

Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão

Men, health and public policies: gender equality in question

Marcia Thereza Couto ¹
Romeu Gomes ²

Abstract *The scope of this article is to pose questions on the theme of Men, Health and Public Policies to render debate on the subject viable, based on theoretical and empirical references related to these issues. Initially, some historical landmarks on the theme are presented to provide guidelines for debate. An overview of the gender agenda in public policies is then presented to introduce the discussion about the inclusion of a gender perspective in healthcare policies. After this discussion, queries are raised about whether or not policies geared to men's health promote gender equality. In the closing remarks, the complexity involved in the development, implementation and evaluation of health policies aimed at gender equality is highlighted. The need for the Brazilian policy geared towards men's health to be implemented with other policies such that the gender matrix is transversal in the healthcare field is also stressed.*

Key words *Public policies, Men, Health, Gender*

Resumo *O artigo tem por objetivo estabelecer questões acerca do tema Homens, Saúde e Políticas Públicas para a viabilização do debate sobre o assunto, com base em referências teóricas e empíricas relacionadas a essas questões. Inicialmente, alguns marcos históricos de temática são apresentados para que melhor se situe o debate. Em seguida, apresenta-se panorama da agenda de gênero nas políticas públicas para se introduzir a discussão acerca da inserção dessa perspectiva no âmbito das políticas de saúde. Após essa discussão, aborda-se o questionamento sobre o fato de as políticas de saúde dos homens promoverem ou não a equidade de gênero. Nas considerações finais, aponta-se para a complexidade que envolve a elaboração, a implementação e a avaliação das políticas de saúde que visam à equidade de gênero, bem como se destaca a necessidade de a política brasileira voltada para a saúde dos homens articular-se com outras políticas para que a matriz de gênero seja transversal no campo da saúde.*

Palavras-chave *Políticas públicas, Homens, Saúde, Gênero*

¹ Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455/2177, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP. marthet@usp.br

² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.

Iniciando o debate

O artigo tem por objetivo estabelecer questões acerca do tema Homens, Saúde e Políticas Públicas para a viabilização do debate sobre o assunto.

A temática, historicamente, em alguns momentos, se distanciou de um dos primados dos estudos de gênero que focalizavam as desigualdades das mulheres em relação aos homens e, em outros, ajudou a relativizar algumas reduções desses estudos ao feminino.

Há mais de 40 anos, surgiram nos Estados Unidos da América os primeiros estudos, focalizando principalmente déficits de saúde de segmentos masculinos. Nesse momento, era importante lidar com um paradoxo: ao mesmo tempo em que os homens detinham maior poder que as mulheres, eles tinham desvantagens em relação a elas no que se refere às taxas de morbimortalidade^{1,2}.

Esse paradoxo, dentre outras ideias, impulsionou – a partir da década de 1990 – a focalizar os homens não apenas como organismos do sexo masculino nos estudos do campo da saúde, mas também considerá-los em suas singularidades de sujeitos sociais no processo saúde-doença, baseando numa perspectiva relacional de gênero^{3,4}.

No campo da produção do conhecimento sobre o assunto, dentre outros estudos, merece destaque a ampla revisão desenvolvida por Mckinlay⁵, que estabeleceu cinco hipóteses explicativas para as diferenças entre homens e mulheres no que se refere à mortalidade e morbidade: especificidades biológico-genéticas dos sexos; diferenças e desigualdades sociais; expectativas sociais diferenciadas para ambos os sexos; busca por e uso de serviços de saúde por parte dos homens; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.

Outra revisão⁶ – esta realizada no campo da saúde pública brasileira – concluiu que: homens morrem mais do que as mulheres pelas seguintes causas principais: determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde; são os principais atores na violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos; o desemprego compromete o bem o bem-estar masculino e pode se relacionar a suicídios de jovens.

No campo da literatura nacional, marco importante no campo da saúde pública foi o lançamento, em 2005, de um número especial sobre homens e saúde da revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Nesse volume, o primeiro desse ano, tanto se tratava de várias dimensões

da discussão do tema, como segmentos sociais, aspectos étnico-raciais, esferas institucionais, modelos culturais, dentre outros, como contemplava – de forma interdisciplinar – as abordagens das ciências sociais, da epidemiologia e da biomedicina.

