeitos no seu aspecto social e coletivo, ou seja, as redes estão organizadas a fim de promover articulações que insiram os sujeitos nos espaços coletivos das políticas públicas (Kern, 2006). A PNAISH entende que é necessário compreender as barreiras sócio-culturais e institucionais para promover estratégias, a fim de trazer os homens para os serviços de saúde. E para trazer os homens para dentro das unidades de atendimento à saúde, a Política propõe ações de promoção da saúde, respeitando os diferentes níveis de atendimento do SUS. Conforme o Ministério da Saúde, essas ações possibilitariam um aumento da expectativa de vida e redução da morbimortalidade. A promoção da saúde vem crescendo ao longo dos anos, com a valorização do conhecimento popular e da participação social, bem como com o avanço do movimento feminista, que possibilitou um “protagonismo social e político da mulher” (Czeresnia, & Freitas 2003, p. 16). Para tanto, a promoção da saúde pretende assegurar igualdade de oportunidades e permitir que as pessoas se capacitem para melhorar sua saúde e qualidade de vida (Buss 2003), e por meio disso as Políticas Públicas têm se constituído em um grande avanço.

A PNAISH menciona a opção estratégica do governo em atuar nas doenças e agravos à saúde que mais afetam os homens, que foram elencadas através de estudos com instituições públicas e privadas, e para isso, as ações de atenção à saúde estão voltadas para o autocuidado e o incentivo para que os homens busquem os serviços de saúde primários, antes que necessitem de atenção mais especializada. Questionamos, assim, que tipos de ações serão essas, pois estimular o autocuidado no homem que tem em si a cultura do não cuidado é um desafio. E, mais do que isso, requer cuidado ao mexer com questões culturais que perpassam a virilidade e força masculinas. Hardy e Jiménez (2001, p. 84) referem que a necessidade existente na sociedade de que os homens precisam corresponder a normas impostas sobre modos de ser homem, influencia na busca por ajuda nos serviços de saúde: “Para o homem é muito difícil ocupar o papel de paciente e com frequência ele nega a possibilidade de estar doente” justamente por que precisa demonstrar a todos e todas o quanto é forte e ativo. Para Toneli, Souza e Müller (2010, p. 973) é preciso lidar com os significados sociais que ainda colocam a mulher como cuidadora de uma maneira natural, a fim de que haja espaço para um cuidado que não esteja atrelado ao feminino.

A Política propõe perceber o homem através de uma perspectiva individual e relacional, evitando isolar homens e mulheres. Para tanto, propõe uma integração com outras Políticas de Saúde como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher [PAISM], relacionando questões que envolvem o casal. Nesse ponto, levantamos a seguinte questão: se a proposta é integração e não isolamento, uma Política para cada sexo já não seria um isolamento? Como

atender as demandas de populações marginalizadas, como gays, lésbicas, transexuais e travestis? Entendemos que o caminho a percorrer é longo e requer, além de diretrizes estratégicas, cuidado na forma de agir e de acolher todas essas formas de ser homem e ser mulher. Nesse sentido, a Política pretende atuar de maneira a promover a atenção integral à saúde dos homens de diferentes raças, etnias, orientações sexuais, como indígenas, negros, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros. Dessa maneira, pretende promover ações voltadas para a promoção da equidade dos diferentes grupos sociais e dos vários tipos de masculinidades existentes com a inclusão do enfoque de gênero, de orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas e nas capacitações técnicas que serão realizadas para melhor atender a essa população nos serviços de saúde.

Para tanto, a necessidade de mudança de paradigmas da percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde é enfatizada pela Política. Mas entendemos que essa mudança requer tempo e uma via de mão dupla, uma vez que os homens precisam perceber que são vulneráveis às doenças e o governo necessita compreender as diversas formas de masculinidades existentes.

