

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos

Anderson Souza Silva Peres

Expressões contemporâneas de masculinidade na saúde: A possibilidade de uma política nacional de saúde equitativa e integral no cuidado ao homem.

Pelotas

2023

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos

-

Anderson Souza Silva Peres

Expressões contemporâneas de masculinidade na saúde: A possibilidade de uma política nacional de saúde equitativa e integral no cuidado ao homem.

Dissertação do mestrado em Política
Social e Direitos Humanos.

Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira

Pelotas

2023

Catálogo na Fonte
Ficha elaborada a partir de dados fornecidos pelo autor
Bibliotecária Jéssica Eslabão CRB10/2405

P437 Peres, Anderson Souza Silva

Expressões contemporâneas de masculinidade na saúde: A possibilidade de uma política nacional de saúde equitativa e integral no cuidado ao homem. / Anderson Souza Silva Peres. – Pelotas, UCPEL, 2023.

93 f.

Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos - Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas. – Pelotas, BR-RS, 2023.

1. Masculinidade hegemônica. 2. Equidade. 3. Integralidade. 4. Cuidado ao homem. 5. Política nacional de saúde. I. Oliveira, Sandro Schreiber de. II. Título.

Identificação

Título: Expressões contemporâneas de masculinidade na saúde: A possibilidade de uma política nacional de saúde equitativa e integral no cuidado ao homem.

Mestrando: Anderson Souza Silva Peres

Orientador: Sandro Schreiber de Oliveira

Instituição: Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
3 JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA.....	15
3.1 Privilégio histórico <i>versus</i> morbimortalidade maior.....	15
3.2 Políticas de Saúde do homem e a necessidade de uma perspectiva mais plural para os sentidos de masculinidade.....	16
3.3 A Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem e os princípios da Equidade e Integralidade no âmbito do Sistema Única de Saúde brasileiro.....	17
4 OBJETIVO.....	20
4.1 Objetivo Geral.....	20
4.2 Objetivo Específico.....	20
5 MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	21
6 METODOLOGIA.....	25
6.1 Delineamento do método.....	25
6.2 Análise de conteúdo à luz de Bardin (1979).....	29
6.2.1 Estratificação da Análise de Conteúdo.....	32
6.2.1.1 Organização.....	32
6.2.1.2 Codificação das unidades de registro: frequências e pesos...32	
6.2.1.3 Categorização e Frequência simples de aparição.....	33
6.2.1.4 Pesos distintos para cada Unidade de Referência.....	36

6.2.1.5 Importância de cada unidade de referência e a frequência ponderada de aparição.....	36
6.2.1.6 Unidades de Contexto.....	38
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
7.1 Sentidos da Integralidade na Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem	39
7.2 Dimensões da Equidade na Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem	45
7.3 A referência à masculinidade hegemônica e as consequências desse enfoque	48
7.4 Legitimando e despriorizando: O reconhecimento retórico das múltiplas masculinidades.....	53
7.5 Voltando à Integralidade e à Equidade: A transversalidade destes princípios com o eixo temático Acesso e Acolhimento da PNAISH.....	64
7.6 Os corpos masculinos e violência: análise do conteúdo da PNAISH em relação às interseccionalidades do universo masculino	68
7.7 O papel do Estado na perpetuação do ciclo de morbimortalidade masculina.....	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
8.1 Possibilidades para uma reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	72
8.2 Impacto na vida do pesquisador.....	77
9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	80

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Esse trabalho só foi possível porque três mulheres inspiraram-me em suas lutas diárias contra os desatinos do patriarcado: minha mãe Maristel, minha esposa Marcelle e minha filha Aurora. Três mulheres que me ensinam, constantemente, o que é ser homem.

Dedico esse trabalho ao homem que ressignificou a minha masculinidade e com o qual não me canso de aprender: meu filho Antônio.

RESUMO EM LÍNGUA PORTUGUESA

Foi homologada, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (Brasil, 2008). No entanto, ter uma política voltada para a saúde do homem não, necessariamente, garante um cuidado integral e equitativo que considere todos os sentidos de masculinidade presentes em uma sociedade. Diante disso, é de suma relevância acadêmica analisar se, em termos de linguagem e conteúdo, há, por parte da Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem (PNAISH), um cumprimento de princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde como Integralidade e Equidade, nitidamente ligados há uma amplitude de reconhecimento e legitimação da pluralidade masculina, ou se essa política, de fato, reforça a unicidade do ser masculino. Dessa forma, através de uma pesquisa documental e utilizando a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem como objeto de estudo, buscou-se, nesta dissertação, analisá-lo à luz dos princípios doutrinários da Integralidade e da Equidade do Sistema Único de Saúde. Para isso, nesse contexto, optou-se por uma análise de conteúdo, seguindo os preceitos elementares que a rege, tendo como referência principal, Bardin (1979). Concluiu-se, ao final da análise, que tal Política de Saúde não foi capaz, ao menos em seu conteúdo, de alinhar-se com os princípios doutrinários citados, na medida em que, dentre outros argumentos, dispensa a pluralidade das formas de ser e viver como homem, dando excessivo enfoque a concepções heteronormativas de masculinidade, além de uma forte tendência a abordar, predominantemente, um tipo de masculinidade: a masculinidade hegemônica.

Palavras-chave: masculinidade, homem, integralidade, equidade.

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Health Care for Men was approved in 2008, aiming to encourage self-care and, above all, the recognition that health is a basic social right and citizenship of all Brazilian men (Brazil, 2008). However, having a policy focused on men's health does not necessarily guarantee comprehensive and equitable care that considers all senses of masculinity present in society. Therefore, it is of paramount academic relevance to analyze whether, in terms of language and content, the National Policy for Comprehensive Health Care for Men (PNAISH) complies with doctrinal principles of the Unified Health System such as Completeness and Equity, clearly linked to a breadth of recognition and legitimization of male plurality, or if this policy actually reinforces the uniqueness of male beings. Thus, through documentary research and using the National Policy for Comprehensive Health Care for Men as the object of study, this dissertation sought to analyze it in light of the doctrinal principles of Completeness and Equity of the Unified Health System. For this purpose, in this context, a content analysis was opted for, following the elementary precepts that govern it, with Bardin (1979) as the main reference. It was concluded, at the end of the analysis, that such a Health Policy was not able, at least in its content, to align itself with the aforementioned doctrinal principles, to the extent that, among other arguments, it disregards the plurality of ways of being and living as a man, giving excessive focus to heteronormative conceptions of masculinity, in addition to a strong tendency to predominantly address one type of masculinity: hegemonic masculinity.

Keywords: masculinity, man, integrality, equity.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas consistem em medidas, disposições e procedimentos fundamentais para a orientação do Estado e na aproximação das atividades governamentais com o interesse público. Já as políticas públicas de saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. A integração com outras políticas públicas da área social efetiva-se na organização das funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Brasil,1990).

No Brasil, as políticas públicas de saúde são orientadas, desde 1988, por meio do Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição Federal promulgada neste mesmo ano. Tal orientação é direcionada pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional. Os modelos de atenção e gestão à saúde brasileiros representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos, também por isso, em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS (Brasil,1990).

Entre 2007 e 2010, na gestão do então ministro da saúde José Gomes Temporão, um dos 22 princípios e propostas do governo já fazia referência à necessidade de uma Política Nacional de Saúde do Homem. Em 2008, então, entre tantas políticas, foi homologada, a Política de Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, sob a égide destes princípios direcionadores do SUS e dedicando-se a guiar as ações de atenção integral ao cuidado em saúde deste gênero, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (Brasil, 2008).

Vislumbrando a saúde como sendo um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros, além de considerar os agravos do sexo masculino como legítimos problemas de saúde pública (Brasil, 2008).

O processo que envolveu a construção da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) foi concebido a partir da aproximação entre sociedades médicas, pesquisadores, outros profissionais de saúde, acadêmicos, representantes do CONASS, do CONASEMS e de entidades civis organizadas. Os consensos, por conseguinte, partiram de 5 (cinco) eventos diversos (Brasil, 2008).

Duas questões envolvendo esses consensos são expressivas para o campo de análise envolvendo políticas públicas de saúde:

1. A priorização que a saúde do homem ganhou entre as políticas de saúde nesse período, levando-se em conta a edificação recente da área técnica de saúde do homem (estruturada entre 2006 e 2007);
2. A necessidade de construir-se um consenso para definição das diretrizes e dos objetivos diante de um tema pouco abordado no ambiente acadêmico-científico, com atores e agentes sociais distintos e históricas divergências (Martins; Malamut, 2013; Mendonça; Andrade, 2010).

Nesse contexto, cabe ressaltar que a intenção para a edificação e priorização desta política partiu da Sociedade Médica Brasileira de Urologia (SBU), desde o início dos anos 2000. Respondendo a esta expectativa, o Ministério da Saúde buscou, então, uma interlocução inicial com representantes da saúde coletiva e afins, aproximando o tema do debate de gênero e masculinidade. De 2008 em diante outros agentes foram convidados a participar de tais debates e da construção política do processo (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

Assim, a prioridade dada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem insere-se num devido contexto que a justifica. O próprio ministro Temporão já havia orientado, desde 2006, a construção de uma área buscando diálogos entre as sociedades médicas e a Saúde Coletiva, na perspectiva de lançar as bases para tal política. Dessa forma, havia uma mediação ministerial evidente entre a Sociedade Brasileira Médica de Urologia, em especial, e a Saúde Coletiva.

Buscava-se, com isso, um discurso de abordagem ampla sobre a masculinidade (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) nasce, então, tendo como diretriz: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios (Brasil, 2008).

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- **Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.
- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los dessa temática.
- **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).
- **Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
- **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população

masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

O objetivo geral da PNAISH está bem demarcado na ampliação da adesão dos homens aos cuidados de saúde, uma vez que a mesma política traz prerrogativas historicamente consolidadas e apresentadas a seguir: os homens seriam mais vulneráveis às doenças; homens morrem mais precocemente que mulheres (Courtenay, 2007; Laurenti *et al.*, 2005; Luck *et al.*, 2000; Nardi *et al.*, 2007); a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, homens não buscam, como aquelas, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro *et al.*, 2002). As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem separa as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber *et al.*, 2000) a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais.

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang, 2001), o homem dito hegemônico parece estar intimamente envolvido com a não procura pelos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é considerado parte de um papel feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenharem e se responsabilizar por este papel (Hardy e Jimenez, 2000; Lyra-da-Fonseca *et al.*, 2003; Medrado *et al.*, 2005; Tellería, 2003; WelzerLang, 2004). Assim, como expresso na política, grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Bozon, 2004; Keijzer, 2003; Sabo, 2002; Schraiber *et al.*, 2000).