Atualmente a saúde dos homens já figura no campo da produção da saúde com um expressivo número de artigos. Em levantamento realizado na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), no dia 25/04/2012, com a expressão ‘saúde dos homens’, no campo ‘assunto’, foram localizados 1.113 artigos. No entanto, no que se refere à temática ‘políticas voltadas para a saúde do homem’, a produção é bem menor, indicando que é um assunto que ainda se encontra em expansão. Nessa mesma data, na BVS, no levantamento com as palavras ‘políticas’, ‘homens’ e ‘saúde’ foram encontrados 38 artigos.

Não foi feita uma análise desses artigos, mas se for levado em conta os títulos, observa-se apenas dois deles tratam especificamente de políticas nacionais voltadas para a saúde dos homens, representando 5,2% da produção. Um trabalho se refere aos países Austrália e Irlanda, enquanto outro diz respeito ao Brasil. O tema mais abordado é o da “homossexualidade/sexualidade” homoerótica, representando 18,4% da produção, seguido pelos temas “doenças específicas” (10,5%), “gênero” (10,5%), “saúde reprodutiva” (10,5%), “masculinidade e saúde” (7,8%), “fascismo” (5,2%) e “prostituição” (5,2%). O restante (26,3%) abordam temas variados, sendo cada um com a frequência simples de um artigo.

No momento, um dos grandes desafios para o campo da saúde coletiva é o de trazer os principais princípios estabelecidos pela vasta produção nacional e internacional sobre a relação homens e saúde para o campo das políticas, sem perder a perspectiva relacional de gênero, em que lidar com a saúde dos homens envolve necessariamente lidar com a das mulheres, e vice-versa. Nessa perspectiva, as particularidades dos gêneros tanto não devem ser apagadas, como também não devem se excluir mutuamente. É esse desafio o mote do nosso debate.

A agenda de gênero nas políticas públicas

Considerando, tal como Castro⁷, a dialética entre direitos humanos no geral e os direitos humanos de muitos considerados em termos de suas vulnerabilidades e em termos de suas possibilidades, a discussão das políticas públicas de gênero se situa no quadro mais amplo do movi-

mento pró-direitos humanos, da cidadania e das políticas de ações afirmativas e por identidades, assentados no reconhecimento de que, para além da economia, são vários os sistemas de discriminações e de explorações a pedir intervenções do Estado.

Igualmente reconhece-se que a constituição de uma agenda de gênero no campo das políticas públicas reflete os desdobramentos das investigações acerca da condição feminina nos espaços público e privado e do desenvolvimento da categoria analítica gênero, fato destacado como em expansão nacional e internacionalmente a partir dos anos de 1980⁸⁻¹⁰. Em períodos mais recentes, os estudos sobre os homens e as masculinidades trazem novos aportes ao debate, bem como a necessidade de avançar na discussão de como envolver os homens visando alcançar a equidade de gênero^{4,11,12}.

Na complexidade que envolve as políticas públicas – aqui entendidas como cursos de ação do Estado, orientados por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses⁹ – é igualmente importante considerar a existência de múltiplos elementos em ação, como intencionalidade, instrumentalidade, interação, poder e temporalidade. Assim, as definições dos problemas, alvos da ação do Estado, evoluem por meio de sucessivas ondas de tomadas de decisão dado que diferentes atores (que tomam parte em grupos, entidades, instituições e, também, em organismos internacionais) estão inseridos nos processos de definição, implementação e acompanhamento das políticas, que se constituem sempre como multifacetados, disputados e negociados^{10,13}.

No Brasil, as políticas públicas de gênero foram gestadas no final da década de 1970 no contexto mais amplo da redemocratização do Estado e da luta pela melhoria da qualidade de vida e trabalho. Neste cenário, o movimento de mulheres e a participação das delas nos movimentos sociais e partidos políticos potencializaram a discussão sobre a assimetria de poder entre os dois gêneros nos espaços público e privado. Sem dúvida, a história delas nesses movimentos reflete a de sua constituição como sujeito coletivo e com representação na cidadania, trazendo à cena questões e temas até então circunscritos ao privado. Embora fuja aos propósitos e à abrangência da presente discussão, é importante assinalar que no campo da relação Estado e movimentos sociais (especialmente o movimento feminista), sempre esteve presente o debate em torno da preservação da autonomia e/ou integração dos movimentos

sociais na formulação, implantação e controle das políticas públicas, assim como sobre o risco do esvaziamento da dimensão de poder que a categoria gênero congrega pelas políticas públicas^{9,10,14} e, por vezes, em pesquisas científicas¹⁵.

