THIAGO FÉLIX PINHEIRO

**A abordagem à sexualidade masculina na atenção
primária à saúde: possibilidades e limites**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinheiro, Thiago Félix

A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde :
possibilidades e limites / Thiago Félix Pinheiro. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Sexualidade 2.Masculinidade 3.Gênero e saúde 4.Atenção
primária 5.Saúde do homem

USP/FM/DBD-359/10

DEDICATÓRIA

A três homens importantes:

Gessy, meu avô (*in memoriam*),

Hélio, meu pai, e Tauan, meu irmão.

AGRADECIMENTOS

Eu queria mesmo era fazer esses agradecimentos em um contexto mais informal, no meio de uma conversa, depois de uma reunião, em um café, numa mesa de bar... Nessas ocasiões em que a felicidade e a satisfação que sentimos em relação a certos encontros parecem estar impressas na cara, na fala, na própria presença e, dessa forma, costumam ser tomadas como óbvias. Especialmente para não correr o risco de tomar como óbvios meus agradecimentos, faço o exercício de ocupar este espaço com o registro das felizes e frutíferas parcerias que vivi durante este trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à pessoa com quem compartilhei mais de perto essa construção, minha orientadora, Márcia Thereza Couto Falcão, sobretudo pela acolhida atenciosa, pelo aprendizado, pela aposta e pelo companheirismo que marcaram este processo.

Agradeço também à pessoa que abriu o caminho para esta empreitada, Georgia Sibeles N. da Silva. Como professora, parceira de trabalho e amiga, tem me presenteado com luz e inspiração.

A Wagner Figueiredo, pelas discussões, pela partilha de material e, sobretudo, de questões, assim como pelas contribuições feitas no exame de qualificação.

Aos professores Lília Blima Schraiber, Romeu Gomes, Rosana Machin e Otávio Valença, que, juntos com os anteriores, me receberam em grupo de pesquisa com o qual aprendi muito, tanto nas horas de trabalho quanto nos momentos entre elas.

Ao Prof. José Ricardo Ayres, que me possibilitou encontrar na Saúde Coletiva o eco de escolhas que eu trouxe da Psicologia e reafirmar o sentido dessa transição no caminho que acabei seguindo. Agradeço ainda pelo aprendizado nas aulas, no grupo de estudo e pelas contribuições feitas no exame de qualificação.

À Profa. Simone Diniz, pelos importantes questionamentos e direcionamentos dados no exame de qualificação.

Aos professores André Mota e Vera Paiva, pelo subsídio que suas disciplinas ofereceram ao meu trabalho.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, na figura prestativa de sua coordenadora, a Profa. Hillegonda Maria Novaes.

A Lilian Prado e Ricardo Góes pelas informações e orientações, imprescindíveis na minha estadia nesse departamento.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa e pelo incentivo à pesquisa realizada.

Aos/às amigos/as do grupo de pesquisadores com quem trabalhei na coleta de dados em Natal: Eva César, Rafael Figueiró, Maria Isabel Moura, Deise Areias, Leonardo Martins e, especialmente, a Leonardo Cavalcante e Felipe Serquiz, parceiros de vida.

Aos/às participantes da pesquisa, sobretudo àqueles/as que, de tanta abertura, se tornaram fundamentais à nossa inserção no campo.

A José Pinheiro e Dorian Setúbal, professores cuja importância que tiveram em minha graduação justifica a homenagem para além dela.

À fisioterapeuta Francilla Rodrigues e à médica Lucy Nagato, pelo cuidado.

Aos/às que, como se não bastasse serem amigos/as, acompanharam, torceram, criticaram e em muito contribuíram com este trabalho.

Entre esses, aos/às que têm estado mais perto e participado da minha vivência em São Paulo: Janaína Aguiar, Julliana Rodrigues, Lígia Polistchuck, Louise Elali, Brunno Cocentino, Demian Alves, Francisco Júnior, Márcio Lugó, Heloisa Hanada e Cláudio Aquino.

E também aos que, de longe, se fizeram presentes neste projeto, assim como se fazem em bem mais: Soraya Souza, Keyla Mafalda, Patrícia Cordeiro, Jéssica Noca, Marcelo Chaves e Wagner Souza.

Finalmente, agradeço à minha família pelos amores e incentivo, especialmente à minha mãe que, além de ser linda (ou talvez por isso), acompanha, tenta entender, se preocupa e, por fim, torce pelos projetos desse filho.

Temos que enlouquecer o nosso verbo,
adoecê-lo de nós, a ponto que esse verbo
possa transfigurar a natureza. Humanizá-la.

Manoel de Barros

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO: revisão histórico-conceitual	7
Sexo característica e sexo órgãos	8
Sexo prática	13
Perspectiva de gênero	17
Sexo, sexualidade e gênero como construções sociais	19
2. HOMENS, MASCULINIDADES E SEXUALIDADE: relações com a saúde na atenção primária	24
Homens e saúde	25
Masculinidades e saúde: a partir da perspectiva de gênero	29
Sexualidade masculina	32
Homens nos serviços da APS	39
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	43
Descrição geral da pesquisa e delineamento do recorte	43
Etnografia: construção da pesquisa de campo	47
Inserção dos pesquisadores no campo: de olheiros a estagiários	50
Hermenêutica filosófica: interpretação dos dados	52
4. PREFIGURAÇÃO	57
Cenário pesquisado	57
As Unidades Básicas de Saúde	59
Os homens usuários	62
A construção do ser homem	65
Masculinidades e sexualidade masculina	68
5. CONFIGURAÇÃO	74
Abordagem à sexualidade masculina na APS	74
Distribuição de camisinhas para os homens e para as mulheres	79
DST/AIDS: um paradoxo na assistência aos homens	92
Problemas relativos à ereção: uma questão individual ou uma necessidade de saúde?	104
Prevenção do câncer de próstata: novo contorno no corpo e na sexualidade masculinos	113

Sexo órgão e sexualidade na relação profissional-usuário: o reconhecimento dos pares	119
6. REFIGURAÇÃO	127
ANEXOS	140
REFERÊNCIAS	151

RESUMO

Pinheiro TF. *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

A relação masculinidades-saúde tem sido investigada por vários estudos nos últimos anos. A aproximação dos homens às práticas de cuidado e aos serviços de saúde é apontada como um desafio que esbarra na construção social das masculinidades e no direcionamento dos serviços para a atenção a mulheres e crianças. Este trabalho tem o objetivo de compreender como as questões relativas à sexualidade masculina são abordadas na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, investiga como homens, situados no contexto de pobreza urbana, percebem e lidam com a sexualidade e com necessidades em saúde sexual; como a sexualidade masculina se configura como tema e demanda nos serviços de saúde e como interagem profissionais e usuários frente a ela. Trata-se de um recorte de pesquisa multicêntrica, voltada para a investigação da relação dos homens com os serviços de Atenção Primária à Saúde. Este recorte se detém à análise da observação etnográfica da estrutura e do funcionamento de duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Natal/RN, Brasil, e de entrevistas semi-estruturadas com 57 homens, usuários desses serviços. O trajeto analítico-interpretativo foi orientado, no campo teórico, pela perspectiva de gênero e, no campo metodológico, pela hermenêutica filosófica. Os resultados permitem vislumbrar a relação entre diferentes construções do ser homem e o exercício da sexualidade. Nos serviços pesquisados, além de uma desigualdade na atenção dada a homens e mulheres, nota-se que a abordagem à sexualidade de ambos é feita de forma diferente. Está presente a imagem de uma sexualidade masculina ativa, impulsiva e exacerbada, em oposição à de uma sexualidade feminina passiva e atrelada à reprodução. Isso pode ser visto na distribuição de camisinhas, feita para os homens com sentido prioritário de prevenção de DST/AIDS e para as mulheres como método contraceptivo. Destacam-se ainda, como assuntos dessa abordagem, as DST/AIDS, problemas relativos à ereção e a prevenção do câncer de próstata. De forma geral, a abordagem à sexualidade masculina é reduzida aos termos da medicalização e cerceada por valores morais. Não são considerados os sentidos e significados que os assuntos apresentados podem assumir para os homens. Além disso, as demandas em saúde sexual apresentadas pelos usuários recebem pouca atenção e são, com frequência, consideradas como alçada de serviços especializados. Configura-se, assim, um quadro em que a vulnerabilidade dos homens ao adoecimento sexual parece estar atrelada, para além dos aspectos individuais e sociais da construção das masculinidades, à elaboração das políticas públicas de saúde e à estrutura organizacional dos serviços. O trabalho aponta para a possibilidade de articulação do pólo homem-sexualidade, pouco presente nos serviços, ao pólo mulher-reprodução. Defende a adoção de uma noção de saúde sexual e uma abordagem da sexualidade masculina (e feminina) mais contextualizadas com a perspectiva de gênero, dos direitos sexuais, da promoção e proteção da saúde.

Descritores: Sexualidade, Gênero e Saúde, Masculinidade, Saúde do Homem, Atenção Primária à Saúde

SUMMARY

Pinheiro TF. *The approach to male sexuality in Primary Health Care: possibilities and limitations* [dissertation]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010.

In recent years, many studies have been investigating the relationship between masculinities and health. The approximation of men to care practices and to health facilities is pointed as a challenge once it stumbles on the social construction of masculinities and on directing the facilities' attention to women and children. This work aims to understand how issues of male sexuality are approached in Primary Health Care. In order to do this, it investigates how men placed in the context of urban poverty perceive and deal with sexuality and sexual health needs, how male sexuality is shaped as theme and demand in health facilities, and how practitioners and service users interact facing it. It's a part of a multicenter research project that investigates the relationship between men and Primary Health Care facilities. This part focuses on the analysis of ethnographic observations of two Basic Health Units' structure and operation in the city of Natal, Brazil, and on semi-structured interviews with 57 men, users of these facilities. The analytic and interpretative path was guided by gender theory and philosophical hermeneutics. The results allow us to have a glimpse of the relationship between different constructions of being a man and exercising sexuality. In the facilities studied, not only it is given unequal attention to men and women, but the approach to each gender's sexuality is done differently. The image of male sexuality presents itself as active, impulsive and exacerbated, in opposition to the image of female sexuality, seen as passive and linked to reproduction. This can be noticed in the condoms' distribution — it is primarily given as STD/AIDS prevention for men, and as a contraceptive method for women. Also, STD/AIDS, problems related to erection and prevention of prostate cancer stand out as subjects of this approach. Generally, the approach to male sexuality is reduced to terms of medicalization and restrained by moral values. The possible sense and meanings men can interpret in the subjects presented are not considered. Furthermore, the sexual health demands presented by men receive little attention and are frequently understood as competence of specialized facilities. Thus, it is configured a framework in which men's vulnerability to becoming ill seems to be leashed, not only to individual and social aspects of the construction of masculinities, but also to the developed health public policies and the facilities organizational structures. This work points to the possibility of articulation between man-sexuality (hardly present in the facilities) and woman-reproduction. It defends the adoption of a sexual health notion and an approach for male (and female) sexuality more contextualized with the perspective of gender, sexual rights, and the promotion and protection of health.

Descriptors: Sexuality, Gender and Health, Masculinity, Men`s Health, Primary Health Care

APRESENTAÇÃO

Em quase todas as vezes que eu respondi de que tratava este trabalho de mestrado, me deparei com a necessidade de explicar ou justificar o porquê de estudar os homens num contexto de saúde. Adotar o tema das masculinidades como preocupação não parecia óbvio à primeira vista, embora sempre acabasse fazendo sentido nas discussões que costumavam seguir a explicação.

Isso, certamente, se deve ao fato de que falar de desigualdades de gênero tomou historicamente um caminho prevalente: pensar nas opressões ou desvantagens sofridas pelas mulheres. Essa direção foi firmada pela amplitude das discussões e lutas feministas e também pela legitimidade de sua crítica às assimetrias presentes nas relações de gênero em favor dos homens. Todavia, se por um lado a popularidade das reivindicações feministas fez da ‘questão das mulheres’ uma realidade reconhecida por todos, por outro tornou menos factível se pensar em outras possibilidades de desigualdade de gênero.

Depois de mais de três décadas do *boom* do feminismo, ao longo das quais diversas conquistas se deram no campo político e acadêmico, embora ainda exista muito a conquistar nessa direção, o cenário permite que ultrapassemos representações em que as mulheres sempre aparecem como vítimas e os homens como vilões e atentemos para situações de desigualdades em que os homens são os desfavorecidos. Falo, na verdade, de uma situação específica, a que se conforma na área da saúde, comumente caracterizada em termos de uma proximidade das mulheres (e ‘suas’ crianças) em relação às práticas de cuidado e aos serviços de

saúde, em oposição a uma distância entre os homens e tais dimensões. Por trás dessa caracterização senso comum, se disfarça uma desigualdade na atenção, refletida no reconhecimento das questões femininas e das práticas de cuidado realizadas pelas mulheres e invisibilidade das dos homens (Figueiredo, 2008; Couto *et al.*, 2010).

O que se defende não é uma inversão discursiva, que tome os homens como vítimas e a atenção prioritária às mulheres como vilã. Mas a reafirmação do propósito de equidade de gênero, que é (ou deveria ser) ideal primário do movimento feminista emancipatório. Trata-se aqui também de denúncia, uma vez que chamar a atenção para especificidades dos homens no contexto da saúde se justifica menos pelas particularidades do corpo, da ‘natureza’ ou do adoecimento masculinos do que pela conformação de uma desigualdade social em razão do que se construiu como próprio do masculino.

Esse ‘novo olhar’ também não foi óbvio para mim. Os estudos sobre masculinidade, por exemplo, não fizeram parte da minha formação em Psicologia; tampouco essa temática esteve no cerne das discussões que acompanharam minha graduação. Veio, por certo, como consequência do meu envolvimento com a área da saúde e com temas relacionados à sexualidade e gênero. O contato com a problemática da saúde dos homens se deu de forma efetiva (para além de minhas inquietações como homem vivendo num mundo orientado pelo gênero) a partir do convite para integrar, em Natal/RN, um grupo de pesquisadores de campo em um projeto multicêntrico voltado à investigação da relação entre os homens e os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) de quatro estados brasileiros.

Essa pesquisa me possibilitou ultrapassar o lugar comum de tal problemática. Embora tenha sido possível reafirmar que os homens lidam com a saúde de forma

bastante diferente de como as mulheres o fazem e, junto disso, procuram menos os serviços de saúde e demonstram menos práticas de cuidado do que elas, pude perceber outro lado dessa situação: como no contexto da assistência em saúde, em especial no âmbito mais básico (que também deveria ser o mais acessível) da rede pública, são produzidas atenções desiguais para mulheres e homens, desde a estrutura dos programas até a postura dos profissionais, resultando em maiores acolhimento e inserção delas e menores abertura e visibilidade a eles.

Esses dois lados se entrelaçam e produzem um contexto caracterizado por tensões e lacunas e que, portanto, demanda abertura a olhares e rotas diferentes dos consagrados. Foi sobre tal cenário e sobre as questões provenientes de sua observação que se debruçou a equipe de pesquisadores/as da qual fiz parte, nas reuniões coordenada pela Profa. Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O mesmo aconteceu em encontros com pesquisadores/as das outras regiões envolvidas na pesquisa, entre os/as quais estava a coordenadora geral do projeto, a Profa. Dra. Márcia Thereza Couto, que, posteriormente, tornou-se minha orientadora.

A idéia já existente de ingressar no mestrado tomou forma mediante o envolvimento com essa pesquisa, frente à possibilidade de trabalhar com os dados colhidos e realizar uma reflexão científica a partir deles. Nesse sentido, tornou-se necessário desenhar um recorte que refletisse uma questão mais específica dentro da problemática investigada. Escolhi a *sexualidade* como viés para pensar a relação masculinidade-saúde, passando a delinear meu objeto de estudo também com base nas relações saúde-sexualidade e masculinidade-sexualidade.

Como têm demonstrado alguns autores (Leal e Boff, 1996; Valdez e Olivarría, 1998; Portella *et al.*, 2004; Silva, 2001, 2007; Schraiber *et al.*, 2005; Gomes, 2008), na íntima relação entre gênero e sexualidade, encontra-se a relevância da dimensão sexual para a saúde dos homens. A sexualidade, aspecto central da construção e manutenção da(s) masculinidade(s), dado que parte das representações do masculino se expressam concretamente na esfera sexual, revela-se fundamental também na relação do homem com o corpo e com a saúde.

Muitos estudos que investigam essa relação, no entanto, têm abordado a sexualidade a partir da idéia de fatores de risco à saúde, sempre focalizando o conflito entre os comportamentos oriundos da configuração social da masculinidade ou de sua ‘natureza’ e a necessidade de controlá-los em nome da prevenção (Arihla, 2005).

Pouco se caminhou na direção de compreender o lugar da sexualidade na forma dos homens perceberem e lidarem com a saúde, de pensar na inter-relação do pouco espaço destinado tanto à discussão da sexualidade quanto aos homens, de se proporem abordagens da sexualidade como algo que possa aproximar os homens das práticas de cuidado ou mesmo como uma direção na qual os serviços possam lhes oferecer cuidado de modo a acolhê-los em suas especificidades e inseri-los na assistência.

Na busca de tal compreensão, este trabalho se propõe a investigar como as questões relativas à sexualidade masculina são abordadas no contexto da APS. Mais especificamente, como tais questões surgem nos serviços, se os carecimentos e as necessidades de saúde sexual se configuram como demandas e se a abordagem profissional tem promovido uma assistência acolhedora, integral e efetiva em termos

de cuidado. Para tanto, se detém na forma como homens, usuários dos serviços, situados no contexto de pobreza urbana, percebem e lidam com sua sexualidade no que diz respeito ao cuidado e às necessidades de saúde sexual; como a sexualidade masculina emerge como tema e demanda nos serviços e como os profissionais interagem com os usuários no contexto da assistência.

Essa pretensão tem especial relevância ao ser contextualizada no debate acerca da teoria e da prática em Saúde Pública e, sobretudo, no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva (Paim e Almeida Filho, 1998; Paim, 2006). De acordo com Schraiber *et al.* (2005), foi, de modo mais particular, a discussão acerca da promoção da saúde – cuja definição positiva implica questões de direitos e de equidade – que contribuiu para inclusão da saúde dos homens sob a ótica das masculinidades no primeiro plano dos temas atuais da Saúde Coletiva.

São essas questões que permitem olharmos para a presença pouco expressiva dos homens nos serviços da APS para além de um reflexo da socialização masculina, entendida como antagônica ao cuidado, mas de modo a reconhecer o próprio cuidado como um direito dos homens (Nascimento, s/d) e perceber como a estruturação das políticas e serviços de saúde participam na conformação de uma assistência desigual.

A percepção dessa desigualdade tem desencadeado ações programáticas que focalizam a construção do ser homem diante da sexualidade e de outros aspectos nos serviços de saúde da América Latina (Gomes *et al.*, 2005) e, mais especificamente no Brasil, o recente lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. É nessa ocasião que se torna imprescindível discutir a relação dos homens com a saúde, com a sexualidade e com os serviços, inclusive com propósito de subsidiar a discussão que fundamenta tais propostas e de avaliá-las criticamente.

No âmbito da APS, especialmente nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), vista como porta de entrada do sistema público de saúde e tática para a reorientação do modelo de atenção (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Paim, 2006), parece-me frutífero discutir como a sexualidade masculina tem sido abordada. A partir disso, podemos refletir como os homens são (ou deixam de ser) inseridos na assistência, isto é, como essa porta se abre para eles, sobretudo, em função de uma temática à qual são facilmente associados e que lhes parece cara.

O percurso desta discussão abrange, após essa apresentação da problemática, uma revisão teórica dos estudos de sexualidade e da perspectiva de gênero e, em seguida, dos estudos sobre saúde dos homens e masculinidades. Na sequência, são esclarecidos os aspectos metodológicos do trabalho, para finalmente serem apresentadas e discutidas as questões centrais da investigação.

1. SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO: revisão histórico-conceitual

- Pai...
- Hmm?
- Como é o feminino de sexo?
- O quê?
- O feminino de sexo.
- Não tem.
- Sexo não tem feminino?
- Não.
- Só tem sexo masculino?
- É. Quer dizer, não. Existem dois sexos. Masculino e feminino.
- E como é o feminino de sexo?
- Não tem feminino. Sexo é sempre masculino.
- Mas tu mesmo disse que tem sexo masculino e feminino.
- O sexo pode ser masculino ou feminino. A palavra “sexo” é masculina. O sexo masculino, o sexo feminino.
- Não devia ser “a sexa”?
- Não.
- Por que não?
- Porque não! Desculpe. Porque não. “Sexo” é sempre masculino.
- O sexo da mulher é masculino?
- É. Não! O sexo da mulher é feminino.
- E como é o feminino?
- Sexo mesmo. Igual ao do homem.
- O sexo da mulher é igual ao do homem?
- (...)

(L. F. Veríssimo)

Questões relacionadas ao sexo, apesar de serem assuntos comuns em diversos ambientes sociais contemporâneos, estão cercadas de confusões semânticas e divergência conceitual. Na cultura ocidental, essas questões estão atreladas a diferentes formas de se conceber e lidar com o sexo no decorrer da história. Os termos usados variam ainda de significados e sentidos de acordo com o contexto e os interlocutores. Na literatura acadêmica, inclusive, suas definições e as implicações dessas são fontes de embates teóricos e políticos. Tal diversidade faz com que nem

sempre fique claro, ao menos de imediato, a que se pretendem referir os termos usados.

O próprio termo *sexo* admite, ao menos, três significados possíveis: um assinala a posição do sujeito na reprodução sexuada; outro se refere aos órgãos genitais externos; o terceiro, ainda não presente nos dicionários, mas amplamente disseminado, diz respeito ao uso do termo precedido do verbo fazer – fazer sexo (Villela e Arilha, 2003). O primeiro desses significados equivale a diferenças ou características sexuais diferenciadoras e será denominado aqui de *sexo característica*; o segundo (que deriva do anterior) equivale a órgãos sexuais e, portanto, *sexo órgãos*; o terceiro, a práticas sexuais¹ ou *sexo prática*.

Sexo característica e sexo órgãos

Originalmente, *sexo* diz respeito ao resultado da divisão da humanidade nos segmentos masculino e feminino, referindo-se às diferenças entre homens e mulheres e à forma como eles se relacionam (Weeks, 2000). Trata-se, portanto, da característica, isto é, o conjunto de traços definidor ou diferenciador de tais segmentos.

Essa concepção remonta à cultura grega antiga e pode ser encontrada, por exemplo, na obra de Platão. Em *O Banquete*, o filósofo explica a origem desses dois segmentos por meio do mito segundo o qual a humanidade era, a princípio, composta por seres arredondados, com quatro mãos, quatro pernas, dois órgãos sexuais, uma cabeça com dois rostos, etc. Tais seres eram classificados em três tipos: os puramente masculinos, descendentes do sol; os puramente femininos, da terra; e os andróginos,

¹ A escolha pelo termo *prática(s) sexual(is)* justifica-se pela intenção de abranger diferentes formas de se fazer sexo, em vez de assumir a referência a uma forma específica, embutida na idéia de *ato sexual*.

que possuíam metade masculina e metade feminina e descendiam da lua. Fortes e presunçosos, eles se voltaram contra os deuses e tentaram subir ao céu. Os deuses, em resposta, buscaram uma forma de castigá-los, que não os matando. Transformaram-nos, então, em seres mais fracos, dividindo-os ao meio, o que também aumentaria sua subserviência, visto que seriam agora mais numerosos. A divisão deu origem aos homens e às mulheres, que, incompletos, passariam o resto da vida procurando suas respectivas metades, com as quais constituiriam parcerias – reprodutivas ou não. (Platão, 347a.C./2009)

Na maioria das culturas, a tradução das diferenças sexuais foi feita em uma linguagem binária e hierarquizada, na qual apenas um dos termos – o masculino – é valorizado (Bozon, 2004). Para Bourdieu (1999), na construção social dos corpos, essa assimetria está atrelada à arbitrária divisão das atividades segundo a oposição entre masculino e feminino, como parte de um sistema de oposições homólogas. Nesse sentido,

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

Na cultura ocidental, especificamente, a divisão sexual não se fundamentou sempre da mesma forma. Embora tenha conservado o caráter binário, seu aporte sofreu modificações substanciais ao longo da história. A versão original dessa divisão foi investigada e descrita por Laqueur (2001). Segundo ele, a concepção de *sexo característica* herdada dos gregos se apoiava na existência de uma constituição única, que poderia, no entanto, se expressar de duas formas diferentes: como homem

ou mulher. A diferença entre eles consistia no fato de que os homens, por terem recebido mais calor no período de gestação, tiveram o pênis e os testículos exteriorizados na formação de seu corpo; já as mulheres não haviam desenvolvido tais órgãos da mesma maneira e os carregavam apenas de forma invertida e internamente.

A fronteira entre o masculino e feminino era dada, então, não por uma questão de diferenciação de espécie, mas de grau de perfeição, estando o homem no extremo mais perfeito. Seguindo a lógica da metáfora grega que unia o macrocosmo ao microcosmo, o homem era a perfeita representação da humanidade. Nesse sentido, a diferenciação sexual estava inscrita mais nos papéis sociais do que no corpo. O *sexo característica* não se apresentava como um dado primário, como uma fundação sólida; era plástico, transponível.

Essa concepção prevaleceu até o século XVIII, quando acontecimentos históricos orientaram os novos direcionamentos sociais e políticos, que construíram o então panorama da Modernidade Ocidental. Nesse processo de mudança, um dos elementos chave foi o desenvolvimento das ciências, sobretudo as biológicas, que embasaram o referencial que se tornou hegemônico na produção de conhecimento, o modelo biomédico. Tendo como alicerces a separação cartesiana entre corpo e alma, a metáfora do ‘corpo máquina’ e o conhecimento anatomofisiológico, esse modelo propiciou o nascimento da medicina como ciência responsável pela definição do que é saudável ou patológico, normal ou anormal. O paradigma nascente se desenvolveu e se expandiu sobre o tecido social, adquirindo proporções de realizar uma medicalização do social, processo sintetizado por Tesser (2006) como “a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de

experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (p. 62).

O *sexo característica*, tal como era concebido e exercido nas relações sociais, configurou alvo importante do processo de medicalização, uma vez que representava uma fonte de ameaça à ordem social. Segundo Laqueur (2001), houve, nesse período, uma necessidade política de romper com a plasticidade que permeava a construção social acerca do *sexo característica*, de modo que os papéis sexuais no campo social, cultural, jurídico e epistemológico fossem estipulados de forma mais segura. Essa necessidade foi prontamente atendida pelo movimento de descobertas científicas, que fundamentou a existência de diferenças essenciais entre homens e mulheres, fornecendo a base para a construção de uma concepção que prioriza a natureza e reafirma a condição biológica do ser humano e dos papéis sexuais.

Nota-se agora uma inversão: o corpo, o sexo [característica], passa a ser a fundação da sociedade. As diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensadores sociais dissertem sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a consequente necessidade de diferenciações sociais (Rohden, 2001, p. 19).

Enquanto os ideais iluministas de igualdade e liberdade fundamentavam o campo dos direitos, intensificava-se a preocupação, especialmente médica, em distinguir as pessoas pelo sexo biológico (Rohden, 2001). Modificavam-se, assim, os fundamentos da diferenciação sexual; *sexo característica* assumia novo sentido, definindo-se como biológico, constituído nos corpos de homens e mulheres. Tanto que, a partir daí, *sexo* passou a ser usado também como referência direta às partes do corpo em que a constituição biológica diferenciada estava mais evidente: os órgãos genitais externos. Para além da característica, o termo passou a significar também o

próprio objeto caracterizador. Nesse sentido, ganhou novo significado possível: *sexo órgãos*.

A diferenciação de base biológica implicou a construção de um modelo que definia dois *sexos órgãos* diferentes em substituição do modelo anterior, que concebia apenas um para homens e mulheres. A mudança, no entanto, se desenrolou em direção unilateral: pode ser melhor traduzida como a diferenciação do corpo feminino em relação ao masculino, que permaneceu sendo tratado como o modelo padrão. Dessa forma, as pesquisas científicas se voltaram à investigação das características anatomofisiológicas que definiriam o corpo, as características, a ‘natureza’ da mulher.

A medicalização do social e, em especial, do corpo feminino ganhou força no desenrolar do século XIX. Isso, em parte, se justificou pelo acentuado desenvolvimento das ciências médicas, com o avanço técnico da medicina e a criação de novas áreas de investigação e intervenção, entre elas a ginecologia. Além disso, com a crescente inserção das mulheres no espaço público, exigência da nova ordem capitalista, elas passaram a ganhar visibilidade no campo social, político e do trabalho, reforçando a ameaça que representavam à ordem social burguesa e masculina. Tais mudanças exigiram, no domínio privado, uma maior regulação das mulheres e de sua vida sexual. A medicalização dos comportamentos femininos, sobretudo de suas transgressões dos padrões, pode ser encarada como uma reação a essa ameaça. Nesse contexto, por exemplo, foram ‘identificadas’ doenças femininas como a ninfomania e a histeria, por trás das quais se escondia o receio de que a ordem fosse perturbada pelas tentativas de emancipação feminina (Rohden, 2001).

De um lado, a produção da nova tecnologia médica voltada para o corpo feminino possibilitou significativas mudanças nas condições de saúde e sobrevivência da população em geral e, em especial, de mulheres e crianças, solucionando problemas cruciais da reprodução social (Vieira, 2002). De outro, porém, essa medicalização garantiu a manutenção do controle sobre as mulheres. Com esse intuito, as construções teóricas acerca do feminino se deram 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 era descrita em termos de patologias; e da frigidez como indicativo de que o prazer sexual não era necessário (Rohden, 2001).

Sexo prática

Nessa outra acepção, *sexo* é abordado como relação sexual, a relação entre os seres sexualmente caracterizados, relação que é definida por práticas sexuais, dando-se assim o significado de *sexo prática*. Mas é sob o título de *sexualidade*, que essas relações ganham importância como tema a ser discutido e estudado.

As práticas sexuais constituíram temática constante nas produções ocidentais, estando presentes na mitologia grega; na pornografia, que se constituiu como gênero de escritos e imagens ainda na Antiguidade; na literatura romana, etc. (Bozon, 2004). Foucault (1988/2007) descreve, no entanto, um processo no qual o *sexo prática* emergiu de um silêncio em que estava cercado na era vitoriana, passando a ocupar, desde então, o centro de várias preocupações sociais. A partir de um contexto de aparente repressão, se deu uma incitação à produção discursiva a respeito das

questões sexuais. A igreja católica foi um dos primeiros atores na tentativa de estruturar o modo de confessar e, logo, de conceber o *sexo prática*, inscrevendo-o, para além das próprias ações, nos pensamentos, nos desejos, na imaginação, em todas as insinuações da carne.

É aí, talvez, que pela primeira vez se impõe, sob a forma de uma constrição geral, essa injunção tão peculiar ao Ocidente moderno. Não falo da obrigação de confessar as infrações às leis do sexo [prática], como exigia a penitência tradicional; porém da tarefa, quase infinita, de dizer, de se dizer a si mesmo e de dizer a outrem, o mais frequentemente possível, tudo o que se possa se relacionar com o jogo dos prazeres, sensações e pensamentos inumeráveis que, através da alma e do corpo tenham alguma afinidade com o sexo [prática]. (Foucault, 1988/2007, p. 26)

A incitação a se falar de tais questões se expandiu para além dos âmbitos da moral e da religião, o que gerou a produção de inúmeros discursos e, logo, de uma racionalidade do *sexo prática*. Em vários cenários, estabeleceu-se a preocupação com a conduta sexual, que foi tomada, ao mesmo tempo, como objeto de análise e alvo de intervenção (Foucault, 1988/2007). A sexualidade se configurou como o campo próprio dessas formulações e discursos, campo sobre o qual a ciência se debruçou, garantindo a sua medicalização e, a propósito, a criação de uma disciplina própria, a sexologia.

Essa disciplina foi desenvolvida com base na psicologia, biologia e antropologia, além de história e sociologia (Weeks, 2000) e se tornou elemento central na construção de como as sociedades ocidentais modernas conceberam e normatizaram a sexualidade.

De acordo com Weeks (2000), Krafft-Ebing é pioneiro nos estudos sexológicos e precursor da concepção de *sexo prática* como ‘instinto natural’,

descrito em termos de força e energia que exigem satisfação. Numa descrição do desenvolvimento dessa linha, Bozon (2004) aponta que as produções iniciais, que ele agrupa sob o título de ‘primeira sexologia’ ou a ‘protossexologia’, tinham como objetivo o controle dos desvios sexuais; o foco estava voltado para as doenças venéreas e as ‘aberrações sexuais’. A versão contemporânea da sexologia se configurou em meados do século XX, a partir dos estudos de Kinsey e, depois, Masters e Johnson, que voltaram a atenção para o prazer e o orgasmo e estabeleceram, como padrão de funcionamento normal para a sexualidade, uma prática que satisfizesse os parceiros conjugais. Com esse foco, surgiu a terapia sexual, como proposta de tratamento das perturbações e disfunções sexuais. Segundo Béjin (1990), nessa passagem, os sexólogos substituíram a oposição normalidade/anormalidade por um contínuo da disfunção. Embora não se tratasse mais de buscar definições para os desvios, a sexologia permaneceu sustentada por uma concepção naturalista da sexualidade, agora apoiada na idéia de um nível saudável para as funções sexuais.

A despeito de concepções do *sexo prática* como pecado da carne e de abordagens marginalizadas do erótico, a sexologia permitiu a abordagem da sexualidade como uma atividade natural, dando-lhe, como ressalta Bozon (2004), uma conotação positiva na compreensão das terapias sexuais, que estimulavam a atividade sexual saudável. Em teorias como a de Reich, por exemplo, a sexualidade foi definida como energia vital; associação que apontou, na forma da liberação sexual, para a possibilidade de oposição à ordem social opressiva e de mudança social (Weeks, 2000).