Mas o que significa masculinidade? Para muitos(as) autores(as), a masculinidade é construída em um espaço político e social, sendo dependente de questões mutáveis e, por isso mesmo, tornando essa imagem fragilizada e ameaçada (Trevisan, 1998). Por estar situada no âmbito do gênero, a masculinidade

“representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em determinada cultura” (Gomes, Nascimento, & Rebello, 2008, p.1), e que se modificam ao longo do tempo. Burin (2000) refere que na atualidade, classe social, raça e orientação sexual tornaram-se fatores de diferenciação masculina, o que nos estudos de gênero se chama de masculinidades. Esse termo deseja abarcar todas as formas de ser homem, enfatizando que não existe uma única masculinidade hegemônica, mas várias, e que se a masculinidade é aprendida, construída, ela também pode modificar-se (Badinter, 1992, citada por Burin, 2000).

É esse sentido que queremos dar ao termo masculinidade quando falamos nas diferentes formas de ser homem. Desejamos compreender o homem não só em sua virilidade, mas nas suas fragilidades, sentimentalismos e também olhar para os discursos dos homens gays e transexuais que são excluídos dos programas de saúde. Além disso, olhar para os modos de produção de masculinidades nos dias atuais e seus discursos sobre saúde é estar atento(a) aos comportamentos que, devido à herança pautada nas diferenças entre os sexos, contribui para obstaculizar o acesso dos homens aos serviços de saúde. Nesse sentido, acreditamos ser possível a mudança no cuidado dos homens com a sua saúde, mas é preciso antes compreender as formas de ser homem, o que deve partir também do modo como esses homens são acolhidos nos serviços de saúde, que a Política pretende modificar, para que os homens sintam-se parte integrante deles. A maneira como isso ocorrerá depende não só da abertura dos homens para um cuidado maior com a sua saúde, mas também da mudança de

atendimento por parte dos(as) profissionais de saúde, que devem saber acolher as demandas masculinas e não restringi-las apenas a um foco sexual e reprodutivo.

Promover articulações, principalmente com o setor da educação, é outra diretriz da PNAISH, já que esse é um setor que pode auxiliar na mudança de comportamento dos meninos – e meninas também – no que diz respeito a hábitos saudáveis e cuidados com a saúde, uma vez que, segundo a Política, a educação é “promotora de novas formas de pensar e agir” (MS, 2009, p.30). Para tanto, procurar parceria com movimentos sociais e populares e instituições privadas a fim de que seja possível divulgar medidas preventivas é outra forma que a Política encontra para dar conta da população masculina que precisa receber informação e modificar alguns comportamentos em saúde.

Para que a Política se torne parte de todos e todas, o governo propõe uma articulação com outras áreas de instâncias federais e com o setor privado, a fim de que se forme uma rede visando o compromisso com uma melhor qualidade de vida. Esse é um grande desafio, já que a Política está em seu início, engatinhando no seu processo de implantação e implementação no Brasil, o que justifica a importância da problematização desta, a fim de que não se perca em seus propósitos. E por que então uma Política de Saúde específica para os homens? Entendemos que as Políticas de Saúde atuais podem ser vistas como resultado de um processo sócio-histórico que, ao longo do tempo, evidenciaram as diferenças entre os gêneros. O simples fato de haver uma diferenciação em termos de Políticas de Saúde para homens e mulheres, pautadas em lógicas que evidenciam com maior ênfase prevenção em relação a aspectos sexuais para eles, e cuidados

com a saúde em prol da integridade de seu aparelho reprodutivo e com o corpo para melhor receber seu(a) filho(a) para elas, já apontam a diferenciação dos papéis, que colocam ambos em posições distintas de prevenção.

Compreender, portanto, o comportamento em saúde dos homens é se colocar em um outro papel, numa outra relação. E atentar para os discursos que revelam comportamentos em saúde masculinos é tentar perceber de que maneira esses homens podem ser atingidos por uma Política de Saúde voltada para eles, que tenta olhar para eles na sua integralidade, mas que corre o risco de fixar-se em problemas sexuais e reprodutivos, já que essas são as maiores queixas masculinas quando procuram o serviço de saúde. Para tanto, não podemos considerar os comportamentos dos homens ao longo do tempo sem que isso esteja ligado às transformações nos comportamentos femininos, bem como com os papéis sociais que se modificaram com as conquistas das mulheres e outras classes militantes, como os negros e as negras, os gays e as lésbicas.