A agenda de gênero no campo das políticas públicas pode ser entendida como agenda síntese de temas priorizados por diversos atores, tendo como eixo as relações sócio-históricas entre homens e mulheres produtoras de desigualdades. No país, as primeiras iniciativas de inclusão deste referencial nas políticas públicas datam da década de 1980, com destaque para as áreas da justiça (com a criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão do Ministério da Justiça, e da Primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em São Paulo, no mesmo ano) e da saúde (instituição, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM). Atualmente, a agenda de gênero no país tem sido direcionada à violência, saúde, geração de emprego e renda, educação, trabalho, infraestrutura urbana e habitação, questão agrária, acesso ao poder político, dentre inúmeros outros temas⁹.

Inicialmente, as políticas públicas de recorte de gênero foram consideradas como aquelas que reconheciam a importância das desigualdades sociais para as mulheres em relação aos homens, buscavam a redução e/ou a superação destas desigualdades e constituíam as mulheres como seu público beneficiário. Em período recente, sobressaem evidências da institucionalização de gênero nas políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde e educação¹⁶, como resultado de processos multifacetados desencadeados com e a partir do movimento feminista e dos movimentos de mulheres. Observa-se, igualmente, a interação entre movimentos teóricos e políticos plurais procedentes de atuações políticas de diferentes grupos sociais que denunciam desigualdades e invisibilidades junto ao Estado (mulheres, gays, transexuais), conformando um processo em constante disputa e negociação interna aos movimentos e grupos sociais e na relação destes com os partidos políticos e o Estado.

No contexto da interação entre movimentos políticos e teóricos, os dilemas da construção da igualdade entre homens e mulheres resultaram no debate acerca da identificação da construção teórica que embasa a formulação de políticas públicas, com repercussões acadêmicas e políticas. A partir dessas bases, as políticas públicas serviriam para beneficiar as mulheres e representariam um acerto de contas histórico nas diversas áreas

em que estas foram subjugadas - para uma abordagem que toma a categoria gênero em suas dimensões constitutiva e explicativa das relações entre homens e mulheres, entre homens e entre mulheres. Gênero passa, portanto, a ser entendido não como uma mera condição sócio-histórica que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade e reproduz desigualdades entre homens e mulheres, mas como uma categoria relacional (não confundida com complementar, mas como instauradora e reprodutora de assimetrias de poder) e transversal (portanto, em sua interação com raça/etnia, classe social, diferenças de geração, capital cultural, etc.)^{14,16}.

Na atual conjuntura do debate sobre gênero nas políticas públicas, a dimensão da transversalidade e a perspectiva da equidade têm merecido destaque em termos nacional e internacional^{8,9,12,14}. No tocante à transversalidade, desde que se conceba gênero como constituinte e constitutivo das representações sobre o masculino e o feminino e amplamente disseminado na forma como pessoas, grupos e instituições se posicionam e intervêm no mundo, não é possível pensar a existência de políticas públicas neutras em termos de gênero. Em consequência, deveria ser fortemente recomendado que toda definição de ação política considere os diferentes impactos segundo gênero. Em termos concretos, entretanto, a transversalidade tem sido implementada via reivindicação de que a problemática das mulheres seja contemplada toda vez que se formular e implementar programas e políticas. A discussão da equidade, por sua vez, remete à problematização da diferença expressa em desigualdade e da solução desta última na forma de igualdade de valor e de oportunidades, considerando as diferenças e as particularidades de grupos e sujeitos. Dado que gênero – como elemento que define, organiza e baliza práticas sociais – produz desigualdades, as políticas públicas, inseridas no marco dos direitos e da equidade, deveriam responder a essas desigualdades por meio da alteração dos marcos que as fundamentam e legitimam, ou seja, buscando implicar homens e mulheres no debate e na luta por direitos e cidadania. Para Giffin¹⁴, a equidade de gênero se refere não a toda diferença, mas a diferenças que são consideradas injustas, ou seja, a identificação de iniquidades está baseada em valores que tornam desiguais homens e mulheres em termos de importância social. Trata-se, nesse sentido, de lidar com diferenças que, em sendo distinções de sujeitos, valem o mesmo enquanto sujeito ético e de direitos para a sociedade.

Políticas públicas na saúde e a perspectiva de gênero

Segundo Vilella et al.¹⁷, a incorporação da categoria gênero no campo da saúde – se for politicamente compromissada – pode trazer novas dimensões para que melhor se compreenda os eventos da vida de mulheres e homens em busca da ampliação da autonomia.