Figura 1 - Davi, de Michelangelo Buonarroti - Data: 1501 - 1504 - Escultura em Mármore - Localizada na Academia de Belas Artes de Florença - Fotografia de domínio público, obtida em <https://www.publicdomainpictures.net/pt/free-download.php?image=dauid-de-michelangelo&id=476238>.

Dados estatísticos recentes do Reino Unido tem demonstrado que 3 em cada 4 casos de suicídio são cometidos por homens, o que equivale a cerca de 76% do total de casos (Reino Unido, 2017). JJ Bola, em sua obra “Mask Off”, de 2019 (edição em português com o título “Seja Homem”, 2020) hipotetiza que nem sempre os homens conseguem desenvolver linguagem emocional necessária para discutir os seus sentimentos e experiências, mesmo com amigos, familiares ou parceiros românticos. A isto se acresce o fato de que o homem, em grande parte, ao procurar por serviço de saúde, teme pela descoberta de que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (Brasil, 2008).

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Para Petersen (1998 e 2003), Collier (1998) e MacInnes (1998), o conceito de masculinidade, na perspectiva de gênero, é falho porque essencializa o caráter dos homens ou impõe uma unidade falsa a uma realidade fluida e contraditória. Mesmo antes do Movimento de Liberação das Mulheres, a literatura sobre o “papel sexual do homem” na psicologia social e na sociologia reconheceu a natureza social da masculinidade e as possibilidades de transformação da conduta dos homens. Ao longo dos anos 70, do século passado, houve uma explosão de escritos sobre o “papel masculino”, nitidamente criticando as normas sobre papéis como origem do comportamento opressivo dos homens. A crítica à teoria dos papéis forneceu a base conceitual principal para o primeiro movimento de homens antissextistas e de visões e comportamentos ditos contra-hegemônicos: homens que fazem sexo com outros homens; homens que abdicam do papel de provedores e assumem trabalhos não remunerados; homens que são referência afetiva única de filhos; homens que abominam signos historicamente associados às expressões de masculinidade.

Faz-se necessário, outrossim, nesse contexto, ratificar o enfoque desta dissertação no recorte etimológico de gênero para além da perspectiva de sexo. Entende-se, dessa forma, o sexo como sendo uma é uma categoria biológica que se refere às características físicas e fisiológicas das pessoas, como cromossomos, órgãos sexuais e hormônios. Tradicionalmente, o sexo tem sido dividido em duas categorias binárias: masculino e feminino. No entanto, é importante observar que a realidade é mais complexa, e existem variações intersexuais que não se encaixam facilmente nessa divisão binária (Lindsey, 2015).

Por outro lado, nesse trabalho, aproxima-se a masculinidade, majoritariamente, da categoria “gênero”, uma vez que este último pode ser entendido como uma construção social e cultural que abrange expectativas, normas, comportamentos e identidades associadas a ser homem ou mulher. O gênero, aqui, assim com em diversos trabalhos acadêmicos, é aprendido e internalizado por meio da socialização e pode variar significativamente entre diferentes culturas e

sociedades. O gênero não é determinado exclusivamente pela biologia e pode ser fluído, ou seja, algumas pessoas podem se identificar com gêneros que não correspondem ao seu sexo atribuído ao nascimento (Lindsey, 2015).

Quando cito, portanto, masculino e feminino como categorias, as enquadro, predominantemente na perspectiva de gênero, ainda que possa pontuar questões relacionadas ao sexo e/ou à sexualidade.

A observância desses conceitos, categorias e contexto histórico amplia as possibilidades de uma política integral e equitativa no contexto da saúde do homem. No entanto, as potencialidades trazem, também, necessidades e compromissos epistemológicos que precisam ir além de um discurso introdutório. Se qualquer sentido atrelado à masculinidade enquanto gênero for esquecido, corre-se risco de fragmentar, ao invés de integrar. Outro perigo é de, ao analisar o comportamento de um dito “homem hegemônico” objetivando buscar razões para sua infrequência aos serviços de saúde, esteja-se beneficiando um tipo homem que, histórica e socialmente, carrega privilégios em seu padrão de comportamento e, conseqüentemente, marginalizando e/ou discriminando outras formas de expressão do ser masculino.

Com base nesses aspectos e buscando uma melhor compreensão de todos esses no contexto da PNAISH, este trabalho propõe-se a responder a seguinte questão central:

A abordagem dos cinco eixos temáticos da política nacional de atenção integral à saúde do homem, da forma como é realizada em termos de linguagem, conteúdo e perspectiva, é fiel aos princípios doutrinários da integralidade e da equidade que regem o Sistema Único de Saúde?

Com esse problema de pesquisa busca-se entender se existe, na perspectiva de uma Política ampliada e integral à saúde do homem, um alinhamento necessário desta com dois daqueles que são princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

3 JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DO TEMA

3.1 Privilégio histórico *versus* morbimortalidade maior

Existe um paradoxo já amplamente estudado acerca dos indicadores de saúde do homem: mesmo sendo ele, enquanto gênero, um privilegiado histórico, detentor de maior poder que mulheres, as taxas de morbimortalidade no espaço masculino habitualmente são maiores do que as vistas no escopo feminino, dentro de uma perspectiva binária (Courtenay, 2000; Gomes, 2011).

Entre outras ideias vinculadas a esse paradoxo, houve um impulsionamento, desde a década de 1990, para a focalização do homem não apenas como organismo do sexo masculino no estudo do campo da saúde, mas também, considerando-o em sua singularidade como sujeito social no processo de saúde-doença, baseando numa perspectiva relacional de gênero (Courtenay, 2000; Schraiber, 2005).

Mckinlay, através de uma ampla revisão, concebeu cinco hipóteses explicativas para as diferenças de morbimortalidades associadas ao paradoxo citado: 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; tipos de cuidados de profissionais de saúde voltados para homens (Mckinlay, 2005).

Além dessas hipóteses, uma outra revisão, realizada por Gomes, em 2006, 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 (Gomes, 2006).

A existência de uma política pública voltada para a saúde do homem - a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - lançada oficialmente em 2009, foi mais um marco de um contínuo de incorporação da categoria gênero no campo da saúde [depois do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004], trazendo novas dimensões para melhor compreensão dos eventos da vida de mulheres e homens em busca da ampliação da autonomia. O processo político e acadêmico que viabilizou o desenvolvimento da perspectiva de gênero no escopo das políticas públicas imbrica-se num contexto histórico, político e cultural que permeia a redemocratização do país e da reestruturação do sistema de saúde brasileiro (Vilella *et al.*, 2009). Numa esfera mais ampla de influências históricas para esse olhar das políticas sociais para o gênero, não se pode deixar de pontuar a participação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPS), através de uma intencional institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde. Aquino, no entanto, alerta que a generalização advinda desse novo enfoque tem levado, frequentemente, ao esvaziamento do poder heurístico do conceito de gênero, ao reduzi-lo à descrição das diferenças entre homens e mulheres em mera substituição ao sexo (Aquino, 2006).

3.2 Políticas de Saúde do homem e a necessidade de uma perspectiva mais plural para os sentidos de masculinidade

Ademais, ter uma política voltada para a saúde do homem não, necessariamente, garante um cuidado integral e equitativa que considere todos os sentidos de masculinidade presentes em uma sociedade. A depender do contexto em que é escrita, dos atores envolvidos e das intencionalidades de que às concebe, pode-se, facilmente, dar vazão a uma visão do homem com um único sentido de

masculinidade, tendendo a reproduzir a essencialização do masculino hegemônico, sem reconhecimento de homens com *habitus* (termo cunhado na concepção de Pierre Bourdieu) distintos, que apesar do reconhecido privilégio histórico que carregam, são capazes de renunciar a parte desses em meio a construção de suas reflexões e próprias intencionalidades e ações (Bourdieu, 1974).

A dispensável observância da pluralidade nos diversos sentidos atrelados à masculinidade pode ser vista em exemplos que, embora reconheçam as diversidades ligadas a esse gênero, não as consideram, efetivamente, em seus planos de ação, como nas Políticas de saúde do homem de países como Austrália e Irlanda (Richardson, 2011; 2009).

No entanto, uma vez que as políticas de atenção à saúde do homem são escassas em suas análises mais profundas, que levem em contato os processos de suas constituições e, ainda mais restritas, aquelas quanto a análise de suas implantações. Para a política brasileira, destacam-se as reflexões de Carrara *et al.* e Medrado *et al.*, além de uma pesquisa que avaliou os resultados de implantação do primeiro ano da PNAISH (Carrara, 2009; Gomes *et al.*, 2012; Medrado, 2011).

3.3 A Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem e os princípios da Equidade e Integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Diante disso, é de suma relevância acadêmica analisar se, em termos de linguagem e conteúdo, há, por parte da Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem (PNAISH), um cumprimento de princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde como Integralidade e Equidade, nitidamente ligados há uma amplitude de reconhecimento e legitimação da pluralidade masculina, ou se essa política, de fato, reforça a unicidade do ser masculino. Cabe destacar que toda essa análise pretende levar em conta o recorte temporal da época em que a PNAISH foi promulgada e o quanto suas propostas são transponíveis aos desafios impostos ao conceito de masculinidade nos últimos 15 anos.

Um possível e válido questionamento aqui é do porquê não ter havido envolvimento do princípio da Universalidade neste trabalho, dado que este é, também, um princípio doutrinário do SUS. Para uma melhor compreensão das razões que envolvem a dispensação do princípio da Universalidade no corpo da análise deste trabalho, faz necessário um melhor entendimento do que a mesma representa para o Sistema Único de Saúde.

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 está expresso o seguinte:

“ (...) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 63) (...)”.

Dessa forma, tal artigo expressa que todos os brasileiros tem direito à atenção à saúde, cabendo ao Estado a garantia do mesmo. Em função disso, o princípio da Universalidade, assim como os demais princípios, relaciona-se intimamente com a ideia de um conceito ampliado de saúde, conforme exposto da definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS):

“(...) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 4) (...)”

Assim, a Universalidade expressa na Constituição Cidadã de 1988, é princípio básico, inquestionável e indissociável de qualquer política pública de saúde no Brasil. Parte-se do direito básico à saúde para a confecção de todas as políticas de saúde vigentes. Um SUS universal garante, em última instância, o direito à vida e

ao acesso igualitário, sem diferenciação entre raças, religiões, sexo, gênero, ou qualquer forma de discriminação do cidadão brasileiro.

Partindo-se desse entendimento e da consideração de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é documento oficial e validado, não haveria razão para questionamentos a respeito de uma política que, somente por existir, já consolida o princípio da Universalidade, na medida em que garante o direito do homem, tanto enquanto sexo, quanto em relação ao gênero, a usufruir do Sistema Único de Saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a PNAISH à luz dos princípios doutrinários da Integralidade e da Equidade do Sistema Único de Saúde.