Entendemos ainda que as ideias e conceitos pautados na lógica da promoção da saúde que primam pela valorização do conhecimento popular e pela participação social, em conjunto com o avanço dos movimentos feministas, possibilitam um olhar social e político para homens e mulheres no campo da saúde. Promover saúde, ligando-a a outros conceitos que não aqueles pautados na doença, e conceituando-os enquanto modos de vida, que permitem a inclusão da cidadania e da equidade (Bernardes e Quinhones, 2009) possibilitam direcionar as práticas em saúde para além do que já está instituído, para além daquilo que posiciona homens e mulheres em situação de desigualdade, em marcas identitárias

cristalizadas, onde não são protagonistas desses serviços, mas sim meros receptores.

As Políticas Públicas existentes no Brasil reforçam o que a história nos conta: de que apesar dos homens serem tidos como o sexo forte, estarem no domínio das relações de poder e exercerem sua autonomia em uma sociedade patriarcal, quando o assunto são as políticas públicas a história muda seu curso e as mulheres e crianças passam a ser protagonistas, revelando que os gestores pensam primeiro em quem é menos favorecido, deixando de lado uma população que, ao menos no que diz respeito a saúde, é tão vítima quanto esquecida.

Os desafios da PNAISH são muitos, pois passam, em todos os seus aspectos, pela cultura machista em que vivemos. Ainda assim, acreditamos que são os desafios que promovem as mudanças e é preciso tentar mudar, senão nossa cultura, ao menos o comportamento masculino frente à sua saúde, e procurar, através de uma educação e de atitudes preventivas, promover esta mudança.

Trabalhar dentro da realidade da população e da cultura que o homem está inserido é um desafio para a PNAISH, uma vez que as diferenças existentes dentro de uma mesma cidade são enormes, quem dirá dentro do Brasil! Ao mesmo tempo em que a Política é bem-vinda e necessária a pouca divulgação para a população alvo e a generalização com a qual ela refere os homens são pontos a serem desenvolvidos, a fim de que eles sintam-se identificados com a causa e procurem cuidar mais de sua saúde.

Assim, a proposta de uma Política de Saúde para os homens coloca-os em posição de serem vistos na sua singularidade a partir de uma dimensão de

gênero. Essa dimensão relaciona homens e mulheres e permite que eles participem da construção de práticas de cuidado com a saúde e de programas que abordem as questões masculinas (Gomes, Moreira, do Nascimento, Rebello, Couto, & Schraiber, 2011, p. 983).

Para Braz (2005), é preciso repensar questões em relação à saúde dos homens, uma vez que eles também são oprimidos pela sociedade patriarcal e o modo como as relações entre os gêneros estruturam-se, ainda nos dias de hoje, não beneficiam a nenhum dos dois. No caso da saúde, “a mulher paga com a desvalorização de seu papel social e o homem paga com sua vida” (Braz, 2005, p. 103).

Para tanto, o desafio não estaria somente no modo como as informações são transmitidas, a fim de que os homens cuidem mais da sua saúde, mas também no conteúdo dessas mensagens. Mais do que conter um saber científico e hierarquizado, é preciso que as mensagens tenham a informação que vêm do próprio senso comum, dos saberes culturais e que são internalizados mais facilmente, pois estão em harmonia com as experiências das pessoas (Meyer, Mello, Valadão, & Ayres, 2006, p. 1335).

É necessário encontrar maneiras de modificar o acolhimento dos homens nos serviços de saúde, de forma que a baixa procura por serviços de saúde se torne o impulso para um caminho de cuidados com a saúde e mudança de hábitos de vida por parte dos homens, fazendo com que deixem de ser sujeitos invisíveis para se tornarem autores de sua própria visibilidade.