O processo político-acadêmico de instauração e desenvolvimento da perspectiva de gênero nas políticas públicas em saúde toma corpo na conjuntura histórica, política e cultural de redemocratização do país e de reestruturação do conjunto do sistema de saúde. Segundo Aquino¹⁸, além da influência direta do feminismo na academia e em instâncias governamentais, organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPS) têm promovido a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde. Alerta, no entanto, que seu uso generalizado tem frequentemente esvaziado o poder heurístico do conceito, ao reduzi-lo à descrição das diferenças entre homens e mulheres em mera substituição ao sexo.

O PAISM constitui exemplo de como o movimento de mulheres, na política e na academia, introduz a dimensão de gênero nas políticas públicas de saúde; não apenas porque mulheres (feministas) passam a compor o grupo de formuladores do programa no Ministério da Saúde (MS), mas pelos princípios político-práticos que regem o programa: o deslocamento das questões reprodutivas da esfera moral e da atuação restrita do Estado para o campo da decisão ética individual e do direito social¹⁹. E, no campo assistencial, a integralidade, na qual se aborda a saúde da mulher em sua dimensão global e em todas as fases do seu ciclo vital, e a universalidade²⁰.

A partir da década de 1990, em colaboração conjunta com os movimentos gay e lésbico, o movimento de mulheres agrega outros temas, demandas e perspectivas de gênero para pensar os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como expressão de cidadania²¹. Passados quase 30 anos da sua criação, as análises sobre a implementação do PAISM demonstraram que, apesar de algumas ilhas de excelência, o programa não se implementou de forma satisfatória no território nacional. No rol dos fatores envolvidos nesta avaliação merecem destaque o contexto de crise e ajuste fiscal da década de 1990 e a agenda de reforma do Estado que resultaram em políticas de focalização, com reflexos na fragmenta-

ção em programas por agravo ou condição, que são sucessivamente criados, especialmente nas áreas de pré-natal, assistência ao parto e anti-concepção, mas que não apresentam bases políticas e financeiras de sustentação e continuidade. Além disso, destaca-se a morosidade, o descompasso entre as proposições, o planejamento e as medidas práticas e a falta de compromisso político para a implementação do programa^{9,22,23}.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Essa política, além retomar princípios do PAISM e reafirmar a saúde da mulher como prioridade²⁴, considera, dentre outros aspectos, as especificidades das mulheres negras, indígenas, lésbicas e profissionais do sexo, apoiada num explícito enfoque de gênero que tem a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Além disso, explicita a busca de consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, reforça o combate à violência doméstica e sexual e agrega a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

O PAISM, e mesmo sua atualização na PNAISM, teve pouco impacto na inclusão dos homens, mesmo considerando-se uma de suas áreas prioritárias, o planejamento familiar. Assim, cabe problematizar, seguindo os argumentos de Medrado e Lyra¹¹, sobre que concepções de homem orientam as políticas de gênero no campo da saúde; e o que se quer com a inserção dos homens na agenda de gênero na saúde? Em outras palavras, dado que os homens, enquanto sujeitos implicados no processo histórico, social, cultural e linguístico de gênero são, portanto, participantes da produção, manutenção e/ou ressignificação das relações de poder com as mulheres (e outros homens), o desafio que se coloca é o de incluí-los para que tenham suas necessidades e vulnerabilidades conhecidas e respondidas e para que, por meio dessa medida anterior, sejam trabalhadas suas relações com as mulheres, em termos da saúde e seus cuidados, de modo a realizarem relações mais simétricas, isto é, como sujeitos de mesmo valor em relação comunicativa.

As recentes revisões de Siliquini et al.⁸ e Baker e Aguayo²⁵ sobre a inserção das perspectivas de gênero e das masculinidades nas políticas públicas de saúde nos planos nacional e internacional sugerem respostas para as questões propostas por Medrado e Lyra¹¹ na medida em que apontam que, embora o marco analítico de gênero explicitado em muitos programas e planos de

ação remeta à noção de gênero como uma construção dinâmica e fluida que atua de modo entrelaçado no plano social com outras referências (classe, idade, raça/etnia, exercício da sexualidade), produzindo resultados distintos (e por vezes contraditórios) para homens e mulheres, as políticas ainda mantêm fortemente a ênfase nas mulheres como público beneficiário e os homens ainda não são vistos como sujeitos potenciais para um trabalho cujo objetivo é alcançar a equidade de gênero. Entende-se que esta é uma forma redutora de se tratar a política por abordar apenas parte da questão do poder, lembrando que os benefícios dados às mulheres como correção da desigualdade por vezes podem, como dispositivo disciplinar biopolítico, aumentar a normatização sobre elas, o que se deveria arguir para mulheres e homens. Outra questão a ser mais trabalhada é a diversidade de valor que concretamente se opera no interior da população masculina, tornando a questão do poder mais complexa.