4.2 Objetivo Específico

- a) Compreender a qual integralidade se refere tal Política quando direciona sua atenção a saúde do homem;
- b) Identificar quais as acepções de masculinidade são contempladas pelo conteúdo desta política;
- c) Fornecer, com base nos achados da pesquisa, informações mais complexas e precisas a respeito das melhores formas de atingimento do objetivo geral proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

5 MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica do SUS, pode ser vista como a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Ainda na Lei 8.080, os artigos segundo e terceiro das disposições gerais reafirmam o direito de todos à saúde, admitindo a existência dos fatores sociais determinantes e condicionantes da saúde, explicitando que os níveis de saúde expressam a organização econômica e social do país e inclui, como relacionadas com a saúde, todas as ações e medidas que interferem nestes fatores.

A equidade e a integralidade são dois dos dos princípios fundamentais e direcionadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Parte-se deles, uma vez que estão fortemente filiados às bases das políticas públicas de saúde, para uma análise do conteúdo presente na PNAISH.

Na legislação brasileira, a integralidade é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema (Brasil, 1990a). O curioso é que esta integralidade não está expressa de forma suntuosa ou rebuscada de explicações, mas através do seguinte anotação simplificada: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). Apesar disso, a aparente clareza esconde um oceano de sentidos e possibilidades. Para Mattos *et al.* (2006) , ela é, por exemplo, uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos *et al.*, 2006).

Equidade, por sua vez, é descrita, algumas vezes, como “igualdade de assistência” (item VII, art. 7º da lei 8.080). No entanto, a conformação de um sistema de saúde equânime pode se modificar muito, dependendo do sentido que se possa dar para equidade. Para autores como Duarte (2000), o grau de equidade de um sistema de saúde é, também, determinado por vários fatores; entre os mais importantes, a forma de distribuição de recursos financeiros (Duarte, 2000).

Segundo Turner (1986), quatro tipos diferentes de equidade podem ser desprendidos de um mesmo eixo axiológico: ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados. A equidade ontológica se refere à igualdade fundamental entre as pessoas. Variadas abordagens religiosas de igualdade perante Deus, passando pela abordagem marxista – para a qual a natureza do ser humano é forjada por sua “práxis” livre e transformadora, a qual busca um domínio cada vez maior sobre a natureza e maior comunicação, autonomia e consciência – até as perspectivas “relativistas” modernas, de que a natureza humana é específica de certas culturas e sistemas sociais. O segundo tipo, diz respeito à equidade de oportunidade de se alcançar os objetivos almejados. Esta concepção, herança das revoluções francesa e americana, está na base da teoria social da meritocracia, sendo uma característica da doutrina política do liberalismo clássico, que considera ser possível uma mobilidade social perfeita, a partir da igualdade de oportunidades. Uma vez garantida a universalidade dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, todos têm, independente de sua origem, as mesmas oportunidades de alcançar as mais altas posições individuais. Assim, de acordo com esta concepção, as posições na estrutura ocupacional da sociedade são preenchidas apenas pelo mérito pessoal, a partir da igualdade de oportunidades para o ingresso nas instituições sociais (Duarte, 2000).

De maneira vista como apropriada por Duarte (2000), Turner resgata que a igualdade de oportunidade é praticamente inseparável da noção de equidade de condições. Para haver, de fato, oportunidades iguais para todos os membros da sociedade, a equidade precisa ser observada também no “ponto de partida”: apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas “em igualdade” para competir com base em habilidades e méritos individuais. Esta é, sem dúvida, uma concepção mais completa e complexa, que possibilita a inclusão de aspectos estruturais na determinação do grau de mobilidade das diferentes classes sociais (Duarte, 2000).

Finalmente, o quarto tipo é a equidade dos efeitos ou resultados. Nele, a legislação e outras medidas políticas procuram compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais. Mecanismos de discriminação positiva

precisam operar em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, assegurando a equidade nos resultados (Duarte, 2000).

A partir da lei 8080 e do conteúdo constitucional que a embasa pode-se perceber, facilmente, que a legislação sanitária brasileira atual é avançada no conceito de equidade que incorpora, pelo menos no que se refere a dois eixos: o acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições). Além disso, a articulação de ações capazes de reduzir riscos de doenças e de outros agravos e a garantia de promoção, proteção e recuperação, num mesmo escopo, fortalece e embasa o pilar da Integralidade do cuidado. Assim, embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância dessa política para além da universalidade, garantindo a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos.

No contexto da construção do SUS, de seus princípios e das suas diretrizes, várias políticas de saúde acabaram sendo estruturadas, buscando, antes de mais nada, um atingimento das garantias fundamentais de equidade e integralidade no cuidado, tanto individual, quanto coletivo. Nessa perspectiva, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de 2008, visava, já na sua fundação, qualificar a saúde da população masculina através de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção exposta nos princípios II e III da Lei 8080 e as equidades de oportunidades e condições também embasadas no arcabouço normativo básico do SUS. Elaborada em 2008, a PNAISH teve seu lançamento oficial pelo Ministério da Saúde em 28 de agosto de 2009, em Brasília, com a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Ao propor o cuidado integral de homens entre 20 a 59 anos através de uma política, acabou, também, sendo a primeira política de saúde da América Latina direcionada ao gênero masculino. Com a finalidade de incentivar a participação do homem nos espaços e na promoção do cuidado em saúde, procurava interpelar os homens pela via da paternidade, investindo em orientações de cuidado, proteção e responsabilização dos indivíduos consigo, com a família e com os/as filhos/as.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento do método: Uma pesquisa documental

O método, procurando ser um caminho ou meio seguro de apreensão da realidade, requer o emprego do pensamento crítico para que o pesquisador possa desvendar o que não é compreensível às sensações e percepções mais superficiais, garantindo cientificidade às conexões entre teorias e empirias que se pretende fazer.

Uma vez que o objeto desta pesquisa consiste em um documento estruturado e validado como uma política pública de saúde, com abrangência nacional, a adoção do método foi focalizada em um procedimento que permitisse uma análise e interpretação de dados de segunda mão, ou seja, considerando a natureza documental de um objeto que já possui algum tratamento analítico, ainda que não muito aprofundado. Por isso, o método adotado nesta pesquisa foi o documental, mediante o qual se tornou possível apreender a proposta crítica e elucidativa dos objetivos desenhados neste trabalho, sem desconectar-se dos documentos que o embasam.

Ainda que a pesquisa documental tenha seus próprios atributos e fundamentos, há, quase sempre, uma convergência para ampliar a compreensão de fenômenos específicos, criando novas percepções, produzindo conhecimento e/ou desvelando as formas de produção destes (Sá-Silva; Almeida e Guindani, 2009). Imergir num dado documento, procurando captar o fenômeno a partir das perspectivas nele contidas é parte do que se busca enquanto investigador desse processo.

Há uma premissa importante ao se optar por pesquisas documentais: o exame realizado deverá voltar-se para materiais que não foram produto de análises ou que, ainda que tenham sido, necessitam ser reexaminados numa perspectiva de novas interpretações e/ou informações complementares (Guba e Lincoln, 1981).

No caso específico desta dissertação e do objeto proposto, como já exposto, apesar de algum grau de análise já estar presente em repositórios de trabalhos acadêmicos diversos, não se encontrou nenhum tipo de aproximação da PNAISH com os princípios doutrinários do SUS, como é almejado nesse trabalho. Ainda em relação a esse ponto, dadas as inúmeras possibilidades semânticas que poderão envolver a análise de categorias aqui citadas, tais como: Integralidade, Equidade, Masculinidade, Masculinidade Hegemônica e Contemporaneidade; optou-se por uma busca de novas interpretações do conteúdo presente na política e suas filiações epistemológicas, além das óbvias intencionalidades atreladas a sua concepção.

É importante destacar, outrossim, a consolidada filiação epistemológica do pesquisador que conduziu esse trabalho, dado que a percepção interpretativa foi, naturalmente, tensionada por suas convicções no decurso da análise. A observância rigorosa e inexorável dos preceitos investigativos que envolvem o método escolhido não tornam a análise, portanto, como produto asséptico, impessoal e imparcial. O autor deste trabalho compreende que toda e qualquer construção analítica transborda intencionalidades, ainda que imersas em linguagem e símbolos não, necessariamente, explícitos.

Um outro ponto introdutório para a melhor compreensão da metodologia escolhida neste estudo é a aproximação etimológica dada à palavra documento. A origem aqui buscada vem da palavra latina “*documentum*”, a qual pode ser compreendida como aquilo que ensina, que possa servir de exemplo (Rondinelli, 2011). Ainda que isso possa parecer suficientemente inteligível, esconde diversos sentidos. Para Cellard (2008) o termo documento pode estar ligado à ideia de prova, ou seja, um instrumento escrito que faz fé daquilo que atesta. Esse mesmo autor afirma o seguinte:

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas

épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (Cellard, 2008: 295).

Ademais, o próprio autor traz o seguinte complemento:

[...] pode tratar-se de textos escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, elementos folclóricos (Cellard, 2008: 297).

Já a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2002, p. 2) define o termo documento como sendo “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova”.

Assim como foi dito em relação a existência de uma intencionalidade na análise de conteúdo que advirá desse estudo, há que se entender o documento desse estudo como sendo dotado de suas próprias intenções. Todo e qualquer documento precisa ser compreendido como um “meio de comunicação”, tendo, inclusive, um público-alvo com o qual se pretende estabelecer essa troca. Não se deve, portanto, perceber o conteúdo documental como sendo um “contêiner de informações”, mas sim como um instrumento de contextualização das informações contidas, ou seja, como um “dispositivo comunicativo metodologicamente desenvolvido na produção de versões sobre eventos” (Flick, 2009: 234).

Ainda, em relação a melhor caracterização da pesquisa documental, é importante diferenciá-la de uma pesquisa bibliográfica. Nesse estudo utilizou-se uma vasta etapa de busca bibliográfica para amparo da análise de conteúdo, no entanto, apenas isso, não fez dessa pesquisa o que se pode definir como bibliográfica. O que, de fato, distancia esse estudo da referida tipologia metodológica diz respeito ao fato de que documento base, ou seja, a PNAISH, em sua versão de domínio público, não recebeu nenhum tratamento analítico e é,

portanto, uma fonte primária para a pesquisa. Dito isso, é coerente enquadrá-la, portanto, como uma pesquisa documental.

Não houve, para essa pesquisa, a solicitação de documentos adicionais, utilizando-se apenas aqueles que já são de domínio público. Optou-se por esse delineamento dada a intenção do pesquisador de evitar qualquer tipo de tratamento analítico que, como já dito, poderia incorrer em mudança de tipologia metodológica e, ademais, inviabilizar uma análise mais homogênea e coerente do documento como um todo, visto que pareceres relacionados poderiam inviabilizar, até mesmo, a correta análise de possíveis fragilidades e potencialidades do documento base, tornando-se muito mais artefatos do que suportes ao estudo.