Por outro lado, as produções sexológicas edificaram uma abordagem essencialista da sexualidade, em que o imperativo biológico expressava a ordem natural que sobressaía aos aspectos sócio-culturais. Além disso, fundamentaram a normatividade do *sexo prática* no escopo da saúde e das funções reprodutivas, rotulando as práticas não hegemônicas como não-naturais, patológicas ou anormais. Como lembra Rubin (2003), “além de ser sexista e anti-homossexual, essa sexologia praticamente considera como uma patologia toda prática sexual que não a do heterossexualismo com fins de procriação” (p. 181).

O próprio conceito de saúde sexual, conforme sua definição em documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1974, é inspirado na sexologia da época. Embora a noção de saúde sexual assuma definições variadas e nem sempre presentes nos lugares onde se faz prevenção e assistência à saúde, tem sido usada predominantemente nessa acepção reducionista, que passou a servir de referência para médicos (incluindo psiquiatras, sexólogos, ginecologistas, obstetras e outras especialidades), psicólogos e ativistas de movimentos sociais e permanece quase intacto desde então. Dessa forma, com frequência, têm sido produzidos trabalhos em saúde sexual com base em discursos que estabelecem normas, que prescrevem ao descrever e abordam a sexualidade de forma descontextualizada, não considerando, por exemplo, fatores sócio-culturais que levam ao aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Paiva *et al.*, 2008).

Tomando como referência material publicado em 2006, em que a OMS amplia essa definição, Paiva *et al.* (2008) apresentam a nova formulação do conceito, na qual reconhecem o fortalecimento de uma perspectiva mais contextual:

Saúde sexual é um estado de bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é simplesmente

a ausência de doenças, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e promovidos (p. 165).

Perspectiva de gênero

A perspectiva de gênero foi construída em função da crítica às concepções do *sexo característica* (como dado pela constituição biológica) feita por grupos de mulheres, organizados em movimentos feministas que reagiam, desde o século XIX, ao domínio social a que eram submetidas. Essas mulheres atuaram em busca de equiparação de direitos, pautando a política da ‘primeira onda do feminismo’ em direitos políticos como votar e ser eleita e no direito ao estudo em universidades. Após a segunda guerra mundial e mais fortemente a partir das influências do contexto histórico da contracultura (anos 1960-1970), as feministas passam a lutar pelo direito ao corpo, ao prazer e contra o patriarcado, momento que é caracterizado como ‘segunda onda do movimento’².

Em ambos os períodos, as críticas das mulheres organizadas se dirigiram às forças político-institucionais dominantes, entre as quais estava o poder exercido pela classe médica que, em acordo com outras instituições como o Estado e a Igreja, lançavam mão do modelo biomédico como justificativa para a medicalização. As explicações que sustentavam assimetrias sociais entre homens e mulheres foram, então, questionadas e confrontadas. Mas foi apenas na década de 1980, com a

²O movimento feminista é, em geral, categorizado no que se convencionou chamar de duas ondas. A primeira pode ser caracterizada como um movimento sufragista, no qual as mulheres se organizaram para lutar por direitos políticos. A segunda pode ser caracterizada como um movimento de liberação, no qual as mulheres discutem a sua sexualidade e as relações de poder entre homens e mulheres (Rago, 1998).

inserção crescente de feministas no espaço acadêmico europeu e, especialmente, norte-americano que a reflexão teórica nesse domínio se projetou como argumento forte e capaz de desconstruir a naturalização das assimetrias e desigualdades em razão do *sexo característica*.

Com intuito de abarcar, para além da diferenciação anatomofisiológica do *sexo característica*, as construções sociais a respeito dela, as feministas chamaram a atenção para os fatos de que a forma de conceber homens e mulheres é uma produção histórico-cultural e que as relações sociais se organizam em função das diferenças estabelecidas em contextos específicos.

Nessa direção, o termo *gênero* foi apropriado do campo da linguística como possibilidade de abordar a vivência social do *sexo característica*. A concepção dessa perspectiva implica, então, que os gêneros são atributos socialmente construídos em função de cada cultura; os modelos de gênero se constroem numa perspectiva relacional, de modo que a concepção de masculino se desenvolve a partir da de feminino e vice-versa; e o âmbito de gênero é o primeiro campo em que o poder se articula nas relações humanas (Scott, 1990).

Tomando-se por base as contribuições das Ciências Sociais, gênero, como categoria de análise, buscou superar a matriz explicativa dos ‘estudos de mulher’, que tinham como premissa a categoria de ‘papéis sexuais’ (Gomariz, 1992). Assim, a história da origem da perspectiva de gênero está ligada aos posicionamentos críticos da explicação do lugar da mulher na sociedade. A então nova categoria afirmou-se duplamente frente à anterior, seja por sua demarcação mais incisiva contra o determinismo biológico, seja pela superação da idéia de esferas separadas para homens e mulheres, por meio da perspectiva relacional (Couto, 2001).

Sexo, sexualidade e gênero como construções sociais

Assim como o *sexo característica*, a concepção essencialista da sexualidade, segundo a qual o desejo, as escolhas e as práticas sexuais seriam naturais e imutáveis, tornou-se alvo de questionamentos. Em vez de um conjunto de fenômenos universais independentes do meio, a sexualidade começou a ser investigada como campo de práticas e saberes inscritos no contexto social.

Essa nova abordagem da sexualidade foi definida como ‘modelos de construção social’ (Vance, 1995), ‘construcionismo social’ (Weeks, 2000; Paiva, 2008), ou ‘abordagem sociológica da sexualidade’ (Bozon, 2004). Ainda que os trabalhos produzidos a partir desse referencial se caracterizem pelo caráter de rompimento e inovação teórica, é possível apontar os principais fatores e correntes que serviram de base a tais produções: (a) a crescente consciência, trazida pelos estudos em antropologia social e sociologia, a respeito do largo espectro de padrões sexuais extra e intra culturais e o consequente abalo do etnocentrismo vigente; (b) a desestabilização da natureza sólida do gênero, da necessidade sexual e da identidade a partir da teoria de Freud em defesa de um desenvolvimento psico-social, pelo qual constituiríamos esses traços na aquisição das regras da cultura; (c) a contextualização, feita no campo da nova história social, de concepções como a de gênero, de corpo e da própria sexualidade, questionando a fixidez de idéias predominantes, por exemplo, sobre o que constitui masculinidade e feminilidade; (d) o questionamento das certezas das tradições sexuais feito por uma nova política da sexualidade que emergiu com o feminismo e os movimentos de gays e lésbicas (Weeks, 2000).

Gagnon e Simon estão entre os precursores da perspectiva construcionista. Apresentaram a idéia de ‘conduta sexual’ (título de livro que lançaram em 1973), com o intuito de ampliar a noção de comportamento social, incorporando-lhe a característica de ser socialmente constituído e, nesse ínterim, poder expressar diversos outros interesses (de trabalho, políticos, religiosos, etc.). A diferença entre essas duas idéias foi explicada por Gagnon (1998/2006), ao afirmar, em entrevista, que “não temos um comportamento sexual biologicamente nu, mas uma conduta sexual socialmente vestida” (p.406). Segundo esses autores, a conduta sexual é, portanto, construída em forma de *scripts sexuais*, criados a partir da aprendizagem das experiências e de sua estruturação como relatos (Bozon, 2004). Nesse sentido, como argumentam Parker *et al.* (2000), as pessoas aprendem, por meio de um processo de socialização sexual, os desejos sexuais, sentimentos, papéis e práticas típicas de seus grupos ou *status* sociais, assim como as alternativas sexuais que sua cultura lhes abre.

A conceituação da experiência sexual como resultado de um complexo conjunto de processos sociais, culturais e históricos pôs em foco a dimensão simbólica da experiência sexual e as formas culturais intersubjetivas que moldam e estruturam a experiência da vida sexual em diferentes espaços sociais (Parker, 1991).

Outros pilares dessa abordagem foram estabelecidos a partir das reflexões de Foucault e Weeks. Ambos caminharam na direção de ‘historicizar’ a sexualidade, resgatando os eventos que a situam como construção sócio-histórica. O primeiro demarcou o nascimento da sexualidade no contexto da já descrita expansão da produção discursiva sobre o *sexo prática*. Nesse processo, identificou estratégias de regulação social, situando a sexualidade como dispositivo de poder, que, mais do que

se construir como conhecimento sobre o *sexo prática*, se produziu como uma realidade acerca dele e modelou nossa forma de compreendê-lo e de nos relacionarmos com ele (Foucault, 1988/2007).

Em consonância com Foucault, Weeks (2000) defendeu que esse poder atua por meio de mecanismos complexos, superpostos e até contraditórios. Afirma que só podemos compreender as atitudes em relação à sexualidade,

...explorando as condições historicamente variáveis que dão origem à importância atribuída à sexualidade num momento particular e apreendendo as várias relações de poder que modelam o que vem a ser visto como comportamento normal ou anormal, aceitável ou inaceitável. (p. 43)

Dentre muitas estruturas possíveis de dominação e subordinação no campo da sexualidade, esse historiador chamou atenção para três articulações interdependentes: a relação da sexualidade com classe, com gênero e com raça.

Na mesma direção, Rubin (1984) reconheceu que o *sexo prática* é sempre político. Atenta à dificuldade de se pensar em modelos complexos compatíveis com a variação sexual (variação do *sexo prática*), propôs uma leitura da hierarquia social das práticas sexuais, na qual são eleitas, como sexualidade boa, normal, natural ou abençoada, as práticas heterossexuais, conjugais, monogâmicas, com fins de procriação, não comerciais, intrageracionais, no âmbito privado, sem pornografia e acessórios. De acordo com sua análise, quanto mais as pessoas aproximam suas práticas desse padrão, mais são recompensadas com o reconhecimento de sua saúde mental, respeitabilidade, legitimidade, mobilidade social e física, apoio institucional e benefícios materiais.

Um ensaio anterior dessa antropóloga (Rubin, 1975) havia lançado a idéia de ‘sistema sexo/gênero’, como tentativa de demarcar os dois níveis diferenciais da

condição sexual: o *sexo característica* e o plano de elaboração cultural de atribuição de significados a essa descontinuidade inscrita nos corpos (Heilborn e Sorj, 1999). Posteriormente, ela situou o sexo (abrangendo a noção de *sexo característica*, *sexo prática* e reprodução) e o gênero como dois domínios distintos que se entrelaçam em muitos pontos (Rubin, 1984). Para Vance (1995), o sentido dessa nova formulação consiste na superação de modelos nos quais se sustentam as opiniões de que o sexo (descrito como diferenças reprodutivas – *sexo característica* – e processo de reprodução) causa o gênero, e de que o gênero causa o sexo (*prática*).

O próprio discurso de gênero, segundo Moore (1997), foi disparado com idéias do que é natural e cultural. Essa dicotomia foi impressa na distinção entre *sexo característica* e gênero respectivamente, como se o primeiro fosse uma dimensão pré-social e o segundo fosse determinado por tal dimensão ou subjacente a ela. Na direção contrária, ela defendeu que tanto um quanto outro são construções sociais. A noção de *sexo característica*, como uma propriedade biológica ou um conjunto de processos biológicos que existem independentemente de qualquer matriz social, é o produto do discurso biomédico da cultura ocidental. E os modelos de gênero variam até mesmo dentro de cada sociedade. Modelos diferentes e até contraditórios coexistem e se renovam mediante as mudanças sociais. Frente a isso, torna-se impossível conceber ‘o homem’ e ‘a mulher’ como entidades singulares. É preciso, a partir da consideração de diferentes condições (classe, faixa etária, raça/etnia, escolaridade, etc.), conceber os diferentes homens e mulheres (Moore, 1997; Barbieri, 1991).

A expansão de estudos que compreendem a sexualidade como construção social não implicou a superação das abordagens essencialistas. Os diferentes

discursos coexistem e disputam os espaços de produção acadêmica e intervenção, em especial, na área da saúde. Por exemplo, ao mesmo tempo em que avança a interface das ciências sociais com a saúde, casando perspectivas e aparato metodológico daquelas com os objetos desta na direção de uma abordagem mais contextual das experiências sexuais; progride a abordagem das disfunções sexuais, que, sobretudo por meio do tratamento farmacológico, tem possibilitado o prolongamento da vida sexual dos homens, vista como função erétil.

Segundo Vance (1995), com as grandes preocupações despertadas pela epidemia da aids na década de 1980, cresceram o financiamento e a realização de pesquisas sobre a sexualidade, o que permitiu a expansão do interesse da medicina pela sexualidade e do desenvolvimento de ‘modelos inadequados’ de sexualidade. Somada a isso, a recorrência da população às autoridades médicas em busca de informações e ‘conselhos sexuais’ propiciou o reforço da medicalização e, logo, uma ameaça de ‘repatologização’ da sexualidade.

Em uma revisão das pesquisas sobre sexualidade nas últimas décadas, Parker (2009) reconheceu, como grandes realizações, a estruturação de uma crítica de longo alcance aos pressupostos essencialistas sobre a vida sexual e a articulação da perspectiva construcionista como um quadro teórico alternativo cada vez mais sofisticado que se centra nas dimensões social e cultural da experiência sexual.

No desenvolvimento desse campo, uma das novas áreas que emergem é o estudo das masculinidades, esfera que, apenas no início da década de 1990, ganhou visibilidade como um dos principais vazios a serem preenchidos nos estudos de gênero e sexualidade (Barbieri, 1991).

2. HOMENS, MASCULINIDADES E SEXUALIDADE:

relações com a saúde na atenção primária

Na cena ilustrada na tirinha acima, a personagem Mafalda se depara com uma situação em que as pessoas, despidas de parte de seus figurinos sociais, lhe parecem distantes do que tem como referencial de humanidade, de masculinidade e feminilidade. A desarticulação entre os atributos de ‘humano’ e de ‘gênero’ feita por ela nesse contexto específico, pode servir de analogia para situar o homem como figura central do conhecimento em saúde.

Os homens, desde muito tempo, estiveram no foco de diversos estudos no campo da saúde. Entretanto, foram tomados, na maioria desses estudos (e ainda o são em alguns), como modelo de ser humano ou parâmetro da humanidade (Kimmel, 1992). Essa perspectiva aborda os homens como uma abstração científica, pouco se aproximando dos homens e (menos ainda) das mulheres como sujeitos concretos, inseridos/as no contexto sociocultural determinado pelo gênero e atores de diferentes construções e vivências da masculinidade e da feminilidade.

A superação de tal parâmetro, na direção de uma abordagem que abarcasse a compreensão dos sujeitos em suas construções específicas de gênero, foi buscada primeiramente nos estudos sobre as mulheres, a partir da contribuição do feminismo para o meio acadêmico.

O avanço equivalente nos estudos sobre os homens se deu apenas posteriormente, o que configura o lugar dos homens na produção de conhecimento em saúde como um paradoxo (Pinheiro e Couto, 2008). De um lado, os homens estiveram tradicionalmente no centro do conhecimento, uma vez que por muito tempo os estudos foram produzidos por eles e sobre eles (Kimmel, 1992). Os homens sempre estiveram no foco, por exemplo, nos estudos sobre saúde do trabalhador. Nessas produções, no entanto, foram predominantemente abordados a partir de um referencial que pouco se deteve às especificidades do ser homem, para além do fato de ser trabalhador (Couto e Schraiber, 2005). Dessa forma, por outro lado, a saúde dos homens consiste num campo ainda incipiente, com pouco desenvolvimento de temas que seriam próprios da(s) masculinidade(s). Por exemplo, como mostra Aquino (2005), em levantamento na base Medline, a principal rede de referências bibliográficas em saúde, não há referência a uma saúde própria do homem, assim como há para a mulher. Nessa base, não consta a expressão *saúde do homem* e o termo *men's health* não integra os descritores, ao contrário de *women's health*, incorporado em 1991.

Homens e saúde

Inicialmente, os estudos sobre a relação entre os homens (não mais como modelo) e a saúde se detiveram à investigação dos padrões de morbi-mortalidade

desse segmento da população, com base em indicadores epidemiológicos. Figueiredo (2008) ressaltou, na revisão que fez dessas produções, que embora as contribuições das Ciências Médicas e de Saúde Pública sejam fundamentais para subsidiar a geração de estratégias tecnológicas direcionadas para a intervenção assistencial e de saúde pública, essas disciplinas são insuficientes para dar conta dos aspectos comportamentais e socioculturais.

Nos levantamentos epidemiológicos feitos em função do *sexo característica*, os primeiros achados a se destacarem foram os dados que indicam que os homens morrem mais precocemente do que as mulheres e, portanto, têm uma vida média inferior à delas. Estudos realizados em várias partes do mundo apontaram para taxas de mortalidade mais altas para os homens em todas as idades e para a quase totalidade das causas de morte (Stillion, 1995; Laurenti, 1998; White e Cash, 2004; Laurenti *et al.*, 2005; White e Holmes, 2006). Embora a esperança de vida tenha aumentado de forma geral em vários lugares, esse aumento tem sido sempre menor para os homens do que para as mulheres. No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), esse padrão se repete em todas as regiões do país. Ademais, a diferença entre as taxas de mortalidade de homens e de mulheres tem aumentado com o passar do tempo, a partir da década de 1970, à custa, especialmente, dos jovens adultos (Simões, 2002).

No que diz respeito às causas de morte, na maioria dos países estudados por White e Holmes (2006), destacaram-se os ‘acidentes e efeitos adversos’ como a principal delas. De acordo com esse estudo, há uma discrepância na taxa apresentada no Brasil para a mortalidade causada por homicídios. Comparado a outros países – a maioria com índices relativamente baixos para essa causa –, o homicídio representa

uma importante via de morte para os homens brasileiros. Esse índice supera em mais de dez vezes o equivalente para as mulheres brasileiras, que também é elevado em relação aos outros países.

Laurenti (1998), por sua vez, encontrou na maioria dos países americanos que a sobretaxa de mortalidade masculina era causada principalmente por doenças cardiovasculares e, em seguida, pelas neoplasias. Na Colômbia, no México e no Brasil, no entanto, as principais causas foram atribuídas aos acidentes e à violência. Em estudo posterior, esse pesquisador e colaboradores identificaram os índices de mortalidade masculina mais elevados. Esses estavam ligados, em primeiro lugar, às doenças do aparelho circulatório; e, na sequência, às ‘causas externas’, dentre as quais prevaleceram os homicídios e os acidentes de trânsito. Em seguida a essas e às ‘causas mal definidas’, apareceram as neoplasias, com predomínio dos cânceres de pulmão e, depois, os de próstata e o estômago. No caso das ‘causas externas’, houve um destaque para a razão entre os coeficientes de mortalidade de homens e de mulheres, revelando a principal causa que os afasta nesse aspecto (Laurenti *et al.*, 2005).

Na direção contrária, as pesquisas apontam, de modo geral, para índices de morbidade maiores para as mulheres quando comparadas aos homens (Aquino *et al.*, 1992; Bird e Rieker, 1999; Macintyre *et al.*, 1996; Laurenti, 1998; Pinheiro *et al.*, 2002). Esses dados levam à inferência de que as mulheres sofrem de mais problemas de saúde do que os homens, o que parece contradizer a sobretaxa de mortalidade encontrada para eles. Essa aparente contradição se reduz quando esses dados são analisados mais especificamente, levando-se em conta as diferenças no padrão de doenças nas diferentes faixas etárias (Bird e Rieker, 1999; Macintyre *et al.*, 1996).

Uma exceção importante à tendência das sobretaxas de morbidade das mulheres ocorre no caso da aids. A associação comumente feita entre a infecção pelo HIV e os homens (em especial, no que diz respeito a sua sexualidade) está ligada aos altos índices apresentados por eles nas primeiras análises epidemiológicas. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2007), nas notificações de casos de aids no Brasil, nota-se uma predominância constante dos homens em relação às mulheres. Numa série histórica de 1980 a 2007, foram identificados 314.294 casos de homens infectados e 159.793 casos de mulheres. Essa diferença, que atingiu em 1985 a proporção de 15 para 1, diminuiu até a razão de 1,5 para 1, havendo apenas uma inversão nessa razão a partir de 1998 para a faixa etária de 13 a 19 anos.

A interpretação das sobretaxas de morbidade das mulheres deve ser ainda relativizada em função das formas de coleta de informações a respeito dos adoecimentos de homens e mulheres. Os dados encontrados naquelas pesquisas estão apoiados na morbidade referida pelos sujeitos em inquéritos populacionais ou em registros assistenciais de diferentes tipos de serviços de saúde (Figueiredo, 2008).

A morbidade referida está vinculada à auto-percepção de adoecimento, podendo variar mediante particularidades na forma das pessoas se reconhecerem como acometidas ou não por determinados problemas de saúde. Já os registros assistenciais podem incorrer em uma inversão causa-efeito na interpretação. A quantidade menor de registros de homens nos serviços de saúde costuma ser interpretada como uma indicação de que eles usam menos tais serviços porque adoecem menos. O menor uso dos serviços por parte dos homens pode, na verdade, estar atrelado a outros motivos para além da ausência de necessidades de saúde, como apontam estudos sobre as dificuldades de acesso enfrentadas pelos homens

(Figueiredo, 2005; Gomes *et al.*, 2007) e a falta de estímulo à presença homens ou sua invisibilização no contexto desses serviços (Couto *et al.*, 2010).

Masculinidades e saúde: a partir da perspectiva de gênero

A relação entre homens e saúde configura um campo fértil à apropriação da perspectiva de gênero. No entanto, devido ao contexto no qual se deu seu nascimento, marcado pela necessidade de veto aos homens como forma de posicionamento à histórica experiência de dominação masculina sobre as mulheres (Giffin, 2005), essa perspectiva foi trazida para o campo de investigação da relação entre homens e saúde tardiamente. Apesar das primeiras aproximações em relação aos homens – nas quais eram abordados como contraponto ou, de forma instrumental, como peça necessária à assistência às mulheres –, uma inserção das noções de gênero nos estudos sobre homens ocorreu de forma mais consistente apenas nos anos 1980 e ganhou visibilidade no Brasil no final da década de 1990 (Figueiredo, 2008).

Uma nova abordagem em relação aos homens derivou, então, dos estudos feministas e herdou desses a preocupação com as desigualdades de gênero e a crítica à naturalização dos comportamentos e à medicalização dos corpos. Outra influência fundamental para essa abordagem proveio do movimento gay, que desde a década de 1970 chamava a atenção para a opressão a que os homens homossexuais eram submetidos por contrariarem os padrões de gênero estabelecidos socialmente.

A partir da perspectiva de gênero, a compreensão acerca dos homens ultrapassou as concepções naturalizadoras do papel sexual masculino na direção da abordagem da masculinidade construída no contexto das relações sociais e dos

valores culturais. Nesse sentido, Gomes (2008), com base em outros autores da área, define masculinidade

...como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados. Aqueles que seguem tais modelos não só recebem o atestado de homem como também não são questionados pelos outros que compartilham desses símbolos. Assim, a masculinidade – situada no âmbito de gênero – representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura. (p. 70)

Na prática, é vivida de diferentes formas, o que torna mais apropriado falarmos de masculinidades; de diversas possíveis, delineadas de acordo tanto com as variáveis presentes no contexto sociocultural (idade/geração, raça/etnia, classe, escolaridade, etc.) quanto com os significados individuais dados à experiência de ser homem.

Essas masculinidades, no entanto, se estruturam em torno de um modelo dominante, uma *masculinidade hegemônica*, cujas características não são necessariamente as mais comuns em determinados contextos culturais; são, antes disso, as mais admiradas e tomadas como exemplo. Esse modelo é hegemônico não só em relação a outras masculinidades, mas em relação à ordem de gênero como um todo. Sua hegemonia se refere à posição de autoridade cultural e liderança; embora represente o privilégio coletivo dos homens sobre as mulheres, é a expressão da divisão desigual desse privilégio entre os diferentes grupos de homens (Connell, 2000).

A *masculinidade hegemônica*, comumente referida como normal ou natural no âmbito das relações sociais e institucionais ou ainda no escopo de estudos mais essencialistas, recebe o *status* de ideal de masculinidade, com base na crença de que

se trata da manifestação biológica do ser homem (Korin, 2001). Essa naturalização – especialmente no que tange os seus principais eixos estruturantes: a dominação e a heterossexualidade (Gomes, 2008) – foi fortemente contestada pelas feministas e pelo movimento gay³.

No campo da saúde, a abordagem das masculinidades e a noção de *masculinidade hegemônica* permitem articulações mais complexas da relação entre homens e saúde. Nessa empreitada, Valdés e Olivarría (1998) refletem acerca da noção de invulnerabilidade ao adoecimento e a busca de comportamentos de riscos como traços da estrutura identitária de masculinidade e das barreiras que podem implicar no cuidado à saúde dos homens, tais como a gerada pela dificuldade dos homens em verbalizar necessidades de saúde.

Na mesma direção, Courtenay (2000) reconhece que as práticas em saúde representam ocasiões em que os homens podem demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade. De acordo com ele, a afirmação desses padrões pode ser feita por meio da repressão das necessidades de saúde, da recusa a admitirem dor ou sofrimento, da negação das fraquezas e vulnerabilidades, do controle físico e emocional, da disposição incessante para o *sexo prática* e dos comportamentos agressivos.

Ao considerarmos a assistência em saúde e, sobretudo, a medicina como práticas com ênfases preponderantes no exercício da autoridade e na submissão dos pacientes, a resistência dos homens a procurarem cuidados médicos, como observou Costa (2003), pode ser encarada com uma recusa desses sujeitos a se colocarem na

³ Os gays, agrupados pela preferência sexual e pelo estigma e preconceitos de que são vítimas (características que possuem em comum), representam uma masculinidade que, por sua vez, está à margem do padrão. Ao mesmo tempo, como a homossexualidade não encerra em si a construção do ser homem, abrange diferentes masculinidades possíveis.

condição passiva exigida. Contraditória aos valores associados ao masculino, a passividade pode ser a representação acessada por vários homens na situação de se submeterem, em atendimentos, aos profissionais de saúde, sejam esses outros homens ou mulheres.

Na trilha da perspectiva de gênero, vários pesquisadores passaram a buscar uma abordagem que alcance os sentidos imbricados na construção das masculinidades, assim como as desigualdades existentes nos meandros das relações de gênero. A interpretação dessas desigualdades adquiriu, então, um sentido inédito ao atentar para a opressão dos homens pelas exigências sociais e simbólicas de corresponderem ao modelo dominante. Por essa ótica, é percebido também como paradoxal o lugar assumido pelos homens na sociedade. Tradicionalmente privilegiados, tornam-se ao mesmo tempo prisioneiros e vítimas das representações que sustentam tal privilégio (Pinheiro e Couto, 2008), de modo que para cuidarem da saúde é necessário, às vezes, contrariar o modelo.

Sexualidade masculina

Na construção das masculinidades, a sexualidade tem um papel fundante. Vários pesquisadores descreveram como a prática sexual constitui um dos pilares que garantem o reconhecimento dessa construção (Bozon, 2004; Gomes, 2008, Portella *et al.*, 2004; Silva, 2001, 2007; Valdez e Olivarría, 1998; Leal e Boff, 1996). Nesse contexto, a iniciação sexual representa, em geral, o marco de passagem para a vida adulta e a evidência da masculinidade, expressas no *status* de homem, ainda não alcançado pelo menino. (Silva, 2001, 2007)

Dada essa aproximação, as características valorizadas na *masculinidade hegemônica* se expressam, especialmente, na sexualidade. Os homens são levados, portanto, a demonstrarem no exercício sexual valores como virilidade, potência e dominação. Essa postura é subsidiada pela crença em uma sexualidade masculina instintiva, incontrolável e mais acentuada que a feminina; concepção que, embora remeta às proposições da sexologia ou às concepções anteriores a respeito do *sexo prática*, permanece atual, como mostram dados de pesquisas recentes em diferentes regiões do Brasil. Portella *et al.*, (2004), por exemplo, encontraram, entre homens de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, “a noção de sexualidade incontrolável como parte da natureza masculina e, como correlato, a atividade sexual diária como crucial para a afirmação da masculinidade” (p. 123). Em outra pesquisa, realizada em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, os homens, sobretudo os mais escolarizados e de camadas médias e médias altas da sociedade, referiram-se ao *sexo prática* como uma necessidade física masculina e uma força incontrolável (Heilborn, 2006).

Esses valores, cujas imagens representativas são a ereção e a penetração (Leal e Boff, 1996; Rohden, 2009), se sustentam em mitos que, ainda no século XXI, são reproduzidos pelos homens: o tamanho do pênis, a relevância do coito na relação sexual, a necessidade de experimentar uma ereção imediata e a limitação da sexualidade à área genital (Gomes, 2008). Em consequência, preocupações com o desempenho sexual podem implicar tensões e insegurança para os homens diante do fantasma da impotência (Gomes, 2003).

Ao mesmo tempo, direcionados pelo modelo hegemônico de masculinidade, os homens são instigados a comportamentos de risco, praticados, na vivência exacerbada e desprotegida da sexualidade, que é associada a uma postura de

masculinidade viril e não vulnerável (Silva, 2001). Esse modelo pode ainda motivar ou até servir de justificativa para a violência e a agressão sexual (Giffin, 1994).

Na investigação que fez da cultura sexual brasileira contemporânea, Parker (1991) identifica, na linguagem do corpo, a estreita relação entre a caracterização de gênero e o significado das práticas sexuais. Desse modo, o masculino é definido a partir de noções de atividade, dominação e violência, em oposição ao feminino, associado a passividade, submissão e inferioridade. A postura sexual definidora do homem seria, portanto, penetrar e metaforicamente consumir a mulher, que se oferece passivamente para ser penetrada e possuída.

Nessa direção, as masculinidades (e as feminilidades), que dizem respeito à identidade de gênero, são comumente associadas à identidade sexual, entendida nos termos de Weeks (2000), para além de uma afirmação da preferência sexual, como uma declaração sobre pertencimento, uma posição específica em relação aos códigos sociais dominantes, um “dizer quem somos, ao contar a respeito de nosso sexo [prática]”⁴ (p. 70).

Essa aproximação é mais evidente no estreito vínculo entre a *masculinidade hegemônica* e a identidade heterossexual. Essa masculinidade costuma ser definida pela diferenciação feita em relação não só à mulher e à criança, mas também ao homossexual (Leal e Boff, 1996; Silva, 2001). Ser homem é, muitas vezes, descrito como equivalente a não ser homossexual. Essa representação está presente em imagens corriqueiras como o ‘homem com H’ ou o ‘cabra macho’.

⁴Para Weeks (2000), a identidade sexual remete à crença de que a sexualidade é pré-determinada como um destino sexual, presente na tradição mais essencialista; à possibilidade de resistência que pessoas sexualmente marginalizadas encontraram na identificação com grupos; e à questão de a preferência sexual ser ou não uma escolha livre.

Numa síntese de narrativas sexuais masculinas, coletadas em pesquisa com homens do Rio de Janeiro, Gomes (2008) ilustrou esse vínculo com a construção de uma metanarrativa caracterizada pela identidade heterossexual, mas na qual incorria o homoerotismo.

Essa descrição acentua que a identidade masculina hegemônica é antagônica com as identidades não heterossexuais e não necessariamente com as práticas homoeróticas. Weeks (2000) salienta que se trata de duas dimensões diferentes: de um lado, está a aceitação de uma posição social particular, isto é, uma identidade sexual, e, de outro, estão os sentimentos e desejos sexuais. Atentos para o fato de que as práticas homoeróticas ocorrem inclusive em homens com identidade heterossexual, algumas iniciativas no campo da prevenção de DST/AIDS adotam, em vez da alusão a uma (ou várias) identidade(s) homossexual(is), a referência a Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), embora ainda haja falta de clareza nesse uso, por exemplo, quando se toma *HSH* (categoria baseada na prática sexual) como diferente e excludente de *homens heterossexuais* (categoria baseada em identidade sexual), deixando-se dúvida a respeito de em qual delas deve se inserir um homem que faz sexo com homem, mas que se identifica como heterossexual.

A sexualidade masculina, portanto, representa um tema de grande relevância para os estudos e intervenções no campo da saúde. No entanto, como afirmam Portella *et al.* (2004), essa temática esteve imersa em silêncio até a década de 1980, quando, diante da epidemia da aids, os homens foram inseridos nas discussões na área da saúde sexual. Segundo esses autores, a aids modificou o cenário prevalente, ao se apresentar com uma doença sexualmente transmissível (DST) diferente das outras, que eram tratadas e curadas de forma satisfatória (exceto quando

associadas à pobreza e à miséria) e dificilmente configuravam problemas graves (exceto na ótica das feministas ao pensarem a saúde da mulher). O problema foi considerado, originalmente, no âmbito da prevenção e exigiu, nesse sentido, um método comportamental a ser adotado durante a relação sexual, o que demandou a participação (decisão, negociação, execução) das pessoas envolvidas.

O silêncio em torno da sexualidade masculina foi rompido de forma mais explícita com a IV Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995), promovidas pela ONU e profundamente influenciadas pelas organizações de mulheres e pelo movimento feminista. Nessas reuniões, foi reconhecida a necessidade de promover uma maior participação dos homens nas decisões acerca da saúde sexual e reprodutiva, de modo a compartilhar com eles a responsabilidade de questões como planejamento familiar, contracepção e prevenção de DST/AIDS (Portella *et al.*, 2004).

