



Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde

Apoio



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international

Ministério
da Saúde



THE FOR FOUNDATION
(Fundação Ford)



Save the Children
Reino Unido



unicef

SUMÁRIO

07	PRIMEIRAS PALAVRAS
13	Uma política em formulação
17	INFORMAÇÕES & ANÁLISES
27	“O outro lado da moeda”
31	PRINCÍPIOS
33	Nem ponto de partida, nem de chegada.
35	De categoria genérica à categoria de gênero
36	Homens e masculinidades: sempre no plural
37	Da especificidade à integralidade
39	O feminismo mudou a vida dos homens
43	DIRETRIZES
51	RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES E SERVIÇOS DE SAÚDE
57	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATENÇÃO

As páginas em branco da versão impressa deste documento foram excluídas da versão em PDF. Contudo, para padronizar a citação, mantivemos aqui a mesma numeração da versão impressa.



PRIMEIRAS PALAVRAS...

Caro leitor/ Cara leitora,

Esta publicação apresenta um conjunto de idéias, argumentos e informações sobre atenção integral aos homens na saúde. Mas, o que é saúde? Entre as várias formulações que se pode fazer sobre o conceito de saúde, a mais importante é aquela que a define como um direito de todos/as. Ao mesmo tempo, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. É assim que se expressa nossa Constituição Federal (1988), a qual deu sustentação à construção, em 1989, dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de uma intensa mobilização pública e participação cidadã.

O SUS é considerado hoje uma das maiores políticas sociais do país e um dos sistemas de saúde mais bem elaborados do mundo. Porém, desde seu lançamento, ele enfrenta os mais variados desafios para sua plena implementação. Isto não significa que o projeto político do SUS esteja equivocado, mas sim que as mudanças por ele propostas não são apenas “de fachada”; são mudanças estruturais que, para se concretizarem, demandam tempo, muita disposição e mobilização política por parte dos profissionais, dos gestores e da própria população.

Como conseqüência desse novo modelo de atenção à saúde, o conceito foi ampliado, não sendo mais visto apenas como o oposto de doença. A função dos serviços de saúde também deixou de ser apenas o de cuidar das pessoas quando elas adoecem. A promoção da saúde e a atenção básica tornaram-se campos prioritários para promover a equidade e a integralidade em saúde.

No debate sobre a formulação e implementação do SUS, as discussões sobre gênero e sobre o lugar (simbólico e material) que as mulheres ocupam na sociedade têm tido grande relevância, especialmente a partir da ação política dos movimentos de mulheres e feministas. Sem equidade de gênero não há saúde. Para alcançarmos a igualdade de direitos entre homens e mulheres, é preciso corrigir desigualdades. Um dos caminhos é o reconhecimento das mulheres como cidadãs e a ressignificação daquilo que é culturalmente definido como feminino.

Aliado a isso, é preciso também envolver homens em reflexões e ações que possam promover uma ruptura com padrões culturais fortemente arraigados nas práticas dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas.

Em geral, as mulheres são educadas para cuidar dos outros, e não de si próprias. Os homens, por sua vez, não são educados, comumente, para cuidar nem de si, nem dos outros. Simbolicamente, o feminino ainda está fortemente associado ao cuidado e à fragilidade e o masculino, ao poder e à violência.

Como consequência, por um lado, temos a manutenção da desigualdade de poder na relação entre homens e outros homens e entre homens e mulheres. Por outro, que os homens brasileiros continuam vivendo menos que as mulheres e adoecendo ou morrendo, especialmente por “causas externas” (que incluem a violência, acidentes de trânsito, entre outros) e não apenas por câncer de próstata ou de pênis.

No fundo, o principal problema de saúde para os homens é o próprio machismo. Isso se agrava quando fazemos recortes de raça, idade/geração e/ou condição sócio-econômica. Na próxima seção, deste documento apresentamos informações e análises a este respeito.

Desde a segunda metade da década de 1990, diversos estudos têm enfatizado o baixo acesso dos homens aos serviços e ações de atenção básica à saúde. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde acabam contribuindo, de forma direta ou indireta, para manter os homens distantes (ou afastá-los): quando não oferecem serviços que possam incluí-los (ou incluí-los de maneira amigável em serviços já existentes); quando não reconhecem suas demandas e necessidades; ou quando os vêem como público de difícil acesso ou manejo (“Não adianta oferecer serviços porque eles não vêm mesmo” ou “Homem não colabora!”).

Nos últimos anos, iniciativas não-governamentais acumularam conhecimentos no campo do trabalho com homens e/ou sobre masculinidades e construíram um conjunto consolidado de estratégias de ação voltadas à população masculina. Porém, estas iniciativas são limitadas em seu alcance, por duas razões: não contam com amplas estruturas e também pelo fato de que a implementação de políticas públicas, em princípio, não é função da sociedade civil, mas sim do Estado. Essa afirmação não evidencia um descompasso, mas a possibilidade de trabalharmos todos juntos (sociedade civil e Estado) para construir uma política de saúde integral.

Assim, esta publicação pretende contribuir para a implementação e a consolidação de uma Política de Atenção Integral aos Homens na Saúde

no Contexto da Atenção Básica, a partir de um olhar posicionado de sujeitos políticos que desenvolvem ações comunitárias, pesquisas e controle social sobre as ações do Estado.

Inicialmente, apresentamos um panorama amplo com informações sobre o adoecimento e morte dos homens. Em seguida, com base em uma leitura feminista de gênero, apresentamos princípios e diretrizes de ação que possam apoiar a formulação e implementação de políticas públicas para atenção integral aos homens na saúde. Por fim, apresentamos, em linhas gerais, um conjunto de recomendações aos/às gestores/as e aos serviços de saúde.

Este documento-marco é uma iniciativa do Instituto PAPAI, em parceria com o Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE) e a Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG). Nosso objetivo tem sido desenvolver e divulgar materiais de apoio a jovens promotores/as de saúde, bem como a educadores/as, profissionais de saúde, de comunicação, gestores/as de políticas públicas e sociedade em geral que desejam contribuir para o fortalecimento do SUS como principal garantidor do acesso ao direito à saúde para toda a população.

Gênero se refere ao modo como as pessoas e as instituições distribuem o poder em nossa sociedade, construindo, diferenciando, hierarquizando e atribuindo valores diversos ao masculino e ao feminino. Isso está presente não apenas na socialização de meninos e meninas e no cotidiano de homens e mulheres, mas também em símbolos e instituições (trabalho, família, religião, educação etc.). O machismo é, portanto, uma expressão da desigualdade de gênero em nossa cultura. A leitura feminista de gênero não se satisfaz em apenas identificar gênero como uma construção social. Ela busca aliar essa análise à construção de caminhos de mudança.

Uma política em formulação...

Em 2007, o Ministério da Saúde do Brasil assumiu o desafio de formular e implementar uma política específica para atender às especificidades da população masculina. Assim, em 2008, foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem dentro do Ministério da Saúde. Em 2009, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”.

Estudos em Saúde Pública e Ciências Humanas e Sociais vêm enfatizando, desde a década de 1990, que as principais causas de adoecimento e morte da população masculina são classificadas como causas externas. Em outras palavras, são resultantes do modo como os homens atuam em sociedade, caracterizado por práticas de risco, estimuladas e valorizadas a partir de uma base de valores machistas. Assim, “ser homem” parece sinônimo de aversão a práticas de cuidado de si e dos outros.

Em linhas gerais, acreditamos que um dos caminhos para implementar, de modo estrutural, uma política de atenção integral aos homens na saúde, é aproximar campos políticos estratégicos (saúde da mulher, saúde do adolescente, atenção básica, saúde da população negra, saúde mental, LGBT) e promover formação para profissionais a partir de um enfoque feminista de gênero, buscando compreender os processos de socialização e a construção de valores em nossa sociedade.

O texto da Política, porém, apresenta lacunas. Ainda que as seções denominadas “princípios e diretrizes” apresentem uma leitura mais complexa do problema, o objetivo geral da política é assim descrito:

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

Partindo desse objetivo, podemos considerar que a definição de saúde da população masculina parece ainda atrelada à tradicional oposição à enfermidade e o sistema de saúde parece ainda restrito à oferta de serviços.