Assim, embora gênero constitua referência em políticas de saúde em diferentes países, há pelo menos três décadas, cabe perguntar exatamente o que define equidade de gênero no contexto de ambos, homens e mulheres. Para Barker e Aguayo²⁵, só recentemente os homens começaram a ser considerados como atores relevantes das políticas e programas. Esta afirmação parece ser válida tanto para programas de atenção voltados para a recuperação de danos à saúde (adoecimentos), quanto para práticas de prevenção e promoção da saúde, nos moldes do PAISM ou PNAISM. É, nestes termos, que a inclusão dos homens como atores constituintes do problema das iniquidades de gênero e também protagonistas aliados na redução das desigualdades entre homens e mulheres tem sido recentemente considerada.

Não se pode deixar de mencionar que, ao contrário de outros países, no Brasil não se observa expressividade de movimentos sociais organizados de homens orientados por discussões e demandas segundo o referencial de gênero ou das masculinidades. Outro fator pode ser tributado à dificuldade, por parte da academia e dos formuladores das políticas, em promover uma revisão do 'homem-genérico'²⁶. Dado que, originalmente, a incorporação de gênero nas políticas públicas é tributária do feminismo, que combate a assimetria e a desigualdade entre homens e mulheres, o homem tende a ser tomado como um 'outro' praticamente homogêneo que visa à manutenção do poder e dos privilégios que sua condição de sexo possibilita. Tratados como

'iguais', os homens são (in)visibilizados quanto às contradições e vulnerabilidades que enfrentam face ao exercício concreto das masculinidades. Será possível, portanto, a partir do reconhecimento dessas diferentes realidades atravessadas pela interação entre as normas sociais, os símbolos e a experiência dos sujeitos concretos avançar na compreensão do significado da equidade de gênero e na formulação e implementação de propostas que considerem a pluralidade das formas de existir e de se relacionar de homens e mulheres^{12,25}.

Diferentes análises apontam que a incorporação de um trabalho positivo e ativo com homens no âmbito das políticas de equidade de gênero (na saúde e em outras áreas como educação e violência) tem sido apoiada por diversas iniciativas e documentos da Organização das Nações Unidas e da OMS^{8,25,27}.

O reconhecimento de que a implantação de políticas de equidade de gênero no campo da saúde é um caminho legítimo e oportuno supõe, em primeiro lugar, identificar semelhanças e as diferenças nas necessidades de saúde de homens e mulheres (ambos considerados no plural); em seguida, garantir a igualdade de oportunidades para que homens e mulheres acessem recursos para que possam realizar seus potenciais para a saúde. No entanto, isto não significa desconsiderar a dimensão social das assimetrias e desigualdades de poder entre homens e mulheres e, tampouco, que muitos homens se apoiam e se beneficiam das prerrogativas de gênero presentes e reforçadas por instituições como família, igreja e Estado. Ao partilhar este posicionamento, Barker e Aguayo²⁵ e Medrado et al.²⁸ reforçam que a agenda de gênero com foco nos homens deve apontar para a equidade de gênero em benefício das mulheres, meninas e dos próprios homens e meninos. E os programas dirigidos a homens devem cuidar para que não tragam efeitos negativos nas mulheres.

A despeito deste reconhecimento, a existência visível da equidade de gênero em projetos e programas que incluem homens ainda é pouco clara. Recentes análises realizadas no Brasil, México e Chile²⁵ e Irlanda e Austrália²⁹ demonstram que a maioria dos projetos tem alcance reduzido, são de curta duração e não estão incorporados na agenda governamental das políticas públicas. Outro elemento débil dos programas é a falta de registros sobre os efeitos, resultados e impactos em termos de equidade de gênero.

Dentre os três países alvos da investigação de Barker e Aguayo²⁵, apenas o Brasil tem política

pública de saúde, apoiada na perspectiva de gênero e com foco nos homens: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada oficialmente em 2009³⁰. Na análise de Richardson e Smith²⁹ e Richardson e Carroll³¹, destacam-se a política da Irlanda, que data de 2008 ("National men's health policy 2008-2013: working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing"), e a política australiana, instituída em 2010 ("National male health policy: building on the strengths of Australian males").