Arilha (1999) analisa o Programa de Ação produzido na conferência de Cairo e reconhece a ênfase dada à igualdade de direitos e deveres de homens e mulheres e a inserção dos homens na discussão da saúde reprodutiva ao se por em destaque o tema da responsabilidade masculina. Ressalta, no entanto, que esse documento de caráter normativo “utiliza o conceito de papéis sexuais, optando pela bipolarização entre os sexos; operando uma visão empobrecida das masculinidades, utiliza quando muito as idéias concernentes ao que se poderia considerar a masculinidade hegemônica” (p. 97). Além disso, reconhece no texto do Programa a assunção implícita da irresponsabilidade masculina frente à vida sexual.

Em estudo posterior, Arilha (2005) identifica, no texto dessa conferência, reconhecido como inovador em relação ao homem, a repetição e reprodução de trechos e idéias de documentos anteriores. A partir do panorama que traça de diversos documentos da ONU desde a década de 1970, mostra que a problematização do homem nos programas das Nações Unidas, mesmo sendo anterior a esse documento, resguarda uma visão conservadora, estática, associada à divisão sexual do trabalho e apoiada no propósito de aumentar a presença masculina nas tarefas domésticas com forma de democratizar as relações de gênero. Efetivamente, o homem de que se fala nas conferências é o ‘homem-de-família’ que, no que se refere à finalidade de ter família e filhos, deve ser educado. Mesmo quando não se trata desse homem, por exemplo, ao se discutir prevenção de aids, ainda se faz referência a um homem que precisa ser educado, reprimido, controlado. Adicionalmente, os homens são colocados num lugar de não-sofrimento, como se fossem capacitados a atuar com facilidade no campo das escolhas sexuais e reprodutivas, fazendo uso de um poder que se configura como sendo uníssono.

No campo da saúde, se os estudos sobre a sexualidade masculina equivalem a uma parte pequena da produção a respeito da sexualidade, esse conjunto de estudos representa parte significativa do conhecimento produzido e investigado na abordagem das masculinidades, tal como mostra a revisão bibliográfica feita por Gomes e Nascimento (2006). Esses autores pesquisaram os artigos científicos em periódicos da área da saúde pública, a partir dos assuntos *homem*, *masculinidade*, *masculino*, *saúde do homem*, *saúde masculina* e as expressões equivalentes nas línguas inglesa e espanhola. Identificaram três temas que sintetizam os estudos

encontrados: ‘sexualidade masculina’, ‘masculinidade e reprodução’ e ‘masculinidade e poder’.

A sexualidade masculina, de acordo com os trabalhos pesquisados, deve ser debatida para que se possam abordar assuntos como as DST e a aids. Entretanto, esse debate foi articulado nos artigos nos termos de uma sexualidade infectante (sustentada pela maior participação dos homens nos perfis epidemiológicos das DST ou pela participação dos homens com a prostituição), da heterossexualidade (sustentando epidemiologicamente a associação entre aids e homossexualidade) e da não-monogamia.

No âmbito das intervenções em saúde, diferentemente da sexualidade feminina, que pela via da medicalização foi tomada como objeto de um intenso controle ginecológico, a sexualidade masculina tem se limitado a abordagens pontuais em situações de infertilidade, DST ou início de envelhecimento. Essas abordagens têm ocorrido, preferencialmente, nas consultas com o clínico geral, a partir de uma evocação, de maneira indireta, de problemas sexuais (Bozon, 2004).

Um marco nesse trajeto se deu no final da década de 1990, quando entrou em cena a ‘disfunção sexual’ masculina, a partir da comercialização do Viagra®. Com esse advento, as interpretações místicas da impotência sexual e a abordagem psicopatológica desse problema deram lugar à explicação puramente orgânica e à exclusividade do tratamento medicamentoso. A sexualidade, nessa transição, passou a ser pensada em perspectiva mecânica, dissociada da parceria e emancipada do declínio inerente ao envelhecimento (Sohn, 2008). Nesse processo, ganhou força a medicalização da sexualidade masculina, expressa, como lembra Aquino (2005), na grande produção de pesquisas e publicações (incentivadas pela indústria

farmacêutica) a respeito de tal disfunção, assim como da ejaculação precoce e da reposição hormonal para o tratamento da *andropausa* ou *climatério masculino*.

Na contramão dessa tendência, podemos pensar em possibilidades de abordagem da sexualidade masculina que não se limitem à dimensão fisiopatológica e às concepções derivadas da sexologia. Nesse sentido, Paiva *et al.* (2008a) propõem a construção da noção de saúde sexual em meio às interações entre o técnico e o individual, de modo que a normalidade técnica possa dialogar com a normatividade cultural, construída sócio-historicamente. Uma abordagem nesses termos possibilita que os valores e significados atribuídos à sexualidade sejam expressos e debatidos. Assim, provavelmente, a sexualidade masculina pode adquirir outros contornos na assistência à saúde, ultrapassando as representações da patologia ou da disfunção na direção de uma sexualidade construtora de identidade, atrelada a valores culturais de gênero, e que, inclusive por isso, costuma estar desprotegida e vulnerável ao adoecimento.

Homens nos serviços da APS

O uso de serviços de saúde por homens e mulheres difere em relação à quantidade, como mostram pesquisas que constatarem uma presença masculina sempre inferior à feminina (Schofield *et al.*, 2000; Gomes *et al.*, 2007; Figueiredo, 2008). Adicionalmente, homens e mulheres apresentam diferenças no padrão de uso desses serviços.

Pinheiro *et al.* (2002), a partir de informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998 pelo IBGE, encontraram diferenças (pouco expressivas, embora estatisticamente significativas) em relação ao

tipo de serviços procurados. No uso feito por homens e mulheres da zona urbana, destacou-se o consultório particular (procurado por 30,6% dos homens e 31,5% das mulheres), seguido do posto ou centro de saúde (28,3% e 30,6%) e do hospital (19% e 18,4%). Na zona rural, no entanto, o posto ou centro de saúde foi o mais procurado (40,5% e 44,6%) e, em seguida, foram citados o hospital (25,7% e 26,8%) e o consultório particular (17,9% e 15,8%). Em ambas os contextos, o índice de procura dos homens foi superior ao das mulheres apenas para o hospital. Em relação aos outros serviços referidos na pesquisa, destaca-se uma prevalência das mulheres nos ambulatorios e dos homens no pronto-socorro, na farmácia e no ambulatório de sindicato. Na zona rural essas prevalências chegaram a ser mais acentuadas que na urbana.

Para além de atestar a presença dos homens nos serviços de APS (posto e centro de saúde), como fazem outros estudos (Schraiber e Couto, 2004; Scott, 2005; Figueiredo, 2008; Couto *et al.*, 2010), os dados acima demonstram a importância desse segmento da assistência em saúde para a população masculina (e feminina), uma vez que, dentre os serviços da rede pública, esses foram os mais procurados de forma geral.

Isso adquire especial relevância ao considerarmos que a APS, no Brasil, 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 de assistência, destinando-se a receber os sujeitos na busca inicial por cuidado (a primeira vez) e a atuar nas demandas primárias, assim como propor encaminhamentos adequados no interior do sistema (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000). Dessa forma, representa um esforço para que o Sistema Único de Saúde

(SUS) se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre serviço e população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência (Couto *et al.*, 2010).

A estruturação da APS segue uma lógica de estratificação das necessidades (por patamares de demanda), de modo que os serviços são organizados com base nas necessidades conhecidas pelos técnicos (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000). Dessa forma, todavia, os serviços da APS se direcionaram inicialmente à assistência materno-infantil e, posteriormente, a outros segmentos populacionais, em especial adolescentes e idosos. Esses últimos, mesmo não sendo a clientela exclusiva de programas voltados para as doenças crônicas, como o programa Hiperdia (destinado para a hipertensão arterial e diabetes), tem sua presença reforçada por tais programas. Esse direcionamento resulta, segundo Figueiredo (2005) e Gomes *et al.* (2007), numa percepção desses serviços, por parte dos homens, como espaços feminilizados, o que lhes provoca a sensação de não pertencimento.

O mapeamento da presença masculina em serviços da APS feito por Couto *et al.* (2010) em Pernambuco, no Rio Grande do Norte, no Rio de Janeiro e em São Paulo⁵ ressaltou marcas da feminilização desses espaços (contidos em materiais educativos e decorativos), assim como demonstrou que as mulheres representavam melhor do que os homens a clientela atendida, tanto em termos de frequência, quanto de familiaridade com o espaço e a lógica de organização. Nos serviços observados, as usuárias mostraram-se, de um lado, mais à vontade quanto à comunicação com os profissionais, ao uso do espaço e às formas de interação e, de outro, mais adaptadas aos moldes de funcionamento do serviço.

⁵O mapeamento realizado faz parte da pesquisa multicêntrica da qual este trabalho também é recorte.

Esse estudo apontou ainda para a produção, em tais espaços, de uma invisibilidade dos homens em diferentes dimensões: (a) como alvo de intervenção em saúde, expressa especialmente na falta de programas e atendimentos direcionados aos homens; (b) como usuários, que têm dificuldades para acessar os serviços ou para serem acolhidos com suas demandas; e (c) como sujeitos de cuidado, que, pela expectativa dos profissionais de que não o homem não cuida de si nem de outras pessoas, não são estimulados às práticas de prevenção e promoção de saúde (Couto *et al.*, 2010).

A sexualidade masculina, diferentemente da feminina – que configura um dos grandes temas dos atendimentos em saúde da mulher, orientados pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), embora a saúde sexual não tenha conseguido se desenvolver nesses atendimentos tanto quanto a reprodutiva (Schraiber, 2008) –, não dispõe de um espaço demarcado na agenda dos serviços da APS. Sua abordagem fica à sorte das demandas apresentadas nos atendimentos individuais (por exemplo, em saúde do adulto ou no Hiperdia) e da inserção dessa temática em outras atividades (como grupos educativos voltados para idosos ou adolescentes). Em todo caso, depende da sensibilidade dos profissionais em abordar questões referentes à sexualidade dos homens ou propiciar abertura para que elas possam ser expressas.

A abordagem da sexualidade masculina, nesses espaços, por não estar garantida nem orientada programaticamente, permanece em aberto, podendo ser feita de diversas formas possíveis, tanto na direção da integralidade, quanto da medicalização; do acolhimento ou do constrangimento; da prevenção e promoção ou do tratamento isolado.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresento os aportes e recursos metodológicos utilizados em cada etapa do trabalho. Inicialmente, resgato o contexto mais amplo da pesquisa da qual parte este estudo. A partir da descrição do desenho e da estrutura da pesquisa, detalho as direções seguidas na delimitação do recorte feito. Em seguida, situo os referenciais teóricos e epistemológicos que guiaram a condução da pesquisa de campo e a o percurso analítico-interpretativo.

Descrição geral da pesquisa e delineamento do recorte

Este trabalho deriva da pesquisa multicêntrica *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* (Couto et al., 2009). Consiste em um recorte feito, como será detalhado a seguir, em três sentidos: na temática, na dimensão geográfica e nos recursos instrumentais.

Como indica o título da pesquisa multicêntrica, seu propósito foi a investigação da relação entre os homens e a assistência à saúde e, a partir daí, de como têm se configurado as relações de gênero no âmbito da APS. Para tanto, se propôs a investigar a tendência histórica da participação dos homens nessa modalidade assistencial; a inclusão das questões de saúde de diferentes parcelas da população masculina na perspectiva dos serviços; as representações sobre saúde e percepções sobre acesso, uso de serviços e adesão pelos homens; e articulações

conceituais e práticas entre as questões masculinas e femininas nas ações de assistência.

No recorte, a *sexualidade masculina* foi destacada do conjunto de temáticas pelas quais era possível abordar a relação dos homens com a saúde no contexto da pesquisa. Assim, foram recortadas as questões que direta ou indiretamente ligavam-se à sexualidade em meio às falas e cenas capturadas. Essa temática foi apontada, desde o desenho da pesquisa, como uma das esferas em que as relações de gênero deveriam ser prioritariamente observadas.

O desenho da pesquisa foi pautado na modalidade qualitativa por estudo de caso, mais precisamente de um grupo de casos. Tal modalidade de pesquisa se presta à descrição e à comparação (Triviños, 1990) e realiza um duplo movimento: (a) compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização sob estudo, analisando, com o maior detalhamento, suas singularidades, a forma de interação e a lógica institucional, ideológica ou cultural que ancora suas ações e como se correlacionam com o contexto social mais amplo, e (b) “desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais” (Becker, 1993, p. 118).

O estudo de caso não se presta, em si, à direta generalização dos resultados. Sua maior contribuição é explorar situações e tendências, debatendo, à luz das respostas criativas e singulares dos casos escolhidos, quais são suas contribuições frente a um modelo geral de atendimento ou a um contexto social (Deslandes & Gomes, 2004).

Nessa direção, foram escolhidos contextos urbanos de grandes ou médias cidades brasileiras, das regiões Nordeste e Sudeste, que, além de representarem

quadros urbanos e regionais diversos, já desenvolveram conjuntamente trabalhos anteriores, na forma de colaboração multicêntrica, em estudos de gênero e saúde. Em cada um dos quatro estados considerados, Rio Grande do Norte, São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro, foram selecionados dois serviços de saúde da APS. Adicionalmente, nesses dois últimos estados, foi selecionado um serviço de assistência especializada de caráter ambulatorial. Especificamente, neste recorte, foram estudados os dois serviços do primeiro estado, localizados na cidade de Natal.

A seleção dos serviços em todos os estados seguiu os seguintes critérios: tempo mínimo de funcionamento de 10 anos; volume de demanda igual ou superior a 1 000 atendimentos por mês; equipe multiprofissional com pelo menos a presença de médicos, enfermeiros e odontólogos e Equipes de Saúde da Família ou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; qualidade do registro médico e de outros profissionais em prontuário; condições de instalação e infra-estrutura de apoio logístico à pesquisa de campo; sensibilidade e disponibilidade da chefia para integrar a pesquisa.

Em termos de direcionamentos, a pesquisa foi estruturada em três braços: (a) diagnóstico da situação da APS voltada para a população masculina, nas experiências selecionadas; (b) estudo dos homens usuários: como os homens concebem suas necessidades de saúde, acessam e usam os serviços; e (c) estudo da tendência histórica da clientela do serviço em sua composição por *sexo característica*, identificando-se a qualidade da presença dos homens na APS. O último compreende a dimensão da pesquisa de caráter mais quantitativo, cujo propósito foi a apreensão do panorama da presença masculina em termos da frequência dos usuários homens nos serviços e do tipo de uso feito.

Este recorte se detém apenas aos dois primeiros braços, nos quais foram estudados sujeitos selecionados na qualidade de informantes-chaves. Escolhemos os sujeitos pela inserção no contexto estudado e envolvimento nas questões a serem investigadas, assim como os consideramos em número suficiente para que pudéssemos ter reincidência das informações e dos sentidos atribuídos à experiência de usuário da APS, sendo possível a inclusão sucessiva de sujeitos até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa (Minayo, 2002).

Embora a pesquisa tenha se instrumentalizado, a partir da referência metodológica da triangulação de métodos (Denzin, 1973; Minayo, 2005), com a articulação entre múltiplas técnicas, observadores e métodos, este trabalho não abarcou todos os dados coletados para o diagnóstico das experiências dos serviços. Dentre os instrumentos metodológicos usados – entrevistas semi-estruturadas com profissionais com formação de nível superior e usuários homens, grupos focais com ACS e auxiliares de enfermagem, observações do tipo etnográfica do cotidiano dos serviços, análise de registros médicos e de outros profissionais em prontuários, e levantamento da frequência e uso dos serviços por *sexo característica* nos últimos 10 anos –, o recorte se deteve à análise dos depoimentos coletados nas entrevistas com os usuários homens; dos registros feitos em diários de campo, referentes aos três meses de observação; e de dois relatórios etnográficos produzidos em cada serviço a partir dos diários de campo (o primeiro com intuito de descrever a organização geral dos serviços e o segundo, de discutir as dimensões assistenciais a partir das cenas observadas).

Como os dados contidos no material selecionado abrangiam não só questões relacionadas à sexualidade, já que os roteiros (em anexo) abordavam aspectos mais

amplos, foram consideradas para este trabalho apenas as partes das entrevistas, diários e relatórios que tratavam de tais questões ou de assuntos que mantinham com elas alguma relação interessante à análise realizada.

Etnografia: construção da pesquisa de campo

A construção da pesquisa se apoiou no referencial teórico-metodológico da perspectiva etnográfica, que tem longa tradição na Antropologia e está vinculada ao interesse em compreender as diferenças culturais e, por meio dessas, empreender análises que buscam alcançar sínteses interpretativas sobre aspectos particulares das culturas.

A etnografia pressupõe que a compreensão dos comportamentos humanos só é possível por meio da apreensão dos contextos sociais nos quais estão inseridos, de modo que o fundamental é entender ‘o ponto de vista do nativo’, procurando o significado que as práticas têm para ele (Víctora *et al.* 2000). Nesse sentido, seu princípio fundante é a interpretação dos aspectos simbólicos e culturais nos contextos sociais em que ocorrem (Geertz, 1997; Peirano, 1995).

Como método de pesquisa, a etnografia propõe a inserção e participação intensa do pesquisador no contexto pesquisado, fazendo uso de técnicas como observação participante, entrevistas e análise documental. A postura do pesquisador deve ser orientada por um desligamento dos valores e interesses próprios, a fim de adquirir um nível de compreensão independente de compromissos *a priori* (Vidich e Lyman, 2006). Trata-se de tornar estranho o que familiar, para se torne familiar o que é estranho (Velho, 1999).

Para Malinowski (1984), para que a vida tribal, como um todo orgânico e sistêmico, possa ser descrita em sua integralidade, três tipos de fenômenos da ‘cultura nativa’ devem ser observados e registrados: o arcabouço da constituição da sociedade (os itens culturais cristalizados e a rotina prescrita pela tradição e costume); os imponderáveis da vida real (o comportamento típico e a maneira pela qual essa rotina é praticada); e a mentalidade nativa (as opiniões expressas, os pontos de vista, os ideais).

O processo de coleta de dados, todavia, não pode ser descrito em sua totalidade, já que se refere a um processo social em andamento, que desafia a recapitulação. O produto final é, então, um relato retrospectivo, em que a experiência original é abreviada em uma série de imagens (Vidich e Lyman, 2006), um texto descritivo e interpretativo, fruto da análise de dados recolhidos em campo.

Com base nesses fundamentos, foram estruturadas e executadas as duas modalidades instrumentais da pesquisa usadas neste recorte: as observações etnográficas e as entrevistas com usuários.

As observações etnográficas foram orientadas para a apreensão de elementos dos ambientes (internos e externos), dos modos de agir e interagir e das linguagens usadas. Nós, os pesquisadores, nos organizamos de modo a formarmos uma dupla de observadores em cada um dos serviços e nos revezamos na cobertura da observação das semanas típicas de seu funcionamento nos períodos da manhã e da tarde e nos correspondentes registros em diários de campo e elaboração de relatórios etnográficos.

No primeiro mês de observação, tomamos o panorama geral dos serviços por meio do mapeamento da sua estrutura e de seu funcionamento cotidiano. A coleta

esteve voltada para a caracterização da clientela e das demandas; levantamento dos programas e atividades existentes e em funcionamento, fluxograma geral da assistência; caracterização das equipes multiprofissionais; descrição geral dos ambientes.

Nos dois meses seguintes, voltamo-nos para o detalhamento do fluxo assistencial e dos processos decisórios na produção da atenção e do cuidado, fazendo uma observação mais prolongada das atividades específicas (internas e externas), a fim de captar as dimensões de gênero embutidas no *ethos* do trabalho em saúde. Para tanto, foram registrados interações e diálogos presenciados na recepção dos usuários pelos profissionais, no atendimento individual ou coletivo dispensado aos primeiros, nos trabalhos na comunidade (visitas domiciliares, trabalhos de educação em saúde), na relação entre os membros da equipe multiprofissionais, enfatizando-se a tomada de decisões e as questões de gênero e de hierarquia profissional.

As entrevistas semi-estruturadas com homens usuários desses mesmos serviços foram voltadas para a investigação de como os homens concebiam suas necessidades de saúde, acessavam e usavam os serviços. Seguindo os princípios de amostra qualitativa descritos e mediante abordagem aos usuários no contexto das observações etnográficas, foram entrevistados 60 homens (30 em cada serviço), subdivididos em três segmentos etários (15 a 25, 26 a 45; e acima de 45 anos).

Os usuários foram entrevistados, concomitantemente às observações, pelos homens integrantes da equipe de pesquisadores, com intuito de propiciar, pela paridade dada pelo *sexo característica*, maior liberdade na expressão dos sujeitos. Ao todo, éramos quatro entrevistadores do sexo masculino, formados em Psicologia e residentes na cidade de Natal. O roteiro das entrevistas privilegiou aspectos como

representações acerca da(s) masculinidade(s) e da saúde dos homens, práticas de cuidado à saúde, acesso e uso de serviços, relação dos usuários com os profissionais e os serviços de saúde.

Inserção dos pesquisadores no campo: de olheiros a estagiários

A minha inserção, assim a como dos/as pesquisadores/as, nesse cenário investigado se deu de forma gradual. Depois dos contatos mais formais – apresentação da proposta de pesquisa e fornecimento de autorização para observarmos o funcionamento dos serviços –, chegamos, um por um, nos espaços a serem pesquisados. Alguns funcionários ficaram responsáveis por nos receber. “Você é olheiro/a do dia?”⁶, a pergunta usada para receber alguns de nós, mostrava o movimento de acolhida, mas ilustrava bem o lugar que ocupamos no primeiro momento: o de quem estava ali para olhar, observar, reparar. Alguns funcionários tiveram uma postura acolhedora, tentavam nos inserir naquele contexto, apresentando as pessoas (profissionais e usuários/as), os lugares e as atividades e traduzindo a lógica de funcionamento. Outros funcionários foram mais resistentes à nossa inserção. Ora faziam perguntas que mostrava desconfiança: “O que é mesmo que vocês estão pesquisando?”, “O que vocês tanto escrevem aí?” Ora lançavam olhares ou manobras para que não notássemos alguns conflitos ou problemas da unidade.

Num segundo momento, passadas as explicações mais iniciais e vencida a maioria das resistências, estávamos mais inseridos. Circulávamos com fluidez pelos serviços. Conseguimos abertura para assistir a atendimentos da maioria dos

⁶ O uso das aspas duplas é reservado neste trabalho, além de para as citações literais de autores, para reprodução, no meio do texto, de termos usados pelos participantes da pesquisa.

profissionais; alguns poucos se mantiveram resistentes. Fomos convidados a acompanhar atividades externas. Participamos de reuniões das equipes, passando a conhecer os principais problemas e questões discutidos entre eles. Estivemos presentes nos momentos situados entre as atividades: horário de almoço, pausas para tomar “um cafezinho”, preparação de grupos, caminhadas até locais de visita, caronas de volta para casa. Ouvimos histórias, impressões e desabafos tanto no ambiente dos atendimentos, como nos contextos mais informais como a copa, os corredores, as calçadas. Alguns/mas usuários/as, que frequentaram os serviços com mais frequência naquele período, passaram a ser conhecidos por nós também.

No decorrer de nossa presença nos serviços, começamos a ser apresentados pelos/as funcionários/as a usuários/as e pessoas “de fora” como uma espécie de estagiário/as. Esse novo título expressava um lugar mais familiar àquelas redes, uma vez que se referia agora a alguém “de dentro”. Descrevia uma posição intermediária entre usuários/as e profissionais. Talvez isso tenha se dado por uma associação feita entre nós e os/as estagiários/as de fato, certamente devido à faixa etária semelhante; pelo vínculo que trazíamos com a universidade; ou ainda pelo fato de não termos assumidos posturas equivalentes a nossas formações profissionais dentro dos serviços (psicólogos e antropólogos), mesmo diante de algumas demandas.

Alguns/mas profissionais se destacaram como figuram cruciais nesse trabalho, ficaram mais próximos de nós, mostrando-nos detalhes mais difíceis de notar, contando-nos coisas menos explícitas, tornaram-se nossos principais informantes. A realização das entrevistas com os homens usuários foram, em grande parte, viabilizadas pela mediação feita por esses/as profissionais, que nos

apresentavam alguns sujeitos ou nos indicavam outros que não estavam presentes, mas eram usuários dos serviços.

Ao fim do período de observações, nossa integração nos serviços e com as equipes multiprofissionais foi atestada pelos convites para os festejos exclusivos dos/as profissionais (lanches após reuniões, comemoração de aniversários dentro dos serviços e churrasco fora dos serviços para festejar o fim do ano de trabalho).

Hermenêutica filosófica: interpretação dos dados

A compreensão deste trabalho como produção de conhecimento e, logo, a interpretação dos dados colhidos se apoiaram na hermenêutica filosófica de Gadamer. Epistemologicamente, essa filosofia se apresentou como crítica às filosofias interpretativistas anteriores que, por sua vez, marcaram a afirmação da investigação qualitativa no rompimento com as concepções positivistas que buscavam explicações causais para os fenômenos sociais, comportamentais e físicos como forma objetiva de conhecimento. Embora compartilhe com as primeiras interpretativistas o objetivo da compreensão, definido na tradição do *Verstehen*, se distanciou delas ao desafiar a concepção objetivista de significado, de acordo com a qual o objeto contém um significado que pode ser entendido (Schwandt, 2006).

Segundo Oliveira (1988), o paradigma hermenêutico se opôs à ‘ordem como categoria’, presente nas escolas tradicionais do pensamento antropológico, que domesticavam eficazmente a subjetividade, o indivíduo e a história. Esses três elementos foram reformulados pela hermenêutica na direção de atualizar uma ‘categoria de desordem’: a subjetividade foi liberada da coerção da objetividade e assumiu, como inter-subjetividade, sua forma socializada; o indivíduo foi liberado

dos psicologismos e tomou sua a forma personalizada, assumindo sua individualidade; e a história, desvencilhada do naturalismo que lhe exigia objetividade, tomou sua forma interiorizada no sujeito e se assumiu como historicidade.

A hermenêutica, no sentido atribuído por Gadamer, refere-se à compreensão como uma condição humana. Fundamentado pela concepção de Aristóteles, resgatada pela leitura de Heidegger, segundo a qual de sujeito é o ‘ente que possui linguagem’, atribuiu à humanidade a característica de ser constituída pela e com a linguagem. Isso implica que a realidade a qual temos acesso é sempre linguística e condicionada à interpretação (Rohden, 2000).

Dessa forma, nenhuma interpretação pode ser considerada definitivamente correta. Sempre estará vinculada ao sujeito que se implica, como seu ‘modo de ser linguagem’, 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 em um fenômeno, se negocia tal significado. O compreender e o interpretar, como qualquer construção discursiva, consistem sempre em participar de um diálogo em que os horizontes se fundem (Ayres, 2008).

Ayres (2008) define ainda o transcurso de um diálogo, que se estabelece pela dialética da pergunta e da resposta, por meio do estabelecimento tácito ou explícito de dois pressupostos. Primeiramente, há o reconhecimento autêntico do outro como um interlocutor, cujo questionamento é digno de resposta, podendo tanto um quanto o outro acrescentar algo. Ademais, supõe-se que ambas as partes aceitam que não se

possui uma compreensão suficiente e que, portanto, o diálogo é inesgotável ou durará até que seja alcançado um nível superior de entendimento.

Em tal sentido, este estudo se apresenta como uma interpretação possível de um conjunto de fenômenos entrelaçados em torno de uma temática e apreendidos no contexto observado e nos diálogos estabelecidos. Reconheço minha implicação (de meus preconceitos) na interpretação feita e me permito alçar algumas reflexões a partir dessa compreensão, na busca de estabelecer sentidos que possam lançar visibilidade e abrir caminhos em um campo ainda pouco explorado.

O percurso interpretativo foi inspirado pela idéia de tríplice mimese, como construção do círculo hermenêutico, desenvolvida por Ricoeur (1994) na investigação da relação entre narrativa e temporalidade. De acordo com essa idéia, é ao se articular de modo narrativo que o tempo torna-se tempo humano; assim como a narrativa atinge seu ‘pleno significado’ quando se torna uma condição da existência temporal. Os três elementos da atividade mimética descreveriam o percurso feito desde a *prefiguração* do campo prático, passando pela *configuração* da ‘intriga’ e resultando numa *refiguração* na recepção da obra. A *configuração*, além de constituir a parte mais central do processo, realiza a mediação entre as outras duas.

Nessa direção, podemos conceber os relatos da pesquisa, uma narrativa construída a partir da fala de vários atores (sujeitos e pesquisadores), a partir dessa articulação, que, menos que tentar escalonar os dados em partes, se propõe a posicionar os elementos da narrativa em diferentes perspectivas temporais. Trata-se, no entanto, de uma aproximação à concepção trabalhada por Ricoeur (1994), uma vez que é possível reconhecer a tríplice temporalidade da atividade mimética em cada parte que se processa na narrativa. Tal aplicação metodológica tem sido

utilizada em trabalhos que tomam a cultura como texto e que, portanto, se beneficiam de uma interpretação hermenêutica (Gama, 1992; Couto, 2001).

A apresentação e análise dos resultados é, então, estruturada em três capítulos. O primeiro deles busca uma *prefiguração* dos fenômenos observados, por meio da caracterização dos sujeitos e do delineamento do contexto social onde foi realizada a pesquisa. Com esse intuito, descrevo o ambiente físico e simbólico, enfatizando as representações, os valores e as normas relacionados à(s) masculinidade(s) e sua relação com a sexualidade.

No capítulo seguinte, é construída uma configuração da forma como os homens descreveram lidar com a saúde sexual e como a sexualidade masculina foi abordada nos serviços pesquisados. São analisadas as informações mais específicas sobre a temática deste trabalho: a relação entre masculinidades, sexualidade e saúde no contexto da APS. Para tanto, são enfatizados os discursos dos sujeitos (nos relatos individuais e nos diálogos), as cenas observadas, os modos de interagirem e as impressões dos pesquisadores.

Finalmente, o capítulo que encerra as considerações finais evidencia um momento de demarcação de limites e abertura de possibilidades. As reflexões feitas nas seções anteriores buscam um direcionamento, são traduzidas de forma mais substancial pelos vieses do pesquisador.

O tratamento dos dados, realizado na construção das três partes da análise, buscou procedimentos capazes de gerar uma compreensão profunda de seu conteúdo e dos sentidos presentes. A partir da leitura primária do material, foram recortados os trechos que tratavam de questões relacionadas à sexualidade. Esses trechos foram tratados como destaque, mas ainda mantendo sua localização no interior das

entrevistas, diários e relatórios, de modo a não perderem a contextualização vertical das histórias individuais. Uma segunda leitura, exaustiva e com fins de impregnação, foi conduzida nos trechos selecionados, o que permitiu uma análise temática por meio da identificação das categorias ou assuntos apresentados. Esses assuntos foram analisados horizontalmente e, assim, foi construída uma síntese dos mesmos, que foi usada para a reflexão das questões encontradas e sua confrontação com a literatura referente e a perspectiva teórica. Uma análise vertical se seguiu com intuito de elucidar sentidos nas situações particulares e de cruzar informações provenientes de relatos individuais com cenas observadas. Finalmente, as direções centrais dos achados foram problematizadas a fim de que luzes pudessem ser lançadas no contexto configurado na busca de refigurações.

4. PREFIGURAÇÃO

Essa parte do trabalho consiste em uma tentativa de fazer jus à proposta etnográfica. A idéia de prefigurar o contexto pesquisado pode ser traduzida como uma forma de situar os aspectos mais característicos do campo pesquisado – descrever o cenário pesquisado e caracterizar os sujeitos envolvidos – e de discutir brevemente questões preliminares à temática abordada, como a construção das masculinidades e sua relação com a sexualidade e com a saúde.

Cenário pesquisado

O lugar onde a pesquisa foi realizada corresponde a uma região específica da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. A divisão administrativa da capital do estado potiguar em quatro regiões administrativas – zonas norte, sul, leste e oeste – marca, grosso modo, sua distribuição socioeconômica. Enquanto que nas zonas sul e leste concentra-se a população com as melhores condições de vida, as zonas norte e oeste abrigam as áreas mais carentes da cidade. Considerando que a cidade de Natal é situada na ‘esquina do continente’ e tem boa parte de sua área banhada pelo Oceano Atlântico, a localização da zona oeste, de modo particular, ilustra a discrepância entre as regiões. Esta é a única que não faz parte da área litorânea da cidade e, portanto, do cenário de praias divulgado como retrato da cidade e atrelado a uma de suas principais atividades econômicas, o turismo.

É na zona oeste que praticamente se encontram os dois serviços pesquisados. Tratam-se de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, condizentes com a ESF,

atendem a população residente na área demarcada como sendo responsabilidade sanitária de cada uma. A UBS1 pertence ao bairro Assu⁷, localizado nessa região, e atende parte de sua área. Já a área atendida pela UBS2 é demarcada na área de fronteira de três bairros, Caicó, Apodi e Patu, e abrange uma porção de cada um. Apesar da Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB) reconhecer a UBS2 como pertencente ao bairro Caicó, localizado na zona sul, as características da região e do público que frequenta o serviço aproximam-se mais dos bairros Apodi e Patu, localizados também na zona oeste.

O bairro Caicó, em contraste aos demais, teve seu início a partir da década de 1970 com a iniciativa de cooperativas habitacionais e hoje concentra grande parte das mansões e condomínios de luxo da cidade. Os três bairros da zona oeste apresentam características semelhantes entre si. Tiveram sua ocupação maciça na década de 1960, impulsionada pela criação de conjuntos habitacionais, pela venda de lotes de terra em condições mais acessíveis à população de baixa renda (em até 100 meses, em prestações iguais, sem correção monetária e com descontos para aqueles que desejassem liquidar totalmente o débito) e pelo êxodo rural. Destaca-se em Patu, a construção de local destinado a armazenar os resíduos obtidos com a coleta de lixo, o que favoreceu o agrupamento de catadores e demais pessoas que dependiam dessa atividade. Apodi foi oficializado como bairro ainda nesse mesmo período, as outras duas localidades o foram apenas na década de 1990.⁸

⁷ Para preservar a identificação dos serviços e, logo, dos profissionais participantes da pesquisa, no lugar do nome dos bairros, foram usados aleatoriamente nomes de cidades potiguares: Assu, Caicó, Apodi e Patu.