A ênfase na redução da morbidade e mortalidade demonstra uma centralidade da Política na oferta de serviços de assistência em detrimento de ações de promoção da saúde (e, portanto, da integralidade em saúde - princípio do SUS). Esta centralização na patologia vem ecoar o senso comum de que a “saúde do homem” traduz-se em doenças do aparelho geniturinário (como câncer de pênis e de próstata). A esse respeito, tem-se visto diversas iniciativas locais de instalação de serviços especializados surgindo em todo o Brasil, bem como certo discurso público se construindo em torno dessas noções.

Cabe aqui uma pergunta: estaria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem contemplando plenamente as necessidades e demandas fundamentais para promoção da saúde dos homens?

Além disso, a “estratégia metodológica” de estabelecer um recorte etário (25-59 anos) e concentrar o debate nas mãos de cinco áreas de especialidades médicas - (Cardiologia, Urologia, Saúde Mental, Gastroenterologia e Pneumologia), com base na evidência estatística de que as enfermidades e os agravos a essa faixa etária estariam concentrados nessas áreas - põe em risco toda a discussão sobre a complexidade do problema e é parcial e limitada, porque desconsidera a importância inegável dos fatores sócio-culturais relacionados com a morbi-mortalidade por causas externas.

Por exemplo, vários dados sobre morbi-mortalidade da população masculina (vide seção “Informações e análises” desta publicação), bem como resultados de pesquisas qualitativas que têm se preocupado em investigar quais as principais demandas e necessidades dos homens para os serviços de saúde não refletem este senso comum criado em torno da questão “saúde do homem”.

Quando analisamos as principais causas de adoecimento e morte dos homens, especialmente jovens (faixa etária onde há maior sobremortalidade masculina), percebemos os altos números relativos às consideradas “causas externas” (que incluem violências, acidentes de transporte, suicídios etc.). Em outras palavras, são as causas que estão diretamente ligadas ao modo como os homens tornam-se homens - associação entre masculinidade, poder e violência.

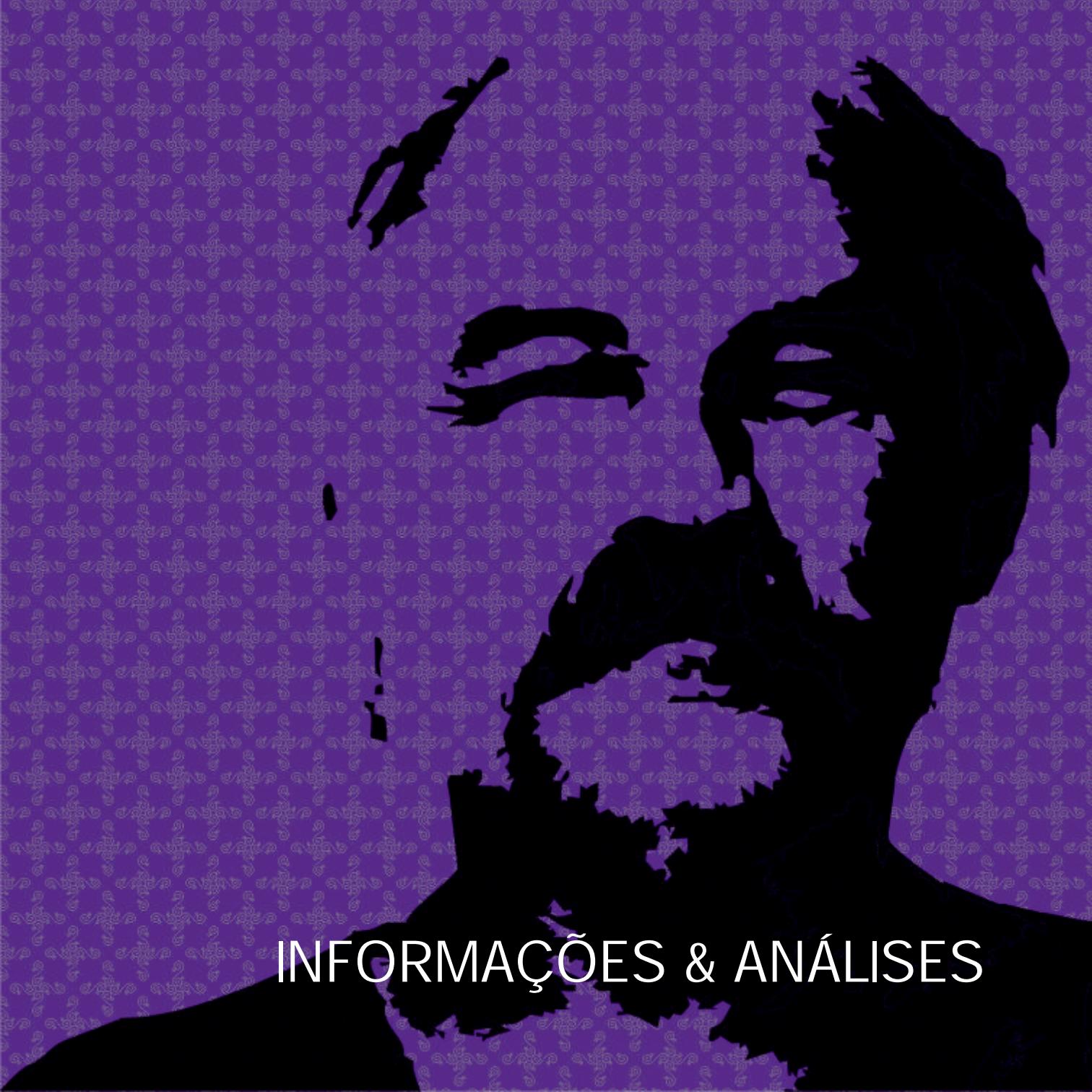
Em uma sociedade machista como a nossa, os homens são, desde muito cedo, ensinados a não adotar medidas preventivas ou de cuidado (de si

ou dos outros), sendo estas consideradas atribuições e obrigações femininas. Por outro lado e por oposição, os repertórios sobre o que é “ser homem” estão atrelados ao exercício do poder e de práticas de risco.

O questionamento sobre a subordinação das mulheres e sobre a heteronormatividade¹, empreendidos pelos movimentos feminista e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), possibilitou a construção de um campo de debate em torno dos homens e das masculinidades, tanto na produção acadêmica como na ação militante. Há mais de 40 anos, os movimentos feministas vêm denunciando os custos que uma sociedade machista traz para a vida das mulheres. O movimento LGBT aponta a homofobia como uma expressão do machismo em nossa cultura. O conhecimento e as experiências públicas construídas por esses movimentos nos impulsionam a avançar no sentido de uma revisão profunda sobre privilégios e prejuízos que a cultura machista tem gerado também para a vida e para a saúde dos homens

É preciso reconhecer que o principal problema para a saúde dos homens é o próprio machismo, o qual, historicamente, lhe rendeu vantagens e, na mesma medida, determinou as principais causas de seu adoecimento e morte... não apenas o adoecimento e morte que atingiram esses homens, mas também aquelas provocadas por eles, contra outros homens ou mulheres.

¹Heteronormatividade é o termo usado para se referir, em linhas gerais, às normas binárias, construídas socialmente que tomam a heterossexualidade como única referência ou como indicativo de normalidade; ou seja, refere-se às situações nas quais aquilo que é considerado fora dos “padrões heterossexuais” é marginalizado, ignorado ou perseguido por práticas sociais, crenças ou políticas.