Como já dito, para a reflexão que embasa a análise de conteúdo, buscou-se inúmeras aproximações documentais com o intuito de responder ao problema proposto e garantir o atingimento dos objetivos propostos. Estas aproximações serviram de arcabouço teórico para a fundamentação que se propôs. Para isso, entre outras referências, utilizou-se frequentemente, a seção II do texto constitucional de 1988, sob denominação “Da Saúde”, abrangendo os artigos 196, 197, 198, 199 e 200; Além das Leis Orgânicas do SUS 8080 e 8142 de 1990. Com tais textos, também documentais (constitucionais e as Leis Orgânicas citadas), além de uma evidente transversalidade, estabeleceu-se uma análise de caráter normativo, procurando validar ou não a consistência desta política com os princípios que embasam qualquer política pública de saúde do Brasil.

Ademais, para a construção do *corpus* de análise, ou seja, para a melhor definição de documentos que pudessem estabelecer conexão com o texto do objeto, considerou-se as referências fornecidas pelo próprio documento. Assim, criou-se uma possível intertextualidade com alto potencial para aprofundamento das reflexões ligadas ao conteúdo, ampliando a contextualização do texto base.

Nesse aspecto da contextualização, cabe lembrar que, como um preceito da pesquisa documental, é importante não focar apenas no conteúdo, mas também no que o envolve (Flick, 2009). A utilização e a função do documento, uma vez que este é meio de comunicação entre o fenômeno e o seu público-alvo, precisa ser percebidas como parte específica de um contexto nem sempre tão óbvio. Além disso, o documento foi escolhido em função de um problema que não foi, por sua

vez, elencado aleatoriamente. A PNAISH cumpriu, portanto, a sua função de objeto de estudo e conferiu apoio teórico para o atingimento dos objetivos e, também, de base para as hipóteses trabalhadas.

A escolha do documento base cumpriu, outrossim, algumas etapas preliminares fundamentais para a sua validade como objetivo desse tipo de pesquisa (Scott, 1990, citado por Flick, 2009): autenticidade (é genuíno e inquestionável quanto à origem); credibilidade ou exatidão (sem distorções e erros maiores); representatividade (adequado ao seu tipo) e significação (é compreensível).

6.2 Análise de conteúdo à luz de Bardin (1979)

A utilização de documentos na pesquisa aproxima a dimensão temporal à compreensão do social. A análise desses, qualitativa ou quantitativa, por sua vez, propicia a percepção da maturação ou da evolução de indivíduos, conceitos, grupos, conhecimentos, mentalidades, comportamentos, práticas, entre outros (Cellard, 2008).

A análise documental pode ser entendida como uma série de operações para estudar e analisar um ou vários documentos, buscando identificar informações factuais nos mesmos; desvelar as circunstâncias sociais, econômicas e ecológicas com as quais podem haver conexões, sem deixar de focar nas questões de interesse do pesquisador. Nessa perspectiva, a etapa inicial deve ser a escolha dos documentos, seguida de uma análise. Assim, seguindo procedimentos metodológicos padronizados, deve-se cumprir algumas etapas analíticas: a caracterização de documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica (Lüdke e André, 1986).

Dado que o ponto de partida para a análise seria a interpretação textual do documento, é importante escolher um método analítico adequado para atingimento dos objetivos propostos e para a manutenção do foco no problema elencado (Flick, 2009; Gil, 2010; Lüdke e André, 1986). Por isso, nesse contexto, o autor deste

trabalho optou por uma análise de conteúdo, seguindo os preceitos elementares que a rege enquanto método, tendo como referência principal, Bardin (1979).

A Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (1979: 31), pode ser vista como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Appolinário (2009: 27) traz, ainda, uma contribuição e complementação ao dito por Bardin (1979):

[...] normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica.

Nessa pesquisa documental, portanto, buscou-se, metodologicamente, analisar o conteúdo das mensagens e seus significados, através de recursos lógicos e devidamente justificados, sem desconsiderar o contexto histórico em que foi confeccionado, e os atores e autores envolvidos nesse processo. Essas considerações contextuais e de autoria foram vistas, neste trabalho, como parte indissociável do objeto de análise. Fica evidente, portanto, que a escolha dessa metodologia de análise não foi aleatória, nem despreendida de intencionalidade, dado que o que se buscou foi uma verificação se haveria ou não uma aproximação de linguagem, mensagem e de conteúdo simbólico da PNAISH com os princípios doutrinários da integralidade e da equidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Seguindo a taxonomia de etapas básicas para a análise documental por meio da análise de conteúdo (Bardin, 1979), expõe-se o cronograma utilizado:

Etapas cumpridas da Análise de Conteúdo
1. Formulação do problema.
2. Elaboração do plano de trabalho.
3. Identificação das fontes.
4. Localização das fontes e obtenção do material.
5. Análise de conteúdo e Interpretação dos dados.
5.1. Pré-análise.
5.2. Exploração do material.
5.3. Tratamento dos resultados.
6. Redação do relatório.
7. Revisão da redação.
8. Defesa da dissertação.

Tabela 1 – Cronograma do Projeto de Pesquisa, de abril a novembro de 2023.

Superada a etapa de pré-análise da pesquisa, a qual já inclui a montagem do *corpus de análise*, a confecção de hipóteses e objetivos, procedeu-se à exploração do material, ampliando a fundamentação teórica já presente nesse projeto, com fundamental categorização que firme a coerência epistemológica aqui contida. Por fim, deu-se seguimento com o tratamento dos resultados, o que inclui a reflexão que

desvelou o conteúdo latente do documento e as suas devidas conexões com os objetivos e a resposta pesquisada do problema proposto.

6.2.1 Estratificação da Análise de Conteúdo

6.2.1.1 Organização

Leitura atenta do documento, com seleção de todas as referências citadas ao longo do documento. Na sequência, ocorreu uma aproximação, para o devido embasamento da análise, de documentos de apoio: a seção II do texto constitucional de 1988, sob denominação “Da Saúde”, abrangendo os artigos 196, 197, 198, 199 e 200; Além das Leis Orgânicas do SUS 8080 e 8142 de 1990. Com tais textos, também documentais (constitucionais e as Leis Orgânicas citadas), além de uma evidente transversalidade, estabelecer-se-á uma análise de caráter normativo, procurando validar ou não a consistência desta política com os princípios que embasam qualquer política pública de saúde do Brasil.

A referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores: Gênero sendo distinguido de sexo, ações particulares para múltiplos sentidos de masculinidade, ampliação do conceito de gênero, referência à masculinidade hegemônica, expressões de cuidado aos múltiplos sentidos de masculinidade. Índices retidos: Homens sendo vinculados à paternidade (relação parental);

6.2.1.2 Codificação das unidades de registro: frequências e pesos

Na identificação das Unidades de Registro no documento busquei pelas categorias Integralidade, Equidade, ou aproximações semânticas. Já na identificação da

Unidade de Contexto no documento busquei pelo contexto no qual estão inseridos as Unidades de Registro.

As unidades foram contadas e categorizadas (as unidades de registro podem ser palavras e frases). Portanto, gênero, masculinidade, feminino, serão unidades que servirão para a categoria integralidade.

6.2.1.3 Categorização e Frequência simples de aparição

Na perspectiva de encontrar a frequência de aparições de cada palavra (unidade de referência) procedeu-se a uma busca simples em todo corpo do texto, seguido de uma contagem do número de vezes que cada uma dessas unidades de referência apareceu. Nesse primeiro momento, não se deu nenhum tipo de peso ou ponderação para as aparições, resultando apenas em um número simples de vezes em que as unidades de referência foram sendo identificadas. As palavras buscadas, como já dito, foram as seguintes (selecionadas a partir da aproximação semântica ou etimológica com as categorias sexo/gênero masculino e amplitude do cuidado):

Categoria	Unidade de referência
<i>Gênero/sexo masculino</i>	Gênero
	Sexo
	Masculino
	Masculina
	Masculinidade
	Paternidade
	Hegemônica
	Homem
	Homens
	<i>Amplitude do cuidado</i>
Integralidade	
Equânime	
Equidade	

Tabela 2 - Categorias finais e unidades de referência consideradas para identificação de frequência de aparições.

A palavra equânime foi elencada a despeito de sua ausência no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, dado que é considerado um adjetivo fundamentalmente relacionado ao substantivo equidade (um dos princípios doutrinários do SUS que se buscou analisar no corpo do texto da política). Ademais, para fins de análise e remissão de aparições que pouco acrescentariam ao estudo, omitiu-se as 29 aparições em que a palavra integral compunha o enunciado da Política (Política Nacional de Atenção **Integral** À Saúde do Homem). Assim, de um total de 58 aparições, restaram apenas 29 sem relação com o título da política.

Nesse primeiro momento, não se deu nenhum tipo de peso ou ponderação para as aparições, resultando apenas em um número simples de vezes em que as unidades de referência foram sendo identificadas. As palavras buscadas, como já dito, foram

as seguintes (selecionadas a partir da aproximação semântica ou etimológica com as categorias sexo/gênero masculino e amplitude do cuidado):

Unidade de referência	Frequência simples
Gênero	12
Sexo	9
Masculino	12
Masculina	46
Masculinidade	12
Paternidade	5
Hegemônica	2
Homem	37
Homens	53
Integral	29
Integralidade	6
Equânime	0
Equidade	3

Tabela 3 - Unidades de referência consideradas e suas frequências simples de aparições.

Esse agrupamento em categoriais semânticas que atendam tanto à relação sexo/gênero masculino, quanto à amplitude da masculinidade tem como maior propósito propiciar a generalização analítica dos resultados aqui obtidos.

6.2.1.4 Pesos distintos para cada Unidade de Referência

Nessa etapa, levou-se em conta a relação da unidade envolvida com o problema de pesquisa e com os objetivos propostos. Além disso, independente da semântica

envolvida (avaliada posteriormente, no recorte das unidades de contexto e no processo de inferência próprio dos resultados), deu-se peso distinto para substantivos e adjetivos. A lógica aqui envolvida foi de que adjetivos apreender um sentido mais estrito ao substantivo que qualifica, enquanto os substantivos levados em conta, apesar de poderem ser específicos, abarcam sentidos mais amplos. Dessa forma, os pesos foram os seguintes:

Unidade de referência	Peso atribuído
Gênero	4
Sexo	4
Masculino	6
Masculina	6
Masculinidade	4
Paternidade	4
Hegemônica	8
Homem	2
Homens	2
Integral	6
Integralidade	4
Equânime	6
Equidade	4

Tabela 4 - Unidades de referência consideradas e seus respectivos pesos atribuídos para o cálculo da frequência ponderada de aparições.