⁸ Informações referentes à localização dos serviços e história dos bairros estão contidas nos relatórios etnográficos. São oriundas das observações e de consulta a documentos oficiais, disponíveis em <http://www.natal.rn.gov.br/semurb/>. Acesso em 10/12/2007

Considerando basicamente os bairros da zona oeste, podemos caracterizar a localização das duas UBS como áreas da periferia da cidade. Dois deles pertencem à região mais carente da cidade, cuja população tem a mais baixa renda, o mais baixo nível de escolaridade e mora em domicílios com piores condições de saneamento básico. O outro bairro da região oeste, embora não compartilhe dessa mesma descrição, apresenta condições aproximadas a essas⁹.

A área de atendimento de ambos os serviços é caracterizada como uma região residencial, embora abrigue algumas pequenas fábricas e estabelecimentos comerciais, como bares, lanchonetes, oficinas mecânicas, etc. Algumas localidades residenciais são descritas pelos moradores e pelos profissionais dos serviços como pequenas favelas. Na área da UBS1 destacam-se ainda casas construídas na região de mangue, que se encontra em processo de devastação, e a existência de abatedouros clandestinos.

As Unidades Básicas de Saúde

Os dois serviços têm estruturas semelhantes. Funcionam nos moldes da ESF, que visa assistir, por meio de atividades internas e externas, os moradores da região pela qual cada unidade tem responsabilidade sanitária (Brasil, 2007). A UBS1 apresenta essa configuração desde 1994 e conta hoje com três equipes multiprofissionais; a UBS 2 adquiriu esse formato por volta de 1998 (embora essa informação não tenha sido fornecida com clareza por parte dos/as profissionais) e dispõe de duas equipes.

⁹ Informações provenientes do estudo “Mapeando a qualidade de vida em Natal” de autoria de Arimá Viana Barroso, da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica (SEMPLA). Disponível em www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/File/iqv.pdf. Acesso em 15 de maio de 2010.

Cada equipe de ESF é composta por um/a médico/a, uma enfermeira, um/a dentista, duas técnicas de enfermagem, cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). À época da pesquisa, nos dois serviços, havia equipes desfalcadas, faltavam (temporariamente, de acordo com os/as profissionais) ACS e médicos/as em algumas delas. Isso exigia dos/as profissionais presentes que dessem cobertura também aos/às usuários/as pertencentes à área das equipes desfalcadas. Além dos/as profissionais previstos pela ESF e de funcionários/as responsáveis pelo arquivamento de prontuários, limpeza, manutenção e segurança, a UBS1 dispunha de uma nutricionista e uma estagiária de nutrição, um técnico em exames laboratoriais, um estagiário e uma estagiária de enfermagem; a UBS2, de uma psicóloga, uma assistência social, um e uma fisioterapeutas. Tais profissionais, diferentemente dos primeiros, não se restringem ao atendimento da população adscrita à unidade, recebem também demandas encaminhadas de outros serviços.

As UBS funcionam de segunda à sexta-feira, em dois turnos, das 7:30 às 11:30 e das 13:30 às 16:30. Disponibilizam atendimentos médicos e em enfermagem (em geral, divididos em atendimentos a adultos ou clínica geral; a hipertensos e diabéticos ou “Hiperdia”; a gestantes e pré-natal; ginecologia e exames preventivos; pediatria ou “Crescimento e Desenvolvimento”; planejamento familiar; visitas domiciliárias e atividades externas), atendimento odontológicos, serviços prestados pelas auxiliares de enfermagem (preparo, anterior às consultas; vacinação; curativos; visitas domiciliárias e atividades externas), marcação de consultas de referência, grupos educativos (de adolescentes, gestantes, diabéticos e hipertensos, idosos e de planejamento familiar) e grupos de outro caráter como grupo de exercício físico. A

UBS1 conta ainda com uma proposta de acolhimento, na qual os funcionários se revezariam para receber e orientar usuários/as a respeito do funcionamento dos serviços. Essa proposta, porém, é executada com pouca frequência.

Em relação ao espaço físico, ambas as UBS dispõem de instalações suficientes para prestar assistência, havendo salas individuais para os atendimentos, exames e procedimentos de enfermagem, e áreas coletivas, como sala de espera, recepção e locais para reuniões e atividades educativas, além de copa e lugar destinado à esterilização de materiais. Observamos a existência de estrutura instrumental para procedimentos específicos, como os atendimentos odontológicos, embora os profissionais tenham referido uma frequente falta de material. Na UBS2, existe ainda uma sala equipada para os atendimentos especializados de fisioterapia.

A decoração dos espaços, feita por cartazes e ornamentos, reforçam o aspecto feminilizado desses ambientes, já dado pela predominância de mulheres (nas equipes profissionais e na clientela) e pela maior familiaridade que as usuárias demonstram em relação aos usuários homens no que diz respeito ao espaço e à lógica de organização. Os trechos seguintes ilustram o que tem sido referido como feminilização dos serviços de saúde:

Na parede, de frente para quem entra na Unidade, (...) estão dispostos três murais de fotografia em formato de casinha e decorados com desenhos de flores, nas cores azul, rosa e laranja – outro traço a tornar o ambiente feminino. (...) Chama a atenção, num espaço não destinado a atendimento [sala de esterilização], a decoração feita por pequenos adesivos com imagens infantis e femininas.
(Relatório Etnográfico 1, UBS1, p.12)

[Na sala de espera] há cartazes de campanhas do ministério da saúde (...) aleitamento materno (...) e uma prancha no canto da parede em cima da qual está um grande anjo com umas flores vermelhas de plástico adornando-o.
(Relatório Etnográfico 1, UBS 2, p.7)

Muitos também são os traços que infantilizam e feminilizam o ambiente, causando talvez um sentimento de não pertencimento aos homens que usam a Unidade. Esses homens, quando não precisam estar em lugares definidos (como o de espera pelo o atendimento), em geral, se concentram na entrada ou na sala de espera. Alguns sequer sentam, ficam circulando nesse espaço ou no estacionamento. (Relatório Etnográfico 1, UBS1, p.40)

Os homens usuários

Pedro pedreiro penseiro esperando o trem (...)
esperando aumento para o mês que vem
esperando a festa, esperando a sorte
e a mulher de Pedro esperando um filho prá esperar também
(Chico Buarque)

Os homens, cujos depoimentos são usados aqui para apontar sentidos e direções a respeito da temática investigada, são usuários de um ou de outro serviço mencionado há pouco. Foram abordados por mim ou por algum outro pesquisador homem no próprio serviço, na ocasião em que o acessavam, ou nas redondezas dos serviços, geralmente em suas casas ou estabelecimentos comerciais, a partir da indicação feita por algum/a profissional ou usuário/a.

Foram entrevistados 60 homens (30 em cada serviço). Destas, três entrevistas foram desconsideradas por não terem referência por parte do entrevistado ou do pesquisador a questões relacionadas à sexualidade. Devido à similaridade entre esses dois serviços em relação à organização e à clientela, os sujeitos entrevistados são analisados em conjunto, sem distinção por serviço.

A intenção não é que esses homens sirvam de amostra da população masculina brasileira, nordestina ou mesmo da periferia de Natal, inclusive porque as análises feitas até agora com dados provenientes desse campo e de serviços de outras

idades brasileiras, parte da mesma pesquisa, não apontam para diferenças significativas entre os homens no que diz respeito à forma de cuidarem da saúde e de usarem os serviços (Couto *et al.*, 2010; Schraiber *et al.*, 2010; Machin *et al.*, s/d).

Seus depoimentos são encarados aqui como caracterizadores dos cenários particulares investigados, que podem, em diferentes aspectos, se assemelhar ou se diferenciar de outros contextos.

No entanto, o quadro configurado e os sentidos levantados nos permitem discutir e problematizar a relação dos homens com os serviços de saúde pela via da saúde sexual de modo abrangente e conectado ao modo como os homens são concebidos como sujeitos do sexo masculino e como são abordados no campo da assistência e da saúde sexual.

Nesse caminho, para situar, grosso modo, os autores dos depoimentos usados, recorro à imagem de Pedro Pedreiro, personagem de Chico Buarque, que me parece uma boa descrição dos sujeitos entrevistados, aqui nomeados metaforicamente de Pedro¹⁰: homens simples e com poucas perspectivas de melhora de vida. Além do fato de todos morarem em bairros da periferia de Natal, as características sócio-demográficas delineiam essa configuração.

Os homens entrevistados são trabalhadores, alguns já se aposentaram, outros foram afastados por motivo de doença, outros ainda estão à procura de emprego. Na maioria são, de fato, pedreiros; outros são marceneiros, mecânicos, garis, vendedores ambulantes, porteiros, serralheiros, etc.; poucos diferem desse padrão, como os comerciantes. Vale destacar os usuários que atuam ou atuaram em trabalhos na área da saúde: Pedro ES é agente de endemias; Pedro RF tinha essa mesma ocupação, mas

¹⁰ Os sujeitos entrevistados serão todos identificados como Pedro, mas diferenciados pelas iniciais de seu nome. Ex.: Pedro RS.

encontra-se desempregado; Pedro GP, além de trabalhar como barman e *drag queen*, já trabalhou com prevenção de DST/AIDS em uma ONG; Pedro OS é educador e atua como integrante do Conselho Municipal de Saúde¹¹.

Em relação ao padrão econômico, alguns declararam estar em condições críticas, sendo sustentados por familiares; os demais declararam renda familiar que variou entre valores consideravelmente baixos e valores maiores. Embora quase todos residam em casa própria, raros demonstraram sinais de uma vida financeiramente confortável.

No que se refere à escolaridade, é registrada a presença de analfabetos ou simplesmente alfabetizados; a grande parte cursou o Ensino Fundamental ou Médio, alguns deixaram de estudar ainda nesses períodos; poucos ingressaram no Ensino Superior.

Na constituição familiar, alguns ainda ocupam o lugar de filhos, morando com pais ou avós; outros – inclusive uns bem jovens – já são pais e chefes de família.

Em relação à cor, a maioria deles se identifica como negros, morenos ou pardos.¹²

É importante lembrar que o critério usado para seleção desses sujeitos direciona a caracterização realizada acima, uma vez que ser usuário dos serviços de saúde da rede pública ou, mais especificamente, da APS implica geralmente em não ter condições de pagar por atendimentos em serviços privados. Por outro lado, ser usuário dos serviços significa que determinado sujeito teve acesso ao atendimento. Esse critério deixa de fora homens que supostamente não tiveram o mesmo acesso,

¹¹ As falas desses usuários podem destacar-se pelo envolvimento com o trabalho na área da saúde. Portanto, serão sinalizadas ao longo da dissertação com a indicação “Trab.Saúde”.

¹² Para maior detalhamento das características sócio-demográficas dos homens entrevistados, ver quadro em anexo.

talvez por se encontrarem em situações socialmente mais críticas (por exemplo, os moradores de rua).

A construção do ser homem

Para construir uma ligeira noção dos valores relacionados às construções do ser homem entre os sujeitos entrevistados, é bastante útil tomar como referência o trabalho de Nascimento (1999), no qual são investigadas diferentes formas de vivenciar as masculinidades entre homens pobres da região metropolitana de Recife. Mesmo considerando a diversidade de experiência de cada indivíduo, esse trabalho afirma a força do modelo hegemônico de masculinidade, inclusive entre homens com pouco acesso aos recursos postulados idealmente, que, portanto, lançam mão de estratégias para atualização e aproximação do modelo hegemônico. Nesse sentido, tal modelo é referido nos termos de sua tendência “a homogeneizar os homens, ao menos em suas formulações discursivas” (p. 7).

Seguindo essa direção, os homens entrevistados nesta pesquisa recorrem a elementos comuns ao modelo hegemônico de masculinidade para caracterizarem o que é ser homem, de forma que é possível estruturar com facilidade os elementos principais em torno dos quais se articulam tais construções. Aqui, no entanto, a recorrência desses elementos não ocorre de forma linear, reproduzindo puramente a valorização das características desse modelo. Aparecem sim discursos que o fazem, mas destacam-se falas que criticam ou problematizam tais elementos. Assim, tornam-se presentes os núcleos de sentido das construções do ser homem, porém menos como uma tendência e mais como uma discussão, em que a divergência de posicionamentos é presença inegável.

Segundo os sujeitos entrevistados, ser homem assume o sentido de valor(es) moral(is), sendo equivalente a “ser honesto”, “ter palavra”, “ter honra”, “ter caráter”, “respeitar e ser respeitado”, “ser digno de confiança”, etc. Nesse sentido, o ser homem moralmente é diferenciado do ser homem biologicamente, como se nem todo homem biológico (por “ter pênis” ou “usar calças”) fosse “homem de verdade” (que tem “moral”).

O ser homem também é associado a “ter responsabilidades”, “cumprir com as obrigações”, “cumprir deveres”, etc. Essas responsabilidades, obrigações ou deveres estão associadas a duas esferas que, com frequência, apresentam-se atrelados: o trabalho e a família. Aqui, resgatam-se a imagem do homem trabalhador, que é independente e digno, e do provedor, que trabalha para garantir o sustento da família.

Esses dois núcleos se articulam facilmente quando o valor moral se refere à postura de “um bom esposo”, “um bom pai” ou a atitudes como “ser fiel”, “assumir os filhos”, “viver honestamente com esposa e filhos”. Nessa articulação também, abre-se a discussão: embora se aponte que para ser homem é preciso saber “viver bem em sociedade”, “não enganar” e “não roubar”, essa premissa é refutada, por exemplo, quando o papel de provedor está ameaçado, como vemos na fala a seguir:

É o papel do homem botar [comida] dentro de casa. No dia que ele não tem, ele vira bicho. Aí vai-se embora educação, vai tudo. Se for preciso, ele faz até como a gente já viu no dia-a-dia na televisão, uma menina, por causa de uma lata de margarina, foi presa. Tá entendendo? O cara, pelo filho, faz essas coisas mesmo. Tá entendendo? Então, você sabe, a gente se aperreia. Qual é o homem que ao meio dia... ele pode ficar com fome. Tá entendendo? Mas, vendo a mulher e os filhos assim olhar um pro outro, o menino [dizendo]: “Mainha, eu quero comida”. Isso é duro.
(Pedro TS, 61 anos)

Outro núcleo de sentido é apresentado pela associação entre ser homem e ser forte. Aqui entra em cena a comparação com a mulher, em relação à qual o homem é sempre mais forte. Essa força é descrita tanto em termos físicos, quanto em termos metafóricos (“ser homem mesmo pra aguentar a corrupção, as mazelas do mundo afora”). Destaca-se o relato de Pedro GP, que, por trabalhar como drag queen, assume ocasionalmente uma identidade feminina:

Eu sou Pedro (risos). Trabalho vestido de homem, normal. {Aí, quando vai fazer um trabalho de drag queen, 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.
(Pedro GP, 28 anos, Trab.Saúde)

A idéia de que para ser homem é preciso ser forte é questionada por alguns sujeitos, especialmente quando traduzem essa força como violência, o ser forte como “ser agressivo”. Fazem referência a essa idéia como algo do passado ou sustentado por outras pessoas, com o qual não concordam.

Para a descrição do ser homem, os sujeitos utilizam outros contrapontos com o ser mulher. Entre eles, destaca-se a relação que ambos têm com o cuidado em saúde. Reproduz-se, então, a imagem do homem que “não cuida”, “faz mais extravagância”, “não vai ao médico”, “é cabeça dura”, “é mais fechado”. Por outro lado, curiosamente, o ser homem também foi descrito como “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 de cuidado com gênero.

Além disso, 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, que possivelmente sejam mais acessados pelos homens, como o “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”.

Masculinidades e sexualidade masculina

Finalmente, apresenta-se, como núcleo de sentido dessas construções, a relação com a sexualidade. É, portanto, característico do ser homem “a parte de sexo, a parte de amar” ou “fazer suas necessidades normais, como o sexo”. A sexualidade é acessada, sobretudo, na associação com a figura da mulher, como parceira ou alvo de desejo sexual: “gostar de mulher”, “ter parceira”, “ter namorada”, “pegar mulher”, etc. Essa associação é feita na direção de caracterizar a sexualidade masculina como algo exacerbado, impulsivo e incontrolável, sinalizando também a existência de critérios culturais atrelados a essa representação da sexualidade masculina:

(...) o homem não pode ver uma mulher que vai lá.
(Pedro VE, 20 anos)

(...) o homem, quando tá naquela vontade, não importa, se não tiver camisinha, de qualquer jeito, ele vai. Alguns, né? Têm outros que não. Mas, quando tá naquela tara, eu acho que camisinha pra eles não vem ao caso não. (...) {Aí a

mulher numa situação dessa, tá naquela tara...} *Eu acho que ela se aguenta, eu acho.*

(Pedro RA, 23 anos)

(...) você sabe que muito homem não pode ver um rabo de saia.

(Pedro JN, 40 anos)

Mas o homem, mesmo que ele seja casado e tudo, se uma mulher der em cima dele, ele não consegue resistir, aí vai pra cama com ela, aí transa sem camisinha. Têm uns que consegue resistir, mas têm uns que não consegue.

(Pedro RS, 18 anos)

A conversa de homem é só botar pra dentro.

(Pedro TS, 61 anos)

O homem é mais fácil de dizer: “Eu comi uma mulher, fiz sexo com uma mulher”. É mais fácil o homem dizer do que a mulher dizer, porque pro homem é normal pegar quantas quiser e pra mulher é difícil. Até no relacionamento, eu posso trair, o homem pode trair, mas pra mulher já fica feio. Isso é o ditado que tem, não justifica, mas é verdade. O homem pode trair a hora que quiser que não tem essa não, mas a mulher não pode não. O homem tem o instinto, a mulher não tem.

(Pedro FC, 16 anos)

A referência à figura da mulher também aparece, em menor medida, na direção de uma construção da imagem do homem vinculada à família e ao casamento, como aquele que exerce sua sexualidade e desejo sexual com sua parceira:

(...) dar (...) amor, carinho à esposa são tarefas de um homem.

(Pedro ES, 27 anos, Trab.Saúde)

Eu acho que [homem] é um cara que gosta da esposa, ser fiel a ela, [o] que eu não fui, prometi e não fui.

(Pedro JC, 27 anos)

Nesse ponto, se dá também um dissenso. Alguns sujeitos criticam essa formulação e afirmam que o desejo sexual por mulher, a relação sexual com mulher ou o fato de “ter uma mulher” não são suficientes para fazer do sujeito um homem. Em geral, esse argumento é feito em nome do sentido de ser homem como valor(e)s moral(is), de modo que nem todos os sujeitos que gostam de mulher têm os atributos morais de um homem. Alguns até afirmam que a atitude de procurar muitas mulheres e a infidelidade conjugal são contrárias a tal moralidade:

Eu acho que não é dizer: “Sou homem porque eu tenho uma mulher; ou, se não tenho uma mulher, tenho outras mulheres”.

(Pedro GC, 61 anos)

Tem gente que pensa que ser homem é ser forte, estar sempre atrás de mulher, bancar o bonzão, mas não é isso não. Eu pensava isso também quando era mais novo, mas hoje sei que isso num quer dizer nada.

(Pedro HJ, 59 anos)

Ser homem não é só aquele que sai com uma mulher, faz o que quer e diz que é homem. Homem tem que ser no caráter, na vergonha, em tudo.

(Pedro JN, 40 anos)

Não ser esses homens raparigueiros, essas coisas. Homem pra mim tem que ser homem, um cara de vergonha.

(Pedro VE, 20 anos)

Tais referências à mulher são feitas a partir de um referencial heterossexista, condizente com o modelo hegemônico de masculinidade. Esse referencial atinge o ponto máximo na afirmação feita por alguns sujeitos de que ser homem é equivalente a “não ser homossexual”, de modo que o título de homem só pode ser atribuído a homens heterossexuais. Tal significado aparece também nas falas dos profissionais, que parecem não se dar conta de que reproduzem uma postura discriminatória:

Inicialmente, ao perguntarmos a algumas funcionárias quantos homens trabalhavam na Unidade, elas deram ao termo homem a conotação de sexualidade, interpretando a pergunta como direcionada aos homens heterossexuais, o que pode ser visto na resposta: *“Homens mesmo eu não sei (risos)”*.

(Relatório Etnográfico 1, UBS 1, p.45)

A fisioterapeuta comenta comigo o fato de haver bastante homens naquela ocasião e completa com uma brincadeira: *“Pelo menos é o que dizem, eu pergunto o sexo, eles dizem que é homem (risos).”*

(Diário de campo, UBS2, 2º mês)

De acordo com essa construção do ser homem, a homossexualidade pode, inclusive, ser situada como imoral, como mostra o exemplo seguinte:

Ser homem é... a pessoa ser homem é ter caráter de homem, não gostar de homossexual, estar andando com homossexual, porque se torna outro, certo?

(Pedro RE, 53 anos)

Numa das manhãs em que os corredores ficam cheios de usuários aguardando atendimento, um homem (aparentando uns 40 anos), com postura de pastor evangélico, professava para as pessoas ao redor, que ouviam e, pelas cabeças balançando, pareciam concordar. Para pronunciar o que seria uma postura humana digna, fez referências aos comportamentos desviantes: *“As mulheres se vestem inadequadamente para procurar homem. Elas não entendem, homem não gosta disso. (...) Os modistas todos são pessoas gays, pessoas sem dignidade”*.

(Relatório Etnográfico 2, UBS1, p.21)

Entre os homens entrevistados, no entanto, esse posicionamento não é unânime. Contrariando os modelos hegemônicos de sexualidade e de masculinidade, alguns sujeitos vinculam o ser homem à homossexualidade ou, pelo menos, o desvinculam da heterossexualidade obrigatória. Indicam que um sujeito não deve ser destituído da característica de homem, com valor moral, por ter uma identidade ou práticas homossexuais.

Questão de orientação sexual pra mim não influencia em nada. Não deixa de ser homem ou de ser mulher porque é isso ou aquilo.

(Pedro GP, 28 anos, Trab.Saúde)

Mas ser homem não é esse negócio de ser gay. O cara ser homem, o cara pode ser gay, pode ser o que quiser, a vida é dele, ele tem é que tomar conta da vida dele. Caráter é o principal de um homem. Eu acho. Na minha opinião, é isso. Pronto, assim, eu podia me ajuntar com um homem, por exemplo, com outro cara, mas aí eu vou ser homem.

(Pedro FC, 16 anos)

Não julgo ninguém pelos seus atos sexuais. Tem muita gente que é homem, mas tem atração pelo mesmo sexo, né? Eu não tenho nada contra não. Eu acho que é um homem com atração diferente. Como a gente vê aí muitos homossexual, mas é homem do mesmo jeito (risos). Não tem a palavra homem? É desse jeito, gosta da mesma fruta que ele tem.

(Pedro FL, 26 anos)

Finalmente, essa divergência de posicionamentos em torno dos núcleos de sentidos das construções do ser homem reflete a impossibilidade de pensarmos nesses sujeitos como um grupo homogêneo na caracterização da masculinidade. Embora essas construções se estruturam ao redor de um modelo, tal masculinidade deve ser encarada, como apontam Schraiber *et al.* (2005) como princípio simbólico, de modo que pensá-las exige uma perspectiva analítica com foco nas relações sociais, que permita “levar em conta a posição concreta e particular dos sujeitos em cada grupo de referência” (p.15). Para além das características conformadas por indicadores sócio-demográficos, como escolaridade, raça/etnia e faixa etária, os agrupamentos certamente ainda abrigam singularidades individuais, derivadas da rede de influências e da percepção ímpar de cada indivíduo.

Até mesmo dentro dos posicionamentos semelhantes dentro dos núcleos de sentido descritos acima, residem diferenças. Se tomarmos, por exemplo, o último posicionamento, que vincula o ser homem com a identidade homossexual, podemos

perceber que cada uma das falas ilustrativas parece partir de um lugar diferente, dando ao posicionamento sentidos específicos. Uma leitura vertical das entrevistas permite identificar pelo menos um aspecto que os diferencia. Para Pedro GP, possivelmente se trata de um auto-reconhecimento como homem, não ameaçado por sua identidade homossexual; para Pedro FC, que não se identifica como homossexual, mas afirma ter práticas homoeróticas, o reconhecimento parece menos organizado e não se aplica a ele mesmo; já para Pedro FL, que afirma identidade e práticas heterossexuais, o posicionamento é dirigido a outros homens.

Essas diferenças são mais difíceis de serem captadas em uma análise conjunta de vários sujeitos ou, como reflete Nascimento (1999), difícil é “visualizar possibilidades outras que não vêm inscritas nos padrões cristalizados” (p. 95), naquilo que a própria perspectiva do/a pesquisador/a (ou do/a profissional de saúde) já antecipa.

5. CONFIGURAÇÃO

Este capítulo pode ser considerado o núcleo deste trabalho. Nele, busco construir mais propriamente uma configuração da abordagem à sexualidade masculina nos serviços de APS pesquisados. Para dimensionar/apresentar esse cenário, me detenho na descrição de como os homens entrevistados percebem e lidam com as questões relativas à saúde sexual e na forma como tais questões são tratadas no âmbito dos serviços. Pretendo traçar, a partir dos casos narrados e observados, um delineamento de carecimentos e necessidades nesse âmbito, assim como da postura dos/as profissionais e dos serviços frente a tais aspectos.

Abordagem à sexualidade masculina na APS

A diferenciação sexual consiste em um dos sistemas de referência mais fortes na leitura que fazemos dos sujeitos, seus corpos e sua sexualidade (Bourdieu, 1999; Laqueur, 2001; Rohden, 2001). Nos serviços 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 e do modo de interagir com as pessoas. Apesar de discursos de profissionais e de usuários que reconhecem semelhança entre homens e mulheres, entre o corpo masculino e o feminino (ambos sujeitos ao adoecimento, com necessidades de saúde), constantemente se recorre ao *sexo característica* e ao gênero para caracterizar os sujeitos.

A sexualidade aparece como aspecto central na forma diferenciada de se compreender homens e mulheres e, a partir disso, configurar a assistência oferecida a eles e elas. Nesse sentido, nos serviços de APS pesquisados, a abordagem à sexualidade dos usuários e das usuárias acontece de forma bastante diferente, o que nos permite falar em uma abordagem à sexualidade masculina, em distinção a uma feminina.

Essa distinção, feita no âmbito da assistência, pode ser encarada como parte do processo de classificação e socialização sexuais que balizam a caracterização de homens e mulheres em nossa cultura (Parker, 1991). Nos serviços pesquisados, diferem os tipos de atendimentos em que a sexualidade de homens e mulheres pode ser abordada e a forma como profissionais e usuários/as dos serviços lidam com as questões relacionadas a essa temática, como mostra a observação a seguir:

A abordagem à saúde sexual na UBS acontece, em parte, vinculada às atividades de planejamento familiar ou à saúde da mulher. O cuidado com e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis acabam por ser uma extensão das consultas em que as usuárias tratam de reprodução ou fazem exames ginecológicos. O tema chega aos homens, portanto, com menor frequência e dissociado do viés reprodutivo, em consultas variadas em que alguma demanda nesse campo surja.

(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.16)

O trecho acima mostra, já à primeira vista, como a sexualidade masculina é abordada de forma pouco sistemática, não dispondo de um espaço demarcado na agenda de programas dos serviços (como acontece com a sexualidade feminina), e encontra, portanto, menos vias para ser inserida na discussão e intervenção em saúde. Essa conformação faz parte do cenário mais amplo da APS, marcado por uma menor atenção sendo destinada aos homens (Figueiredo, 2005; 2008), uma vez que

predomina nesses serviços uma cultura profissional ligada à assistência à população feminina e infantil (Schraiber, 2005).

A percepção dos usuários homens a esse respeito expressa a idéia de que estruturalmente os serviços não disponibilizam para eles (de forma geral e no que se refere à sexualidade) uma assistência à altura da oferecida às questões específicas das mulheres. As reivindicações feitas por eles, se não justificam a criação de programas exclusivos ao atendimento de suas demandas, alertam para a necessidade de dar visibilidade a tais demandas e às lacunas apontadas na assistência prestada, como têm feito outros estudos que investigam a relação entre homens e serviços de saúde (Couto *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, s/d; Schraiber *et. al.*, 2010):

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.

(Pedro JN, 40 anos)

A mulher não tem que [vir ao serviço] de seis em seis meses? O homem tem que vir 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.

(Pedro RM, 27 anos)

A lacuna na estrutura dos serviços ainda é sentida pelos homens em função da falta de um profissional especialista nas demandas masculinas, especialmente as relacionadas à sexualidade. Embora as especificidades da sexualidade feminina não sejam tratadas por um especialista – inexistente nas Equipes de Saúde da Família –,

são cobertas pelos atendimentos ginecológicos previstos na programação dos serviços. A marcante presença dessa cobertura nos serviços pode ser vista na fala de um usuário ao tentar se referir a demandas específicas da sexualidade masculina, uma imagem que ele sequer sabe que nome dar:

[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.*
(Pedro ED, 27 anos)

Sem espaço demarcado, a sexualidade masculina se apresenta de forma dispersa no contexto dos atendimentos, podendo ser encontrada, como tema, em meio a questões, queixas ou demandas que aparecem em diferentes momentos da assistência. A observação do cotidiano das UBS, em conjunto com os depoimentos dos usuários homens, permite identificar tais momentos e, a partir daí, discutir os principais assuntos que se tornam questões para este estudo.

No que diz respeito a atividades educativas, destaca-se a inexistência de grupos ou atividades sistemáticas voltados para o público masculino ou para abordagem da sexualidade masculina, reforçando conclusão de estudo anterior (Schraiber, 2005) de que, na APS, as ações preventivas são dirigidas quase exclusivamente às mulheres e a assistência aos homens restringe-se à dimensão curativa da atenção. Nesse sentido, podem ser percebidas, apenas, algumas iniciativas pontuais de trabalhos que abordam a sexualidade (de forma global, abrangendo homens e mulheres):

No grupo de adolescentes, todavia, essas questões [relativas à sexualidade] não são trabalhadas. Tentando amenizar essa lacuna, os estagiários de enfermagem decidiram realizar uma intervenção pontual por meio de algumas palestras, cujos temas abrangiam, entre outras questões, a sexualidade. A

estagiária confessou ter ficado apreensiva em “*tratar desse assunto com adolescentes tão jovens*”. O médico, por sua vez, ao falar em saúde sexual, contou que sentia falta de atividades educativas a esse respeito na unidade, afirmou que pretendia realizá-las no ano seguinte. No grupo de idosos, a sexualidade não constitui foco de trabalho. A única abordagem a temas sexuais que presenciamos foi, em meio a uma palestra a respeito das diversas formas de violência, uma breve referência à violência sexual.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.18)

A distribuição de camisinhas, embora seja uma atividade que tem a ver diretamente com a sexualidade de homens e mulheres, é feita aos primeiros de forma pontual, sem aprofundamento da discussão a respeito da sexualidade e da prevenção em saúde sexual. A diferença na distribuição em razão de *sexo característica*, que reflete a forma como a sexualidade masculina é pensada (em diferença à feminina) e tratada nos serviços, será aprofundada no tópico seguinte.

Nas consultas individuais, especialmente nas médicas, questões relativas à sexualidade masculina surgem com maior frequência; são trazidas espontaneamente pelos usuários, que expressam dúvidas e demandas, ou são despertadas pelos/as profissionais na investigação de aspectos secundários das patologias tratadas. Mais adiante, serão detalhados os principais assuntos da sexualidade masculina abordados nas consultas: as DST, problemas relativos à ereção e prevenção ao câncer de próstata. Embora o propósito não seja privilegiar uma análise com base na dimensão geracional, é possível atentar para a relação de algumas características com as diferentes faixas etárias dos sujeitos na discussão desses assuntos.

Além disso, a relação dos homens com a sexualidade no contexto dos serviços pode ser discutida a partir dos padrões de relação estabelecidos entre profissionais e usuários/as em função do *sexo característica*, especialmente quando

entram em cena a sexualidade como temática e a exposição do corpo ou, mais propriamente, do *sexo órgão*. Essa discussão será feita ao fim deste capítulo.

Distribuição de camisinhas para os homens e para as mulheres

Ainda que a distribuição de camisinhas seja dirigida a homens e mulheres, a maneira como esse produto é disponibilizado e o propósito dessa atividade mostram diferenças significativas em relação a eles e elas. Nessa direção, representa um aspecto do funcionamento dos serviços em que é nítida a diferença na abordagem das sexualidades masculina e feminina.

A distribuição é feita aos usuários homens somente por meio da dispensação livre na farmácia dos serviços, a partir da busca espontânea ou, em alguns casos, estimulada por profissionais. A entrega acontece nos horários de funcionamento dos serviços e dispensa a abertura de prontuário, sendo formalizada apenas por um cadastro específico (na UBS1, registra-se o nome do usuário; na UBS2, são confeccionadas carteirinhas). Trata-se de uma atividade pouco acessada e nem sempre bem divulgada. Em eventuais ocasiões, essa distribuição pode ser realizada como atividade externa, em que as camisinhas são dispensadas às pessoas, independente de serem usuários/as dos serviços.

Nunca vi não [informação em relação à saúde do homem]. Só vejo dizendo: “Fulano, venha pegar camisinha”. {Isso aí você já viu? Que pode vir pegar camisinha? Quem foi que falou?} Os agentes. {Você já veio alguma vez pegar?} Já. {Foi bem atendido quando veio?} Fui. {Como é que é? É só chegar e dizer que quer camisinha?} Eles pegam o nome e entregam.