INFORMAÇÕES & ANÁLISES

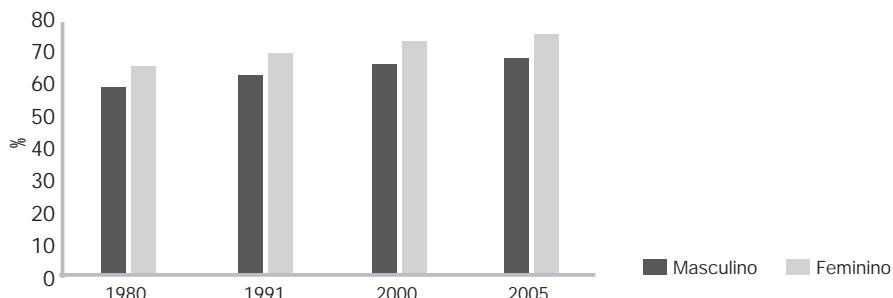
Em 2006, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou um documento específico que apresenta uma síntese sobre o homem e as políticas públicas de saúde: Indicadores e Dados Básicos de Saúde - IDB 2006 Brasil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2007)².

Esta publicação, produzida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) – composta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPEA), Fundação SEADE, e Ministério da Saúde, entre outras instituições –, informa que hoje, tanto os homens como as mulheres, vivem mais do que na década de 1980.

Entre 1980 e 2005, a vida média dos homens, por exemplo, passou de 59,7 para 68,4 anos, ou seja, em duas décadas e meia, houve para os homens um ganho aproximado de dez anos na esperança de vida ao nascer. Porém, destaca-se que a diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres vem se mantendo, sendo maior para o sexo feminino desde 1980, com diferença média de aproximadamente sete anos, conforme mostra o Gráfico 1.

² Para maiores informações consulte o site: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em 20 agosto. 2009. Vide também a tese: Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006), de Jorge Lyra (2009).

GRÁFICO 01 | Esperança de vida ao nascer, segundo sexo - Brasil, 1980-2005

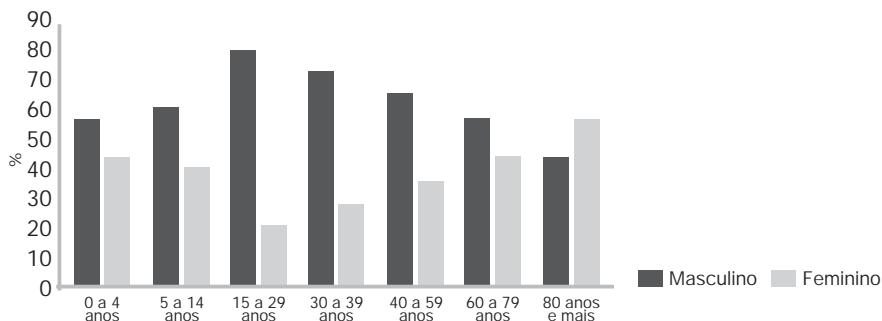


Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007) | Nota: a partir de dados do IBGE
Nota: a partir de dados do IBGE

O IDB 2006 informa que os homens predominam entre os nascidos vivos (5% a mais de meninos, ao nascer). Todavia, como ilustra o Gráfico 2, os homens apresentaram, em 2004, sobremortalidade em todas as faixas etárias, com exceção do grupo a partir de 80 anos³. O excedente de mortes masculinas é ainda mais acentuado nos grupos etários de 15 a 29 (80%) e de 30 a 39 anos (73%).

³ Observa-se que no Brasil há uma população majoritária de mulheres com idade acima de 80 anos, o que pode justificar a sobremortalidade feminina nesta faixa etária.

GRÁFICO 02 | Percentual de óbitos por sexo, segundo a faixa etária - Brasil 2004



Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)

No que se refere aos dados sobre adoecimento (Quadro 1), o IDB 2006 destaca que em 2005, as lesões decorrentes de causas externas motivaram parcela considerável (28,4%) da hospitalização de homens de 15 a 29 anos. Os transtornos mentais também pesam na hospitalização de homens jovens e adultos e estão associados ao uso/abuso de álcool (mais de 1/3 dos casos). Na idade de 30 a 59 anos, foram mais freqüentes (15,3%) as doenças do aparelho digestivo, superando ligeiramente as doenças do aparelho circulatório (14,9%) e as causas externas (14,3%). A partir dos 60 anos, predominaram as doenças dos aparelhos circulatório (28,6%) e respiratório (18,4%), despontando as neoplasias como quarta causa de internação (8,8%).

QUADRO 01 | Principais causas de internação hospitalar no SUS em homens, segundo faixas etárias selecionadas - Brasil, 2005

Faixa etária	1.ª causa	2.ª causa	3.ª causa	4.ª causa	5.ª causa
15 a 29	Causas externas (28,4%)	Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	Infecciosas(9,9%)	Doenças do aparelho respiratório (9,8%)	Transtornos mentais (8,2%)
30 a 59	Doenças do aparelho digestivo (15,3%)	Doenças do aparelho circulatório (14,9%)	Causas externas (14,3%)	Doenças do aparelho respiratório (9,3%)	Transtornos mentais (9,0%)
mais de 60	Doenças do aparelho circulatório (28,6%)	Doenças do aparelho respiratório (18,4%)	Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	Neoplasias (tumores) (8,8%)	Infecciosas(6,6%)

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)

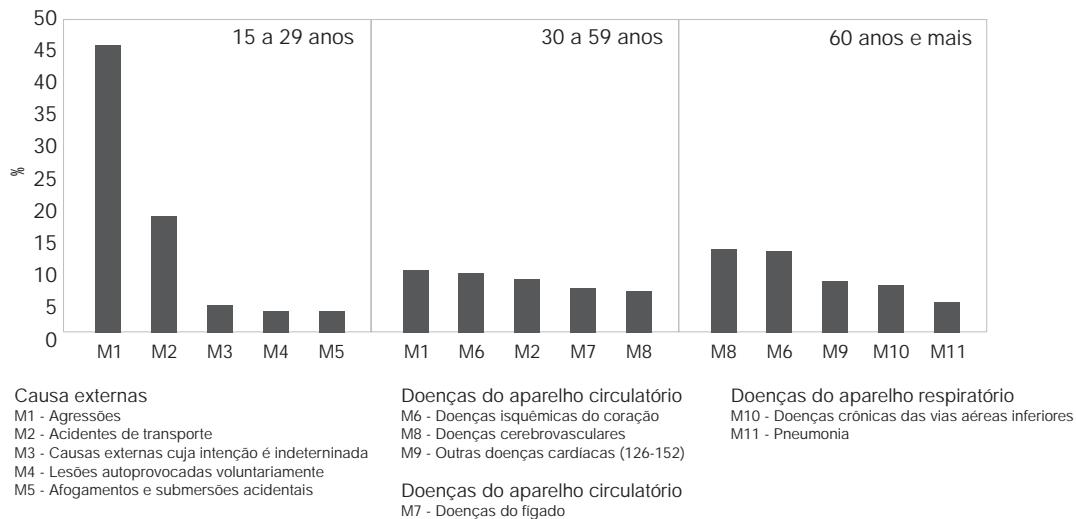
Nota: a partir de dados do Ministério da Saúde/SAS/SIH-SUS

Nota: a partir de dados do Ministério da Saúde/SVS/SIM

No que se refere aos dados sobre mortalidade, como ilustra o Gráfico 3, as cinco principais causas de morte de homens jovens (15-29 anos) são por fatores externos (76% dos óbitos totais nessa idade), com destaque para agressões e acidentes de transporte. Entre os homens adultos (30-59 anos), a distribuição das causas é mais homogênea, preponderando causas externas (especialmente agressões e acidentes de transporte) e doenças do aparelho circulatório (doenças do coração e cerebrovasculares). Entre os homens idosos (mais de 59 anos), as causas externas não aparecem entre as principais, destacando-se as doenças do aparelho circulatório, que representam mais de um terço das mortes. Chama-nos a atenção a significativa diferença entre homens e mulheres no que se refere às mortes por causas externas (que incluem especialmente homicídios e acidentes de transporte).