Referências

- Bernardes, A. G. & Quinhones, D. G. (2009). Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*, 40(2), 153-161.
- Bourdieu, P. (1999). *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2009, maio). Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem: princípios e diretrizes. *Nota Técnica, maio*.
- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil (2004). *Programa saúde da mulher*. Recuperado de www.saude.gov.br
- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil (2009). *Programa saúde do homem*. Recuperado de www.saude.gov.br
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.
- Burin, M. (2000). Construcción de la subjetividad masculina. En M. Burin, y I. Meler. *Varones: género y subjetividad masculina* (pp. 123- 147). Buenos Aires: Paidós.
- Buss, P. M. (2003) Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. Em D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Butler, J. (1987). Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. Em S. Benhabib, & D. Cornell (Coords.). *Feminismo como crítica da modernidade* (pp. 139-154). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Czeresnia, D., Freitas, C. M. (Orgs.) (2003). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. Em M. W. Bauer, & G. Gaskel (Eds.), *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: manual prático* (pp. 244-270). Petrópolis: Vozes.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araujo, F. C. (2007, março). 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.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Rebello, L. E. F. S. (2008) As representações da masculinidade e o ser homem. *Fazendo Gênero* 8, Florianópolis. Recuperado de www.fazendogenero8.com.br
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., do Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. de S., Couto, M. T. & Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 983-992.
- Hardy, E., y Jiménez, A. L. (2001). Políticas y estrategias en salud pública: masculinidad y género. *Revista Cubana Salud Pública*, 27(2), 77-88.
- Kern, F. A. (2006). A rede como estratégia metodológica de operacionalização do SUAS. Em J. M. R. Mendes, J. C. Prates, & B. Aginsky. *Capacitação*

sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação (pp. 62-74). Porto Alegre: Edipucrs.

Korin, D. (2001). Nuevas perspectivas de género em salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1414(7130), 67-79.

Meyer, D. (2000). As mamas como constituintes da maternidade: Uma história do passado?. *Educação e Realidade*, 25(2), 117-133.

Meyer, D. E. E., Mello, D. F., Valadão, M. M., & Ayres, J. R. de C. M. (2006, junio). "Você aprende. A gente ensina?": Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva de vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1335-1342.

Nolasco, S. (1995). *O mito da masculinidade* (2a ed.). Rio de Janeiro: Rocco.

Paim, M. C. C., & Srey, M. N. (2004). Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. *Lecturas: EF y Deportes*, 10(79). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd79/corpos.htm>

Ramirez, R. (1995). Ideologias masculinas: sexualidade e poder. Em S. Nolasco (Org.). *A Desconstrução do masculino* (pp.75- 82). Rio de Janeiro: Rocco.

Schraiber, L. B., Santos Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N., & Valença, O. (2010, maio). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970

Strey, M. N. (2002). A construção social/pessoal das crenças de saúde/doença das mulheres. Em M. S. Strey, A.V. Lyra, & L. M. S. Ximenes. (Orgs.).

Gênero e questões culturais: a vida de mulheres e homens na cultura.

Recife: UFPE.

- Strey, M. N., & Pulcherio, G. (2010). As tramas de gênero na saúde. Em M. N. Strey, C. Nogueira, & M. R. Azambuja (Orgs.). *Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros* (pp. 11-33). Porto Alegre: Edipucrs,.
- Toneli, M. J. F., Souza, M. G. C., & Müller, R. de C. F. (2010). Masculinidades e Práticas de Saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 973-994.
- Trevisan, J. S. (1998). *Seis balas num buraco só: a crise do masculino*. Rio de Janeiro: Record.

Formato de citación

Strey, M. N. Kohn, K. C. (2012). Nas Trilhas (des)conhecidas da saúde: a política pública de saúde para os homens no Brasil. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 220-239. Disponible en: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