(Pedro FS, 39 anos)

{(...) aquelas campanhas que existem pra camisinha, você acha que aquelas campanhas são só pra homens ou servem pra todos?} *Com certeza serve pra todos. Mas é aquele tipo*

de coisa, o homem muitas vezes não sabe como fazer pra ter acesso às camisinhas, certo? Por falta de informação.
(Pedro GR, 24 anos)

Nesse formato, a distribuição está disponível também às mulheres, porém são os homens que predominam na busca por ela. As usuárias têm acesso às camisinhas ainda por meio da atividade de planejamento familiar, nas quais se faz uma distribuição sistemática atrelada a sua participação nessa atividade. Essa atividade é destinada às mulheres e ocorre comumente sem a presença de seus parceiros.

Na prática, a distribuição de camisinhas acaba por seguir duas vias distintas: os homens as solicitam na farmácia ou eventualmente as recebem em atividades externas; as mulheres basicamente se limitam a recebê-las no planejamento familiar.

No caso deles, a atividade tende a ser feita com pouco ou nenhum trabalho de orientação e quase sempre sem se estimular a ampliação do vínculo usuário-serviço:

A única atividade que concentra a presença dos homens é a distribuição de preservativos, atividade que é realizada sem maiores discussões com os mesmos sobre a temática em questão. A assistente social (profissional responsável por tal serviço) relata que os usuários não apresentam questões/dúvidas sobre o tema.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS2, p.7)

Após a saída da usuária, o estagiário de enfermagem comentou: *“O planejamento familiar é uma entrega de contraceptivos, sem muita conversa. Tentei fazer diferente, mas fui pressionado a ser mais rápido”*. Perguntei se para os homens pegarem preservativos era o mesmo procedimento e ele disse: *“Homem não precisa se identificar, pois não tem muita conversa, é só dizer o que quer. Mesmo assim, eles nunca vêm”*.
(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Embora o último relato indique que a distribuição feita às mulheres também careça de aprofundamento no trabalho de orientação e discussão, aponta para a

configuração de um vínculo mais bem estabelecido entre as usuárias e os serviços, o que possibilita o acompanhamento das questões relacionadas ao uso da camisinha. No entanto, esse acompanhamento parece ser feito pelo viés da reprodução, no qual a camisinha assume a função de contracepção:

(...) o foco na saúde feminina se dá estritamente no âmbito da saúde reprodutiva. Pouco ou nada se comenta acerca da saúde sexual. Foram observadas mulheres em ações como aplicação de anticoncepcionais injetáveis, ou a distribuição destes em comprimidos. Não há mulheres cadastradas no serviço de entrega de preservativos. Talvez isso indique um certo tabu ainda em vigor acerca do uso da camisinha e de isso ser considerado uma função estritamente masculina. A ênfase do acesso feminino em serviços de distribuição de anticoncepcionais talvez indique um maior interesse em questões relativas à gravidez/reprodução do que saúde sexual propriamente dita.

(Relatório 2 de Etnografia, UBS2, p.4)

[Em visita domiciliária], a enfermeira lembrou à mãe que já era hora de pensar em um método contraceptivo e disse para a mulher conversar com o marido e decidir: “*Na Unidade temos alguns métodos que você pode adotar. Lá nós temos camisinha, mini pílula e injeção, mas se você preferir pode usar a televisão* (risos). *Você é quem sabe o que quer usar. Converse com o seu parceiro e vá lá no dia do planejamento familiar falar comigo.*”

(Diário de campo, UBS1, 2º mês)

É nessa distinção que fica nítida a concepção de sexualidade que norteia a estrutura dos serviços e a atuação dos profissionais. Tributárias das representações naturalizadas da sexologia (Bozon, 2004; Paiva, 2008) e condizentes com a cultura sexual brasileira (Parker, 1991), podemos identificar a imagem de uma sexualidade masculina ativa, impulsiva e exacerbada e, em oposição, a de uma sexualidade feminina passiva e atrelada à reprodução.

Consequentemente, a distribuição de camisinha para os homens, desvinculada das atividades que discutem reprodução e com sentido prioritário de prevenção de

DST/AIDS, e para as mulheres, como método contraceptivo e sem abranger a discussão da prevenção, aponta para a falta de diálogo entre as esferas da sexualidade e da reprodução, assim como entre masculino e feminino no que diz respeito a essas esferas.

Essa dicotomia, já conhecida no campo da atuação em saúde (Leal e Boff, 1996), é reforçada por posturas profissionais que acentuam a distância entre esses pólos, abordando-os de forma desconectada, como acontece nas cenas descritas a seguir, em que a contracepção parece antagônica à prevenção ou a camisinha aparece como um recurso distante, quase alheio às mulheres, que usam predominantemente os outros métodos contraceptivos:

E teve uma vez que uma amiga minha foi buscar, ela tomava injetável pra prevenir gravidez e ela queria preservativo e a enfermeira disse que não ia dar porque ela já tomava injeção, como se a injeção fosse prevenir também das doenças.

(Pedro GP, 28 anos, Trab.Saúde)

A enfermeira esclareceu que atitudes tomaria para tentar diminuir o risco de gravidez das usuárias que tomaram a vacina anticoncepcional trimestral de um lote que, após a aplicação, foi considerado estragado. Ela já estava solicitando teste de gravidez para as usuárias e lhes distribuindo camisinha até a situação da vacina ser regularizada. Acrescentou ainda a possibilidade de decidir, junto de algumas delas, a adoção de outro método contraceptivo, como o de uso oral. Em sua opinião, “*o uso da camisinha é arriscado*”. Considerando que a camisinha é um dos métodos mais recomendados no quesito segurança, deduzi que o risco referido pela enfermeira dizia respeito ao uso irregular ou a dificuldade de convencimento dos parceiros a usarem tal método. Essa dificuldade já foi atestada em algumas conversas com as enfermeiras da Unidade.

(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Para tratar de métodos contraceptivos, utilizou as camisinhas masculinas, as colocando nas próteses de pênis para mostrar o modo certo de usá-las. (...) Em meio à tarefa, teve dificuldade para abrir a embalagem da camisinha, tentava

abri-la pelo lado mais difícil (lateral não picotada). Não conseguindo vencer a embalagem, solicitou minha ajuda indicando que um homem deveria saber e, quando a abri, fez piada, dizendo que eu era experiente. Pedi ainda para que algumas das mulheres presentes experimentassem vestir aqueles pênis, tarefa a que elas, rindo, se recusaram. As usuárias indicaram que os homens presentes (o ACS e eu) é que deveriam demonstrar o modo correto de usar camisinha. Assim, a enfermeira nos convidou a essa tarefa, que foi realizada pelo ACS presente.
(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Tanto no campo das decisões reprodutivas quanto na esfera da negociação e uso da camisinha nas relações sexuais, apresenta-se a falta de diálogo entre pessoas envolvidas (Kalckmann, 1998; Geluda *et al.*, 2006). A atuação dos profissionais na atenção à saúde sexual e reprodutiva ainda esbarra nesse problema e parece, ao menos nos serviços pesquisados, estar longe de alcançar um discurso e um trabalho integrados, na direção de repensar a reprodução como um processo relacional, que envolve diretamente a sexualidade e no qual a inserção dos homens seja redimensionada de um papel instrumental (como aquele que apóia ou dificulta as decisões de suas parceiras) para o lugar de sujeitos que se reproduzem e podem regular sua fecundidade (Figueroa-Perea, 1998). Os excertos a seguir ilustram a percepção dos profissionais acerca da desarticulação entre homens e mulheres na discussão da reprodução e a dificuldade ou despreparo que enfrentam diante dela:

Embora haja incentivo a uma decisão compartilhada pelo casal, contam os profissionais que essa opção costuma ser delegada pelos homens a suas companheiras. A enfermeira afirmou que “*mesmo que eles não tenham condições de criar os filhos, eles deixam a responsabilidade [das decisões relativas à reprodução] nas costas das mulheres*”. O estagiário de enfermagem percebe, em contrapartida, que algumas mulheres não têm liberdade de optar pelo método que considerarem melhor, uma vez que há uma resistência dos homens ao uso da camisinha. Ele conta que, pela expressão facial delas ao receberem os preservativos, conclui

que esses não serão usados. O discurso das enfermeiras a esse respeito ratifica sua impressão.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.14)

Em relação ao usar ou não o preservativo, soubemos que há a resistência de boa parte dos parceiros à investida das mulheres, geralmente incentivadas pelas enfermeiras a usarem o preservativo. Nesse sentido, uma das enfermeiras começou [a reunião do grupo de gestantes] reforçando a necessidade do uso. *“Vocês têm que usar a camisinha por vocês. Não importa se o parceiro não quer. Vocês têm que se cuidar”*. (...) Mais à frente, o discurso da palestra passou a apresentar conteúdos que consideravam essa problemática. A enfermeira disse: *“Vocês têm que aprender a vestir [a camisinha], para quando o cara não quiser, vocês dizerem ‘chegue, deixe eu botar para ver como fica’, aí ele pode até deixar, vocês dão um jeitinho”*.
(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Mesmo que o interesse deste trabalho não seja traçar um panorama da adesão dos homens ao uso da camisinha, pretendo ressaltar, ao longo dos próximos parágrafos, um caráter ambíguo da relação entre homens e camisinhas.

De um lado, a premissa de que os homens são resistentes ao uso da camisinha encontra-se no discurso dos profissionais, como mostram os excertos acima. Essa concepção coaduna com a imagem de sexualidade masculina, que, por ser impulsiva e exacerbada, é também pouco compatível com o uso da camisinha. A mesma idéia aparece nos depoimentos dos homens entrevistados, que reconhecem uma figura masculina, “o homem”, representativo do segmento masculino da população, ou de parte dele, como resistente ao uso da camisinha:

Porque realmente o homem não liga de se prevenir, né? A mulher liga mais de se prevenir. Às vezes, o homem esquece de usar a camisinha, deixa pra lá, é isso aí.
(Pedro DA, 16 anos)

Problema de homem é ele ir pra uma casa de drinks e transar sem camisinha, porque tem muito homem que faz isso. Isso aí gera um problema de saúde
(Pedro FS, 39 anos)

(...) o homem não gosta de usar preservativo, né? Sabe que tem que usar, mas fica: “Não, mas eu não gosto, a mulher insiste pra mim usar, mas eu não quero usar”. Mas, se você não usar, tá passível a ficar doente.
(Pedro LS, 34 anos)

Esses depoimentos corroboram dados da literatura, na qual é comum encontrar informações ou relatos de homens que fazem pouco uso da camisinha ou resistem a ele (Kalckmann, 1998; Geluda *et al.*, 2006; Madureira e Trentini, 2008). Nesta pesquisa, há exemplos de usuários entrevistados que afirmaram expressamente que não usam camisinha ou relataram situações em que não usaram:

A ignorância que eu tenho é essa, se eu tiver que pegar aids é hoje mesmo. Eu não uso [camisinha]. Uma vez fui usar, fiquei no meio do caminho, eu joguei fora. Foi até lá em Recife, não consegui terminar o serviço, a mulher me deu um empurrão porque ela vivia daquilo. Aí eu disse: “Eu quero isso nada” (risos).
(Pedro TS, 61 anos)

Não pensei nisso, só pensei que eu ia perder a virgindade, aí de repente eu me liguei na camisinha, aí falei assim: “Ei, né melhor colocar a camisinha não?” (...) Ela perguntou se eu queria, eu disse: “É melhor”. (risos) Mas já tinha colocado sem. Mas aí ela botou a camisinha. {Você parou e ela botou a camisinha, depois continuaram?} Foi, mas aí eu, pá, tirei a camisinha, não gostei. {Não gostou por quê? O que foi que houve?} É ruim demais, homem, eu peguei e puxei, aí ela foi e sentou de vez.
(Pedro FC, 16 anos)

A menina disse: “Bote a camisinha”. E eu: “Não, eu vou assim mesmo”. Aí, foi nesse negócio que eu bati fora. (risos) {Sei, e o que motivava você a na hora dizer “Não, eu vou assim mesmo”?} É a vontade de ir logo, puf, aquela agonia, vamos logo. {...de não parar pra pegar a camisinha?} É, um dia tava assim, quando eu peguei, puxei e já fui jogando assim; eu abri, mas quando olhei pra bicha assim [pensei:]

“Não vou colocar nada, já foi”. {Por quê? Como é que foi quando você olhou?} Eu fiquei assim: “Eu ainda vou botar isso aqui?” Aí deixei pra lá. (...) Essa foi a primeira vez. Depois, na segunda, foi quase igual, só que não tinha camisinha. Aí, eu olhei: “Ah, já que não tem, vai assim mesmo”.

(Pedro RS, 18 anos)

Só faço sexo mais com camisinha, é de lei. {Quando você diz assim que faço sexo mais de camisinha, é porque você faz sem também?} Faço, mas faço mais com camisinha, pronto, que nem esse mês aí todinho, não tinha camisinha, aí acontece uma vez ou outra de fazer sexo sem camisinha. {Por que não tá tendo a camisinha?} Porque não tá tendo e, às vezes, a gente vai comprar, aí é tarde quando a gente procura pra usar, e não tem farmácia aberta. Às vezes, a gente sai de noite, encontra uma menina, aí tá sem. (...) Mas é aquela coisa, sendo uma parceira confiável, né?

(Pedro FL, 26 anos)

Essas cenas possibilitam vislumbrar, além do cenário do (não) uso da camisinha, que demanda intervenção, questões relativas à opção por não usá-la: receios como o de que a camisinha prejudique a ereção; falta de informações e familiaridade com o uso; a imagem de que a camisinha ‘quebra o clima’ e, portanto, não se insere no *script erótico*; associação das DST/AIDS com valores como a promiscuidade; a aposta na confiança na parceria como elemento que dispensa a prevenção; etc. Esses aspectos, advindos dos depoimentos dos usuários, mais do que atestar a urgência de se avançar no trabalho de promoção à saúde sexual, sinalizam dimensões fundamentais que poderiam (ou deveriam) ser trabalhadas nas atividades educativas nos serviços de saúde.

Algumas dessas dimensões têm sido frequentemente apontadas e problematizadas pela literatura, especialmente as que se referem à dificuldade relacionadas às representações associadas à camisinha (Marinho, 2000; Geluda *et al.*, 2006; Madureira e Trentini, 2008) e a precariedade e a imprecisão de informações

acerca de DST/AIDS e de uso de camisinha, ressaltadas por estudos com homens de camadas populares, como o de Alves (2003).

Para completar a ambiguidade anteriormente comentada, destaco outro lado desse cenário: na dicotomia referida, a camisinha é mais facilmente associada ao pólo homem-sexualidade do que ao mulher-reprodução. Nos serviços, as referências à camisinha são mais vinculadas ou dirigidas aos homens, geralmente em associação com a imagem de uma sexualidade intensa. Adicionalmente, parece serem, de fato, os usuários homens os que mais buscam tal material. O depoimento seguinte mostra a reflexão de um usuário adolescente a respeito da associação da camisinha com o masculino:

{E dessas informações, você viu ou ouviu alguma delas que era em relação aos problemas de saúde dos homens?} *Só sobre a camisinha pra prevenir, mas outras não. (...) {Esse cartaz era pra os homens?} Era, sobre camisinha. (...) {A camisinha, você acha que é uma coisa que é voltada só pra saúde do homem?} Pra os dois, o homem e a mulher. {Porque você falou que o cartaz estava voltado pra os homens, né?} É, porque é tipo mais direcionado ao homem. Mas a mulher tem que perguntar. (...) Se [o homem] trouxe ou algo assim, pra se prevenir. {Quem tem que trazer é o homem?} É, eu acho. (...) É, responsabilidade dele também se é a camisinha masculina. Se bem que tem a da mulher, mas eu nunca ouvi falar de alguma mulher usando. (...) {Aí você me disse que acha que é uma responsabilidade do homem...} É, se bem que a mulher também poderia levar, né? Mas, que eu saiba, é sempre o homem.*
(Pedro DA, 16 anos)

O fato de a associação homens-sexualidade-camisinha ser produto de crenças e valores culturais de gênero, dentre os quais se destaca a imagem da sexualidade masculina descrita, não invalida a existência de uma aproximação entre esses elementos no plano das representações, que poderia ser explorada nos serviços de saúde na direção da promoção da saúde sexual dessa população.

Uma atividade isolada mostra como essa associação possibilita leituras favoráveis da relação dos homens com a saúde. Nesta situação, a camisinha foi adotada como símbolo do *sexo prática*, recebendo, sobretudo dos homens, a valoração positiva característica da prática sexual e convertendo-se inclusive em um instrumento de afirmação de um atributo da masculinidade hegemônica, a atividade sexual acentuada:

O carnatal [carnaval fora de época realizado na cidade] levou uma ACS e uma auxiliar de enfermagem a fazerem uma distribuição de preservativos em um posto de gasolina perto da Unidade. (...) A auxiliar (...) já começou a distribuição com os próprios frentistas, que ficaram muito entusiasmados e, rindo, ao receberem os preservativos, muitos disseram que a quantidade recebida era muito pequena – nove preservativos por pessoa. Quando a ACS voltou [do escritório do gerente do posto], disse que estava tudo certo e começou a distribuição entre as pessoas dos carros que paravam para abastecer e também entre os transeuntes. Ao entregarem o preservativo, ambas desejavam um feliz e seguro carnatal e as pessoas que recebiam agradeciam quase sempre sorrindo. Observei que os homens ficavam muito empolgados quando recebiam os preservativos e que a maioria reclamava, em tom de brincadeira, da quantidade. A frase “*Essas aqui só vão dar pra hoje!*” foi muito ouvida durante a distribuição. As mulheres que receberam o preservativo também sorriam, mas não demonstravam grande entusiasmo.

(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

As profissionais, inseridas no mesmo contexto de representações e valores de gênero e sexualidade, compartilharam com facilidade a linguagem estabelecida. Isso pode ser visto na reação de uma funcionária, descrita a seguir:

Teve um momento da entrega em que a ACS pareceu aborrecida com o comentário de um homem ao receber o preservativo: “*Que homem nojento! Entreguei o preservativo e ele veio me perguntar se eu tinha pra jumento. Não contei conversa e mandei ele ir procurar numa clínica veterinária porque na saúde ele não ia encontrar dessa não*”. Depois desse episódio, ela se queixou de outro homem que não quis

receber os preservativos: *“Aquele velho, naquele carro, não quis receber os preservativos. Depois veio com a desculpa de que se chegasse em casa com as camisinhas ia apanhar da mulher. Até parece que [ele, sexualmente,] funciona”*.

(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

No primeiro momento, ela se sentiu agredida com a exacerbação da imagem criada por um homem a partir da sexualidade. Em seguida, destituiu outro homem do atributo de sexualmente ativo em represália por ele ter recusado as camisinhas oferecidas.

O compartilhamento de linguagens diferentes dos discursos predominantes no contexto dos serviços atesta a possibilidade de diálogos que possam ressignificar a relação dos homens com a saúde sexual, de modo que a promoção de saúde possa ser feita de forma mais contextualizada e, portanto, mais eficaz. A interação descrita resultou no distanciamento entre as pessoas envolvidas, mas poderia ter produzido a aproximação, por meio da abertura de um canal de comunicação, caso, por exemplo, a funcionária tivesse orientado o primeiro homem a respeito da existência de camisinhas de tamanho diferente do padrão ou problematizado a inserção da camisinha na relação do outro homem com sua parceira. Mas, por certo, parece difícil aos/as profissionais se instituírem de atitudes técnicas em contexto externo aos serviços e culturalmente diverso do seu cotidiano de trabalho, especialmente quando a inserção nesse contexto os/as coloca em lugar de conflito, como na cena descrita.

Outros exemplos de leituras positivas foram encontrados por Kalckmann (1998). Entre os depoimentos dos homens participantes de sua pesquisa, apareceram os argumentos de que o uso da camisinha faz a “transa” durar mais (seja pelo prolongamento da ereção causado pela pressão do anel da camisinha, como interpreta a pesquisadora; seja pela diminuição da sensibilidade que pode retardar o orgasmo;

ou ainda por algum outro motivo); além disso, deixa a parceira mais segura e, assim, ela “faz amor mais gostoso” (p. 87)

A associação homens-sexualidade-camisinha representa ainda um grande potencial para o avanço na inserção dos homens nos serviços, assim como na intervenção e cuidado em relação à saúde dessa população. Sendo o *sexo prática* um aspecto caro aos homens e o uso da camisinha uma forma de cuidado reconhecida por eles (embora nem sempre adotada), a distribuição de camisinhas pode significar uma ponte entre os serviços e os homens, atraindo-os aos serviços ou permitindo que profissionais aproximem-se e adentrem o campo de suas relações com a saúde. O potencial dessa abertura repousa na possibilidade de intervenções que não coloquem, como tem sido comum na atuação profissional em saúde, o homem em posição de passividade, de submissão à autoridade médica; intervenções que, ao contrário, possam até dialogar com representações comuns das masculinidades e interagir com elas de forma a promover a saúde dos homens. Alguns profissionais parecem atentar, reflexivamente ou não, para essa possível ponte:

Uma auxiliar de enfermagem disse que às vezes passa por grupos de homens cheirando cola, os cumprimenta e, como forma de estabelecer um contato amistoso, os convida para irem ao posto pegar camisinha. “Eles vêm?”, perguntei. Ela respondeu que alguns sim.

(Diário de campo, UBS1, 1º mês)

A auxiliar de farmácia nos contou que um dia percebeu que vários homens haviam se mudado para uma casa perto da sua, na região. Eles estavam trabalhando próximo à unidade. Imediatamente, ela solicitou a liberação de camisinhas para lhes entregar. “*Eles fizeram a festa quando cheguei lá com um monte de camisinha. Imagina: um monte de homens numa casa.*”

(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.19)

Iniciativas na direção de explorar essa abertura, no entanto, são raras, mesmo diante da eficácia verificada nos exemplos acima. A distribuição de camisinhas para os usuários homens, quase sempre restrita à dispensação na farmácia, acaba por ser pequena. Além disso, nas ocasiões em que é feita, não são observados o incentivo ou convite para os usuários se inserirem de forma mais efetiva no cotidiano dos serviços. Uma vez que a rede assistencial reconhece a prevenção como um direito fundamental dos cidadãos (Brasil, 1999) e que a camisinha, como principal estratégia preventiva, está disponível nas UBS, parece um contra-senso, por exemplo, que esse material não seja destinado de forma mais ampla aos usuários e, ao contrário, fique estocado nos serviços:

O fornecimento de camisinhas para a unidade é feito por duas vias: pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela ONG Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), de forma que há acúmulo desse material, especialmente em períodos de grandes festas como o carnaval, em que os órgãos aumentam a quantidade enviada. Em contradição ao grande número de camisinhas no estoque da farmácia, há a pouca distribuição. Dificilmente, são pensadas alternativas para a maior circulação do material. (...) Uma vez que há sobra de camisinhas no estoque, o que resulta, às vezes, em devolução aos fornecedores, a estratégia de aumentar a acessibilidade dos usuários a elas deveria ser constante. (Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.13)

A pouca distribuição de camisinhas e a escassez de iniciativas que divulguem e promovam essa atividade se torna ainda mais problemática diante do cenário configurado pelo (não) uso da camisinha. A despeito de haver procura nos serviços e grande aceitação na distribuição feita fora deles, a introdução da camisinha nas práticas sexuais, mesmo que tenha aumentado nos últimos anos, sobretudo entre os jovens (Paiva *et al.*, 2006; 2008b; Berquó *et al.*, 2008), ainda é insatisfatória se considerarmos o crescente número de infecções por DST/AIDS.

Tomando como referência a aids, segundo informações do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), embora a taxa de incidência tenha se estabilizado, ainda encontra-se em patamar elevado. Essa estabilização significa um decréscimo no número de casos nos estados onde as notificações se concentravam: Sul, Sudeste e, mais recentemente no Centro-Oeste. A tendência de crescimento do número de casos ainda se mantém nas regiões Norte e Nordeste. Mais especificamente no estado do Rio Grande do Norte, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Estadual de Saúde, entre 1983 e 2000, 899 casos em adultos, dos quais 675 eram homens. (Cardoso *et al.*, 2003)

DST/AIDS: um paradoxo na assistência aos homens

A perspectiva de que as DST, incluindo a aids, representam um assunto importante na configuração e no cuidado à saúde dos homens aparece também nos depoimentos dos entrevistados. Segundo eles, tais agravos são referidos como o problema de saúde que mais atinge os homens ou que mais facilmente é associado a eles:

{Você acha que os homens, eles podem ter algum problema de saúde pelo fato de serem homens?} *Pode. Pode devido a... Como é que se diz? Porque têm homens que gostam de procurar mulheres fora. (...) Ou mesmo sem ser casado, aquele que fica procurando uma mulher aqui, outra ali. Isso aí pode fazer com que um dia ele venha a adoecer porque pode pegar uma doença de uma mulher, ficar com um problema de saúde; ou mesmo também o homem com outro homem, pegar o vírus do HIV, a aids.*
(Pedro MP, 34 anos)

Mesmo diante da tentativa de situar a aids (ou outras DST) como um problema a que homens e mulheres estão suscetíveis, há uma associação mais forte

dela com os homens. Isso se sustenta por uma representação da sexualidade masculina caracterizada pela atividade sexual intensa, com muitas parcerias e com uso pouco frequente da camisinha. Essa imagem, embora jamais possa ser naturalizada ou generalizada a todos os homens, é reconhecida e reproduzida por muitos deles e se faz presente também na produção bibliográfica da saúde pública, na qual a sexualidade masculina é abordada quase que exclusivamente como ‘infectante’, o que acaba por acentuar as questões de doenças em detrimento das relacionadas à saúde propriamente dita (Gomes e Nascimento, 2006).

Uma vez que vários homens se identificam como alvos de infecção por DST, seria esperado, na assistência prestada a eles nos serviços de APS, um número considerável de atendimentos motivados por esse problema de saúde. Todavia, além de as UBS não enfatizarem esse problema como um foco de atuação, os profissionais não lhe atribuem grandes dimensões, inferindo, pelos poucos casos que chegam aos serviços, que há uma baixa incidência, sobretudo entre os homens.

Os casos citados pelos profissionais se tratam, segundo eles, de quadros simples: infecções por *gardnerella*, tricomoníase, candidíase, sífilis, etc. Alguns foram diagnosticados nos exames preventivos ginecológicos, outros em outras consultas de praxe, em que os próprios usuários apontaram os sinais da doença. Um caso de aids foi descoberto por uma enfermeira quando fazia exames em um usuário com tuberculose. (...) A maioria dos atendimentos em saúde sexual é realizada com mulheres. (...) Outra enfermeira conta que, ao diagnosticar algum caso desses em uma usuária, deduz que o companheiro da mesma também esteja infectado. As usuárias são advertidas da necessidade da participação de seus maridos no tratamento; no entanto, alertam que eles se recusam a ir à unidade com esse fim. Dessa forma, o tratamento para o casal é orientado à mulher, que é incumbida de repassar para o companheiro. A enfermeira dificilmente tem informações a respeito da realização do tratamento pelo homem.

(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.16)

[O médico] informou que há uma demanda (...) pequena em saúde sexual. (...) Disse que a maioria dos casos são consultas individuais para tratar DST, especialmente vaginites e corrimentos. A maior parte da demanda emerge, na mesma proporção dos outros atendimentos, das mulheres. Descreveu o atendimento desses casos. *“Tenho que falar com um jeitinho que o marido precisa se tratar também, porque a maioria são mulheres casadas com parceiros fixos. Daí, se digo que elas pegaram do marido, vão pensar que ele tem outras [parceiras]. E nem sempre tem. Às vezes, ele tem a bactéria na forma sub-clínica. Daí ela se cura e pega de novo, é o que chamamos de infecção cruzada.”* Ele atendeu, nos 6 meses em que trabalha na Unidade, entre 5 e 10 homens (a maioria adolescentes) com DST.
(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

A perspectiva apresentada pelos profissionais de que as DST têm pouca abrangência e atingem principalmente as mulheres expressa o cenário desse problema de saúde dentro dos serviços, o que contrasta com a maior participação de homens nos perfis epidemiológicos referentes às DST (Gomes, 2008) e a expectativa dos entrevistados de que sejam os homens os que mais são atingidos por esses problemas. O desencontro pode ser percebido, por exemplo, ao compararmos depoimentos de profissionais e de usuários:

Vários profissionais afirmaram que essas demandas aparecem com pouca frequência. Uma enfermeira, por exemplo, contou ter atendido apenas 3 casos (todos de DST) em 4 anos de trabalho na unidade. Segundo os médicos, eles também realizaram poucos atendimentos desse tipo.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.16)

{Quais são os principais problemas de saúde dos homens? As coisas das quais eles mais se queixam?} *Deixe eu ver. O que eu vejo de amigos, de pessoas próximas que eu vejo, é questão de ter doença sexualmente transmissível. Às vezes, eles ficam até mais vulneráveis do que as mulheres. Aqui no bairro teve uma época que teve bastante casos desse tipo, porque eles às vezes não se cuidam, né?, de usar preservativo, esse tipo de coisa.* {Como é que você ficou sabendo assim, que tava tendo muito?} (risos) *Ah, porque eram pessoas próximas e, como eu tenho assim conhecimento*

com o pessoal de saúde, eu já fui da secretaria de saúde com esse lado de prevenção, eu já fui de ONG também pra prevenção de DST/AIDS, aí eles me procuram pra pedir uma orientação, essas coisas, aí eu ficava sabendo mais ou menos. (...) Teve uma época que teve uns 9, 10 casos.
(Pedro GP, 28 anos, Trab.Saúde)

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) reconhece que, apesar da existência de uma aparente simplicidade no lidar com as DST, trata-se ainda hoje de “um grave problema de saúde pública por sua magnitude, pela dificuldade das pessoas identificarem seus sintomas e, principalmente, por serem grandes facilitadores da transmissão do HIV”.

Se considerarmos que a maioria dos casos de DST referidos pelos profissionais foi identificada entre as mulheres nos atendimentos ginecológicos, é possível perceber que a suposta baixa incidência desses agravos entre os homens está vinculada ao direcionamento da assistência para a atenção à sexualidade feminina. Diferentemente das mulheres, com as quais se investiga regularmente os sinais de DST com propósitos de prevenção e diagnóstico precoce para tratamento, os homens não contam com atendimentos de caráter preventivo ou investigativo. A detecção de DST neles precisa partir de sua própria iniciativa em procurar os serviços com esse fim ou de uma abordagem indireta dos profissionais tendo as parceiras como mediadoras, conforme conta a enfermeira no trecho anterior. Mais uma vez, percebemos a assistência aos homens restrita à dimensão curativa (Schraiber, 2005) e a responsabilização das mulheres pelo cuidado em saúde.

A procura pelos serviços, motivada por uma DST, no entanto, parece ser uma tarefa que encontra resistência por parte dos homens. A já discutida dificuldade de reconhecer problemas de saúde e de procurar o serviço para tratá-los (Valdés e

Olivarría, 1998; Courtenay, 2000) parece ser potencializada quando se trata de uma DST. Relatos de situações em que os homens relutaram em admitir a infecção por DST e em procurar a USB ilustram essa resistência:

Quando eu vi, pensei: “Isso vai passar”. (risos) Mas cada vez foi aumentando mais. (...) {Aumentando o que? Esse negócio [líquido] que saía?} Sim. Aí eu passei bem quase um mês sem ir pro médico, aí: “Não, perai, é demais!” Aí começou a dar dor quando eu urinava, aí eu disse: “Não, eu vou ter que ir ao médico”.

(Pedro RS, 18 anos)

Na sala de espera, conversei com um usuário (jovem) que disse estar à espera da chegada da sua esposa. (...) Parecia um pouco perturbado e passou a dizer que a esposa estava doente e que colocava a culpa nele, mas que ele sabia que não tinha feito nada de errado e que, por isso, não tinha nenhuma doença. (...) Deu a entender que pretendia entrar com a esposa no consultório da enfermeira e pedir para fazer alguns exames que pudessem comprovar que ele não estava doente também. Ele relatou que sua esposa era muito ciumenta e que tinha ficado muito chateado porque ela havia comentado com alguns dos seus familiares que ele tinha lhe passado uma doença, pois estava com uma verruga no pênis. Explicou que tem essa verruga desde criança e que de um tempo pra cá vinha percebendo que dela estava saindo um líquido, mas que isso não era demais e que ia provar à esposa que não tinha nenhuma doença. Depois, ele disse que ia sentar para esperar a companheira, mas, depois de um tempo, desistiu e foi embora.

(Diário de campo, UBS1, 2º mês)

Nesse caso, os usuários além de preverem a necessidade de expor o *sexo* *órgão*, o que já configura um motivo de resistência (Gomes *et al.*, 2007), podem recriar efeitos do estigma da ‘sexualidade masculina descontrolada’ na abordagem profissional, especialmente quando estão em cena práticas sexuais transgressoras dos padrões morais: relações extraconjugais, envolvimento com prostituição, *sexo* *prática* desprotegido, etc.