6.2.1.5 Importância de cada unidade de referência e a frequência ponderada de aparição

Após a codificação com os pesos e a contagem das palavras elencadas para a análise de conteúdo, considerou-se a importância de cada unidade de referência

através de um valor numérico resultado do produto entre frequência simples e o peso (frequência ponderada):

Unidade de referência	Frequência simples	Peso	Frequência ponderada
Gênero	12	4	48
Sexo	9	4	36
Masculino	12	6	72
Masculina	46	6	276
Masculinidade	12	4	48
Paternidade	5	4	20
Hegemônica	2	8	16
Homem	37	2	74
Homens	53	2	106
Integral	29	6	174
Integralidade	6	4	24
Equânime	0	6	0
Equidade	3	4	12

Tabela 5 - Unidades de referência consideradas, suas respectivas frequências simples, seus pesos atribuídos e o produto entre esses dois que se chamou de frequência ponderada final (importância de cada palavra na análise de conteúdo proposta).

A observação aqui deve ser feita em relação à unidade “Hegemônica”, que recebeu tratamento distinto já na fase de pré-análise: apesar de pouco frequente, tem grande potencial de apreender unidades de contexto fundamentais para o atingimento dos objetivos de pesquisa.

Dessa forma, levando-se em conta a frequência ponderada obtida, deu-se início ao processo de confecção dos resultados utilizando, inicialmente, as unidades de registro com pontuação maior (multiplicando-se frequência pelo peso). Ademais, além das unidades de registro, deu-se importância ao contexto na qual as mesmas estavam inseridas. Assim, pode-se proceder a uma maior aproximação semântica de cada uma delas.

6.2.1.6 Unidades de Contexto

Para cada unidade de registro elaborada, foi feita uma releitura do contexto ao qual estava inserida. Assim, pode-se desprender unidades de contexto que serviram de insumo potente de análise avaliativa e de contingência posterior. Apesar a amplitude, considerou-se, para esse trabalho, o próprio documento, em sua totalidade, para unidade de contexto, uma vez que não se pode depreender a semânticas das várias unidades de registro já citadas sem analisá-las dentro do corpus de um documento que, por si só, carrega um sentido e/ou uma intencionalidade. Os resultados, por sua vez, foram intensamente suscetíveis às dimensões sintáticas e semânticas dessa unidade de contexto mais ampla.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1 Sentidos da Integralidade na Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem

Levando-se em conta a frequência ponderada obtida, deu-se início ao processo de confecção dos resultados utilizando, inicialmente, as unidades de

registro com pontuação maior (multiplicando-se frequência pelo peso). Ademais, além das unidades de registro, deu-se importância ao contexto na qual as mesmas estavam inseridas. Assim, pode-se proceder a uma maior aproximação semântica de cada uma delas.

Partindo-se da inferência de que a PNAISH, de fato, é uma política Integral no cuidado à saúde do homem, optei, inicialmente, por analisar as 29 aparições da palavra **integral** no corpus da unidade de contexto (neste trabalho, a própria política em sua totalidade textual).

Além da frequência alta de aparição dessa palavra, aqui nesse trabalho transformada em unidade de registro, houve a necessidade de duas etapas de tratamento dessa análise:

Primeiro, foi necessário desconsiderar as vezes em que a palavra Integral aparece fazendo parte da referência à PNAISH que é objeto desse estudo, uma vez que nesse contexto, ela está apenas atrelada ao nome da política referida. As 29 aparições citadas, portanto, foram aquelas em que a palavra **integral** não compõe a denominação da Política em questão.

Assim, por ser uma unidade de referência com elevada frequência simples de aparições e por ter uma aproximação semântica significativo com o princípio da Integralidade, o qual se pretende compreender no corpo da referida política, deu-se um peso elevado ao termo **integral**, tornando-o uma das palavras mais importantes no contexto da análise de conteúdo, como está expresso pela frequência ponderada da seguinte tabela:

Unidade de referência	Frequência simples	Peso	Frequência ponderada
Gênero	12	4	48
Sexo	9	4	36
Masculino	12	6	72
Masculina	46	6	276
Masculinidade	12	4	48
Paternidade	5	4	20
Hegemônica	2	8	16
Homem	37	2	74
Homens	53	2	106
Integral	29	6	174
Integralidade	6	4	24
Equânime	0	6	0
Equidade	3	4	12

Tabela 6 - Unidades de referência consideradas, suas respectivas frequências simples, seus pesos atribuídos e o produto entre esses dois que se chamou de frequência ponderada final (importância de cada palavra na análise de conteúdo proposta). Nesta, destaca-se a unidade de referência integral.

Com o intuito de destacar a semântica envolvendo cada aparição da palavra **integral**, busquei relacionar com os possíveis sentidos da Integralidade presentes na legislação brasileira do SUS. Nessa perspectiva, a análise semântica comparativa foi feita com os seguintes textos: a seção II do texto constitucional de 1988, sob denominação “Da Saúde”, abrangendo os artigos 196, 197, 198, 199 e 200; Além das Leis Orgânicas do SUS 8080 e 8142 de 1990.

Inicialmente, cabe uma observação gramatical: mesmo sendo a unidade de registro **integral** um adjetivo e a unidade de comparação **Integralidade**, um substantivo, o sentido que se busca é aquele que caberia tanto a uma quanto a outra: uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema (Brasil, 1990a). Ademais, atribui-se ao adjetivo **integral** o mesmo sentido de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198) presente no substantivo **integralidade**. Mais uma vez, porém, cabe a limitação desse trabalho em atingir amplamente os diversos sentidos que ainda caberia a mesma (como a ideia de uma bandeira de lutas, já enunciada por Mattos *et al.* (2006) na fundamentação teórica desse trabalho).

A partir disso, desconsiderando-se 29 aparições da palavra **integral** que fazem parte do nome da Política em questão, recortou-se outras 29 aparições dessa mesma para uma tentativa inicial de aproximação semântica. Ambos os trechos são recortes da página nove da respectiva política:

“A idéia central deste documento foi desenvolvida de modo articulado com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.

O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem com o da Mulher.

*Trata-se da perspectiva de **atenção integral** das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres (...)*”

Segundo trecho:

“ Os atores que construíram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos, que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações:

*A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na **atenção integral**, valorizando, fundamentalmente, a*

promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas (...)”

Nos dois trechos recortados, o adjetivo integral qualifica a palavra atenção de forma a garantir que a mesma não se dê apenas no âmbito individual, com nítida extrapolação a uma visão também coletiva. Ademais, demarca-se, nessas duas aparições uma amplitude de ações que, do ponto de vista assistencial, não se restringem à dimensão curativa ou preventiva, mas atingindo a perspectiva de promoção de saúde, com indícios de uma intenção voltada até mesmo para a educação em saúde, quando se busca correlacionar a PNAISH com a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher.

Dessa forma, nessa primeira análise fica demarcada a importante correlação semântica das ideias de integralidade presentes tanto na PNAISH, quanto nos documentos de apoio citados do SUS (a seção II do texto constitucional de 1988, sob denominação “Da Saúde”, abrangendo os artigos 196, 197, 198, 199 e 200; Além das Leis Orgânicas do SUS 8080 e 8142 de 1990).

É nítida, até pela classe gramatical da palavra integral e a sua correlação direta com a palavra atenção, que não se está buscando aqui uma correlação dessa com a integralidade dos sentidos de masculinidade, até mesmo por não ficar claro aqui se está se considerando o homem numa perspectiva de gênero ou de sexo.

No entanto, na página onze da PNAISH surge um trecho que mereceu uma análise não só sobre o sentido dado à palavra **Integralidade**, como, também, à palavra **homem** (mais uma unidade de registro desse trabalho). Aqui, coube também, uma intersecção sobre duas categorias diversas desse trabalho: A **Integralidade**, na perspectiva de uma amplitude de cuidado, e a palavra **homem** caracterizada numa perspectiva de sexo e, também, de gênero:

“(...) Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de

*drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica. A **integralidade** na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação (...)*”

Nesse trecho, couberam duas análises mais densas:

No primeiro parágrafo, há uma correlação biológica entre violência e o sexo masculino. No entanto, logo no segundo parágrafo, quando se buscou estabelecer que a integralidade na atenção à saúde desse homem precisaria, necessariamente, dessencializar a violência e considerar fatores que vulnerabilizariam o homem à condição de protagonista no papel de agressor, há uma ampliação no sentido de masculinidade, atingindo a perspectiva de gênero, para além da ideia de sexo, apenas. Dessa forma, há, também, uma evidente demarcação de que a integralidade aqui referida, mais uma vez no âmbito da atenção, precisa ir além da perspectiva de que os “homens são essencialmente violentos” e considerar possíveis fatores que tornam alguns homens mais propensos a posições agressivas. Dessa forma, demarca-se, ainda que implicitamente, a provável existência de mais de um tipo de homem, mesmo que esse tipo “violento” esteja sendo priorizado nessa política até pelos desfechos considerados.

Para Pereira, Klein e Meyer (2019), na PNAISH, a masculinidade, inicialmente, é expressa como um constructo cultural, produzida por meio de processos de significação e relações de poder. Ou seja, as masculinidades são compreendidas como a pluralidade das formas de ser e viver como homem, admitindo atravessamentos como geração, geografia, raça, orientação sexual e identidade de gênero. Segue um trecho da PNAISH:

A Política [...] deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, sendo a significação da masculinidade um

processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (Brasil, 2009b, p. 6-7)

Buscando tangenciar aspectos da **paternidade e sexualidade**, a PNAISH pretende, aqui, ancorar-se ao princípio doutrinário da integralidade. A inclusão *Paternidade e o Cuidado*, aos eixos prioritários reforça tal constatação. No entanto, uma análise mais aprofundada da política nos permite perceber que muitas das ações propostas apresentam caráter heteronormativo como na abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos. Apesar de o trecho a seguir reforçar aspectos fundamentais e necessários da paternidade, acaba por iniciar e encerrar as possibilidades tanto sexuais, quanto parentais, quando é deixado de se abordar a pluralidade de práticas e expressões masculinas nesses tópicos:

*É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A **paternidade** não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (Brasil, 2009b, p. 16).*

Ficam de fora, portanto, homens (cis ou trans) que vivem aos pares e que decidem pela paternidade, por exemplo. Ademais, estão excluídas outras conformações familiares possíveis e, até mesmo, os ditos pais solos, que decidem por ou são levados a serem os únicos vínculos parentais primários de seus filhos. Quais suas responsabilidades afetivas e/ou legais dessa gama plural de homens?

No decurso do mesmo capítulo, continua-se a abordagem do direito reprodutivo e sexual elencando-se apenas aspectos da paternidade heteronormativa e, pincelando-se o direito sexual do homem idoso.