GRÁFICO 03 | Mortalidade proporcional (%) pelas principais causas no sexo masculino, em faixas etárias selecionadas - Brasil, 2004

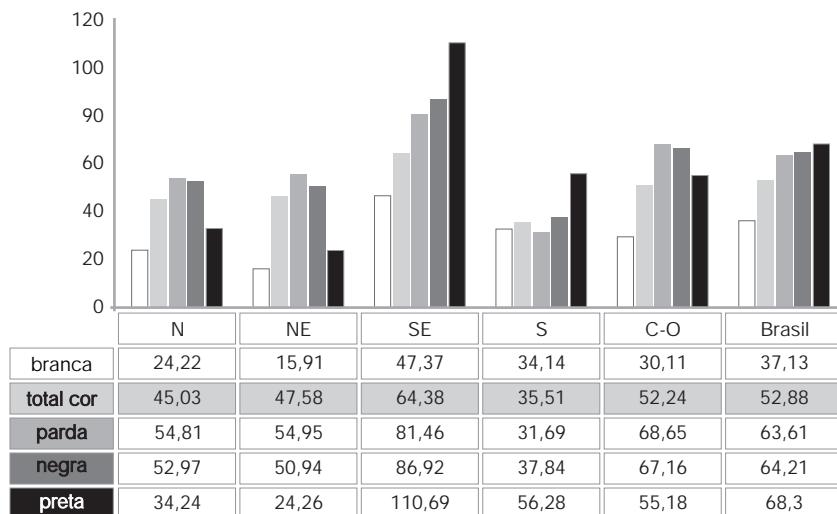
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2007)



Segundo outra publicação elaborada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2006), em 2004 foram notificados - segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - 127.470 óbitos por causas externas. Deste número, 107.032 mortes (84%) referiam-se a homens (RIPSA, 2007).⁴

Ao mesmo tempo, de acordo com informações da Secretaria de Vigilância em Saúde – MS, esse homem atingido por causas externas é predominantemente de “raça negra” (somando os valores das pessoas que se auto-declaram de cor/raça parda e preta), em todas as regiões do país, conforme ilustra o Gráfico 4.

GRÁFICO 04 | Taxa padronizada de homicídios¹ no sexo masculino, segundo raça/cor auto-referida, por região - Brasil, 2004



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – MS/SIM⁵.
Nota: ¹Óbitos por 100.000 habitantes.

⁴ As microrregiões com taxas mais elevadas se situam: em áreas litorâneas do sul da Bahia até o sul de São Paulo; no interior pernambucano e noroeste da Bahia; nos estados de Mato Grosso do Sul e de Mato Grosso; e em áreas de expansão na região Norte, como Roraima e sul do Pará.

⁵ Para maiores informações consulte o site: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24448>.

Como destaca Maria Inês Barbosa (1998), cabe ao homem negro o maior ônus de uma sociedade que se organiza a partir da ordem de classe, gênero e raça, uma vez que este se configura como antítese do modelo hegemônico. Assim, ela pergunta, em outras palavras: por que o racismo impede o homem negro de cumprir, de modo pleno, o modelo masculino desejável? A partir de questionamentos como esse, Luiz Eduardo Batista (2005), em sua pesquisa sobre Masculinidade, raça/cor e saúde, analisa registros de óbitos do Estado de São Paulo, referentes a 1999. Segundo ele, as taxas de mortalidade entre os homens negros são maiores do que as dos brancos, especialmente na faixa etária entre 15 e 29 anos.

Em suma, as informações em saúde no Brasil, sejam oriundas de pesquisas epidemiológicas, demográficas ou da sistematização de dados com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas – sintetizados, por exemplo, nos Indicadores e Dados Básicos para Saúde – ressaltam uma preocupação importante em relação às mortes por causas externas entre homens e nos apresentam um novo sujeito para as políticas públicas em saúde: o homem, jovem, negro e pobre.

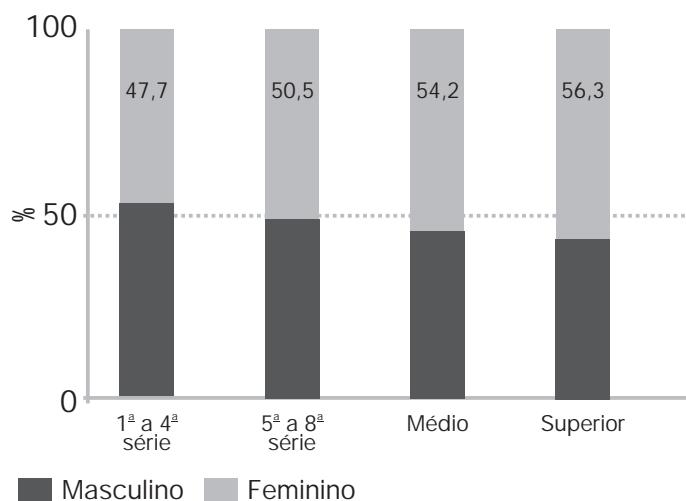
As informações sobre adoecimento e morte dos homens não constituem necessariamente uma novidade, tendo em vista que têm sido apresentadas na literatura como uma tendência crônica. Porém, chama a atenção o fato dessas informações não terem sido ainda incorporadas,

em sua complexidade, na construção de políticas públicas em saúde no nosso país.

Na nossa perspectiva, a formulação das políticas públicas em saúde no Brasil tem tido um olhar parcial para a visibilidade produzida pelas pesquisas epidemiológicas. Ou seja, as dimensões de gênero e raça, fortemente evidenciadas nos dados das pesquisas, são sempre referidas de maneira enfática quando se pensam as políticas públicas em saúde para a população jovem e pobre. No entanto, percebe-se que as ações estruturais para a transformação desta condição social são negligenciadas (LONGHI, 2008). A perspectiva das políticas públicas para a questão da violência urbana, por exemplo, adota muito mais um caráter repressivo (expresso no aumento do rigor das leis e equipamentos de segurança) do que ações de prevenção e promoção da saúde (que poderiam se estruturar em críticas à cultura machista e a ressignificação das relações de poder).

Outra dimensão a ser também considerada em nossas análises é no contexto da educação. O nível de escolaridade das mulheres é hoje mais alto que dos homens. As mulheres brasileiras já ocupam a maior parte das matrículas nos diferentes níveis de ensino, com especial destaque no ensino superior, conforme ilustra o Gráfico 5.

GRÁFICO 05 | Distribuição percentual da matrícula por sexo, segundo nível de ensino – Brasil, 1992



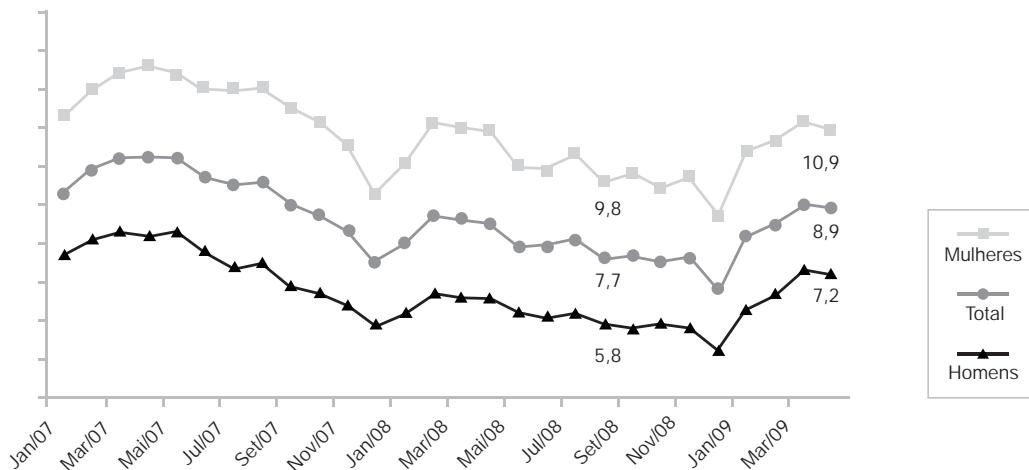
Fonte: Mapa do Analfabetismo – Ministério da Educação/INEP, 2003.

“O outro lado da moeda”

Se, por um lado, os dados apresentados sobre morbidade e mortalidade masculina demonstram os altos custos que o machismo tem trazido para a saúde dos homens, sabemos que esta “moeda” tem duas faces.