Consequentemente, alguns homens buscam meios para lidar com as DST sem terem de procurar o serviço e apresentá-las a um/a profissional. Dessa forma, recorrem a tratamentos alternativos – como também visto em outro estudo com homens de camadas populares (Alves, 2010) – ou procuram informações com pessoas conhecidas:

Por exemplo, pra doença venérea, tem muita gente que procura garrafada. Tem deles que nem médico procura, vai logo pra garrafada.
(Pedro GC, 61 anos)

Essas coisas de doenças venéreas só se fala entre amigos.
(Pedro RT, 20 anos)

Os [homens] jovens principalmente não vêm. Eles têm mais dificuldade para vir, procurar alguém. Eu acompanho alguns jovens e vejo uns que são muito desestruturados. Têm uns que fazem programa, tanto com mulheres quanto com homens. E eles, às vezes, me procuram e falam que estão com algum problema, pegaram alguma doença, uma DST. Mas eles não vêm, falam comigo porque sentem segurança comigo. Aí, às vezes, eu até venho, converso com a médica e levo a indicação do tratamento para eles ou digo para eles virem fazer um exame aqui. {E eles vêm?} Vêm. Depois que digo para eles virem, eles vêm, fazem o exame. {E apresentam?} Apresentam. Só que não vêm por conta própria. Não se sentem à vontade. (...) Quando eu vejo as garotas de programa, vejo que elas se cuidam mais. Eu vejo elas aqui no posto, mas eles não. Não sei o que acontece. Acho que não tem um espaço aqui para eles. Poderia haver algum programa. Um agente poderia fazer alguma coisa para se aproximar deles.
(Pedro OS, 38 anos, Trab.Saúde)

A busca por informações com pessoas conhecidas acaba, algumas vezes, na ida ao serviço de saúde a partir da mediação feita pela pessoa acionada. Assim como os casos em que os usuários não procuram os serviços, esses que são mediados revelam a existência de barreiras que atrapalham uma busca direta. Uma vez que, em dadas situações, alguns homens reconhecem tais agravos como problemas de saúde

ou, nos termos de Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), como *carecimentos*, há um entrave, pelo menos no primeiro momento, na tradução desses carecimentos em demandas, isto é, no reconhecimento de que uma solução para tais problemas pode ser encontrada no serviço.

No que diz respeito a elementos que constituam esse entrave, Pedro OS reconhece que as UBS não dispõem de espaço para atender/acolher os homens jovens “que fazem programa”. Com essa afirmação refere-se à falta de programas voltados ao atendimento desses homens, assim como preparo para recebê-los ou de iniciativas dos profissionais em convidá-los ao serviço. Essa afirmação pode ser estendida aos usuários homens de forma geral que, no que diz respeito a demandas relacionadas à sexualidade, deparam-se com as mesmas dificuldades. Na mesma direção, outro usuário aponta para aspectos éticos, de confiança e de preparo profissional:

{(...) como é que você vê a questão do cuidado com a saúde sexual nos atendimentos?} (...) *Assim, eu sei que tem umas pessoas que não tem ética mesmo, e às vezes faz comentários.* {Comentários de que tipo?} *Comentários da pessoa ir lá procurar um serviço e, quando você vê, tá a conversa no corredor que a pessoa procurou tal serviço.* {Você acha que isso interfere no atendimento, na busca das pessoas?} *Com certeza, interfere bastante.* {Interfere como?} *De, às vezes, a pessoa tá com um certo problema em casa e não ir procurar a unidade de saúde porque não confia nos profissionais.* {Sei. E você acha que isso tem a ver com problemas de saúde de forma geral ou no caso da questão da saúde sexual isso é mais sério?} *Esse tipo de coisa, com certeza, tem gente que não gosta de comentar e tem até vergonha de procurar o médico, falar, procurar medicação, esse tipo de coisa.* (...) *Às vezes, a gente procura, mas não tem. Eles são profissionais, mas às vezes não são esclarecidos de certos assuntos. Hoje em dia, você chega na unidade de saúde, no meu caso, você sendo homossexual, tem profissional que não vai saber nem dialogar com você porque ele não é treinado pra aquilo. Deveria ter pra esse lado de tratar as pessoas. Com certeza,*

deveria ter um treinamento, um negócio de como abordar essas pessoas. Às vezes, deixa a desejar nas unidades.
(Pedro GP, 28 anos, Trab.Saúde)

Os aspectos apontados por Pedro GP ultrapassam a dimensão das DST e da saúde sexual, sinalizando posturas profissionais de discriminação que acabam por restringir o acesso ao serviço e gerar dificuldades no atendimento de pessoas com condutas sexuais marginalizadas (Lionço, 2008). Em pesquisa de diagnóstico de situação das questões de gênero no PSF em Recife, Schraiber (2005) também identificou preconceito em atitudes profissionais dirigidas a homossexuais e profissionais do sexo.

Aparece ainda como produtora dessa barreira a imagem do homem como sujeito de descuido, o usuário que falha no auto-cuidado e tem pouca habilidade para acessar o serviço. O relato a seguir, alude a essa imagem, ao descrever uma cena fictícia em que um usuário busca, com resistência, o serviço para cuidar de uma DST, ilustrando mecanismos e caminhos usados, provavelmente, por outros homens.

{E você acha que essa mesma situação, essa mesma dificuldade da maioria assumir [o problema de saúde], você acha que acontece também quando eles pegam alguma doença sexualmente transmissível?} *Rapaz, existe demais. Ele diz: “Eu ouvi falar de uma injeção tal, vou tomar”. E não procura um profissional da área que vai passar um remédio exato. {E você acha que eles não procuram por quê, nesse caso?} É vergonha, porque quando você tá bem informado numa situação, você perde a timidez. Quando você não é informado daquilo, você chega assim, procurando, fica sem querer perguntar a alguém, investigando se alguém vai perguntar daquele mesmo assunto seu, não chega e não bota as cartas na mesa. (...) Ele vai se sentir pressionado porque não se cuidou. As informações correm todo dia, a televisão mostrando, é propaganda, o próprio posto de saúde distribui preservativo pra que a pessoa não contraia nenhum tipo de doença. E as pessoas não se cuidaram. Aí eles vão se sentir pressionados e, por outro lado, eles [os usuários] vão ter vergonha, [os*

profissionais] vão dizer: “Rapaz, você andou por aí comendo comida estragada!”
(Pedro NP, 45 anos)

Essa imagem, reproduzida com frequência pelos usuários, tende a conformar a expectativa dos/as profissionais que, cientes no descuido dos homens, deixam de estimulá-los às práticas de cuidados e têm dificuldade de reconhecer quando eles as adotam, especialmente se forem práticas não consagradas (Couto *et al.*, 2010).

Considerando que faz parte dos objetivos da ESF que os profissionais, sobretudo por meio dos ACS, se aproximem da população adscrita e estabeleçam uma ponte entre eles e as unidades (Brasil, 2007), perceber que os homens não são alcançados por essa aproximação, reafirma a invisibilidade deles como sujeitos que merecem atenção nas políticas dessa modalidade assistencial.

Na direção contrária da tendência descrita, alguns casos de DST chegam aos serviços. Trata-se de demandas levadas por livre iniciativa dos usuários ou a partir da busca ativa feita pelos profissionais. É com base nesses casos que a postura dos profissionais diante das DST é analisada aqui.

Na primeira situação, apresento o relato de uma demanda espontânea, em que o usuário, depois de reconhecer que tinha um problema/necessidade de saúde (ver p. 96), procurou primeiramente um ACS (homem também) e, a partir das informações prestadas por este, foi ao serviço e consultou a médica. A experiência narrada se refere à primeira das duas vezes em que foi acometido por DST:

Eu acho que foi da primeira vez que eu tive [uma DST], eu tive uma relação sexual, aí eu falei com a doutora, não sei nem quem foi ali, ela deu as informações corretas, eu falei o que era, ela não pediu pra ver. {Não pediu?} É. Ela disse que esse problema não era com ela, era com o médico de pele, um negócio assim, ela me encaminhou. (...) Ela passou um remédio. “Olhe, tome esse remédio aqui, mas é só pra

aliviar a dor – um negócio assim – porque esse não é um remédio pra sarar. Assim, eu não entendo, vou encaminhar você para o médico de pele.” Aí, ela pegou e encaminhou, mas demorou (...) para o encaminhamento chegar. (...) Demorou um mês, três semanas, por aí. {Você conversou com mais alguém fora ela? (...)} contei a Rui, que é o agente. Ele passou, eu perguntei: “Como é que é pra tirar uma ficha lá?” Ele explicou, aí perguntou porquê, eu disse: “Não, é que eu tô com uma doença aí”. Ele disse: “É grave?” Aí, eu peguei e contei pra ele. Falar com homem é mais fácil por essa parte assim. (...) Aí, ele disse: “Pode ser grave, vá lá”. Aí, eu peguei e marquei.
(Pedro RS, 18 anos)

Na segunda situação, temos mais de um exemplo em que, embora os usuários não tenham procurado a UBS, a equipe profissional, a partir de informações provenientes das parceiras desses homens, conseguiu se aproximar deles e direcioná-los ao serviço:

Eu não sabia, eu desconfiava, mas como eu não sou médico, achei que era normal. Mas ela [ACS, amiga da minha mãe] disse: “Você tá assim, assim, assim?” Eu disse: “Tô, Lúcia”. (...) Essa menina que eu peguei, ela veio aqui fazer um preventivo, aí a médica disse pra ela: “Você tá assim, assim, assim”. Aí, ela, Lúcia, chegou pra mim e falou. {Como é? A menina [com] que você ficou falou para médica que tinha ficado com você?} Exato. (...) Aí ela [Lúcia] chegou pra mim e perguntou e eu disse: “Eu tô assim”. Aí, ela foi e me encaminhou pra lá [serviço especializado]. (...) {Você acha que teria procurado [atendimento] se ela não tivesse chegado e falado? Você teria procurado alguém? Teria feito alguma coisa?} Sei lá, eu acho que não, porque a vergonha que eu tenho. Só [falei] com ela. Como eu era pra ter procurado muito antes e eu não procurei, ela que chegou pra mim e falou.
(Pedro MA, 21 anos)

Um usuário, que realiza voluntariamente tarefas na unidade, acompanhava uma ACS em atividades externas, quando uma usuária se aproximou e a questionou sobre sinais de doenças no pênis. Ele contou que, embora a mulher tivesse resistência em identificar quem era o homem que apresentava tais sinais, eles deduziram que se tratava de seu marido, o mesmo homem que havia dito há poucos dias à ACS que estava

“tudo bem com a saúde”. Usando da autoridade que assumiram, a ACS e seu colega foram até a casa do usuário e o convenceram a lhes mostrar os sinais em seu pênis. Só então indicaram que o caso deveria ser encaminhado a um urologista.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p.11)

A atitude dos profissionais na busca desses sujeitos pode representar uma tentativa de minimizar a distância entre os homens e os serviços, especialmente quando há um vínculo do/a profissional com a população e uma aproximação cuidadosa, como acontece no primeiro desses dois últimos exemplos. Ao mesmo tempo, pode significar uma invasão na esfera íntima dos usuários em nome da autoridade médica, como no outro exemplo.

De qualquer forma, tanto na livre busca feita pelo usuário, quanto no trabalho de busca dos profissionais, as demandas foram encaminhadas das UBS para outros serviços, onde os tratamentos poderiam ser realizados. Nesse sentido, as DST dos homens (ao contrário das que acometem as mulheres) parecem ser tratadas como um problema de alçada da assistência especializada, não encontrando muito espaço e atenção nos serviços da APS.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de DST/AIDS (Brasil, 1999), o diagnóstico e tratamento das DST deve ser oferecido nos vários níveis de atenção do SUS. Embora seja prevista a implementação de unidades de referência em UBS selecionadas pelas coordenações estaduais e municipais, os/as profissionais da APS, ainda que não especialistas, estão habilitados/as a realizar diagnóstico por abordagem sindrômica (com a utilização de fluxogramas desenvolvidos e disponibilizados em manuais de controle das DST), assim como tratar as doenças e orientar usuários/as e esse respeito.

O encaminhamento a serviços de referência implica em tornar mais longo o caminho que o usuário deve percorrer até chegar ao tratamento, tanto pela necessidade de ir a outro serviço (e enfrentar novas dificuldades, como filas, esperas, distância); quanto pelas próprias dificuldades de encaminhamento, como mostra o exemplo de Pedro RS, que esperou cerca de um mês por ele.

Além disso, a percepção dos usuários de que não há cobertura para tais problemas nas UBS reforça a imagem da APS como um setor cuja prática é fadada a ser uma ‘medicina simplificada’ (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000) e pode representar mais um motivo para que os usuários não enxerguem aí uma possível solução para o problema e esses serviços não sejam buscados em tais casos, como narra Pedro MA:

(...) eu sei que [o serviço] não tem estrutura. Eu pesquisei logo na internet como era o tratamento. Aí, beleza, eu vi que aqui não tinha; então pronto, [pensei]: “Daqui vai ser só o encaminhamento”. Ele [o profissional] sabe o que é, mas não tem as ferramentas pra trabalhar. Tá entendendo? Fica muito precário aqui o atendimento por causa disso. Se tivesse aqui era melhor, mas não tem, então é pegar só o encaminhamento.

(Pedro MA, 21 anos)

De forma geral, a caracterização da assistência prestada aos homens no que se refere às DST revela um paradoxo. Tais doenças, pela forte associação com os homens e com o que seria a sexualidade masculina, poderiam representar uma importante via de inserção desses sujeitos nos serviços, uma vez que eles próprios identificam esse problema de saúde como algo que lhes diz respeito. Ao mesmo tempo, as DST acionam representações e valores morais que colocam a população masculina, quando é feita tal associação, em posições passíveis de críticas e discriminação por parte dos profissionais, o que reforça o afastamento dos homens

em relação aos serviços. E, por fim, as próprias UBS conferem pouca significância a tal problema e direcionam o foco da atenção aos casos diagnosticados nas mulheres.

Problemas relativos à ereção:

uma questão individual ou uma necessidade de saúde?

Outra questão que se destaca por ser muito associada aos homens são os problemas relativos à ereção, seja por configurarem algo exclusivo da população masculina, seja pela estreita relação que mantêm com a construção das masculinidades, ou ainda por consistirem em um assunto frequente nos relatos dos entrevistados e nos atendimentos nas UBS.

No título de ‘problemas relativos à ereção’ estou agrupando as denominações de impotência sexual ou disfunção sexual e as referências feitas, explícita ou implicitamente por meio de termos descritivos ou metafóricos, à dificuldade ou impossibilidade de ter ereção.

Aparecem nas falas de alguns usuários homens como problema de saúde que os acomete, como efeito adverso de algum tratamento ou como situação hipotética. Em qualquer desses casos, trata-se de uma situação que adquire significados atrelados à(s) masculinidade(s). Uma vez que a ‘potência’ e a atividade sexual (com penetração) são símbolos da virilidade, a impotência, representada por esses problemas, surge como contraponto (Gomes, 2008; Grassi e Pereira, 2001). Em análise da trajetória de construção da ‘disfunção sexual’ (masculina e feminina), Rohden (2009) ressalta que os modelos de sexualidade masculina e de masculinidade centrados na potência estão nitidamente presentes também nas pré-concepções

defendidas pelos pesquisadores da área e naquilo que é retransmitido à sociedade como novo diagnóstico e tratamento.

Considerando que esses problemas se inscrevem, predominantemente, nos relatos do segmento acima dos 45 anos, tal condição assume ainda o sentido de falência do organismo.

Esses últimos dias agora eu estou sentindo uma falta na saúde sobre viver com uma mulher no sexo. Eu tô com 61 anos de idade e tem vez que pra mim eu tô morto. Assim, é só o pensamento, mas o restante fica o corpo morto.

(Pedro IC, 61 anos)

Mas a queixa maior que eu acho é ficar velho e acabar a potência, o homem fica mais fragilizado, é isso aí. (...) Tem homem que toma Viagra, eu nunca tomei. Pra mim é isso, se a minha potência acabou, então é isso, acabou. Tudo tem começo e fim. Eu não vou inventar essas coisas não.

(Pedro FR, 68 anos)

Homem, eu vou tirar por mim. Eu tô com 58 e tô com um problema sério. Eu nunca, com licença da palavra, eu não sou travesti, eu não sou homossexual e não tenho saúde. Por quê? Acabou o interesse? Acabou o tesão? Me responda! O que é? Eu vou tirar por mim, a minha pessoa, olhe, faz uns 6 meses que eu não sei o que é um sexo. E a minha mulher, ela passou aqui, você viu, ela não é de se jogar no mato, mas pra mim é um homem que tá na minha frente. (...) Porque eu não levanto. Você vai e não faz nada. Por quê? Qual o mistério? É por conta da doença? (...) A minha mulher, ela sabe o problema, mas não entende. O problema é esse, é que ela não entende. (...) [Ela] é meia leiga, né? Ela não entende, ela acha que, se é homem, é pra na hora H não falhar. Mas não, a vida não é como a gente quer sempre. É como que, como eu lhe disse, faz mais de 6 meses que a gente não chega perto um do outro.

(Pedro LF, 58 anos)

Esses significados não são compartilhados apenas pelos homens. Segundo a fala de Pedro LF, sua esposa também têm a expectativa de que o homem esteja sempre sexualmente disposto. O significado compartilhado, como uma representação

coletiva, se sustenta para além do campo individual, voltando-se para o sujeito como algo externo (sociocultural), que, mais do que reafirmar suas formulações a esse respeito, se impõe a ele, como notamos no caso da pressão gerada pela cobrança dessa esposa. Bourdieu (1999) afirmará que são os homens, a um só tempo, construtores e prisioneiros da representação dominante.

Além disso, outros sentidos podem ser acionados por essa questão. Pedro LF expressa um conflito que põe em xeque sua concepção de que a ereção é resultado direto do “interesse” sexual e do “tesão”, no momento em que aquela está ausente mesmo na presença desses elementos. Ainda no conflito, ele interpreta a impotência como um problema que afetaria pessoas com posturas sexuais desviantes (o “homossexual”, o “travesti”), o que, portanto, não deveria se aplicar ao seu caso (por ser heterossexual).

Imersos em vários sentidos e significados, os problemas relativos à ereção encontram, assim como as DST, uma resistência maior que a habitual a serem levados ao serviço. Alguns homens, se não permanecem em silêncio, procuram, para lidar com esse problema, caminhos que desviem do serviço de saúde, em especial de profissionais mulheres.

Têm muitos que procuram negócio de terreiro, têm outros que procura curador, outros procuram negócio de pessoas que faz garrafada, essas coisas. Eu mesmo nunca procurei isso não, eu sempre procurei só os médicos. {E o senhor sabe dizer pra que tipo de problema o homem procura terreiros?} Rapaz, têm muitos que procuram quando tá com problema de discussão dentro de casa, quando não tá mais servindo bem a mulher, com doença que ele acha que não seja mesmo doença dada por Deus, aí eles procuram essas coisas.
(Pedro GC, 61 anos)

É complicado porque o homem, se for desse lado que ele tá caindo de produção, ele não quer procurar [o serviço] porque fica com vergonha. E a mulher também, ela vai se

consultar, mas também não vai contar a situação. {Você acha que ela não conta?} Conta nada. Só se o médico for em cima do ponto e perguntar. Talvez ela ainda faça um arrudeio e não revele. Cada um quer defender o seu, digamos assim, o seu potencial. Cada um não quer se achar no diminutivo. {E isso é mais uma coisa do homem ou do homem e da mulher?} O homem mais ainda. Se ele tiver caindo de produção, ele não vai... Talvez procure um remédio caseiro que já ouviu falar, ele não vai [ao serviço] pra não ter que assumir que tá em queda.
(Pedro NP, 45 anos)

Com isso, é possível inferir que os casos que são levados aos serviços representam uma minoria dos homens que enfrentam esses problemas. Pelas consultas observadas, quando surgem como queixa ou temática no contexto dos atendimentos, são tratadas de forma abreviada e superficial. Segundo Sadovsky (2000), é comum que os médicos da APS não se sintam confortáveis para falar de satisfação sexual com os usuários ou temam que isso possa ser invasivo ou embaraçoso. A cena a seguir se refere à observação de uma consulta de Pedro HJ¹³ e ilustra a dificuldade tanto do médico quanto do usuário em abordar o assunto:

Na ocasião, o médico realizava um atendimento a um senhor de 59 anos que sofre de hipertensão arterial:

- *O senhor toma esse medicamento há algum tempo já. O senhor se dá bem com ele?*
- *Sim. A pressão baixou, não foi?*
- *Mas baixou pouco. Era para baixar mais. E me diga uma coisa: o senhor é casado, não é? (Paciente confirma com a cabeça) Como estão as relações com sua esposa? Está tudo certo?*
- *Assim, o senhor tem que ver que eu não sou mais um jovem...*
- *Veja bem, esse medicamento que o senhor está usando, o propranolol, é bom, mas a gente geralmente não passa para homem porque ele diminui a libido. Por isso que eu perguntei ao senhor como estavam as relações.*

¹³ Pedro HJ e Pedro IC tanto tiveram suas consultas observadas como foram entrevistados.

(Paciente se movimenta na cadeira, olha, pela primeira vez durante a consulta, para o observador e explica para ele e o médico:)

- *Não. Está tudo bem. Não afetou nada não.*

- *Bom, se o senhor está me dizendo que está tudo bem...*

- *Está sim. Você vai ver, na próxima consulta, minha pressão vai ter baixado mais.*

- *Ok. Mas vamos ficar de olho. Qualquer coisa, a gente troca a medicação.*

(...) É visível a dificuldade de abordagem à sexualidade: falou-se em “relações” para se referir a “relações sexuais”. A supressão do termo caracterizador das relações tratadas repete-se em vários momentos na comunicação entre profissionais e usuários. Além disso, houve uma brevidade ao se tocar nesse assunto; o médico não permitiu que o paciente prosseguisse quando esse parecia começar uma descrição de sua vida sexual no momento. Da mesma forma, o senhor se apressou em afastar a possibilidade de haver algo errado com sua sexualidade. Vemos sinais de uma tensão existente no lidar com tais questões.

(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p. 18)

A investigação feita pelo profissional demonstra preocupação com a saúde sexual do usuário e usa uma expressão ampla: “está tudo certo?” No entanto, a abertura que essa pergunta sugere é limitada pela fala seguinte do médico que, interrompendo a descrição que o usuário começava, demarcou a preocupação e afunilou a discussão a um aspecto: “a diminuição da libido”. Nesse sentido, é abortado o espaço para a abordagem de outros aspectos que, na perspectiva do médico, não devem ser relevantes à consulta. Pedro HJ, ao sair da sala de atendimento, revela a um pesquisador informações adicionais a respeito de suas práticas sexuais, o que atesta a distância gerada entre ele e o profissional, configurada por uma escuta limitada e possivelmente pela dificuldade do profissional em abordar a sexualidade para além do aspecto destacado:

Você viu, ele achava que tinha problema na medicação. Mas eu vou lhe contar. Sabe o que foi? Eu fiz estripulia, bebi e comi umas comidas salgadas, por isso a pressão deu alta. E

outra, eu não vou dizer a ele, minha mulher é velha já, mas eu pego umas negas e não tenho problema nenhum.
(Relatório 2 de Etnografia, UBS1, p. 18)

Nesse atendimento, além de o único aspecto da sexualidade do usuário enfatizado ter sido a suspeita de “diminuição de libido”, a abordagem foi feita nos parâmetros da medicalização, considerando apenas a possibilidade de interação do medicamento com a atividade sexual, como se essa estivesse desligada de outros fatores como o estágio de vida do usuário, sua relação conjugal, suas condições emocionais, sociais e etc.

Em revisão da perspectiva teórica e das intervenções no tratamento da ‘disfunção erétil’, Winton (2000) ressalta o desenvolvimento do modelo biomédico que, focado nas estruturas biológicas e na interação entre a biologia e química no corpo, torna-se cada vez mais o paradigma dominante no campo das ‘disfunções sexuais masculinas’. Da forma semelhante, outros autores (Potts *et al.*, 2004, 2006; Aquino, 2005; Rohden, 2009) discutem o lugar dessas disfunções na medicalização da sexualidade masculina.

Por esse parâmetro, a sexualidade masculina tende a ser abordada como função sexual, da qual o dado mais objetivo é a ereção, que acaba por ser um resumo ou uma tradução da funcionalidade sexual do homem. Nesse sentido, os problemas relativos a ela assumem o lugar de disfunção, como fica óbvio no termo consagrado atualmente na nomenclatura científica predominante, que toma a ‘diversidade’ como ‘disfunção’ (Potts *et al.*, 2004). Essa perspectiva aparece nas outras consultas observadas, de modo a direcionar a conversa acerca da sexualidade pela lógica da estrutura biológica, da fisiopatologia:

Tendo em vista que este usuário era portador de diabetes, a médica explica todo o tratamento da doença, passo a passo, fala da dieta, exercícios físicos e do tratamento farmacológico; em seguida, passa alguns remédios e indica um especialista. Questiona ainda “*como vai a função sexual*” do usuário. “*Tá parada, a esposa acha que são outras ‘operações’ [outras relações sexuais](risos), mas ela já se conformou que a pessoa quando tem diabetes não é a mesma coisa*”, respondeu o senhor. (...) [A médica] segue dando diversas orientações acerca do diabetes, sua relação com a disfunção erétil (não percebi nenhum constrangimento quanto a esse assunto), bem como com dedos e extremidades do corpo (já que há risco de amputação).
(Diário de campo, UBS2, 2º mês)

A médica salienta que a glicose está alta. Chama atenção para o perigo da diabetes e os possíveis prejuízos nos rins, olhos, extremidades (incluindo pênis). “*Tô com problema nesses três mesmo*”, afirma Pedro IC. A médica pergunta ainda sobre como está sendo administrada a medicação. Ele informa que nem sempre toma a mesma dosagem, às vezes aumenta, às vezes diminui. Ela ressalta que se deve tomar os medicamentos “*religiosamente*”. O usuário argumenta que determinado remédio deixa-o “*morto*”, sem poder ter relações sexuais. Pergunta se não há um jeito de tomar remédio e não ficar impotente. A médica explica sobre o excesso de glicose, diabetes, hipertensão e as consequências para a função sexual. Segundo ela, “*todo homem vai ter impotência.*” (...) Orienta sobre realizar atividades físicas, fazer dieta, uso de medicamentos, ficar do lado de quem gosta. Pedro IC relata novamente sua demissão e o fato de ultimamente estar nervoso por isso, chegando a tomar três diasepans por dia. “*Isso aí acaba com aquela função, viu?*” Ressalta a médica. Explica sobre o uso de benzodiazepínicos.
(Diário de campo, UBS2, 3º mês)

A imposição da compreensão da sexualidade masculina em termos de funcionalidade assume no último excerto o peso de um tratamento fatalista da questão, como se ter problema com a ereção fosse uma condição que deve ser aceita: “*todo homem vai ter impotência*”. Além de estar distante de uma postura de acolhimento e sensibilidade, essa afirmativa coloca o problema no patamar de

inevitável, reduzindo as possibilidades de o usuário lidar com ele de forma a retomar suas práticas sexuais, tornar-se vivo, já que se considera simbolicamente morto.

É interessante notar que a abordagem desses problemas, ao reduzir a saúde sexual ao funcionamento erétil do pênis, deixar de problematizar a ereção como condição (in)dispensável ao *sexo prática*. Tal problematização poderia ampliar a discussão acerca das práticas – ainda centrada em certa hierarquia moral que coloca no topo a penetração vaginal e, como clímax, a ejaculação masculina (Villela e Arilha, 2003) – na direção de questionar a centralidade dessa forma hegemônica de fazer sexo e contemplar possibilidades alternativas.

Adicionalmente, a abordagem descrita – feita a partir da lógica da medicalização e, em especial da interação de medicamentos ou de efeitos secundários de outras patologias – não vislumbrou tratamentos possíveis para o problema apresentado, senão a intervenção nesses supostos agentes causadores.

Além de não haver resolutividade para a queixa apresentada, os problemas relativos à ereção parecem ser encarados pelos/as profissionais mais como um efeito adverso ou uma questão pessoal do que uma necessidade de saúde. Por exemplo, as queixas apresentadas por Pedro IC não foram suficientemente acolhidas pela médica como um problema sobre o qual era necessária uma intervenção. Desassistido, Pedro IC passou a intervir por conta própria naquilo que, para ele, era uma necessidade que sobressaía ao tratamento de hipertensão arterial, como mostra sua fala:

[O problema é devido a] *os comprimidos que eu tomo, porque, quando eu quero mesmo ter uma pessoa comigo, pra amar, fazer minha vontade mesmo, eu passo dois, três dias sem tomar comprimido nenhum, mesmo que a pressão suba, mas eu realizo o que eu quero. Mas têm vezes que é um minuto, aí eu morri, pronto, acabou-se.*
(Pedro IC, 61 anos)

Na direção contrária de invisibilizar tais problemas ou não lhes atribuir importância significativa, Levine (2000) e Sadovsky (2000) discutem a necessidade de considerá-los como um problema da alçada da APS. Levine (2000) defende que, devido à grande influência desses problemas na qualidade de vida dos homens acometidos (afetando a auto-estima, a auto-imagem, produzindo aumento de ansiedade, depressão e dificuldade nas relações) e por se apresentarem também como indicativos ou sintomas de outras doenças (como as cardiovasculares, por exemplo), os profissionais da APS deveriam concentrar maior atenção nas questões relativas à saúde sexual dos usuários nos exames físicos de rotina e no levantamento da história pessoal.

Adicionalmente, como tais problemas mostraram-se associados a patologias tratadas prioritariamente nos serviços da APS, abordá-los também nesses serviços produziria uma atenção mais integral aos usuários, uma vez que poderia lidar com as questões dos dois (ou mais) âmbitos de forma articulada.

Finalmente, fica claro que os problemas relativos à ereção, pelos significados que carregam e pela consequente dificuldade de serem abordados, demandam, acima de tudo, um acolhimento capaz de deixar o usuário confortável para se expressar e um atendimento sensível, construído na interação de aspectos fisiológicos, emocionais e sociais, considerando os sentidos que o usuário atribui à sexualidade e à dificuldade de ereção, assim como as tensões e receios ligados a ela.

Prevenção do câncer de próstata:

novo contorno no corpo e na sexualidade masculinos

O câncer de próstata, embora não se inscreva propriamente na saúde sexual como os dois assuntos anteriores, por não tratar de um problema que afeta diretamente o *sexo prática*, apresenta íntima relação com a sexualidade masculina, sendo, portanto, assunto comum na discussão desse tema.

Com as recentes divulgações e campanhas em torno do câncer de próstata, essa parte do corpo ganhou visibilidade, em especial no que diz respeito ao seu caráter de algo exclusivo aos homens. A caracterização do corpo masculino assume novo contorno a partir da identificação da próstata como uma parte caracterizadora do corpo masculino, como é possível ver nas seguintes formulações:

Porque a diferença do homem e da mulher é muito simples: a mulher tem o útero e o homem tem a próstata, porque ela veio pra criar e o homem não veio pra criar. Fora isso não tem diferença nenhuma.

(Pedro FR, 68 anos)

A mulher tem mais complicações, né? Tem ovários, tem útero, um bocado de coisa a mais do que o homem, né? E o homem é só próstata, essas coisas, é mais simples, né?

(Pedro FA, 44 anos)

Tem os problemas da próstata aí, que só dá em homem, mas o resto das doenças eu acho que é pra homem e pra mulher, não é?

(Pedro SR, 62 anos)

A referência à próstata nas várias idades, embora mais presente no segmento mais velho, mostra o quanto esse tema tem sido marcante na relação entre homens e assistência. Uma revisão na literatura específica sobre o assunto ressalta o reconhecimento do câncer prostático como um problema de saúde pública, dada a

sua magnitude no quadro de morbi-mortalidade masculina. Aponta ainda que se trata de um assunto bastante presente no campo da saúde, mas que mantém diversidade e polêmica em relação aos fatores associados e às recomendações sobre a prevenção (Gomes *et al.*, 2008).

Entre os usuários entrevistados, o câncer de próstata é citado como um dos principais problemas de saúde do homem e sua prevenção é apontada como uma intervenção necessária. Alguns repetem recomendações já incorporadas:

Eu tô querendo fazer a marcação pra o exame da próstata, que eu nunca fiz, tô com 54 anos e não fiz ainda. (...) O médico que diz, aquela da televisão, diz que com 40 anos o cara tem que fazer. E tá matando muito homem a próstata, né? Aí quero marcar um para fazer, vou pedir o encaminhamento, se Deus quiser.

(Pedro JO, 54 anos)

(...) até minha esposa tava dizendo: “Você já fez o exame da próstata?” Eu nunca fiz não. Ela disse: “Você tá com 40 anos, você vai ter que fazer”. Ela falou isso pra mim, né? Você vê, ela mesmo me aconselha, tá sempre ali. Eu brincando falei pra ela: “Não vou fazer não”. Ela disse: “Vá fazer”.

(Pedro JN, 40 anos)

Como sugerido na última fala, esse problema de saúde é acompanhado por uma tensão proveniente dos sentidos acionados pelo formato de um dos procedimentos que têm sido utilizados na prevenção, o toque retal.

Por ser um procedimento que envolve a exposição e o contato com as nádegas dos usuários homens, assume a conotação de ameaça à masculinidade. De acordo com DaMatta (1997), essa parte do corpo iguala o homem à mulher e, portanto, pode feminilizá-lo. Faz parte, então, da conduta orientada pelo modelo hegemônico de masculinidade a necessidade de proteger essa região do toque e, ainda mais, da penetração.

Esse significado pode ser verificado em procedimentos semelhantes. Por exemplo, a aplicação de injeção nas nádegas mostra-se acompanhada da tensão gerada pela ameaça à masculinidade, sobretudo diante de outros homens. A cena seguinte mostra o imaginário a esse respeito e a postura de alguns usuários homens frente a tal situação:

(...) chegaram 5 rapazes, com 20 e poucos anos, e se sentaram nos bancos do corredor. Deduzimos logo que eram empregados de uma empresa e buscavam vacina, o que se confirmou quando começamos a conversar. (...) [Um deles] entrou, uma pesquisadora já estava na sala acompanhando os procedimentos. Os colegas levantaram-se e ficamos assistindo a vacinação do corredor.

Auxiliar de enfermagem: - *Você quer que aplique onde?*

Colega: - *Na bunda.* (Risos. O usuário indicou o braço.)