Desse modo, há uma demarcação ambivalente. Ao mesmo tempo em que se pretende ser integral, nas ações, a PNAISH volta-se para um “recorte de homem”, trazendo uma ambivalência para a amplitude dessa integralidade.

7.2 Dimensões da Equidade na Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem

No sentido de tentar refutar essa hipótese (de que a PNAISH restringe-se a um tipo específico de homem), volta-se às unidades de referência da categoria de amplitude do cuidado. Selecionando-se o princípio da **equidade**, constata-se três aparições. Uma vez que tal unidade de referência é idêntica, ao menos na dimensão denotativa, ao princípio doutrinário da equidade que se propôs identificar na Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem, conferiu-se peso significativo à mesma. Esse, no entanto, não foi maior dada a classe gramatical que representa (substantivos receberam peso inferior dada a inferência de que teriam maior amplitude semântica do que adjetivos). A tabela a seguir destaca a frequência de aparições da palavra equidade, além de seu peso e a frequência ponderada conferida:

Unidade de referência	Frequência simples	Peso	Frequência ponderada
Gênero	12	4	48
Sexo	9	4	36
Masculino	12	6	72
Masculina	46	6	276
Masculinidade	12	4	48
Paternidade	5	4	20
Hegemônica	2	8	16
Homem	37	2	74
Homens	53	2	106
Integral	29	6	174
Integralidade	6	4	24
Equânime	0	6	0
Equidade	3	4	12

Tabela 7 - Unidades de referência consideradas, suas respectivas frequências simples, seus pesos atribuídos e o produto entre esses dois que se chamou de frequência ponderada final (importância de cada palavra na análise de conteúdo proposta). Nesta, destaca-se a unidade de referência equidade.

Apesar de uma importância menor, a relação direta da unidade de referência **equidade** com o objetivo do trabalho a colocou numa posição de destaque nesse estudo. A unidade de referência equânime, como já dito, apesar de direcionar a sentidos mais precisos, até pela classe gramatical que encerra, surpreendentemente, não foi identificada no corpo da política.

Partindo-se para as unidades de contexto onde as três aparições da palavra equidade estão inseridas, destacou-se o seguinte trecho para análise de conteúdo:

“(...) A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do

feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres.

*Essa consideração é fundamental para a promoção da **equidade** na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não **hegemônicas** (...)*”

Considerando os quatro tipos de equidade já citados e enunciados por Turner (1986), aquela que se pretende atingir aqui parece ser a mais ampla possível, saindo da ontologia, quando se considera diferenças de idade orientações sexuais e identidades de gênero, passando pela equidade de oportunidade, quando se considera as condições socioeconômicas e de alocação territorial, pela de condições quando pontua as deficiências físicas e/ou mentais, até a de resultados quando direciona um olhar aos homens de situação carcerária e às diferenças étnicos raciais.

O reforço para esse foco na equidade e na integralidade enquanto princípios que sustentam a PNAISH demarca-se, principalmente, na anunciação de ambos princípios como âncoras das virtudes da mesma. O trecho a seguir reforço tal constatação e está presente na página 28 da mesma política, no capítulo 6 – Princípios:

*“(...) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com **integralidade e equidade**, primando pela humanização da atenção (...)*”.

A última das três aparições da unidade de referência recortada pela palavra equidade dá-se na página 32, quando se anunciam os objetivos específicos da PNAISH:

“(...) promover a 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 (...)”

Nesse trecho, reforça-se a ideia de promoção de uma saúde equitativa em termos de assistência.

7.3 A referência à masculinidade hegemônica e as consequências desse enfoque

Após a análise que explicita integralidade e equidade num sentido mais assistencial, deu-se uma atenção especial às unidades de referência relacionadas ao gênero e ao sexo. A palavra **homem** foi identificada sessenta e cinco vezes no corpo do texto da Política. No entanto, assim como aconteceu com a unidade de referência **integral**, por diversas vezes essa aparição estava relacionada ao nome da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Dessa forma, omitindo-se as vezes que a mesma estava atrelada ao nome da Política e, também, a alguma referência bibliográfica, restaram trinta e sete aparições.

No entanto, mais frequente que a unidade de referência **homem**, a referência ao seu plural, **homens**, outrossim, precisou ser considerada. Dessa forma, e com os seguintes pesos, se somadas, as frequências ponderadas de homem e homens superaram, até mesmo, a unidade integral em valor numérico, conforme explícito na tabela a seguir:

Unidade de referência	Frequência simples	Peso	Frequência ponderada
Gênero	12	4	48
Sexo	9	4	36
Masculino	12	6	72
Masculina	46	6	276
Masculinidade	12	4	48
Paternidade	5	4	20
Hegemônica	2	8	16
Homem	37	2	74
Homens	53	2	106
Integral	29	6	174
Integralidade	6	4	24
Equânime	0	6	0
Equidade	3	4	12

Tabela 8 - Unidades de referência consideradas, suas respectivas frequências simples, seus pesos atribuídos e o produto entre esses dois que se chamou de frequência ponderada final (importância de cada palavra na análise de conteúdo proposta). Nesta, destaca-se as unidades de referência homem e homens.

Ainda em termos de resultados, destaca-se o fato de os pesos das unidades **homem e homens** terem sido inferiores aos demais. Tal atribuição deu-se tamanha as possibilidades semânticas que tal palavras podem encerrar no campo do gênero e da sexualidade, a depender da adjetivação que recebe.

A unidade de referência **masculinidade**, por sua vez, tanto pôde ser identificada de forma isolada, enquanto substantivo, quanto adjetivada. Quando nesta última condição, foi expressa, em grande parte, com a qualificação **hegemônica** atrelada. As palavras **masculino** e **masculina**, da mesma forma, apresentaram frequência elevada de aparições, além de apresentarem peso maior em função da classe gramatical que pertencem. A seguir, a tabela trazendo a frequência simples, os pesos e a frequência ponderada dessas quatro últimas unidades de referência em destaque:

Unidade de referência	Frequência simples	Peso	Frequência ponderada
Gênero	12	4	48
Sexo	9	4	36
Masculino	12	6	72
Masculina	46	6	276
Masculinidade	12	4	48
Paternidade	5	4	20
Hegemônica	2	8	16
Homem	37	2	74
Homens	53	2	106
Integral	29	6	174
Integralidade	6	4	24
Equânime	0	6	0
Equidade	3	4	12

Tabela 9 - Unidades de referência consideradas, suas respectivas frequências simples, seus pesos atribuídos e o produto entre esses dois que se chamou de frequência ponderada final (importância de cada palavra na análise de conteúdo proposta). Nesta, destaca-se as unidades de referência masculino, masculina, masculinidade e hegemônica.

Partindo-se para a análise e a discussão dessas aparições, procurou-se entender se a multiplicidades das formas de masculinidade poderiam estar expressas atreladas a outras unidades de referência e contexto. Dois trechos que foram úteis para dimensionar até onde poderia ir esse olhar ampliado. No primeiro, na página 5, enunciam-se algumas razões para a não adesão às medidas de atenção integral:

*“(...) Os **homens** têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.*

*Uma questão apontada pelos **homens** para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos*

*serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação **masculina** a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao **homem** de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (...)*”

No segundo, traz-se o objetivo geral da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, presente na página 31 da PNAISH:

*“(...) 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 (...)*”.

Relacionando-se ambos os trechos, percebe-se que objetivo geral da PNAISH volta-se para uma ampliação de acesso de um tipo de homem não aderente. No entanto, a não adesão nitidamente é correlacionada a um tipo de **homem hegemônico**. A unidade de referência, masculinidade hegemônica, aliás, demarca-se em duas aparições diretas na PNAISH. A primeira aparição, deu-se na seguinte unidade de contexto, parágrafo esse da página seis:

*“ (...) Ainda que o conceito de **masculinidade** venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang,2001), a concepção ainda prevalente de uma **masculinidade hegemônica** é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar*

por este papel (Hardy e Jimenez, 2000; Lyra-da-Fonseca et al., 2003; Medrado et al., 2005; Tellería, 2003; Welzer-Lang, 2004) (...)”.

Aqui, para efeito de análise, optou-se por recortar o termo masculinidade hegemônica e partir para uma análise primeiro do substantivo masculinidade e, depois, uma análise conjunta deste substantivo com a sua adjetivação “hegemônica”.

Começando pela unidade de referência masculinidade, cabem algumas considerações sobre a sua utilização e a sua importância para as pesquisas sociais. Os estudos sobre masculinidade ganharam força e importância a partir dos anos 1990, impulsionados pela crítica feminista dos 40 anos que os antecederam e, também, pela experiência de violências direcionadas aos homens homossexuais, promovidas por homens ditos heterossexuais (Batista, 2017; Bottom, 2007; Connell, 2013; Lyra, 2014). A base desses estudos dizia respeito à contestação da natureza essencialista dos comportamentos ditos masculinos e femininos, tanto em relação ao sexo, quanto ao gênero, trazendo à tona as suas construções institucionais, resultante de discursos e práticas (Salih, 2012).

No escopo das políticas públicas latino-americanas, em especial, estudos envolvendo masculinidades ganharam mais espaço nos últimos 20 anos, dada a maior importância dada às políticas envolvendo a díade mulher-mãe nos anos anteriores. A histórica relação do ato de cuidar como sendo intrínseco ao ser feminino garantiu esse olhar privilegiado, ao menos no contexto acadêmico, para a díade citada (Rohden, 2002; Warmling et al, 2018). Paradoxalmente, essa priorização fala muito mais sobre o reforço de práticas que subjugam a mulher às diretrizes do patriarcado, do que realmente a colocam em posição de privilégio ou, a menos, igualdade com os homens. Ratifica-se assim, o histórico roteiro diferenciado para homens no espaço público e mulheres no privado (Klein, 2015; Meyer, 2015).

Por outro lado, a citada emergência de estudos voltados para as masculinidades e a proliferação latinoamericana para as políticas públicas voltadas a esse tema nos últimos anos, expuseram a natureza transmutável das práticas relacionadas ao universo masculino, a depender do contexto social e histórico, assim como a necessidade de um olhar mais amplo para as relações de poder que

fossem além da dicotomia homem/mulher, atingindo a relação homem/homem, na medida em que se passou a reconhecer a heterogeneidade do ser masculino. Dessa forma, dois dos elementos fundamentais para a compreensão dos pilares da construção social de uma masculinidade com sentido amplo e diverso são o sexismo e a homofobia (Kimmel, 1998).