No que se refere ao mercado de trabalho, apesar do aumento do nível de atividade das mulheres, ainda é bastante inferior àquele verificado para os homens (82,2%, em 2006). As taxas de desemprego no Brasil, por sua vez, tendem a afetar mais fortemente as mulheres, conforme ilustrado no Gráfico 6.

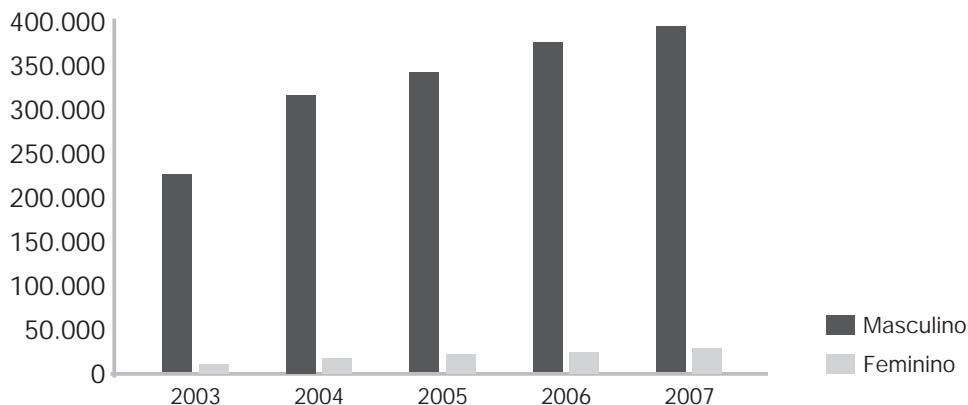
GRÁFICO 06 | Taxa de desemprego das seis RMs, segundo sexo – 2007 a 2009



Fonte: Boletim Mulher e Trabalho, 2009 – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com base em Pesquisa Mensal de Emprego (IBGE)

Em relação aos índices de criminalidade, em dezembro de 2007, de um total de mais de 422 mil presos, mais de 396 mil eram homens. Isso representa 93,88% do total da população carcerária brasileira (Gráfico 7).

GRÁFICO 07 | Quantitativo anual - Comparativo entre a População Carcerária Masculina e Feminina (dez 2003-dez 2007)



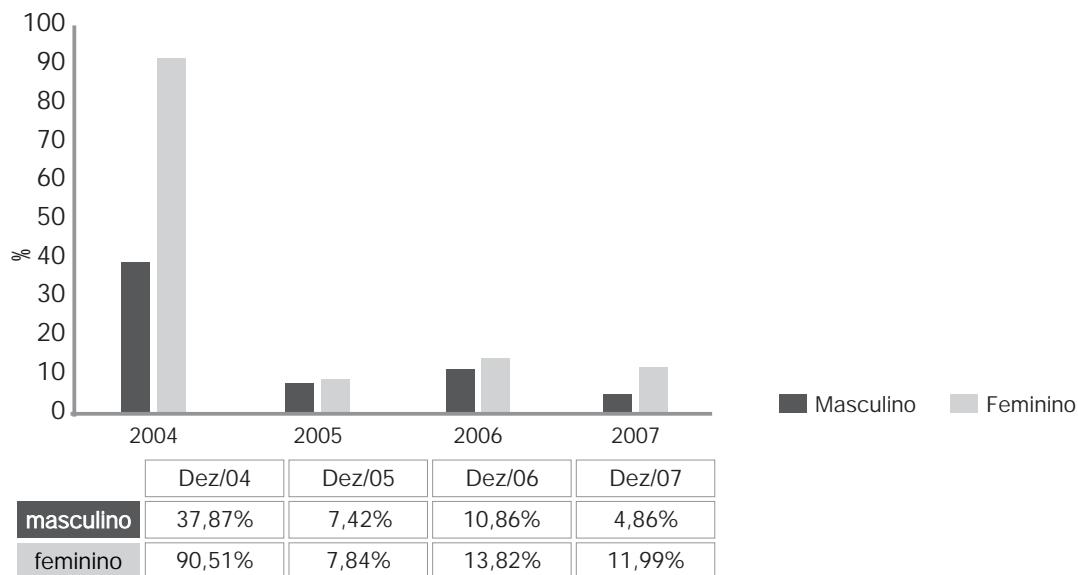
	Dez/03	Dez/04	Dez/05	Dez/06	Dez/07
masculino	230.340	317.568	341.138	378.171	396.543
feminino	9.863	18.790	20.264	23.065	24.830

Fonte: População Carcerária Brasileira (QUINQUÊNIO 2003-2007) - Evolução & prognósticos

No período de dezembro de 2006 a dezembro de 2007, a taxa de crescimento total da população carcerária brasileira foi de 5,27%. A população masculina aumentou em 4,86% e a feminina em 11,99%. Em que pese esta representativa diferença da taxa de crescimento da população carcerária entre homens e mulheres, o prognóstico de

evolução aponta que até dezembro de 2012 os homens ainda representarão 92,35% dos encarcerados no Brasil (Gráfico 8).

GRÁFICO 08 | Evolução anual - Comparativo entre a População Carcerária Masculina e Feminina (dez/2003 – dez/2007)



Fonte: População Carcerária Brasileira (QUINQUÊNIO 2003-2007) - Evolução & prognósticos

No que se refere aos postos de poder, o Brasil conta, hoje, com apenas 8,9% de mulheres no Congresso Nacional, cerca de 12% nas Assembléias Legislativas e 12% nas Câmaras Municipais. Segundo a União Interparlamentar (UIP), organização internacional com sede em Genebra, na Suíça, o Brasil ocupa a desconfortável 141ª colocação no que tange à presença de mulheres nos Parlametos Nacionais, num

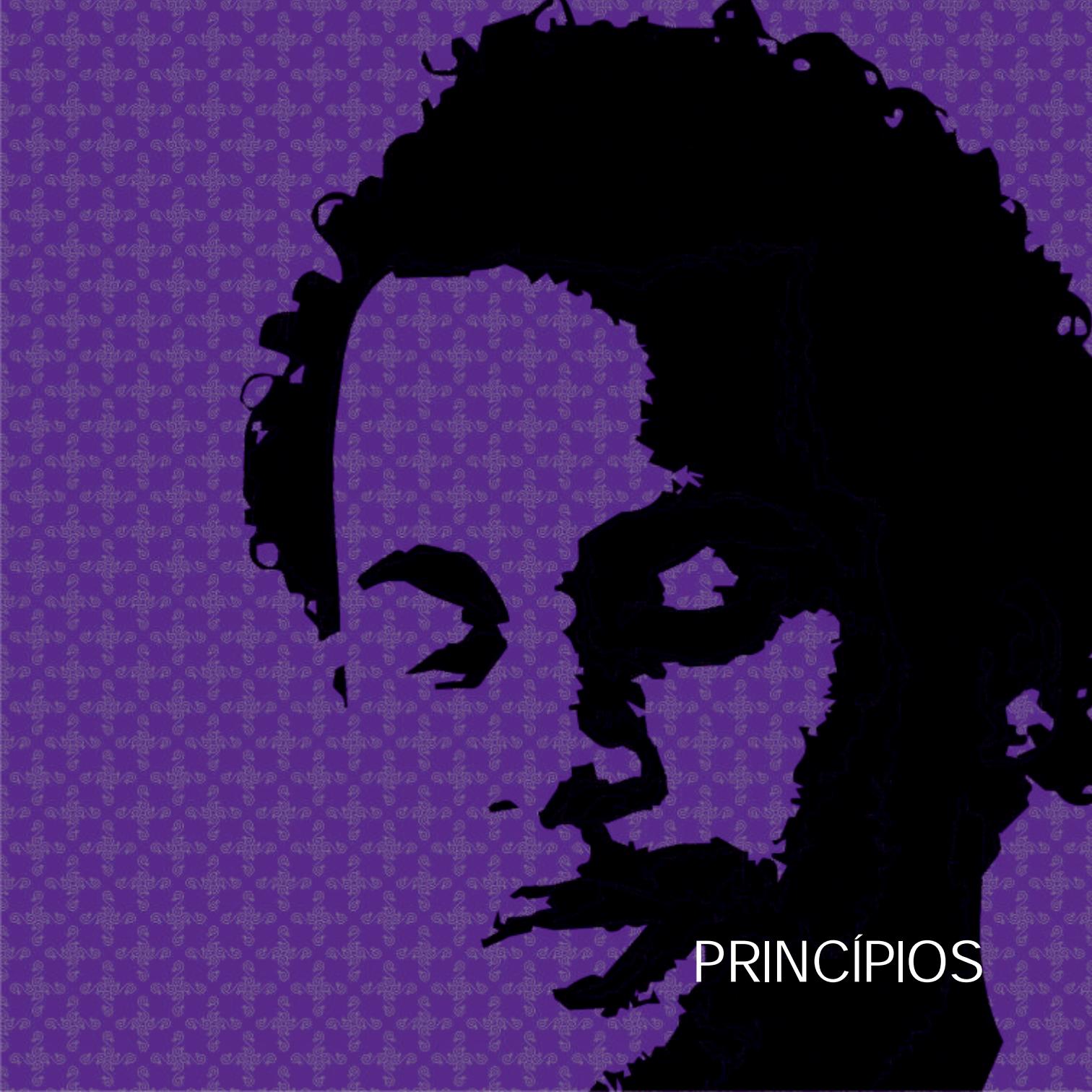
⁶ Fonte: Mulheres na Política: Pesquisa Ibope/ Instituto Patrícia Galvão/Cultura Data 2009.