Auxiliar de enfermagem: - *Você é destro?*

Usuário: - *Sou.*

Auxiliar de enfermagem: - *Então é melhor no esquerdo porque você vai usar mais o direito.*

Colega: - *Você vai fazer no braço porque mais tarde ele vai usar a bunda, né?* (Risos)

(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

O toque retal ultrapassa a dimensão da exposição, uma vez que envolve a penetração de uma parte do corpo do profissional (o dedo) na região que representa tal ameaça. A penetração, representação hegemônica do *sexo prática*, consiste, na cultura brasileira, em um elemento fundamental para a construção simbólica de gênero, uma vez que o masculino é definido como ativo, insertivo, o que penetra (Parker, 1991).

O homem ser penetrado e, simbolicamente, sua feminilização, aparecem nos procedimentos relatados acima como uma possibilidade sugerida pela exposição e contato com as nádegas. O toque retal pode significar a concretização dessa

possibilidade. Por isso, torna-se em si um mote de piadas, usadas, em geral na relação entre os homens, de modo a desqualificar aquele que se submete ao exame.

Aquele exame de toque é um exemplo bem claro [de situação que gera vergonha]. Eu chego até a perguntar, por brincadeira: “E aí vai fazer?” Vizinhos, amigos, né? Eles têm muito aquele tabu de serem tocados, né? Têm vergonha de fazer o exame, mas por causa da cultura deles. Eu acho que teria vergonha também, teria medo. (...) Medo do que os outros iam falar, né?
(Pedro PE, 16 anos)

Pela conotação sexual que adquire e aciona, a prevenção do câncer de próstata torna-se assunto relacionado à sexualidade masculina pelo viés da ameaça à masculinidade. Daí, o toque retal ou a simples alusão a ele serem com frequência acompanhados de constrangimento ou vergonha, inclusive por parte dos homens mais jovens, que estão longe de serem indicados à realização desse procedimento. Nessa direção, se dá a resistência ou a recusa de alguns homens a se submeterem ao exame.

Aquele... Como é que é? Agora me esqueci... Da próstata, como é? Só esse mesmo. Eu acho que eu não ficaria a vontade não. (...) Nem com médico, nem médica, nem com nada. (...) Rapaz (risos), eu digo a você que eu não iria não. Eu acho que não.
(Pedro LN, 18 anos)

Quando foi detectado que ele [meu pai] tava não com câncer, mas quando ele começou a sentir o problema na próstata, para fazer xixi, e começou o tratamento, quando chegou na parte do exame do toque, aí ele passou dois anos para fazer, aí quando fez já tinha desenvolvido um tumor. (...) Talvez tivesse vivo, talvez não tivesse, mas passar dois anos pra fazer um exame, aí paciência. Eu também tô até entrando por esse lado da ignorância, porque eu fiz o primeiro PSA e já faz dois anos que eu não faço e o correto seria todo ano eu fazer. Já tô indo no caminho da ignorância também (risos) ou descuido. (...) E hoje em dia tem mais equipamentos

desenvolvidos cientificamente mais na área feminina. Na área masculina, no caso da próstata, tem o exame do toque e muita gente se recusa a fazer por causa da ignorância. (...) {Mas, se a gente pensar, a mulher acaba constantemente se submetendo a exames parecidos.} Mas a mulher tem a vagina pra fazer, o homem não tem, faz pelo reto; mas aí o cara, pela masculinidade dele e ignorância, não quer se submeter.

(Pedro ES, 45 anos, Trab.Saúde)

De acordo com Gomes (2003), vários pontos de tensão podem estar envolvidos no toque retal (incômodo com a penetração, receio de dor física e simbólica, de ter ereção, de ficar descontraído) e os profissionais, por partilharem do imaginário social, também podem ficar constrangidos e inseguros diante da possibilidade de medos e fantasias dos usuários.

A racionalidade médica, na qual não cabem tais interpretações, de um lado, fundamenta a neutralidade como característica do olhar e da postura dos profissionais, neutralidade essa que tem tornado possível a realização de procedimentos como o toque retal, a despeito das tensões e resistências emergentes. De outro lado, sustenta a pouca importância dada aos sentidos que esse procedimento adquire frente à construção das masculinidades, o que pode ser visto na escassez de estudos que se detêm a tal reflexão (Gomes *et al.*, 2008) e no despreparo de profissionais que realizam esse procedimento e planejam as campanhas de prevenção (Gomes, 2003).

Comumente, essa racionalidade acaba por se impor aos usuários, que a adotam como verdade sobre a relação com o profissional e, em especial, sobre o contato físico. Dessa forma, observamos também a conformação de vários homens ao procedimento toque retal, motivada muitas vezes pelo receio relacionado ao agravamento da saúde:

Vou fazer, com toda certeza. Vou procurar a pessoa correta e vou fazer normal. Eu sou assim. Viver é melhor do que morrer. E viver com saúde, viver bem. {Certo, e você já imaginou assim como seria fazer esse exame? (...)} Rapaz, eu nunca tive essa experiência não e também eu tô até desinformado; eu questiono, com esse sentido, (...) de, por exemplo, ser um toque e tal, o médico vem, chega e fica observando ali. Então eu digo o seguinte: não estamos no tempo da pedra lascada, nós estamos hoje num mundo informatizado, talvez tenha um tipo de aparelho que chegue e já resolva esse problema sem tá precisando dessa coisa velha, antiga. (...) Tem esses incômodos, os comentários, brincadeira, lorota, aquelas coisas bobas, né? (...) Que Fulano fez e gostou, não quis mais deixar de fazer, tá fazendo de 6 em 6 meses. (risos) {Mas o que você acha desse exame em relação à masculinidade? Ao homem fazer um exame desse tipo?} Rapaz, se a gente for olhar o lado profissional, a gente vai se sentir bem, mas, se for pro lado da sua imagem e tal, é chato. (...) Rapaz, o cara foi lá e fez assim, assim... Se um cara passar assim ao menos a mão no traseiro de outro, já leva porrada; mas no exame é um profissional que tá ali, ele vai cuidar da saúde, pra ele é normal.

(Pedro NP, 45 anos)

E também o que tá dando muito é problema de próstata, né? Têm muitos que acha que é errado ir pro médico pra ele dá o toque, né? Aí, eu acho que não tem nada a ver. (...) Da primeira vez que eu fui, eu fiz. Já nesse ele num pediu. Agora eu vou fazer todo ano. Eu tenho muito medo desses negócios de próstata.

(Pedro DF, 67 anos)

Nesse sentido, a entrada em cena da prevenção do câncer de próstata representa também um avanço na medicalização do corpo e da sexualidade masculinos, a exemplo do que aconteceu com a assistência às mulheres. Logo, a reação dos usuários homens, especialmente ao problematizarem esse procedimento, mesmo que pelo reforço do modelo hegemônico de masculinidade, pode representar uma resistência à submissão a essa medicalização.

Sexo órgão e sexualidade na relação profissional-usuário:

o reconhecimento dos pares

Na relação entre profissionais e usuários (estendendo-se também a nós, pesquisadores, que participamos dessa relação, em várias ocasiões, como observadores), destaca-se outro assunto de relevância que se destacou na relação entre homens e sexualidade: o reconhecimento dos pares, diferenciados pelo *sexo característica*. A concepção de que os homens (assim como as mulheres) são semelhantes entre si no que diz respeito ao corpo e ao *sexo órgão* produz a sensação de intimidade entre os pares e de estranhamento ou pudor entre os díspares. Nesse sentido, os encontros que envolviam sujeitos do mesmo *sexo característica* tendiam a transcorrer de forma mais tranquila, com maior liberdade no contato; ao passo que, em algumas situações envolvendo os díspares, emergiram incômodos. De forma geral, esses incômodos pareceram estar associados, sobretudo, à exposição do corpo ou do *sexo órgão* e à abordagem de questões ligadas à sexualidade, como ilustram os trechos a seguir:

[Em uma visita domiciliária, a enfermeira] pediu então para ver o curativo e a puérpera, mostrando inquietação, pediu para que os homens saíssem do quarto. Fiz menção de sair também, mas a mulher disse que eu [por ser mulher] poderia ficar e se deitou para mostrar o curativo.
(Diário de campo, UBS1, 2º mês)

Às vezes, não é nem consulta, é exame, que o homem vai fazer com a médica e fica constrangido. Eu acho que se fosse um homem fazer com um médico, fica melhor. Como o exame de próstata, que agora faz [pelo exame] de sangue, né? Mas antigamente era diferente, se fosse daquele jeito pra um homem fazer com uma médica, ele ia ficar muito constrangido, né? (...) Também aqueles tipo de doença venérea, essas coisas assim, o cara vem às vezes com o pênis já muito inflamado, aí vai fazer o tratamento com a médica...

Aquilo ali pra um cabra já idoso, ele meio que se conforma, né? Mas pra um cabra novo, ele fica muito constrangido.
(Pedro GC, 61 anos)

Essa tendência abrange tanto o contato dos profissionais homens com usuárias quanto no de profissionais mulheres com usuários; sendo expressa pelos/as profissionais e pelos/as usuários/as. Se considerarmos, por exemplo, que nos serviços pesquisados a exposição do corpo e do *sexo órgão* ocorre com maior frequência (ou, pelo menos, de forma mais sistemática) nos exames ginecológicos, realizados pela equipe de enfermagem, que é composta predominantemente por profissionais mulheres, notamos uma conformação do *sexo característica* que parece viabilizar a realização desse procedimento. A participação de um homem nessa equipe e, portanto, na realização dessa atividade provocou, na UBS1, a reação das mulheres usuárias, mostrando a relevância para elas de tal conformação e os impasses que sua quebra pode acarretar.

O estagiário de enfermagem foi impedido de realizar procedimentos em que as usuárias precisassem se despir. Ele já havia contado esse fato para a pesquisadora e atribuiu a causa da imposição à visão arcaica da enfermeira a respeito de um procedimento envolvendo pessoas de sexos diferentes. (...) [Em uma reunião], a enfermeira lembrou a situação e contou que sua decisão se justificou pelo “*preconceito das usuárias, que vinham e voltavam quando viam que era ele que estava no preventivo*”.

(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Cansei de ver as mulheres marcarem os preventivos e no dia não aparecer. Muitas diziam logo que, se no dia do exame o estagiário de enfermagem estivesse, elas não faziam. Não teve outro jeito e a enfermeira teve que afastar o coitado no dia dos preventivos.

(Depoimento de auxiliar de enfermagem, Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Na mesma direção, o depoimento de um médico, ao comparar a postura de homens e mulheres diante do contato em que há exposição, atribui traços de gênero à leitura que faz da diferença observada em seus atendimentos:

Se uma mulher vem para o médico com problema, tem que dizer que não é mais virgem, essa coisa toda. (...) Veio uma mãe aqui com a filha de 12 anos com corrimento, ela mesma já associou à questão sexual. Aí fui dizer que nem sempre era assim, situação até chata. Mas de certa forma, é esperado a pessoa ficar com vergonha, [ela] não tem confiança no médico, não sabe quem é. Noto que as mulheres mantêm a vergonha mesmo na segunda vez. Os homens não, com um pouco de tempo já perdem a vergonha. Homem já é por natureza sem vergonha e, na segunda vez, então, nem ligam. Talvez com as médicas aconteça o contrário.

(Depoimento de médico, Diário de campo, UBS1, 3º mês)

O médico ainda supõe que tal configuração tem a ver com o fato de ele ser homem. Dessa forma, as usuárias tenderiam a ficar constrangidas diante dos profissionais homens e poderiam se mostrar mais à vontade diante de profissionais mulheres, assim como revela o exemplo dos exames ginecológicos com as enfermeiras, descrito acima. E os homens seriam “sem vergonha” apenas diante dos profissionais homens. Essa suposição coincide com a perspectiva dos usuários homens. A fala dos entrevistados expressa o sentimento de desconforto diante de profissionais mulheres:

Sempre eu me abro mais com os homens, né? Não gosto de me abrir muito com mulher não. Prefiro me abrir com homem, que é igual a mim, certos assuntos, como eu tô conversando com você aqui. (...) Porque vocês me entendem, você vai entender, a mulher não quer saber disso não. Não vai entender e eu não tenho coragem de chegar e perguntar, né?

(Pedro LF, 58 anos)

Tem coisa que ele [usuário] não fala pra uma médica. Pro homem ele diz: “Doutor, eu vou tirar minha roupa e mostrar tudo que eu to sentindo”. Já com a mulher você tem até

vergonha de tirar a camisa pra mostrar um carço no peito, um canto mais escondido você não mostra. Tá entendendo? Já com o homem não, mostra tudinho.
(Pedro IC, 61 anos)

{Quando você vai a uma médica mulher você fica à vontade? Conversa do mesmo jeito que conversa com um homem?} *Na verdade, não fica não. (risos) Principalmente se você for se consultar sobre os seus órgãos genitais, alguma coisa assim, você fica muito constrangido.*
(Pedro JE, 21 anos)

A minha esposa mandou eu perguntar hoje à enfermeira, que já vai fazer um mês [após o parto] e ela ainda tá sangrando, se isso é normal. Aí eu fiquei assim com a minha esposa: “Eu vou fazer essa pergunta à enfermeira? Mas eu vou perguntar.” Aí perguntei. (...) {Sei, mas, quando ela pediu pra você perguntar, você ficou meio assim, né?} É, eu fiquei porque é uma pergunta um pouco delicada, né? E perguntar a uma mulher. Se fosse um médico, aí é como eu falei pra você, [com] um médico a gente fala mais.
(Pedro JN, 40 anos)

O último trecho mostra que o incômodo pode estar atrelado não só a questões da sexualidade masculina. Mesmo ao falar de uma sexualidade que não é a sua e, portanto, não se expor, Pedro JN expressa o sentimento de não paridade e o desconforto em tratar desse assunto com uma mulher.

O estranhamento com o contato entre díspares pode assumir ainda outro sentido, também carregado de tensão, quando a diferença sexual é encarada como uma condição que faz do encontro entre profissional e usuário do serviço uma relação potencialmente sexual. O *sexo prática* torna-se presente simbolicamente devido à possibilidade aberta pela diferença do *sexo característica*. Alguns entrevistados encaram a situação dessa forma e expressam fantasias e receios em virtude desse significado:

Eu não teria tanta vergonha, mas dá aquela assim, se ela disser “Mostre aí”, ih rapaz, não vai dá certo não. Mas não

teria vergonha não. É pra minha saúde. Dá aquele pouquinho de vergonha, muitos ficariam com vergonha só de falar, ficariam com vergonha. Só de falar eu não tenho não. {Agora se fosse mostrar daria um pouquinho de vergonha?} É, de mostrar. {Só pra ela? Pro médico não?} Não. (risos) Se ela fosse pegar assim e o bicho... (risos) “E aí doutora, não tenho nada a ver não aí...” {Ou seja, se ela fosse examinar e você tivesse uma ereção, é isso?} É. “Ei, doutora não tô fazendo nada.” (risos) (...) Tem muita mulher que tem vergonha, se for médico. {Você acha que é medo da mulher ficar excitada também?} Não, agora a vergonha é outra. O [médico] homem vai ver a mulher pelada. (...) Eu não ligo pra esse negócio de ver pelado não, tá aí, tal, mas se ela quiser pegar assim... (risos) Eu acho que ela não pega não, né? Vai me botar pra pegar “Mostre aí onde é a doença”.
(Pedro RS, 18 anos)

A médica me examinou assim, porque a dor vem até aqui pela virilha. Mas se fosse um homem, eu acho que o cara tinha mais intimidade, né? A médica ficar apalpando a pessoa assim, você sabe, né? O cara tenta, mas às vezes não segura. Eu acho que se fosse um homem, o cara tinha mais intimidade.
(Pedro JC, 27 anos)

Schraiber (2005) identificou essa mesma conotação na perspectiva de profissionais mulheres. Para algumas delas, o encontro com o usuário pode ser encarado por pessoas externas como potencialmente sexual, o que, inclusive, ameaça a reputação feminina.

Nessa direção, o mesmo médico, referindo-se aos atendimentos a usuárias, lança mão dessa possibilidade interpretativa e do receio dela ser acessada por essas mulheres:

É um problema que esbarra na cultura. Já sofri muito com isso. Mas aí tem uma regrinha básica que a gente sempre tem que lembrar: homem que faz exame com mulher tem que trazer sempre uma profissional mulher dentro do consultório. Não é para protegê-la, é para se proteger. (...) Quando é mulher, sempre chamo uma mulher da equipe para me acompanhar. Isso é defesa do médico. Se ela diz que eu a assediei...
(Depoimento de médico, Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Da mesma forma que na prevenção do câncer de próstata, essa interpretação entra em conflito com a racionalidade da clínica, que ao postular a neutralidade da relação, toma o corpo como objeto de medicalização e o destitui de significado sexual.

Para os/as usuários/as, essa neutralidade parece ser mais difícil de ser aceita, certamente, por serem eles que enfrentam a situação de exposição. São eles/as, portanto, que, de uma forma ou de outra, resgatam os sentidos sexualizados atribuídos culturalmente ao corpo e resistem à abordagem do mesmo como uma peça biológica deslocada do contexto. Para os/as profissionais, todavia, a atribuição de significado sexual ao contato esbarra na premissa em que apóiam sua atuação:

O estagiário de enfermagem reclamou que a enfermeira não o ajuda a amenizar a rejeição das usuárias em relação à sua presença. *“Na visita da puérpera, quando a mulher disse pra os homens saírem, era pra minha enfermeira ter explicado que a postura médica não vê diferença em homens e mulheres e ter tentado fazer ela mudar de idéia. Mas ela nunca faz nada em relação a isso. Vejo isso aqui quase todo dia.”* Ele se queixou que a atitude da enfermeira em relação a ele acabou o prejudicando na formação profissional. *“Eu vou terminar esse estágio sem ter feito um exame preventivo. Vou ter que aprender n’outro lugar”.*
(Diário de campo, UBS1, 2º mês)

A auxiliar de enfermagem disse que hoje age com naturalidade diante de um curativo em uma região mais íntima e que nessas situações procura expor o paciente o mínimo possível. Disse que há muito tempo teve um paciente que tinha um ferimento no pênis e era ela quem fazia o curativo. *“No primeiro dia desse curativo, pedi pra a enfermeira ir comigo, mas depois, com a continuidade, eu vi que ele agia normalmente, então eu tinha que agir assim também, né?”* (risos)
(Diário de campo, UBS1, 3º mês)

Se, de um lado, a neutralidade buscada pelos profissionais tende a dissociar o corpo do contexto e da subjetividade e esbarra na resistência dos usuários e, de outro

lado, a conotação sexual do contato tensiona e ameaça a relação profissional-usuário, resta questionar se é impossível um modo de construir essa relação nas situações de exposição do corpo que reconheça os significados que determinado corpo pode ter e, ao mesmo tempo, inscreva o contato como uma intervenção em saúde eticamente comprometida.

No último trecho, podemos notar algum esforço da auxiliar de enfermagem para fazer dialogar as duas condições, embora tenha recorrido no primeiro momento à imagem neutra do profissional de saúde, reforçada pela colega de trabalho.

Na busca desse diálogo, os sentimentos e sentidos envolvidos na relação e no atendimento não podem ser reduzidos à paridade dos envolvidos, como se um atendimento entre pares fosse sempre mais indicado do que um entre díspares. Essa seria provavelmente uma leitura simplificada da questão, sobretudo se considerarmos que as referências à relação potencialmente sexual foram pronunciadas a partir do referencial heterossexista, tomando como óbvio a improbabilidade de o contato entre o profissional homem e o usuário ter conotação sexual. Além disso, a (dis)paridade envolvida nessa relação deve se articular a outros aspectos relevantes nesse contato, tais como atenção e respeito por parte do profissional.

No entanto, a paridade mostra ter relevância e precisa ser considerado no atendimento a usuários/as. No caso específico dos usuários, esse aspecto torna-se especialmente importante dado o contexto da pouca presença de homens nos serviços.

Em relação a isso, os usuários sugerem e reivindicam a presença de profissionais homens nos serviços. Segundo os usuários, ser atendido por outro homem os deixaria mais à vontade para buscarem o serviço e para serem atendidos.

Nesse sentido, a ausência de homem na equipe profissional foi relatada, em alguns casos, como motivo da não busca de atendimento, configurando-se, portanto, como um limite ao acesso dos homens aos serviços.

Em inúmeras conversas que tive com usuários, explicando sobre o foco da presente pesquisa, diversas vezes me foi relatado que um profissional homem ou a presença de mais usuários homens (no caso de um serviço específico pra homens) ajudaria os homens a se sentirem mais à vontade. (Relatório 2 de Etnografia, UBS2, p.5)

[O atendimento para homens deveria ser] *normal mesmo, direcionado ao homem, feito por homens também; problemas de doenças sexualmente transmissíveis, o atendimento ser feito por um médico do sexo masculino. Dessa forma, o homem lidar mais com homem em se tratando desse ponto. (...) É muito importante, se torna mais eficiente, né? O homem se torna mais desinibido diante da situação.* (Pedro ES, 27 anos, Trab.Saúde)

No meu ponto de vista, homem devia se consultar só com homem. Com mulher, eu não gosto; com a mulher eu fico todo acanhado, sinceramente. Por isso eu não procuro. (Pedro MA, 21 anos)

Os depoimentos acima reforçam o que foi apontado pela pesquisa de Gomes *et al.*, (s/d): a predominância de profissionais mulheres nos serviços da APS parece ser um fator que dificulta, em particular, a abordagem dos temas relacionados à sexualidade com os usuários e, portanto, a presença de homens nas equipes profissionais poderia ser um facilitador da inserção dos homens nesses serviços.

6. REFIGURAÇÃO

Esse capítulo tem intenção de apontar de forma mais reflexiva os limites identificados na abordagem à sexualidade masculina na APS e suas implicações para a inserção dos homens nos serviços de saúde, assim como possibilidades de realizar essa abordagem de forma mais articulada com a perspectiva de gênero, no oferecimento de um cuidado integral e comprometido com os direitos de homens (e mulheres).

O mote deste trabalho, a desigualdade de gênero na assistência em função de uma invisibilidade da população masculina no contexto APS, não é uma novidade. Embora incipiente, tem se tornado cada vez mais uma questão visível e premente, especialmente mediante as propostas de universalidade e equidade do SUS. A discussão almejada aqui reforça a premissa de que só é possível caminhar na direção dessas pretensões a partir de uma reformulação da organização e dos moldes da assistência, que, no caso específico da APS, foram construídos na direção de uma atenção preferencial a outros segmentos da população que não os homens, sobretudo os adultos.

Essa desigualdade tem sido mostrada por diferentes trabalhos a partir de outras vias de compreensão: a construção da imagem da mulher como mãe (condizente a clientela alvo do PSF, a família) e do homem não como pai/provedor, mas como sujeito agressivo e ameaçador (Scott, 2005); a não identificação dos homens com os serviços de saúde, por reconhecer tais espaços como predominantemente femininos (Gomes *et al.*, 2007; Figueiredo, 2008); a

representação de que o cuidado é próprio da esfera feminina e a expectativa de que homens não são potenciais sujeitos de cuidado (Couto *et al.*, 2010).

Neste trabalho, essa desigualdade foi analisada tomando-se a *sexualidade* como via de compreensão. Isso exige reconhecer, antes de tudo, que nos serviços a abordagem dessa temática (no que se refere a homens e a mulheres) tem sido circunscrita ao parâmetro medicalizador, dada sua centralidade no processo de medicalização do social (Foucault, 1988/2007; Vieira, 2002).

Dessa forma, pelo menos nos serviços pesquisados, a temática *sexualidade* se apresenta prioritariamente dentro de um discurso formulado em termos de doença, de prevenção e de intervenção curativa. Assim, é a sexualidade medicalizada que é abordada nos serviços: os profissionais referem-se a DST quando falam em saúde sexual; os programas não propõem a discussão das práticas sexuais e seus significados, apenas as atitudes preventivas *pro forma*; os usuários, quando apresentam questões relativas à saúde, o fazem em formato de queixas, já esperando intervenções específicas...

Boa parte do que difere entre homens e mulheres a esse respeito se explica pelo descompasso entre a medicalização da sexualidade feminina, já bem sedimentada ao longo de mais de dois séculos nas práticas em saúde (Rohden, 2001; Vieira, 2002), e o processo equivalente com a sexualidade masculina, que começa a ser sentido nos últimos anos (Aquino, 2005; Gomes, 2008). Da mesma forma, a reação à medicalização da sexualidade feminina já tem história; a da sexualidade masculina se movimenta ainda, construindo os argumentos e buscando reconhecimento.

É óbvio que o atraso da inserção dos homens no processo de medicalização está atrelado à posição social de vantagem que historicamente ocuparam em relação às mulheres. Isso não justifica que a construção de uma equidade de gênero seja buscada por meio do ‘desempoderamento’ dos homens diante da medicalização. Isso não seria equivalente a empoderar as mulheres. Como defendem Carrara *et al.* (2009), destituir os homens da posição historicamente construída em nome de uma sujeição dos mesmos às normas da medicina é uma questão de exercício do poder médico sobre os homens.

Como configurado no capítulo anterior, alguns homens têm incorporado o discurso médico e se sujeitado a suas determinações. Nesse sentido, é importante reconhecer que os homens, a despeito das barreiras à sua presença nos serviços, têm buscado atendimentos, têm demandado atenção. Isso derruba o argumento de que a prática do cuidado é exclusividade da ‘natureza’ ou da socialização feminina. Entretanto, é também importante notar que os homens têm resistido à medicalização, o que, de certa forma, potencializa a necessidade de participação desses sujeitos na construção da assistência oferecida. Como sugerem Paiva *et al.* (2008a), essa construção deve ser ancorada em uma comunicação efetiva entre o pensamento informado pela normalidade técnica e a normatividade compartilhada historicamente em cada local.

Nessa direção, a própria noção de saúde sexual demanda uma nova discussão de modo a ultrapassar o referencial patologizante e preventivista encontrado nos profissionais. Da perspectiva dos usuários, transparece um parâmetro que pode ser bastante útil na redefinição dessa noção. Das histórias contadas nas entrevistas, depreende-se a percepção de interferências no *sexo prática* como um incômodo, um

indício de que algo não vai bem. Essa situação seria estabelecida quando um usuário precisa suspender/interromper a atividade sexual por algum motivo de ordem biológica, econômica, psicológica, etc.

Essa perspectiva não precisa implicar um imperativo do *sexo prática*, que pretenda uma atividade sexual – definida em termos de orgasmo masculino através de relações sexuais com penetração – a qualquer custo e em qualquer idade, como tem sugerido a idéia de *sex for life*, endossada pela biomedicina nos recentes tratamentos de ‘disfunção erétil’ (Potts *et al.*, 2006). Mas leva a reconhecer uma situação que tem sido apontada pelos homens como causadora de sofrimento e, por esse motivo, deve ser encarada como contrária à condição saudável ou, como sugere Ayres (2004), ao projeto de felicidade desses homens. Algumas falas especialmente ilustram a percepção dessa situação como algo sofrido ou como indicativo de doença:

Eu fico triste pelos cantos, é foda, tem que fazer o tratamento e mudar um pouco a minha vida sexualmente. A médica [disse] que, com o tratamento, você pode fazer [sexo], mas a camisinha vai inflamar [o pênis]. Então, ao invés de tá me ajudando, tá piorando. Eu tô fazendo a queimagem e ela fica ferida um pouco, aí usando camisinha, como eu lhe disse, vai ferir mais ainda. Aí, quando eu for de novo fazer a queimagem, ele não vai poder fazer, tá entendendo?

(Pedro MA, 21 anos)

[O problema de saúde] interferiu pra sentar, não tô sentando bem, que eu sinto aquela dor. A relação sexual também não tá bem. E eu acho que deve gerar desse problema, né? (...) Eu ainda vou ver o médico, fazer os exames pra ver o que é que tá acontecendo, né?

(Pedro FA, 44 anos)

Por onde eu tenho andado, a principal queixa é essa aí, porque quando o homem fica impotente tudo vai ficando abandonado, fica muito difícil. A queixa maior que eu tenho visto dos homens é essa aí.

(Pedro FR, 68 anos)

Adicionalmente, fazem-se presente de forma mais sutil posicionamentos pessoais dos profissionais baseados em valores morais. A esse respeito, Schraiber (1997) ressalta a impossibilidade de separar os aspectos científicos da atuação médica (estendida aqui para profissionais da saúde) e o aspecto valorativo, de modo que os valores sempre estarão presentes na perspectiva profissional. No entanto, o que aponto como problemático aqui é uma reprodução (talvez irreflexiva) no interior dos serviços de uma moral sexual que resulta, tal qual acontece no contexto social externo, numa categorização ou, fazendo uso do esquema de Rubin (1984), numa hierarquização social em função das práticas sexuais. Em consequência, na relação entre profissionais e usuários/as dos serviços, emergem poder, discriminação e preconceitos dirigidos às condutas sexuais contrárias a essa moral:

Parece não caber na unidade, como espaço de saúde, a discriminação de formas não hegemônicas de sexualidade e de gênero. Os profissionais apresentam sempre a postura de atendimento igualitário a todos. No entanto, percebemos que as diferenças fazem marcas na percepção dos funcionários que, eventualmente, nos mostram uma pessoa/um casal homossexual ou se referem ao “homem que se veste de mulher” ou à “mulher que vai para o cabaré”.
(Relatório Etnográfico 1, USB1, p.20).

A esses exemplos podemos acrescentar a imagem da sexualidade masculina como impulsiva, exacerbada ou incontrolável. Como visto, essa imagem é partilhada pelos usuários. Mas também transparece na atitude de profissionais e na própria conformação da assistência. É aí onde pode se tornar barreira ao acesso dos homens aos serviços, levando, por exemplo, os usuários a não buscarem atendimento por recearem julgamentos morais. Lembremos aqui a ilustrativa fala de Pedro NP: “...eles [os usuários] vão ter vergonha, [os profissionais] vão dizer: ‘Rapaz, você andou por aí comendo comida estragada!’”

Os depoimentos dos próprios usuários a respeito da construção do ser homem nos permitem observar como a conduta moral, constitutiva da figura de um “homem de verdade”, pode entrar em conflito com essa imagem da sexualidade. É possível que um dos fatores que potencializam a resistência dos homens aos serviços tenha a ver com esse conflito que se materializa diante do julgamento moral dos profissionais.

Uma possibilidade de superação desse impasse está atrelada a adoção de posturas fundamentadas pela perspectiva dos direitos humanos. No lugar da preocupação com a forma como se comportam sexualmente os homens e se isso faz bem ou mal para a saúde deles e de suas parceiras, devem entrar em cena posturas profissionais que considerem a esfera sexual como um campo de cidadania, na direção apontada por Corrêa e Petchesky (1996) e Ávila (2003), em que constituem direitos de homens e mulheres, a liberdade para a escolha das práticas sexuais, a informação e os recursos para o exercício de práticas sexuais saudáveis e a não discriminação em função de condutas sexuais.

O discurso dos direitos sexuais, estruturado no direito das mulheres usarem livremente o corpo e dos homossexuais não serem discriminados (Villela e Arilha, 2003), deve ser estendido a todas as pessoas, inclusive aos homens de forma geral. Embora isso pareça contraditório, uma vez que os homens heterossexuais constituíram o contraponto nesse discurso, como aqueles que melhor dispõem da liberdade sexual, observamos que, no contexto dos serviços de saúde, os homens em geral têm esbarrado em impedimentos na assistência justificados pelo exercício da sexualidade. Isso acontece, por exemplo, quando a sexualidade masculina é tomada como uma atividade exacerbada, a respeito da qual os homens não têm

questões/dúvidas (como expressou a assistente social da UBS2, ver p. 80) e, portanto, uma esfera que não precisa de orientação, informação, discussão. Ou ainda quando essa atenção é feita na direção de tentar controlar a sexualidade dos homens.

Faz sentido ainda pensar que a *sexualidade* é uma temática pouco ou mal inserida na assistência. O direcionamento da atenção às mulheres para a reprodução indica também, embora não no mesmo nível do que acontece com os homens, a carência de uma abordagem que englobe a discussão sobre sexualidade e se proponha a promover saúde sexual. Assim, pode ser útil considerar que é o pólo homem-sexualidade que está pouco presente nos serviços e que, a partir de uma perspectiva relacional, poderia ser articulado com o pólo mulher-reprodução, o que implicaria, para além da inserção dos homens no contexto da assistência, sua inclusão nas discussões das questões reprodutivas e uma atenção mais integral à saúde sexual de homens e mulheres.

De modo particular, a sexualidade masculina pode ainda configurar uma via de acesso a compreensões e representações dos homens a respeito do próprio corpo e da própria saúde, abrindo um possível caminho para a aproximação entre eles e os serviços.

No que diz respeito aos assuntos identificados na abordagem da sexualidade (distribuição de camisinhas, DST/AIDS, problemas relativos à ereção e prevenção do câncer de próstata), é preciso lembrar que se trata de demandas cuja presença já se faz marcante no contexto da atenção aos homens nesses serviços. São questões que os homens reconhecem como suas ou como problemas que lhes afetam. Certamente o destaque dessas questões em detrimento de outras que pouco ou não apareceram nesta pesquisa (vasectomia, câncer de pênis, esterilidade, ejaculação precoce,

hemorróidas, paternidade na adolescência, envelhecimento, etc.) tem a ver com influências da mídia ou do próprio serviço na divulgação e definição das necessidades de saúde. Ainda assim, por se configurar uma procura de atendimentos motivada por tais questões, elas podem representar a ponte para uma maior aproximação entre homens e serviços.