Políticas de saúde dos homens: a busca de uma equidade de gênero na saúde?

Dado as políticas de atenção à saúde do homem serem recentes, são escassas as análises do processo de constituição e, ainda mais restritas, aquelas sobre sua implementação. Para a política brasileira, destacam-se as reflexões de Carrara et al.³² e Medrado et al.^{28,33}, bem como a recente pesquisa de avaliação realizada em cinco estados brasileiros acerca do primeiro ano de implantação da PNAISH³⁴, cujos principais resultados são apresentados em artigos deste número temático.

Um primeiro aspecto que chama atenção é que a justificativa para o processo de elaboração das políticas dos três países guarda relação com o desenvolvimento de uma subárea das investigações de gênero e saúde que se debruça sobre a construção social das masculinidades e seus impactos no processo de saúde, adoecimento e cuidado.

Um segundo aspecto comum às três políticas é a ênfase sobre as barreiras socioculturais relacionadas ao cuidado em saúde dos homens^{29,31,32}. Especialmente no caso brasileiro, também são destacadas as barreiras institucionais de acesso ao sistema de saúde, especialmente na atenção básica^{13,32}, já que os homens buscam, preferencialmente, a atenção ambulatorial e hospitalar.

A perspectiva de gênero, portanto, é alçada como matriz explicativa dos determinantes do processo de saúde-adoecimento e cuidado dos homens e as três políticas visam ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos níveis individual e coletivo. O questionamento que se faz, então, é: o reconhecimento das dimensões socio-cultural e histórica das masculinidades e suas influências nos processos de saúde, adoecimento e cuidado dos homens bastariam para caracterizar as políticas no marco da equidade de gênero? As dimensões relacional e de poder entre homens, e entre homens e mulheres, estariam contempladas?

Tomando-se os três países, e direcionando o olhar para o caso brasileiro, compreende-se que sua institucionalização promove mudanças e inovações em diferentes planos – que se influenciam mutuamente – que precisam ser problematizadas no contexto da perspectiva de gênero aqui adotada: 1. cria uma visão dos homens como grupo populacional específico; 2. reforça e legitima a saúde dos homens como uma área prioritária de ação do Estado; 3. institui a necessidade de planejamento e ação por parte dos diferentes níveis da gestão de saúde.

Quanto ao primeiro aspecto, ao estabelecer uma visão dos homens como um grupo populacional específico, corre-se o risco de reproduzir a tendência de focalização do gênero no singular, essencializando as masculinidades em um único referente de homem. Este perigo da supressão da dimensão relacional de gênero foi apontado como importante desafio da implantação das ações das políticas irlandesa e australiana^{29,31}; embora os documentos das políticas explicitem o reconhecimento e a preocupação em considerar e contemplar os homens em termos de diversidades étnicas, de situação de classe, orientação sexual, dentre outras. No caso da PNAISH, ainda que um dos objetivos específicos se volte à [...] *promoção da atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais*³⁰, no Plano de Ação Nacional da Política para 2009-2011, não há nenhuma referência à diversidade acima apresentada dentre as ações prioritárias para o período³⁵. Com isso, o reconhecimento da pluralidade das formas de exercício das masculinidades e das condições de existir dos homens parecem se contradizer com o posicionamento de que os homens (aqui tomados em conjunto) são ‘vulneráveis’ às doenças por demonstrarem “dificuldades em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer”³⁰. Embora as ações iniciais de implementação das políticas nos três países estejam em curso, no caso brasileiro se observa o descompasso entre uma proposição teórica que reconhece a diversidade e uma ação institucional que reforça a unicidade.

O segundo aspecto – postular a saúde dos homens como área prioritária – remete, em primeiro lugar, à discussão sobre o uso (e abuso) corrente de dados demográficos e epidemiológi-