ranking de 188 países. Entre os países da América Latina, o país só tem um desempenho melhor (ou “menos ruim!”) que a Colômbia⁶.

Em relação à violência de gênero, pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2001 informa que aproximadamente 20% das mulheres brasileiras já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando estimuladas a responder por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 43%. Um terço afirma já ter sofrido algum tipo de violência física, seja ameaça com armas de fogo, agressões ou estupro conjugal. Segundo a UNESCO, de 25 a 30% das meninas são abusadas sexualmente antes de completarem 18 anos. Dados de investigação conduzida pela Universidade de São Paulo em conjunto com a Organização Mundial de Saúde entre 2000 e 2001, ilustram que 27% das mulheres entrevistadas na Grande São Paulo e 34% na Zona da Mata pernambucana relataram algum episódio de violência física cometido pelos parceiros ou ex-parceiros.⁷

⁷ Fonte: Retirado do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - SPM

No intuito de delinear princípios e diretrizes para uma atenção integral aos homens na saúde, precisamos considerar, portanto, a complexa teia de significados e valores que orientam processos educativos e institucionais mais amplos e que conferem aos homens, ao mesmo tempo, privilégios e restrições.



PRINCÍPIOS

Nem ponto de partida, nem de chegada.

No início de 2000, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) lançou uma campanha mundial de prevenção à aids, intitulada “Aids: Men Make a Difference”. Porém, no dia 6 de março do mesmo ano, o jornal A capital, de Lisboa (Portugal) trazia como manchete principal: “Aids: a culpa é dos homens”.

É interessante notar que o discurso da culpabilização dos homens e vitimização das mulheres aparece claramente expresso nesta matéria sobre a epidemia da aids. Além disso, a diversidade de atos sexuais e a relutância no uso de preservativos aparecem como algo generalizado e, ao mesmo tempo, como uma opção consciente por parte dos homens.

Em geral, os homens são educados, desde cedo, para responder às expectativas sociais de modo proativo, em que o risco não é algo a ser evitado, mas superado cotidianamente. A noção de autocuidado dá lugar a um estilo de vida autodestrutivo, a uma vida, em diversos sentidos, vulnerável. Como bem destaca o Informativo da UNAIDS, publicado em 1999 (Listen, learn, live. World Aids), a vulnerabilidade a que os homens estão submetidos/se submetem tem sua base no processo de socialização conduzido de modo a responder ao modelo hegemônico de masculinidade.

Por certo, ao longo da história, as mulheres têm sido alvo de injustiças sociais de ordens variadas e por mais conquistas que tenham alcançado,

ainda estamos distantes de poder falar sobre uma efetiva equidade de gênero. Por outro lado, muitos homens em condições sociais diversas também enfrentam, cotidianamente, a impossibilidade/obrigação de responder ao modelo ideal de masculinidade, colocando-se (e sendo colocados) em posições hierárquicas desfavoráveis.

Vale lembrar, por exemplo, que desde a primeira vez que os países passaram a calcular sistematicamente a idade média de suas populações, os homens sempre apresentaram expectativa de vida ao nascer inferior à das mulheres. Em outras palavras, os homens vivem menos que as mulheres. E isso não é uma novidade! A Epidemiologia nos mostra que a mortalidade masculina está associada em grande medida a causas externas (homicídios, acidentes de transporte e suicídios), ou seja, mortes associadas à relação dos homens com a sociedade em que estão inseridos.

Por que, então, desenvolver trabalhos voltados aos homens passa a ser uma questão fundamental?

Em nossa perspectiva, a escolha dos homens como alvo de nossas ações não é nem o ponto de partida, nem o de chegada. Trata-se de um desdobramento e um avanço a partir das conquistas históricas dos movimentos feminista, gay e lésbico, e das inúmeras lições aprendidas. Essa história gerou mudanças e também novas questões e inquietações. O trabalho com homens tem suas origens nos anseios e utopias desses movimentos. Seu fim é a efetiva garantia da equidade de gênero.

De categoria genérica à categoria de gênero

Pesquisas sobre o uso abusivo de drogas (particularmente o álcool), sobre a classe operária, sobre a prevenção de DST/Aids, sobre a criminalidade e os esportes, entre muitos outros temas, geralmente apresentam e analisam relatos de experiências de homens. Às vezes, a pesquisa inteira é realizada com homens, mas em nenhum momento esse elemento é considerado como importante para a análise. É como se gênero fosse sinônimo de mulher.

Nas pesquisas em que mulheres são entrevistadas, entretanto, dificilmente escapa-se do debate de gênero e, em geral, apresenta-se uma leitura do fenômeno de modo particular. Os homens tornam-se assim, referência geral, enquanto as mulheres são tratadas como referência específica.

Por muito tempo, as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e as reflexões e ações políticas em Saúde Pública têm relacionado o conceito de homem ao genérico ser humano e o conceito de gênero às mulheres, como já apontaram alguns autores⁸.

Seja na posição de universal (homem = ser humano), seja nos estudos de gênero e nos estudos sobre homossexualidade (ou homoerotismo), os homens sempre estiveram presentes, direta ou indiretamente, explícita ou implicitamente. Mas, de que homens tratavam esses movimentos e as produções acadêmicas voltadas a esses temas? De que masculinidades tratavam esses estudos e ações?

⁸ Connel, 1995; Leal e Boff, 1996; Medrado, 1997, entre outros.

Homens e masculinidades: sempre no plural

Em linhas gerais, tanto o movimento feminista como o movimento gay e lésbico questionaram valores tradicionais, impondo uma reavaliação da noção de masculinidade hegemônica, ou seja, de um modelo cultural ideal que, por ser ideal, não é atingível por praticamente nenhum homem.⁹

⁹ Almeida, 1995 e
Connell, 1995.

Nesse processo, evidenciaram-se alguns homens e algumas masculinidades, particularmente a machista e a homofóbica, tendo por contraponto a homoerótica. Porém dessa reflexão foram excluídos alguns homens e algumas masculinidades.

O que se apresenta como novidade nesse campo de discussões é exatamente a percepção dos contextos e condições particulares que põem por terra a noção de homem genérico, passando-se a ver os homens como também orientados por um modelo ideal (e, em certa medida, opressor!), inseridos numa cultura caracterizada por relações sociais hierárquicas, por relações desiguais de poder, por relações de gênero.

Destaca-se, assim, o interesse por entender como os homens se posicionam no contexto das relações de gênero e que alternativas discursivas e práticas as instituições (família, igreja, trabalho, mídia, escolas etc.) lhes oferece como possibilidade de mudança.