O reconhecimento de que existe um tensionamento na relação homem x homem abre espaço para a percepção de que existem masculinidades em posição de privilégio, enquanto outras são discriminadas (Hirata, 2014; Rabelo, 2013). Dessa forma, o olhar para as masculinidades precisa, necessariamente, contemplar interseccionalidades. Uma maior compreensão dos marcadores sociais diversos atravessando vários tipos de masculinidade, ajudam a mensurar os impactos dessas interseccionalidades na obtenção de direitos e oportunidades. Dessas intersecções necessárias emergem as possíveis razões para privilégios e opressão. No entanto, a intersecção de classe, sexualidade, gênero, por exemplo, com as masculinidades não resulta em mera soma de fatores, mas na criação de contextos absolutamente singulares para cada ser masculino que se assenta sobre esses cruzamentos. As hierarquias advindas desses retalhos de marcadores sociais torna, por mecanismos próprios, invisíveis os privilégios dos favorecidos. De forma semelhante, são invisíveis os processos de formação das masculinidades dominantes, tampouco não se percebe a violência que age sobre homens negros, gays, ou trabalhadores de baixa renda (Oliveira, 1998).

Dessa forma o termo masculinidade, ainda que pareça encerrar uma unidade semântica por vezes, em suma, é dotado de uma amplitude de sentidos e tensões internas das quais muito se precisaria discorrer para uma análise mais factível e capaz de reproduzir a realidade nela impressa.

7.4 Legitimando e despriorizando: O reconhecimento retórico das múltiplas masculinidades

Na PNAISH, como já citado, a masculinidade, enquanto unidade de referência, tanto aparece de forma isolada, sem adjetivações, quanto acompanhada do termo “hegemônica” que a restringe e, simultaneamente, qualifica. Quando isolada, a masculinidade, aponta para a multiplicidade semântica que a contemporaneidade aponta-lhe, como no trecho a seguir, já citado, da página seis da Política em questão:

*“ (...) Ainda que o conceito de **masculinidade** venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang, 2001), a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde (...).”*

Nesse recorte, há um claro reconhecimento de que o rigor conceitual deixou de ser unívoco, legitimando a percepção de uma fluidez e heterogeneidade semântica mais atual para o termo masculinidade. Além disso, o recorte a seguir, disposto entre as páginas seis e sete, legitima a ideia de uma masculinidade social e historicamente construída:

*“ (...) A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As **masculinidades** são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres (...).”*

Aqui, além da legitimação da ideia de uma masculinidade transmutável, há uma referência clara à percepção de modelos que direcionam as práticas

masculinas, contestando a concepção essencialista unívoca do universo masculino, com no trecho a seguir, da página dez:

“(...) A reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade, no entanto, desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde (...).”

No entanto, ainda que haja um claro reconhecimento dessa multiplicidade e fluidez relacionada à masculinidade, a PNAISH dá vários sinais de priorização das ações direcionadas a um tipo de homem. Muitas são as evidências para isso. No entanto, para uma melhor compreensão e embasamento desse trecho da presente análise, fez-se necessário utilizar a unidade de referência “masculinidade hegemônica”, na medida em que aproxima a masculinidade, pela própria adjetivação, de um sentido mais restrito e denso em termos de filiação epistemológica.

Muitos autores são críticos em relação ao termo **masculinidade hegemônica**. Nessa dissertação, apesar de se considerar essas críticas como legítimas, optou-se por utilizá-lo, primeiro pela citação direta a esse no corpo do documento o qual se analisou. Segundo, em função da aproximação deste com a base epistemológica que o conteúdo aqui presente se assenta.

Ademais, a escolha da masculinidade hegemônica como unidade de referência, com peso alevado associado deu-se pela sua representação acadêmica deste e sua importante delimitação semântica e de posicionamento, possibilitando uma reflexão sobre o posicionamento feminista diante do patriarcado e dos modelos sociais de gênero.

Uma das críticas cabíveis ao uso do termo masculinidade hegemônica diz respeito à qualificação hegemônica do ser masculino, justamente. O termo hegemonia, de base gramsciana, propõe-se num sentido de estabilização das coisas postas. No entanto, sua origem é muito mais ampla, dado que leva em conta a estabilização das relações de classes inteiras, num contexto de mudanças históricas envolvendo a teoria dos sistemas duais (Eisenstein, 1979). A análise a

partir da teoria dos sistemas duais propunha compreender a sociedade como sendo, a um só tempo, capitalista e patriarcal. Nessa perspectiva, há um forte compromisso com um ideal feminista socialista, buscando construir modelos que fossem sensíveis às questões de gênero dentro do enquadramento marxista e que estabelecessem capitalismo e patriarcado como mecanismos de dominação cruzados, operando na mesma sociedade (Miguel, 2017). Dado isso, a crítica citada assenta-se, principalmente, sobre o fato de que alguns autores que utilizam o termo em questão tendem à ideia de uma hegemonia reduzida a um modelo simples de controle cultural (sem levar em conta a amplitude classista dos sistemas duais). Em boa parte do debate sobre gênero, quando se utiliza o termo masculinidade hegemônica, a mudança histórica em larga escala não está em foco (CONNELL, 2013).



Figura 2 - Debret (1820) - Funcionário público saindo de casa com a família

Nesse trabalho, contudo, filia-se o termo hegemonia ao contexto dos sistemas duais, dado que se entende a operação do patriarcado através de uma base intimamente capitalista. A dominação masculina e a dominação do capital misturam-se e cruzam-se na predominante representação que desempenham, atualmente, nas esferas de Estado e mercado no Brasil.

Não é difícil perceber essa hegemonia dual (patriarcado e capitalismo) sobre a qual se assentam as nossas estruturas de Estado e mercado, quando

vislumbramos que indústria, forças armadas, finanças, universidades e cargos políticos estão, predominantemente em mãos masculinas (MILLETT, 2000 [1969]).

O termo Masculinidade hegemônica, contudo, não foi cunhado nesse mesmo cenário de discussão que envolve os sistemas duais. A concepção desse foi primeiro proposta em relatórios de um trabalho acadêmico que abordava as desigualdades sociais nas escolas australianas (Kessler *et al.*, 1982), em meio a uma discussão sobre a construção das masculinidades (Connell, 1982).

Por isso, nesse contexto, a masculinidade hegemônica precisa ser vista, além da óbvia dominação masculina sobre a representação feminina, com dois mais sentidos básicos: o do reconhecimento, ainda que subjugado, de uma pluralidade das masculinidades, dado que se existe uma masculinidade hegemônica, subentende-se existirem outras ou outra, ao menos; é o da hierarquia entre masculinidades, visto que há uma que domina e subjuga a(s) outra(s).

Para Connell e Messerschmidt (2013), ao longo da história, a masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico; apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser um homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens. Homens que receberam os benefícios do patriarcado sem adotar uma versão forte da dominação masculina podem ser vistos como aqueles que adotaram uma cumplicidade masculina. Foi em relação a esse grupo, e com a complacência dentre as mulheres heterossexuais, que o conceito de hegemonia foi mais eficaz. A hegemonia não significava violência, apesar de poder ser sustentada pela força; significava ascendência alcançada através da cultura, das instituições e da persuasão (Connell; Messerschmidt, 2013).

Voltando, portanto, à aparição do termo masculinidade hegemônica no trecho recortado anteriormente (página seis), tal acontecimento insere-se numa unidade de contexto que precisa ser ampliada para uma melhor compreensão da intencionalidade relacionada a essa citação. Entre as páginas seis e sete da PNAISH, relacionado à unidade de referência citada, faz-se as seguintes considerações:

“ (...) A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

*A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem **deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação.** O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das **mulheres.***

***Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população,** que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas (...).”*

Nesse contexto, a PNAISH demarca uma intenção clara de considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, indo além da masculinidade hegemônica, ainda que esta esteja intimamente relacionada aos maus resultados em termos de acesso masculino aos serviços de saúde.

No último parágrafo do recorte aqui realizado há uma importante correlação desta intenção em ir além da masculinidade hegemônica com o princípio da equidade, reflexão essa, já enunciada no corpo dessa análise. Ratifica-se, portanto, a ideia de que, considerando-se os quatro tipos de equidade já citados e enunciados

por Turner (1986), aquela que se pretende atingir aqui parece ser a mais ampla possível.

Ir além da masculinidade hegemônica, necessariamente, implica em uma abordagem mais plural e inclusiva dos sentidos de masculinidade. Para Pereira, Klein e Meyer (2019), na PNAISH, a masculinidade, inicialmente, é expressa como um constructo cultura, produzida por meio de processos de significação e relações de poder. Ou seja, as masculinidades são compreendidas como a pluralidade das formas de ser e viver como homem, admitindo atravessamentos como geração, geografia, raça, orientação sexual e identidade de gênero. Segue um trecho da PNAISH:

A Política [...] deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (Brasil, 2009b, p. 6-7)

No entanto, um questionamento natural e cabível nesse ponto da análise seria o seguinte: considerando-se os objetivos da própria PNAISH, existe contraponto ao enfoque heteronormativo preponderante no modelo patriarcal e na validação da masculinidade hegemônica?

Para que se pudesse responder a esse questionamento seguiu-se à análise de conteúdo da Política em questão recapitulando os objetivos da mesma, já citados

na introdução desse trabalho: A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios (BRASIL, 2008).

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- **Acesso e Acolhimento:** objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.
- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:** busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.
- **Paternidade e Cuidado:** objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).
- **Doenças prevalentes na população masculina:** busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
- **Prevenção de Violências e Acidentes:** visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

O enfoque na Saúde Sexual e Reprodutiva, além da Parentalidade e Cuidado, em especial, poderiam ser importantes pontos de desfiliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com o caráter heteronormativo de muitas ações voltadas para esses temas já vigentes. No entanto, ao contrário disso, trechos da política, como a seguir, disposto na página dezesseis, acabam por iniciar e encerrar as possibilidades tanto sexuais, quanto parentais, quando são abandonadas as intenções de olhar para a heterogeneidade dos tipos de homens e das conformações de família:

*“(..). É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. **A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.***

Vale ressaltar que os adolescentes e adultos jovens também devem ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos. Importante lembrar que, sua vida sexual e reprodutiva pode estar imersa em preconceitos.

A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado. Os adolescentes e jovens adultos devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde.

*A eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos. **Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável.**(Brasil, 2009b, p. 16)(..).”*

O enfoque, nestes trechos, é, nitidamente, heteronormativo. Apesar do capítulo ser voltado para os direitos sexuais e reprodutivos, ficam de fora homens

(cis ou trans) que vivem aos pares e que decidem pela paternidade, por exemplo. Ademais, estão excluídas outras conformações familiares possíveis e, até mesmo, os ditos pais solos, que decidem por ou são levados a serem os únicos vínculos parentais primários de seus filhos. Não está claro, por exemplo, onde deve ser inseridas as responsabilidades afetivas e/ou legais dessa gama plural de homens.