cos como recursos argumentativos para justificar a necessidade de formulação de políticas. O documento da PNAISH traz a marca do uso retórico das informações de morbimortalidade que ajudam a criar uma leitura vitimária dos homens, e, além disto, forja um sujeito (homem) que necessita de privilégios ou atenção especial^{28,32}. Em segundo lugar, devemos atentar para o fato de que o recurso aos dados de morbimortalidade por parte dos formuladores das políticas toma parte no longo processo histórico de medicalização do corpo masculino. Trazer à cena a saúde integral do homem como alvo de atuação governamental implica repensar o que há de particular nas necessidades de saúde dos homens (comparativamente às mulheres) e como estas são instituídas a partir de um jogo de poder no qual tomam parte grupos da sociedade civil, academia, entidades médicas e Governo. Somado a isto, há que se discutir que as definições de ‘novas’ necessidades de saúde dos homens, e o correlato risco da medicalização dos corpos masculinos, respondem a uma complexa articulação de processos econômicos, culturais, tecnológicos e políticos³². Em terceiro lugar, é igualmente importante levar em conta o perigo de reforço da responsabilização dos homens no tocante à saúde, bem como de uma gestão de saúde inteiramente centrada no indivíduo (e na doença).

Embora a literatura sobre a relação homens e cuidado tenda a enfatizar a falta de responsabilidade destes pela sua saúde (a referência à mediação feminina para o cuidado à saúde masculina é um exemplo claro disto), a transposição desta dimensão cultural do cuidado para a assistência e o trabalho dos profissionais deve ser realizada a partir de uma visão que considere a dimensão cultural, mas que não a reforce, já que a aposta se assenta no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos para o cuidado em saúde. Relacionado a isto, o foco na responsabilidade individual para a redução do ‘risco’ ao adoecimento não pode ignorar os fatores estruturais, como as condições socioeconômicas, a referência à raça/etnia e à orientação sexual que, como aponta a literatura^{3,5,6}, têm impacto profundo sobre saúde.

No tocante ao último aspecto, deve-se considerar que a recém-implantada política de atenção aos homens no país (bem como na Austrália e Irlanda) pode se constituir em recurso importante para os gestores e os profissionais que desejam avançar no tocante à saúde masculina (e, relacionadamente, à saúde das mulheres), desde a perspectiva da integralidade do cuidado e da saúde como direito. Entretanto, estão colocados desafi-

os importantes para sua efetiva implementação, especialmente na atenção primária que foi alçada como âmbito de ação preferencial da PNAISH³⁰. Dentre eles: 1. Reconhecer quais demandas e necessidades de saúde dos homens se inscrevem efetivamente em uma atenção básica e pensar respostas para neste nível de atuação que se apoiem nos marcos da atenção integral e não venham a constituir mais outro pronto-atendimento ou consulta especializada; 2. garantir recursos estatais suficientes para implementar os panos de ação da política de forma consistente, bem como para avaliar os resultados alcançados; 3. investir na capacitação de gestores e profissionais da assistência de forma que possam reconhecer que as necessidades de saúde dos homens são produzidas num contexto de produção prático-simbólica onde se concreta gênero, raça, classe, geração, entre outras referências identitárias^{28,34}; 4. reforçar a necessidade da participação social no processo de definição, implementação e avaliação de ações da política, reconhecendo que é com e a partir do debate entre diferentes grupos sociais que se constitui e se efetiva o controle social das políticas públicas²⁸; 5. potencializar, a partir das redes de atenção existentes e prioritárias do MS (a exemplo, as áreas da saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde da população LGBT, programa de combate à violência, entre outros), aspectos relativos à saúde do homem desde uma perspectiva de gênero relacional e transversal³⁴.

Considerações finais

O desafio da equidade de gênero no âmbito das políticas públicas tem sido alvo de debate nacional e internacional^{8,12,14}. No Brasil, a instituição da política de saúde do homem ocorreu em 2009³⁰ e, ao contrário das políticas de saúde da mulher

(PAISM e PNAISM) que são resultado de um protagonismo histórico das mulheres feministas e dos grupos gay e lésbico, se processou a partir de uma decisão política a nível governamental^{27,31}.

A discussão apresentada aponta para o reconhecimento da complexidade que envolve a elaboração, a implementação e a avaliação das políticas de saúde que visam à equidade de gênero. Os princípios e os objetivos da PNAISH devem ser debatidos e apoiados não apenas como uma política voltada para homens, mas como da política transversal de gênero no contexto das ações em saúde. Neste sentido, é importante retomar a discussão sobre a transversalidade e a equidade de gênero, pois, mais do que se ter mulheres (e homens) contemplados em distintas políticas como beneficiários, se faz necessário legitimar enfoques de gênero em políticas de cunho universal⁷.