Da especificidade à integralidade

O lugar dos homens, particularmente no contexto doméstico - anteriormente negligenciado, tem emergido nas agendas das instituições nacionais e internacionais que propõem e implementam políticas públicas, como uma forma de promover a equidade de gênero.

Hoje, constata-se que o conhecimento sobre práticas sociais masculinas pode contribuir para ampliar o impacto (e certamente a eficácia!) de programas voltados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao controle da violência de gênero, à saúde e cuidado das crianças, à saúde e aos direitos das mulheres, como também dos próprios homens.

O investimento no debate em torno dos homens no contexto da saúde e direitos sexuais e reprodutivos ganhou maior visibilidade durante a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995 em Beijing. Nesses dois fóruns de discussão, afirmou-se como diretriz a busca de uma maior participação masculina na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

As recomendações da Conferência do Cairo (ICPD, 1994) são bastante claras a esse respeito, quando se propõe que “esforços especiais devem

¹⁰ European
Commission
Childcare Network,
1990; Mundigo,
1995; UNAIDS,
2000

ser feitos no sentido de enfatizar a co-responsabilidade masculina e promover o efetivo envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável e ao comportamento sexual e reprodutivo, incluindo-se aí o uso da anticoncepção..." (ICPD, 1994, § 4.27). Neste documento, recomenda-se que é necessário rever a própria política ou linha de intervenção, abrindo canais para pensar as masculinidades e maneiras de encorajar os homens a refletir sobre comportamentos sexuais e práticas sociais.¹⁰

Contudo, apenas a criação de uma estrutura específica de saúde e educação voltada aos homens não seja a melhor saída, pois quando pensamos em ações voltadas aos homens no campo da saúde, em geral, e da saúde sexual e reprodutiva, em particular, não estamos imaginando que seja necessária a institucionalização de unidades, setores ou departamentos específicos voltados exclusivamente para a população masculina.

É fundamental que, ao se pensar sobre a sexualidade e a reprodução no contexto dos direitos – e, portanto, da cidadania, homens e mulheres sejam vistos como sujeitos de direitos. Não se trata de criar mais um campo de trabalho específico, mas de produzir ações que possam ser inseridas em programas mais amplos (que envolvam recortes de gênero, raça, idade, entre outros), maximizando esforços e ampliando o impacto das ações.

O feminismo mudou a vida dos homens

Particularmente na Europa, existe um grupo de homens que se define como pró-feministas, ou seja, definem-se como adeptos ao pensamento e propostas políticas feministas. Por que pró e não apenas feministas? Talvez porque o termo feminismo ainda esteja atrelado exclusivamente à idéia de emancipação das mulheres, pela luta em favor de um espaço legítimo no mercado de trabalho. Esta ligação pode ser mais perceptível na forma como os meios de comunicação referem-se ao termo.

Porém, a Plataforma Política Feminista redigida na Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, em junho de 2002, determina alguns princípios mais amplos que podem ser adotados como horizontes do pensamento feminista atual. Entre esses princípios, destacam-se:

- ⌘ reconhecer a autonomia e a autodeterminação dos movimentos sociais de mulheres;
- ⌘ comprometer-se com a crítica ao modelo neoliberal injusto, predatório e insustentável do ponto de vista econômico, social, ambiental e ético;
- ⌘ reconhecer os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais das mulheres;

- ⌘ comprometer-se com a defesa dos princípios de igualdade e justiça econômica e social;
- ⌘ reconhecer o direito universal à educação, saúde e previdência;
- ⌘ comprometer-se com a luta pelo direito à terra e a moradia;
- ⌘ comprometer-se com a luta anti-racista e a defesa dos princípios de equidade racial-étnica;
- ⌘ comprometer-se com a luta contra todas as formas de discriminação de gênero, e com o combate a violência, maus-tratos, assédio e exploração de mulheres e meninas;
- ⌘ reconhecer o direito da livre orientação sexual e comprometer-se com as ações pelo fim da discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;
- ⌘ comprometer-se com a luta pela assistência integral à saúde das mulheres e pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos;
- ⌘ reconhecer o direito das mulheres de ter ou não ter filhos, com acesso de qualidade à concepção e/ou contracepção;
- ⌘ reconhecer a descriminalização do aborto como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública;
- ⌘ reconhecer que cada pessoa tem direito a diversas modalidades de família e apoiar as iniciativas de parceria civil registrada.

Neste sentido, como bem destaca Maria Betânia Ávila, o feminismo é, antes de tudo, um pensamento crítico e uma prática política¹¹. Assim, nós, homens e mulheres, podemos nos considerar feministas se acreditamos e lutamos por uma sociedade mais justa, na qual homens e mulheres possam ter os mesmos direitos, no contexto da cidadania, com justiça social.

¹¹ Entrevista publicada no Jornal da Rede Feminista de Saúde – nº 24 – Dezembro 2001.



DIRETRIZES

Diretrizes por uma política pública de atenção integral aos homens na saúde

1. Uma política de saúde para os homens deve contribuir para os direitos das mulheres. As ações em Saúde Pública/Saúde Coletiva dirigidas à população masculina devem ser vistas como um avanço das políticas feministas e de gênero, na medida em que trazem benefícios para a vida dos homens, mas também para a vida das mulheres. Não deve, portanto, competir por investimentos ou recursos destinados à saúde das mulheres, nem criar estruturas isoladas.

2. Cuidar da saúde é mais do que tratar das doenças. É muito importante reconhecer que as necessidades dos homens em relação a sua saúde não se limitam aos males da próstata ou a outras enfermidades. Devemos também levar em consideração os aspectos psicossociais e culturais do processo saúde-doença, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial.

3. A atenção à saúde masculina deve ser integral. Para que seja efetiva, a atenção à saúde dos homens deve ser integral, ou seja, não se limitar aos aspectos biológicos individuais, mas incluir os componentes sócio-ambientais da saúde e contemplar todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os procedimentos de média e alta complexidade.

4. Informação é a base de qualquer política pública.

Conhecemos pouco sobre a saúde e o adoecimento dos homens. Muitas vezes, os profissionais acabam trabalhando com dados parciais, restritos a sua própria experiência. Portanto, é preciso qualificar melhor os sistemas de informação, gerando e divulgando sistematicamente dados sobre a saúde integral da população masculina.

5. Os homens são diversos, mas os direitos devem ser os mesmos.

As políticas públicas de saúde devem respeitar a diversidade e as propostas devem estar adequadas a esta diversidade, respeitando diferenças por idade, credo religioso, condição sócio-econômica, cor/raça, orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual etc.) ou identidade de gênero (travestis, transexuais etc.)

6. Homens jovens, negros e pobres devem ter atenção prioritárias.

Muitas vezes achamos que, por serem jovens, os rapazes não precisam de atenção em saúde. Os homens jovens, negros e pobres, residentes em bairros de periferia, constituem a população mais atingida pela violência e outros fatores que afetam diretamente sua saúde.

7. Homens idosos também devem ser contemplados.

Problemas de saúde decorrentes do envelhecimento são comuns, porém é possível envelhecer de modo saudável. Infelizmente, os homens idosos são também uma população que apresenta resistência em procurar auxílio. Neste sentido, os serviços devem estar atentos às necessidades específicas que merecem atenção especial, particularmente no que se refere ao auto-cuidado e aos agravos decorrentes de problemas do aparelho circulatório e genital.

8. Os serviços de saúde devem ser atrativos ou “amigáveis”.

Muitos homens pensam que cuidar da saúde é “coisa de mulher”, que as instituições de saúde são espaços de mulher (e de crianças) e que os serviços de saúde devem ser procurados apenas quando a doença já está instalada ou em estágio avançado. Assim, a atenção à saúde precisa, por um lado, promover o acolhimento das necessidades dos homens em geral e, por outro, ser mais atrativa para esta população, ou seja, não apenas responder a demandas.

9. É preciso ir aonde os homens estão.