Esses assuntos, ao mesmo tempo, apontam para limites na abordagem que tem sido feita. Do lado dos usuários, podemos ver que a resistência à procura por atendimento é potencializada quando se trata de questões relacionadas à sexualidade, como ilustram os casos narrados de DST e problemas relativos à ereção. A inserção desses assuntos na conversa com os profissionais também é difícil e carregada de tensões. Do lado dos serviços, fica nítida a falta de espaço para informação, orientação e discussão acerca da sexualidade, sobretudo com os usuários homens. A distribuição de camisinha e a falta de clareza dos usuários a respeito da prevenção ao câncer de próstata são os maiores reflexos disso.

Outro ponto importante diz respeito ao reconhecimento das necessidades de saúde. Certamente, como apontam Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), os serviços enquanto ‘contexto instaurador de necessidades’ deixam de *conhecer* carecimentos que o parâmetro biomédico não considera como tal. Na esfera da sexualidade, não é difícil pensar na dimensão não *conhecida* pelos serviços, dado a abordagem predominantemente biomédica ou moral da sexualidade. Além disso, vimos nos assuntos abordados, que os profissionais não lhes atribuem importância significativa a ponto de tomá-los como alvo de atenção e atuação, isto é, de reconhecê-los como necessidades de saúde sobre as quais devam assumir responsabilidade. Nesse sentido, parece ser-lhes útil a idéia de estratificação das

necessidades, que pode servir de justificativa para que vários problemas, entre eles, o relacionados à sexualidade masculina, sejam negligenciados ou delegados a serviços de outros patamares por não fazerem parte da alçada da APS.

O quadro que descrevo pode ser encarado a partir da noção de vulnerabilidade, que tem oferecido uma perspectiva mais complexa e abrangente das questões relativas à sexualidade e, de modo particular, à infecção pelo HIV. De acordo com a noção de vulnerabilidade, a possibilidade das pessoas adoecerem é uma resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Mann *et al.*, 1993; Ayres *et al.*, 2003).

Tomando os três eixos nos quais pode se estruturar a vulnerabilidade, é possível perceber que têm sido apontados, nos componentes *individual* e *social*, diversos fatores que tornam os homens mais vulneráveis ao adoecimento no campo da saúde sexual. Trata-se, sobretudo, de percepções e valores culturais associados ao masculino, comportamentos típicos da construção das masculinidades e, entre esses, uma auto-percepção de invulnerabilidade ao adoecimento no campo da sexualidade (Valdés e Olivarría, 1998; Courtenay, 2000; Guerreiro *et al.*, 2002; Costa, 2003; Thomé, 2006). À exceção deste último aspecto, que não foi reproduzido dessa forma pelos sujeitos entrevistados, esta pesquisa tende a reforçar a direção de que muitos dos traços socialmente reconhecidos como um padrão hegemônico de masculinidade e as atitudes e ações empreendidas em conformidade com tais características aumentam a vulnerabilidade dos homens. No entanto, prefiro não reforçar essa formulação com receio de que sirva de argumento para caracterizar o homem como

um sujeito de descuido e justificar a desatenção a eles, como se não fizesse sentido oferecer-lhes assistência, porque seriam constitutivas da masculinidade atitudes como a exposição ao risco e a resistência ao cuidado.

Acredito ser, nesse momento, mais relevante chamar a atenção para aspectos que têm sido menos enfatizados na relação dos homens com a saúde e que dizem respeito ao componente *programático* da perspectiva da vulnerabilidade. Como sinaliza o início do capítulo anterior, a própria estrutura organizacional dos serviços se configura como fator influente na vulnerabilidade dos homens, o que pode ser visto na escassez de programas e atividades voltados para o público masculino. As políticas públicas de saúde da APS participam como primeira instância nessa conformação, ao excluírem os homens e a sexualidade masculina do foco de atenção da assistência.

A invisibilidade dos homens dentro dos serviços e a abordagem da sexualidade masculina feita de forma superficial e abreviada, reduzida aos termos da medicalização e cerceada por valores morais, torna a assistência menos acessível a tais sujeitos. Nesse sentido, os serviços falham em constituir um lugar de apoio para os homens, em que possam buscar os recursos para a proteção da saúde: informações, acolhimento, suporte para enfrentar seus sofrimentos e exercer seus direitos.

Adicionalmente, a tendência a considerar que os homens são os principais responsáveis pelo cuidado com a saúde incorre na culpabilização dos mesmos pela distância que mantêm em relação aos serviços de saúde e às práticas de cuidado. Isso faz perder de vista a implicação dos serviços nessa distância e na pretensa aproximação, postulada por um dos fundamentos previstos pela Política Nacional de

Atenção Básica (Brasil, 2007), a saber, o desenvolvimento de “relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população” (p. 13).

Tomo emprestada ainda a crítica feita por Carrara *et al.* (2009) de que algumas tentativas de inserção dos homens nos serviços, como as mobilizadas nas discussões em torno da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, defendem uma idéia de protagonismo dos homens que se traduz na proposição de que eles assumam sua fragilidade e vulnerabilidade para enunciar suas demandas. Nesse sentido, tais tentativas implicam a sujeição dos homens à medicalização e à estrutura dos serviços que, no contexto da saúde pública, muitas vezes, fragiliza o usuário mais do que a própria doença.

Alguns homens se conformam a esse padrão por considerarem que, apenas assim, terão acesso ao atendimento. Outros não reconhecem fragilidade e vulnerabilidade, pelo menos não da forma como é esperado na assistência, e tem dificuldade de ser inseridos nos serviços como sujeitos que merecem atenção. Reflete Scott (2005) que os homens que são bem vindos às UBS, que são convidados a comparecem, são os homens fragilizados pela vida, pela pobreza ou pelas patologias, manifestação biológica de seu sofrimento.

Diante desse quadro, apenas sugerir uma maior atenção aos homens e a adoção da perspectiva de gênero na assistência não me parece suficiente, uma vez que isso não necessariamente esclarece os sentidos que devem ser seguidos nos caminhos adotados. Por exemplo, a informação de que não são oferecidas atividades de prevenção em saúde sexual aos homens e que suas demandas relativas à sexualidade não são absorvidas pela APS pode levar à implementação de programas voltados a tais problemas, mas que, em vez de tomarem a sexualidade como uma

esfera de Cuidado (no sentido atribuído por Ayres, 2004¹⁴), a medicalizem ainda mais. É o que aconteceria com a criação de grupos de prevenção em DST que tentassem disciplinar os homens no uso da camisinha sem, de fato, problematizar as questões envolvidas; com a adoção do *screening* para o toque retal sem a discussão de seu significado para os homens e o fornecimento de informações claras a respeito da prevenção primária e secundária do câncer de próstata; a incorporação dos problemas relativos à ereção como assunto a ser tratado nos atendimentos aos homens, mas com pouca escuta e diálogo, apenas com tratamentos farmacológicos...

Adotar a perspectiva de gênero, nesse caso, para além de um uso meramente instrumental, significa acima de tudo abrir espaço para que se conheçam os homens que chegam e os que não chegam aos serviços, assim como suas especificidades, seus carecimentos, suas questões e seus silêncios, em vez de se tomar a masculinidade como algo dado, algo que já se compreende. Abrir-se a esse sujeito ainda estrangeiro nos serviços de saúde.

Nessa direção, abordar a sexualidade em articulação com as construções da masculinidade possibilita contextualizar o exercício sexual dos sujeitos a partir dos valores e sentidos que eles atribuem a seus comportamentos e atitudes e, dessa forma, atuar na assistência a eles e à sua saúde sexual respeitando esse contexto e fazendo uso dele como linguagem nas intervenções pretendidas.

Além disso, pensar a inserção dos homens na construção de uma assistência mais equânime não pode ser feita de forma isolada, sem pensar nos limites e possibilidades da assistência como um todo. Muito do que se apontou aqui pode ser

¹⁴ Ayres (2004) diferencia do cuidado, usado no sentido comum, o “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada 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)

entendido em direção semelhante de propostas mais amplas, como a de reformulação do pensamento em torno dos modelos assistenciais a partir da incorporação da proteção e promoção da saúde nos moldes defendidos por Czeresnia (1999) e Paim (2002).

Finalmente, sinto a necessidade de pontuar alguns limites que reconheço neste trabalho. Um deles diz respeito ao fato de constituir um recorte de uma pesquisa que não foi projetada com o objetivo central de investigar a abordagem à sexualidade masculina. Isso limitou o aprofundamento de alguns aspectos que não estavam no foco nos primeiros momentos, no planejamento e execução da pesquisa de campo por exemplo, mas se tornaram questões mais à frente nesta análise específica. O segundo limite se refere à delimitação da modalidade assistencial pesquisada. Considerando a importância de outros tipos de serviços, sobretudo na presença dos homens, esse trabalho se ateve à APS e tem aí uma demarcação de sua discussão. Outra lacuna reside no não aprofundamento da dimensão geracional nas questões investigadas, o que possivelmente enriqueceria a análise com a consideração dos diferentes estágios da vida dos homens pesquisados.

Ainda assim, almejo que as reflexões alçadas aqui possam servir como peça da desconstrução das desigualdades presentes no contexto da assistência pública à saúde.

ANEXOS

ANEXO A

CARACTERIZAÇÃO DOS HOMENS ENTREVISTADOS

Quadro 1 – Caracterização dos homens entrevistados– Segmento A

Nome	Idade (anos)	Cor auto-referida	Estado civil	Posição na família	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar (R\$)	Tipo de moradia
Pedro DA	16	pardo	solteiro	filho	Ens. Fund. Incomp.	estudante	400,00	própria
Pedro JL	16	pardo	solteiro	filho	Ens. Fund. Incomp.	estudante	400,00	própria
Pedro FN	16	negro	solteiro	filho	Ens. Fund. Incomp.	estudante	s/i*	própria
Pedro PE	16	pardo	solteiro	filho	Ens. Méd. Incomp.	estudante	3.000,00	própria
Pedro FC	16	branco	solteiro	filho	Ens. Fund. Incomp.	estudante	500,00	própria
Pedro YV	17	branco	solteiro	filho	Ens. Méd. Incomp.	estudante	1.400,00	própria
Pedro RS	18	branco	solteiro	filho	Ens. Méd. Incomp.	estudante/vendedor	450,00	própria
Pedro LN	18	pardo	solteiro	filho	Ens. Fund. Incomp.	estudante	650,00	própria
Pedro RT	20	branco	casado	chefe	Ens. Primário	ajudante de pedreiro	420,00	alugada
Pedro VE	20	branco	união estável	chefe	Ens. Fund. Comp.	desempregado	500,00	alugada
Pedro HC	21	branco	união estável	chefe	Ens. Fund. Incomp.	polidor de automóveis	1.000,00	alugada
Pedro JF	21	pardo	união estável	chefe	Ens. Fund. Incomp.	marceneiro	380,00	alugada
Pedro JE	21	pardo	solteiro	s/i	Ens. Fund. Incomp.	s/i	760,00	s/i
Pedro MA	21	pardo	solteiro	neto	Ens. Méd. Incomp.	estudante	700,00	própria
Pedro RA	23	pardo	solteiro	filho	Ens. Méd. Incomp.	auxiliar de pintura automotiva	1.100,00	própria
Pedro GA	24	branco	casado	filho	Ens. Méd. Comp.	desempregado	570,00	própria
Pedro GR	24	branco	união estável	chefe	Ens. Méd. Incomp.	promotor de vendas	570,00	própria

Quadro 2 – Caracterização dos homens entrevistados – Segmento B

Nome	Idade (anos)	Cor auto-referida	Estado civil	Posição na família	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar (R\$)	Tipo de moradia
Pedro FL	26	pardo	solteiro	s/i	Ens. Fund. Incomp.	eletricista/ pedreiro/pintor	s/i	s/i
Pedro RM	27	branco	casado	chefe	Ens. Méd. Comp.	ascensorista	450,00	própria
Pedro ES	27	branco	solteiro	filho	Ens. Méd. Comp.	agente de endemias	800,00	própria
Pedro JC	27	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Incomp.	desempregado	s/ renda	cedida
Pedro ED	27	s/i	solteiro	neto	s/i	desempregado	s/i	s/i
Pedro GP	28	branco	solteiro	filho	Ens. Méd. Comp.	<i>bar man/drag queen</i>	1.140,00	própria
Pedro JM	30	s/i	união estável	chefe	s/i	auxiliar de serralheiro	s/i	s/i
Pedro RF	32	pardo	solteiro	filho	Ens. Méd. Comp.	desempregado	760,00	própria
Pedro MJ	32	branco	solteiro	chefe	Ens. Fund. Comp.	instrutor de musculação	1.000,00	própria
Pedro EH	33	pardo	união estável	chefe	Ens. Fund. Incomp.	Lombador (frigorífico)	500,00	própria
Pedro MP	34	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Incomp.	serigrafista	380,00	alugada
Pedro LS	34	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Incomp.	porteiro	1.000,00	própria
Pedro RN	37	s/i	união estável	chefe	s/i	agente de portaria	s/i	s/i
Pedro FF	38	pardo	separado	filho	Ens. Fund. Incomp.	desempregado	760,00	própria
Pedro OS	38	branco	casado	chefe	Ens. Sup. Comp.	educador/conselheiro de saúde	1.200,00	própria
Pedro FS	39	pardo	separado	mora só	Ens. Fund. Incomp.	desempregado	s/ renda	própria
Pedro JN	40	pardo	casado	chefe	Ens. Fund. Incomp.	garçom	570,00	própria
Pedro FA	44	branco	casado	chefe	Ens. Méd. Incomp.	funcionário de empresa de ônibus	760,00	própria
Pedro ES	45	pardo	casado	chefe	Ens. Sup. Incomp.	técnico em informática	550,00	própria
Pedro NP	45	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Comp.	comprador/revendedor de material reciclável	1.500,00	cedida

Quadro 3 – Caracterização dos homens entrevistados – Segmento C

Nome	Idade (anos)	Cor auto-referida	Estado civil	Posição na família	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar (R\$)	Tipo de moradia
Pedro JS	50	branco	casado	chefe	Ens. Méd. Comp.	autônomo	1.500,00	cedida
Pedro EG	52	pardo	casado	chefe	Ens. Fund. Comp.	comerciante	1.200,00	própria
Pedro RE	53	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Incomp.	mecânico	1.800,00	própria
Pedro JO	54	branco	união estável	chefe	não estudou	pedreiro (afastado)	650,00	própria
Pedro LG	54	pardo	casado	chefe	alfabetizado	pedreiro	500,00	própria
Pedro LB	54	pardo	casado	chefe	Ens. Primário	vendedor ambulante	700,00	própria
Pedro JG	55	branco	união estável	chefe	Ens. Sup. Incomp.	aposentado	380,00	própria
Pedro LF	58	pardo	união estável	chefe	Ens. Fund. Incomp.	afastado	650,00	própria
Pedro HJ	59	pardo	casado	chefe	alfabetizado	funcionário de empresa de coleta de lixo	1.500,00	própria
Pedro FJ	59	pardo	casado	chefe	Ens. Fund. Incomp.	aposentado	800,00	própria
Pedro HÁ	59	s/i	casado	chefe	s/i	s/i	s/i	s/i
Pedro TS	61	pardo	casado	chefe	Ens. Fund. Incomp.	desempregado	s/ renda	própria
Pedro IC	61	branco	casado	chefe	semi-analfabeto	metalúrgico	1.200,00	própria
Pedro GC	61	s/i	divorciado	s/i	s/i	vigia	s/i	s/i
Pedro SR	62	pardo	casado	chefe	analfabeto	pedreiro	380,00	própria
Pedro AN	63	negro	união estável	chefe	Ens. Méd. Comp.	aposentado	2.260,00	própria
Pedro AF	63	pardo	casado	chefe	s/i	ASG	1.100,00	alugada
Pedro JP	63	pardo	solteiro	mora só	não estudou	aposentado	380,00	própria
Pedro DF	67	pardo	casado	chefe	Ens. Méd. Comp.	aposentado/ autônomo	500,00	própria
Pedro FR	68	pardo	casado	chefe	analfabeto	aposentado	1.000,00	própria

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM HOMENS USUÁRIOS

Informações Gerais

Nome, idade, estado civil, filhos ou não, ocupação, naturalidade, nacionalidade, tipo de moradia.

Caso a pessoa não tenha nascido na cidade onde mora, o que o motivou sair de sua cidade e ir para a atual?

Como é a relação com o trabalho?

Quando precisa cuidar da saúde tem algum problema com o trabalho?

Representação sobre saúde

1 – Gostaria que você me falasse o que as pessoas acham necessário para ter uma boa saúde? E para você?

2 – Além disto, que outras coisas são importantes para viver bem?

3 – Conte-me o que você faz quando você acha que alguma coisa na sua saúde não vai bem. Que lugares/pessoas você procura? Caso você vá a um serviço de saúde, o que você espera que ele faça?

4 – Você acha que faz ou já fez algo no seu dia a dia para possa prejudicar sua saúde? Conte-me alguma dessas coisas.

5- Como você cuida da sua saúde? Você cuida da saúde de outras pessoas? Caso sim, quem são essas pessoas.

6 – Se você precisar de alguém para te ajudar em questões de saúde, quem te ajuda?

Representações de masculinidades e saúde

1 - Em sua opinião, o que é ser homem?

2 - Você acha que os homens podem ter algum problema de saúde por serem homens? Quais e por quê?

3 - Acha que é mais difícil ou mais fácil cuidar da saúde sendo homem ou mulher? Por quê?

4 - Quais as queixas (problemas) mais comuns dos homens em geral e dos homens que você conhece?

5 - No último mês, caso você tenha tido algum problema de saúde, o que você fez? Conte-me um pouco desse problema. Como isso interferiu na tua vida?

6- Conte-me um problema de saúde que foi importante para você.

7 – Você acha que as informações dadas pelo serviço de saúde para os problemas de saúde dos homens são adequadas? Você as entende?

- 8 - Como deve ser um atendimento de saúde para os homens?
- 9 – Que outros lugares os homens procuram quando precisam cuidar da saúde? E para quais problemas?
- 10 - Você acha que a sua relação com parentes (mulher, filhos ou outros parentes), amigos ou pessoas do seu trabalho (colegas, chefe) podem interferir na tua saúde? Como interfere? Que questões seriam essas?
- 11 – Alguma vez você já teve dificuldade no atendimento neste serviço? Caso sim, pode me contar como foi isso?
- 12 – Alguma vez aconteceu deste serviço abordar com você algo que você teve dificuldade para lidar? Caso sim, pode me contar como foi esse caso?
- 13 - E alguma vez aconteceu de você abordar com o profissional algo, mas sentiu que ele não permitiu ou evitou falar sobre esse assunto? Caso sim, pode me contar como foi esse caso? Por que você acha que ele evitou falar sobre isso?
- 14 - Você conhece algum serviço de saúde só para homens? Explorar.
- 15 – Você indicaria este serviço para outro homem? Por quê?
- 16 – Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema?

ANEXO C

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES ETNOGRÁFICAS

Sala de espera

Observar como os homens lidam com a dinâmica de funcionamento dos serviços;
 Observar o número de homens no contexto das salas de espera;
 Observar como se comportam (postura, com quem conversam, como chegam ao serviço)
 Observar assuntos que emergem e são discutidos (ou não) nas salas de espera e nos outros ambientes dos serviços entre homens e entre homens e mulheres.

Atividades Individuais

Caracterizar as demandas trazidas pelos homens.
 Identificar os temas que são abordados pelas equipes que prestam assistência.
 Observar o tempo destinado na assistência prestada ao usuário do sexo masculino nas diferentes atividades.
 Observar se os profissionais são homens ou mulheres e suas diferenças no atendimento (o que oferecem para homens e mulheres).

Atividade de grupo

Observar assuntos que emergem e são discutidos (ou não) nas salas de espera e nos outros ambientes dos serviços entre homens e entre homens e mulheres.

Questões a serem consideradas

- Observar todos os momentos/espacos de atendimento independente do usuário homens
- Observar o fluxo de porta (como entra e como sai da UBS)
- Observar o perfil das pessoas do sexo masculino
- Observar quais questões de gênero aparece e quem as coloca - se usuário feminino ou masculino ou profissional de saúde (qual e se homem ou mulher)
- Observar como os profissionais lidam:
 - com a exclusão/inclusão
 - com as questões de gênero em geral
 - com as questões dos homens na saúde
- Observar os não lugares e lugares dos homens
- Ver a inclusão/exclusão
- Ver a fixação/expansão dos lugares
- Hipótese : - uso relacionado com as masculinidades
 - uso relacionado desigualdade de gênero dos profissionais.

Recortes de gênero

1) Gênero masculino em geral

- inclusão/exclusão
- não lugares/lugares
- restrição/ampliação
- relações com as mulheres nos espaços assistenciais
- relações com as mulheres profissionais e também com suas mulheres

2) Esferas específicas de desigualdades de gênero

- Biologia/Corpo e Saúde/Cuidado
- Reprodução biológica / Paternidade
- Sexualidade
- Subjetividade / Emoções
- Trabalho/Emprego e Vida na comunidade

3) Articulação de gênero com classe e etnia

Recortes das práticas de saúde

- Organização geral do serviço
- O modo de funcionar das equipes

Práticas de saúde e gênero

Práticas de saúde e o social (questões sócio-culturais)

- Práticas de saúde e gênero em particular

Homens e Saúde

- Indivíduos do sexo masculino

Homens (sujeito socialmente construído) e saúde – a masculinidade hegemônica

- Os exercícios concretos das masculinidades.

ANEXO D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
ENTREVISTAS COM HOMENS USUÁRIOS DAS UBS****PESQUISA**

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)

Coordenação nacional da pesquisa:

Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão/UNIFESP

Coordenação da pesquisa em Natal-RN:

Prof. Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva/UFRN

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA USUÁRIOS (ENTREVISTAS)**

Prezado Sr.

Solicito autorização para entrevistar e gravar depoimentos a serem utilizados numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, identificar as necessidades de saúde e demandas masculinas que surgem no âmbito da atenção primária em saúde e as formas como tais demandas são tratadas pelos serviços de atenção primária.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode inclusive ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não será identificada como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Se durante, ou após a entrevista, você sentir alguma necessidade de acompanhamento de ordem-emocional poderá ser encaminhado ao Serviço de Psicologia da Unidade de Nova Cidade. Cabe registrar que todos os pesquisadores possuem condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial, devido serem Psicólogos (as).

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização

Qualquer dúvida, o Sr. poderá entrar em contato com o coordenador local da pesquisa (Geórgia Sibeles Nogueira da Silva/UFRN/departamento de psicologia (84) 3215 3590/ (84) 9471 0024/ gsibele@uol.com.br)

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

(nome do entrevistado)

(assinatura)

(data)

(nome do pesquisador)

(assinatura)

(data)

Natal, _____ de _____ de _____.

ANEXO E

APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 15/04/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0270/09**, intitulado: **"A ABORDAGEM À SEXUALIDADE MASCULINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES"** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão**

Pesquisador (a) Executante: **Thiago Félix Pinheiro**

CAPPesq, 16 de Abril de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Hillegonda Maria Dutih Novais
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

REFERÊNCIAS

- Alves MFP. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(sup 2):S429-39.
- Aquino EML. Saúde do Homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(1):19-22.
- Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*. 1992;26(3):195-202.
- Arilha MM. *Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.
- Arilha MM. *O masculino em conferências e programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
- Ávila B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(supl. 2):465-9.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc*. 2004;13(3):16-29.
- Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*. 2008;4(2):159-72.
- Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p. 109-28.
- Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: Azeredo S, Stolcke V, organizadoras. *Direitos reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1991. p. 26-45.
- Becker HS. *Método de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Béjin A. *Le nouveau tempérament sexual*. Paris: Kimé; 1990.
- Berquó E, Barbosa RM, Lima LP, Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(supl.1):34-44.
- Bird CE, Rieker PP. Gender matters: na integrate model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine*. 1999;48(6):745-55.

Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.

Bozon M. *Sociologia da sexualidade*. Tradução de M. de L. Menezes. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Aids no Brasil* [Internet]. 2009 [citado 17 nov 2009]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>.

Brasil. Ministério da saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [internet]. 2010 [citado 5 mar 2010]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>; <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59C67B00PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da saúde; 2007. Disponível em http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/0/108-politica_nacional_atencao_basica.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). *Indicadores e Dados Básicos – IDB*, Brasil: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Coordenação de DST e aids. *Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf

Cardoso F, Ramos H, Lobo M. Perfil epidemiológico de infectados pelo vírus HIV com dermatoses em Natal/RN. *An. Bras. Dermatol.* 2003;78(1):35-47.

Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* (Rio de Janeiro). 2009;19(3):659-78.

Connell RW. *The men and the boys*. Berkeley, LA: University of California Press, 2000.

Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 1996;6(1/2):147-77.

Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2003;20(1):79-92.

Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. 2000;50(10):1385-401.

Couto MT. *Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução* [tese]. Recife: Programa de pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de

Pernambuco; 2001. Cap.1, p. 36-76: Na trilha do gênero: a construção de um arcabouço teórico.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira da Silva GS, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo W. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* No prelo 2010.

Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CE, organizadores. *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 687-706.

Couto MT, Schraiber LB, Gomes R, Nogueira da Silva GS, Valença O, Machin R, Figueiredo W. *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: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):701-9.

DaMatta R. “Tem pente aí?” Reflexões sobre a identidade masculina. In: Caldas D, organizador. *Homens*. São Paulo: SENAC; 1997. p.31-49.

Denzin NK. *The research act*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2004. p. 99-120.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.

Figueiredo W. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Figuerola-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14(1):87-96.

Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Tradução de M. T. da C. Albuquerque e J. A. G. Albuquerque. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007. 2v.

Gagnon J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. Epílogo, p. 403-24: Revisitando a conduta sexual [entrevista, 1998].

Gama J. Hermenêutica filosófica da cultura. *Perspectiva Filosófica* (Recife). 1992;1(1):79-119.

Geertz C. *O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes; 1997. Cap.3, p. 85-107: "Do ponto de vista dos nativos": a natureza do entendimento antropológico.

Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(8):1671-80.

Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):47-57.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10(1):146-55.

Gomariz E. Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas. *Isis internacional – Ediciones de las mujeres* (Santiago). 1992;17:83-110.

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(3):825-9.

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

Gomes R, Moreira M C, Nascimento EF, Rebello LE, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Rev C S Col.* [no prelo]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3246

Gomes R, Nascimento EF do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):901-11.

Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.

Gomes R, Rebello LEFS, Araujo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(1):235-46.

Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da Saúde Pública [editorial]. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(1):4-4.

Grassi MVFC, Pereira MEC. O "sujeito-sintoma" impotente na disfunção erétil. *Ágora* (Rio Janeiro). 2001;4(1):53-76.

Guerreiro I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Rev de Saúde Pública*. 2002;36(suplem 4):50-60.

Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Estudos Feministas*. 2006;14(1):43-59.

Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli S, organizador. *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Ed. Sumaré, Anpocs/Brasília: Capes; 1999. p.183-235.

Kalckmann S. Incursões ao desconhecido: percepções de homens sobre a saúde reprodutiva e sexual. In: Arilha M, Unbehaum SG, Medrado B, organizadores. *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS./Ed. 34; 1998. p. 79-99.

Kimmel M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis internacional - Ediciones de las mujeres* (Santiago). 1992;17:129-38.

Korin D. Novas perspectivas de gênero. *Adolescência Latinoamericana*. 2001;2(2):67-79.

Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

Laurenti R. *Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

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

Leal OF, Boff AM. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: Parker R, Barbosa R, organizadores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA-IMS-UERJ; 1996. p.119-35.

Levine LA. Diagnosis and Treatment of Erectile Dysfunction. *The American Journal of Medicine* (Excerpta Medica, Inc.). 2000;109(9A):3S-12S.

Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Rev. Saúde e Sociedade*. 2008;17(2):11-21.

Machin R, Couto MT, Nogueira da Silva GS, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo W, Valença O, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidado em saúde: estudo com profissionais de saúde da Atenção Primária. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. No prelo. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4952

Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*. 1996;42(4):617-24.

Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(6):1807-16.

Malinowski B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*: um relato de empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia. São Paulo: Abril Cultural; 1984. Introdução, p. 17-34: Tema, método e objetivo desta pesquisa.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

Marinho MB. Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. *Interface* (Botucatu). 2000;4(6):103-10.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 19-51.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 2002.

Moore H. Understanding sex and gender. In: Ingold T, editor. *Companion encyclopedia of anthropology*. London: Routledge; 1997. p. 813-30.

Nascimento PFG. “*Ser homem ou nada*”: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE [dissertação]. Mestrado em Antropologia Cultural, Universidade Federal de Pernambuco; 1999.

Nascimento PFG. *O sexo dos homens: vulnerabilidade e prevenção às DST/AIDS*. Breves reflexões. [internet, citado 24 abr 2010]. Disponível em: <http://www.daywork.com.br/itarget.com.br/clients/ijc.org.br/novo/down/genero/O%20sexo%20dos%20homens%20%20vulnerabilidade%20e%20prevencao%20DSTAIDS%20breves%20reflexoes.pdf>.

Oliveira RC de. *Sobre o pensamento antropológico*. Brasília: CNPq; 1988. Cap.4, p. 91-107: A categoria de (des)ordem e a pós-modernidade da Antropologia.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. de Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.

Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS, organizador. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde; 2002. p.367-81.

Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo* (Maringá). 2008;13(4):641-51.

Paiva V, Ayres JR, França Jr I. Saúde sexual e adolescência: expandindo os padrões normativos para a educação e o cuidado da sexualidade dos jovens. In: Koga D, Ganey E, Fávero E. *Cidades e questões sociais*. São Paulo: Andross; 2008a. p. 157-184.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Supl):109-19.

Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2008b;42(Sup 1):45-53.

Parker R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller; 1991.

Parker R. Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health & Sexuality*. 2009;11(3):251-66.

Parker R, Barbosa RM, Aggleton P, editores. *Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality and Power*. Berkeley: University of California Press.

Peirano M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Pinheiro TF, Couto MT. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência* (São Paulo: Instituto Butantan). 2008;4:53-67.

Platão. *O banquete*. Tradução de D. Schuler. Porto Alegre: L&PM; 2009.

Portella AP, Medrado B, Souza CM, Nascimento P, Diniz S. *Homens: Sexualidades, direitos e construção da pessoa*. Recife: SOS CORPO - Gênero e Cidadania; Instituto PAPAI, 2004.

Potts A, Grace V, Gave N, Vares T. "Viagra stories": challenging 'erectile dysfunction'. *Social Science & Medicine*. 2004;59:489-99.

Potts A, Grace VM, Vares T, Gavey N. 'Sex for life'? Male sexuality and ageing 'Sex for life'? Men's counter-stories on 'erectile dysfunction', male sexuality and ageing. *Sociology of Health & Illness*. 2006;28(3):306-29.

Rago M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro J, Grossi M, organizadores. *Masculino, feminino, plural*. Florianópolis: Ed. Mulheres; 1998. p. 21-41.

Ricoeur P. *Tempo e narrativa*. Tomo I. Tradução de C. M. Cesar. Campinas, SP: Papirus; 1994.

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

Rohden F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Rev. Estud. Fem.* 2009;17(1):89-109.

Rohden L. Hermenêutica e linguagem. In: Almeida CLS, Flickinger HG, Rohden, L, organizadores. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. p. 151-202

Rubin GS. The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: Reiter R, editora. *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review; 1975. p. 157-210.

Rubin GS. Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Vance CS, editora. *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. New York: Routledge & Kegan, Paul; 1984. p. 267-319.

Rubin GS. Tráfico sexual [entrevista]. *Cadernos Pagu*. 2003;21:157-209.

Sadovsky R. Integrating Erectile Dysfunction treatment into Primary Care Practice. *The American Journal of Medicine* (Excerpta Medica, Inc.). 2000;109(9A):22S-28S.

Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. *Journal of American College Health*. 2000;48(6):247-56.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface* (Botucatu). 1997;1(1):123-40.

Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.

Schraiber LB. Saúde dos homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva [prefácio]. In: Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 7-20.

Schraiber LB, Couto MT. *Homens, Violência e Saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde* [relatório de pesquisa a FAPESP, processo nº 02/00413-9]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Nogueira da Silva GS, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(5):961-70.

Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução de S. R. Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 193-218.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Lopes EMT, Louro GL, organizadoras. *Educação e Realidade*. 1990;16(2):5-22.

Scott P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 73-98.

Silva GSN. *A construção do adolescer masculino e o uso de preservativo* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.

Silva GSN. Masculinidades e saúde do homem: a construção de vulnera(ha)bilidades. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2007;18:431-40.

Simões CCS. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

Sohn AM. O corpo sexuado. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G, coordenadores. *História do corpo: As mutações do olhar: o século XX*. Tradução de E. F. Alves. Petrópolis: Vozes; 2008. 3v. p. 109-54.

Stillion JM. Premature death among males. In: Sabo D, Gordon DF, editors. *Men's health and illness: gender, power and the body*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995. p. 46-67.

Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):61-76

Thomé VC. *Masculinidades e práticas de saúde: um estudo dos homens em tratamento para HIV/AIDS no município de Campos dos Goytacazes* [dissertação]. Niterói: Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Federal Fluminense; 2006.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas; 1990.

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

Vance CS. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. 1995;5(1):7-31.

Velho G. *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999. Cap. 9, p. 121-32: Observando o Familiar.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen M de NA. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo; 2000. Cap.5, p. 53-9: Método etnográfico de pesquisa.

Vidich AJ, Lyman SM. Métodos qualitativos: sua história na sociologia e na antropologia. In: Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução de S. R. Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 49-90.

Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Villela WV, Arilha M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E, organizadora. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP; 2003. p.95-150.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2000. p.35-82.

White A, Cash K. The state of men's health in Western Europe. *The Journal of Men's Health & Gender*.2004;1(1):60-6.

White A, Holmes M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. *The Journal of Men's Health & Gender*.2006;3(2):139-51.

Winton MA. The medicalization of male sexual dysfunctions: an analysis of sex therapy journals. *Journal of Sex Education & Therapy*. 2000;25(4):231-9.