As primeiras análises da PNAISH^{28,32-34} indicam que um desenho de gênero transversal e equânime apenas se esboça, pedindo, portanto, mais investimento teórico-político e leitura mais reflexiva a partir de bases de pesquisas e debates que vêm tomando corpo no campo da saúde coletiva nos últimos anos. Entende-se que a PNAISH não representa, em termos políticos, a luta de movimentos sociais por identidade, dado que a história de sua constituição não é oriunda da luta por ações afirmativas apoiada no movimento pró-direitos humanos e de cidadania. Entretanto, é pela dinamicidade e engendramento que esta política pode e deve relacionar com outras (PNAISM, Política Nacional de Saúde da População Negra³⁶, Programa Brasil sem Homofobia³⁷, entre outros) que se pode avançar rumo a uma matriz de gênero transversal para a saúde. Em outras palavras, é pela e com a relação entre estas políticas, a partir de princípios e diretrizes orientadas por gênero, que se produzirá alterações nos construtos que (re)produzem desigualdades de saúde em homens e mulheres.

Colaboradores

MT Couto e R Gomes participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Courtenay WH, Keeling RP. Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. *J Am Coll Health* 2000; 48(6):243-246.
2. Gomes R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. *A Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 11-18.
3. Courtenay WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50(10):1385-1401.
4. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1): 7-17.
5. Mckinlay E. *Men and Health: a literature review*. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.
6. Gomes R, Nascimento EF. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):901-991.
7. Castro MG. *Políticas públicas por identidades e de ações afirmativas*. Acessando gênero e raça, na classe, focalizando juventudes. 2006. [página na Internet]. [acessado 2012 jun 10]. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28334-28345-1-PB.pdf>.
8. Siliquini R, Chiado Piat S, Versino E, Gianino MM, Mutu D, Cossutta M, Manzoli L. Gender health and policies: the estate of the art from exposure to solutions. *J Prev Med Hyg* 2009; 50(1):58-75.
9. Farah MFS. Gênero e Políticas públicas. *Rev Estudos feministas* 2004; 12(1):47-71.
10. Stromquist NP. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero. *Rev. Bras. Educ.* 1996; 1(jan-abr):27-49.
11. Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Estudos Feministas* 2008; 16(3):809-840.
12. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Soc Sci Med* 2000; 51(6):931-939.
13. Ferraz D, Kraiczuk J. Gênero e políticas públicas de saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1):70-82.
14. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica* 2002; 18 (Supl.): 103-112.
15. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface Comun Saude Educ* 2011; 15(38):805-818.
16. Meyer DE. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(1):13-18.
17. Vilella W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):997-1006.
18. Aquino EM. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev Saude Publica* 2006; 40(Nº Esp.):121-132.

19. Correa S. PAISM: uma história sem fim. *Rev. Bras. Estudos Pop.* 1993; 10(1-2):3-11.
20. Costa AM, Aquino E. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa AM, Merchan-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, equidade e gênero*. Brasília: UNB, Abrasco-Alames; 2000. p. 181-202.
21. Ávila B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 2):465-469.
22. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 70-103.
23. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1073-1083.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Princípios e Diretrizes. Brasília: MS; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
25. Barker G, Aguayo F. Masculinidades y políticas de equidad de género: reflexiones a partir de la encuesta, imágenes y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Profundo; 2011.
26. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JL, Butland DL. Understanding Men's Health and Illness: A gender-relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health* 2000; 48(6):247-256.
27. Smith JA, Robertson S, Richardson N. Understanding gender equity in the context of men's health policy development. *Health Promot J Austr* 2010; 21(1):76-77.
28. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. "Eu não sou só próstata, eu sou um homem". Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *A Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 39-74.
29. Richardson N, Smith JA. National men's health policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? *Public Health* 2011; 125(7): 424-432.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
31. Richardson N, Carroll, PC. Getting men's health onto a policy agenda-charting the development of a National Men's Health Policy in Ireland. *JMH* 2009; 6(2):105-113.
32. Carrara S, Russo J, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009; 19(3): 659-678.
33. Medrado B, Lyra J, Valente M, Azevedo M, Noca J. A construção de uma política nacional de atenção integral à saúde do homem. In: Trindade ZA, Menandro MCS, Nascimento CRR, organizadores. *Masculinidades e práticas de Saúde*. Vitória: GM Editora; 2011. p. 27-35.
34. Gomes R, Leal AF, Couto MT, Knauth D, Lima AM, Moura EC, Silva GSN, Figueiredo WS, Urdaneta M. *Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Rio de Janeiro: IFF; 2012.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Plano de ação nacional 2009-2011 da PNAISH*. Brasília: MS; 2009.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da população Negra*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2010.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.