Mais de 90% da população carcerária no Brasil é composta por homens. O contingente das forças armadas e pessoas vivendo em albergues públicos ou nas ruas também é composto prioritariamente por homens. Homens que residem em contextos rurais, indígenas, quilombolas e nas ruas sofrem ainda mais com a dificuldade de acesso aos serviços

públicos de saúde. Para atuar na promoção de saúde junto à população masculina, é fundamental desenvolver estratégias voltadas também para estes contextos e espaços coletivos.

10. A emergência é também espaço de prevenção.

O Setor de Emergências recebe uma população expressivamente maior de homens, em decorrência de fraturas, traumas e crises agudas. Geralmente, este setor se caracteriza por precárias condições de atendimento, falta de recursos materiais e humanos, bem como pouca sensibilidade para o atendimento integral aos usuários. Passada a intervenção médica emergencial, é importante desenvolver ações com estes homens voltadas à prevenção da reincidência de fraturas, traumas e crises agudas.

11. Sexualidade e reprodução também são questões de saúde para os homens.

A participação dos homens em ações voltadas à sexualidade e saúde reprodutiva traz benefícios para a saúde dos homens e, conseqüentemente, das mulheres e das crianças. É importante produzir ações que promovam o auto-cuidado e o cuidado com os outros.

12. Paternidade é também um direito.

A paternidade (seja biológica, sócio-afetiva ou por adoção) é uma prática que pode gerar benefícios subjetivos e materiais para a vida e a saúde dos homens e das próprias crianças. A paternidade não é apenas uma responsabilidade ou obrigação, é também um direito e pode gerar muito prazer. É preciso entender que pai não é visita e que muitos são aqueles que têm interesse em participar do desenvolvimento dos seus filhos. Os serviços de saúde devem, em todos os níveis de complexidade, desenvolver estratégias para promover a aproximação e a participação dos homens no cuidado com seus filhos, desde a gestação.

13. Violência de gênero é questão de saúde pública.

Nossa sociedade se fundamenta em modelos culturais que definem o que é masculino e feminino. Esses padrões de gênero reproduzem a idéia de que os homens são naturalmente violentos. Portanto, a violência dos homens contra as mulheres (sejam crianças, adolescentes ou adultas) ou contra outros homens (sejam homossexuais ou heterossexuais) são violências baseadas em gênero, construídas a partir de processos culturais, institucionais e psicossociais. Para reduzir os índices de violência baseada em gênero é fundamental implementar ações mais eficazes de segurança pública, aliadas a ações em saúde dirigidas aos homens, por um lado, de caráter preventivo e, por outro, de atendimento a autores de violência

14. A Redução de Danos deve ser um princípio básico nas ações em saúde.

Os homens compõem a parcela da população que mais consome álcool e outras drogas. Para atuar junto aos homens que usam drogas, os serviços de saúde devem rejeitar medidas punitivas, restritivas ou culpabilizantes, favorecendo a responsabilização e o resgate da autonomia desses homens.

15. Os gestores e os profissionais de saúde precisam rever práticas, conceitos e valores.

Ações educativas devem ser oferecidas aos gestores, gestoras e profissionais de saúde para que possam, de forma mais qualificada, compreender a importância e a necessidade de ações em saúde dirigidas aos homens e, assim, definir, coletivamente, prioridades e estratégias a serem implementadas em seus serviços.

16. Saúde é cidadania.

Promover e garantir a participação popular envolvendo homens e mulheres em qualquer processo de formulação e monitoramento de políticas públicas em saúde é um exercício de cidadania e a garantia do controle social das políticas.



RECOMENDAÇÕES
AOS GESTORES
E SERVIÇOS DE SAÚDE

Na formulação e implementação de uma política de atenção integral aos homens na saúde é necessário:

1. atuar conjuntamente com as demais políticas, voltadas para outras populações, maximizando esforços, minimizando custos e contribuindo para a integralização do Sistema Único de Saúde. Isto também é intersetorialidade;

2. fortalecer o entendimento ampliado da noção de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, no qual as singularidades das populações sejam consideradas, sem, contudo, fragmentar e/ou negligenciar o caráter relacional dos mais variados fenômenos sociais. Isso também é integralidade;

3. basear suas proposições em dados e no mapeamento e acompanhamento do perfil das demandas e necessidades dos homens em termos de saúde, bem como do acesso dessa população aos serviços. Isto também é territorialidade.

Nas propostas, deve-se incluir:

1. ações que possam dar visibilidade aos homens nos serviços e junto aos profissionais de saúde, a fim de favorecer a identificação das

- demandas e necessidades dessa população e a construção de estratégias diante desse mapeamento;
2. medidas preventivas e implementação de ações educativas de promoção à saúde, fortalecendo a atenção básica;
3. ações que visem à sensibilização dos homens para o cuidado à saúde como preocupação e prática contínua, não acentuando o foco no adoecimento e no mal estar físico;
4. práticas coordenadas e continuadas de atenção, por meio do fortalecimento das redes intersetoriais, a partir da interação com outras unidades de saúde e com outros setores (tais como educação, esporte e lazer, trabalho e cultura);
5. análises sistemáticas sobre principais causas de adoecimento e de morte, a partir de recortes por idade, classe e raça, bem como sobre acessibilidade aos serviços;
6. estratégias de ação voltadas para a diversidade de homens, respeitando particularidades regionais, de condições econômicas, cor/raça, orientação sexual e geração;

- 7.estratégias especiais e prioritárias para atrair e acolher os homens jovens para serviços de saúde, considerando a vulnerabilidade desse grupo populacional, a partir da oferta de atenção de qualidade, adequada às suas necessidades;
- 8.Estratégias para atrair, acolher as necessidades dos homens em geral, entendendo o acolhimento como tecnologia importante para garantia da resolutividade e eficácia do sistema de saúde;
- 9.promoção de saúde junto às populações masculinas que têm dificuldade de acesso ao SUS, tais como as que residem em contextos rurais, indígenas, gays, travestis, transexuais, e quilombolas.
- 10.intervenção junto a espaços coletivos ocupados prioritariamente por homens, como albergues e abrigos públicos, instituições de cárcere, quartéis e forças armadas;
- 11.ações estruturais no Setor de Emergência, reconhecendo-a como maior porta de entrada dos homens no Sistema de Saúde e, assim, favorecer a institucionalização de uma “emergência humanizada”, que possa estimular os homens a rever seus valores e práticas, como uma estratégia de prevenção secundária;

12.adaptação da rotina e estrutura de serviços voltados à saúde e direitos reprodutivos, para promover o exercício da paternidade desde a gestação, mas especialmente no pré-natal, parto, pós-parto, puericultura e pediatria, ampliando as reflexões sobre o cuidado infantil;

13.ações de saúde voltadas para homens autores de violência de gênero, entendendo-as como ações estratégicas de prevenção secundária e como enfrentamento efetivo do problema;

14.estratégias de redução dos danos que o uso de drogas possa causar a esses homens, garantindo-se os princípios da cidadania e dos direitos humanos, à luz das discussões sobre gênero e masculinidades;

15.processos educativos e de sensibilização sistemáticos e contínuos voltados aos profissionais, com o intuito de promover uma reflexão crítica em relação a posturas machistas que, muitas vezes, não permitem perceber que os homens também possuem necessidades específicas em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Miguel Vale de (1996) – Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso do Sul de Portugal. In Anuário Antropológico 95, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

BOURDIEU, Pierre (1998) – La Domination Masculine. Paris: Seuil.

CONNEL, Robert W. (1995) – Políticas da masculinidade. Educação e Realidade, 20(2), p.185-206, jul./dez.

LEAL, Ondina e BOFF, Adriane (1996) – Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina. Sexualidades brasileiras, p.119-135.

LONGHI, Márcia (2008) - Viajando em seu cenário: reconhecimento e consideração a partir de trajetórias de rapazes de grupos populares do Recife. Tese (Doutoramento em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

LYRA, Jorge (1997) – Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). São Paulo: PUC/SP.

LYRA, Jorge (2008) – Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). Tese (Doutoramento em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.

MEDRADO, Benedito (1997) – O masculino na mídia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). São Paulo: PUC/SP.

NASCIMENTO, Pedro (1999) – 'Ser homem ou nada': Diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural). Recife: UFPE.