No contexto reprodutivo que concerne esse ponto, a PNAISH distancia-se da ideia de valorização da heterogeneidade do ser masculino, reforçando o esteriótipo heteronormativo das composições parentais. A homoparentalidade, por exemplo, ideia bastante discutida na contemporaneidade, tampouco é citada nesse importante trecho da PNAISH.

A invisibilidade das diversas conformações parentais, no entanto, não chega a surpreender, dado o contexto de inúmeros desafios ainda enfrentados por quem abdica do modus operandi imposto pela masculinidade hegemônica no contexto das conformações familiares. Autores como Duarte (2009) entendem que a conjugalidade tradicional está em declínio. No entanto, o mesmo autor reforça a ideia de que uma sombra conservadora ainda se faz bastante presente nesse contexto.

Outra autora, Louro (2013) destaca que o gênero “normal” acaba sendo compreendido como tal no contexto de uma família “normal”, sustentada pela heterossexualidade e pelo ato da reprodução. A imposição normativa familiar, com a conformação parental heteronormativa, apesar de questionada, ainda é bastante presente, portanto.

Há uma emergente discussão sobre as homoparentalidades, em especial quando o enfoque diz respeito ao bem-estar da criança em consequência de a mesma ter dois pais ou duas mães (ainda numa lógica binária). A masculinidade hegemônica reforça, por sua vez, a ideia de que uma família com pai homem e mãe mulher garanta o bem-estar e o pleno desenvolvimento da criança. Dessa forma, eventuais contrapontos a essa perspectiva normativa seriam necessariamente prejudiciais (Angonese; Lago, 2018).

Butler (2000) elenca a possível razão para a invisibilidade homoparental, pegando como exemplo a população trans: sendo esta tradicionalmente alocada em zona habitável de convívio social, torna-se simples compreender a ausência do

status de sujeito da mesma e, conseqüentemente, da sua possibilidade de conformação parental. Parentalidades vivenciadas por pessoas trans, dessa forma, são vistas como ininteligíveis, monstruosas, impensáveis e repudiadas (Angonese; Lago, 2018).

Além disso, o direito estatal, em vários aspectos, acaba por legitimar o modo hegemônico com o se organizam as famílias e como são validadas as práticas sexuais (Rios, 2007). Um contraponto a isso surge na ponderação de Carrara (2010), quando expõe decisões legislativas que dão aval a adoção de registros de dois pais ou duas mães nas certidões de nascimentos, transpondo o campo legal e atingindo um impacto simbólico importante de contestação da lógica patriarcal e na organização tradicional dos arranjos familiares.

Zambrano (2006), por sua vez, traz um importante ponto de reflexão a essa questão: Para tal autora, o modelo de pai-mãe-filhos sofre forte influência, ao menos no ocidente, da moral cristã e da heteronormatividade que pressupõe que a união conjugal precisa ter, necessariamente, finalidade voltada à procriação. Dessa forma, a família ocidental contemporânea é vista como uma instituição natural e, por isso, universalizada. A construção, portanto, histórica desse conceito de família nuclear é atravessada por perspectivas históricas, morais e religiosas, como não poderia deixar de ser.

Nenhuma dessas discussões, portanto, é sequer aventada no eixo voltado para direitos sexuais e reprodutivos dos homens, presente na PNAISH. Dessa forma, evidencia-se um importante e ambíguo posicionamento que, ao mesmo tempo que se direciona, inicialmente, para um reconhecimento da heterogeneidade masculina, pouco aborda sobre essa numa das temáticas onde está mais poderia ser aventada e que mais se correlacionaram com a possibilidade de demarcar múltiplas conformações familiares. Para Mello, 2006, por exemplo, é imprescindível que políticas sociais que abordem a temática família considerem a diversidade dos arranjos parentais e conjugais (Mello, 2006). A desconstrução do ideário masculino hegemônico passa, necessariamente, pela superação de arranjos patriarcais que discriminam e oprimem, de forma velada ou não, a diversidade de sentidos para a masculinidade.

Certamente, a filiação da PNAISH com o universo masculino hegemônico fragiliza a intenção equitativa da mesma, na medida em que invisibiliza outras formas de masculinidade, parentalidade e, conseqüente, modelo familiar. Mais uma vez, apenas um tipo de masculinidade parece ser observada e focada: a mesma masculinidade hegemônica já citada, filiada a uma cultura patriarcal, herdeira de uma agenda de práticas e doutrinas direcionadas a uma divisão sexual eternizada, naturalizada e/ou essencialista, *des-historicizando* a violência simbólica e o contexto amplo e complexo que concebeu a dominação masculina (Bourdieu, 1998).

Cabe ressaltar, evidentemente, que a masculinidade hegemônica pode ser entendida como um padrão de práticas (e., coisas feitas, não apenas uma série de expectativas de papéis ou uma identidade) que possibilitam que a dominação dos homens sobre as mulheres continue prevalecendo. Nem sempre com o uso claro da violência. Eventualmente, a mera conformidade com tais padrões e/ou não contestação dos mesmos tornam por reforçá-los.

7.5 Voltando à Integralidade e à Equidade: A transversalidade destes princípios com o eixo temático Acesso e Acolhimento da PNAISH

Um outro eixo temático que pode ser destacado, na perspectiva de uma análise voltada para as unidades de referência equidade e integralidade, diz respeito ao de **Acesso e de Acolhimento**.

Deve-se compreender o acesso como sendo a possibilidade de uso dos serviços de saúde quando necessário, garantindo que o mesmo seja oportuno e resolutivo, na medida do possível. Sendo a Atenção Primária à Saúde, também enunciada como Atenção Básica, o primeiro ponto de contato das pessoas com o Sistema Único de Saúde, é através dela que se garanta a dimensão desse acesso (Henrique, 2008; Travassos, 2006; Starfield, 2002).

O acolhimento, por sua vez, enquanto prática de cuidado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, teve suas bases lançadas pela necessidade de reorientação da atenção à saúde, sendo fundamental fator para a reorganização da

assistência em diversos serviços de saúde, promovendo um necessário remodelamento tecno-assistencial. Assim, tornou-se uma diretriz no âmbito do cuidado, parte indispensável da Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), indo além da recepção de usuários, através do entendimento do mesmo como uma postura ética de todos os encontros entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (Brasil, 2010). Acolher significa humanizar o atendimento (Hennington, 2005). Ademais, consiste num incontestável recurso de apoio à qualificação do SUS, possibilitando, ao usuário, o acesso justo, integral e ampliado, na medida em que reconhece que o acesso consolida-se como um direito humano fundamental (Baraldi; Souto, 2011; Carvalho *et al*, 2008).

Nessa perspectiva, de acesso e acolhimento, a PNAISH reforça tal intenção diante dos próprios objetivos apontados. No que diz respeito ao objetivo principal, citado na página trinta e um, está exposto:

“(...) 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 (...)”.

Em relação ao mesmo eixo temático (acesso e acolhimento), ainda no que diz respeito a objetivos agora específicos, existe ao seguinte citação, também na página trinta e um:

“(...) 8.2.3. Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina:

- incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;*
- estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o auto-cuidado com sua própria saúde;*

- *promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas; e*
- *manter atenção cuidadosa e permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos. (...)*”.

Dessa forma, ao menos na perspectiva de acesso, há, nesses trechos recortados, um enfoque necessário e ampliado a outras formas de masculinidade, garantindo um olhar mais integral, ainda que não necessariamente equitativo, dado que não são citadas proposições que busquem priorizar grupos historicamente marginalizados e/ou subjugados pela masculinidade hegemônica.

No entanto, as ações que precisam ocorrer para que o objetivo principal de ampliação de acesso seja alcançado, claramente, precisam levar em conta o diagnóstico do que está causando a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde.

Como já citado em momento anterior, já na introdução da PNAISH, há um claro estabelecimento de causalidade, através de evidências externas, quando se aponta para o conjunto de práticas do homem hegemônico. O trecho a seguir, das páginas cinco e seis demarcam essa ideia:

“ (...) Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004).

A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade(...)”.

Além desse trecho, segue-se este outro, também da página seis, reforçando o conjunto de práticas filiado à masculinidade hegemônica como uma das razões para os entraves dos acessos de homens aos serviços de saúde:

“ (...) Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (...)”.

Nesse ponto, além do já exposto, há uma alegação laboral, muito atrelada a ideia do patriarcado e das relações de trabalho entre homens e mulheres.

Ademais, há uma alegação ligada ao próprio serviço, expressa no trecho a seguir da página seis:

“(...) Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única

consulta (Gomes et al., 2007; Kalckmann et al., 2005; Schraiber, 2005). (...)”

Apesar de todas as alegações serem justas e, de fato, contempladas por evidências externas, inegavelmente, direcionam-se ao mesmo tipo de homem: aquele que goza dos privilégios da masculinidade hegemônica. Dessa forma, pouco ou quase nada se pontua a respeito das barreiras de acesso que atingem outros tipos de masculinidade e suas interseccionalidades. Caberia, por exemplo, ao homem trans às mesma alegações? E o homem negro, pai solo, teria as mesmas razões para não ir aos serviços de saúde?

Sendo as políticas públicas germinadas no terreno dos distintos gêneros e de suas multiplicidades, o reforço à invisibilidade das pluralidades diante dos processo de saúde-doença pode ser consequência de um escuso enfoque no modelo hegemônico. Analisar rompimentos e continuidades com o contexto histórico que se está inserido permite aprimorar e ampliar a amplitude de políticas públicas (Carrara *et al.*, 2009; Carrara, 2004; Medeiros; Guarecchi, 2009; Warmling *et al.*, 2018). Nesse ponto, o não enfoque às barreiras de acesso que atravessam outros tipos do que é ser homem, precisa ser apontado, na medida em que o próprio apontamento possa vir a ser a propulsão para uma futura PNAISH mais abrangente e inclusiva.

7.6 Os corpos masculinos e violência: análise do conteúdo da PNAISH em relação às interseccionalidades do universo masculino

Se fizermos uma retomada histórica, partindo do homem escravo, na perspectiva de um corpo social masculino, há uma inegável intersecção entre raça e masculinidades. O período colonial e a eugenização posterior reforçam a ideia de disciplinarização sobre alguns corpos masculinos (Connell, 2016; Fuck; Vaz, 2016). Homens brancos ditam as regras, normas e condutas sanitárias que se direcionam a outros corpos (Focault, 1999). Muitas masculinidades e feminilidades vivem à

margem de um enfoque estatal aos seus problemas de saúde. Diversos indicadores de morbimortalidade são maiores para homens negros, por exemplo. No entanto, há pouca materialização de ações que levem em conta essa interseccionalidade (homem negro).

A violência, enquanto um dos principais indicadores de mortalidade masculina, precisaria ser abordada levando-se em conta tanto a integralidade dos sentidos de masculinidade e suas interseccionalidades, como direcionasse ações equitativas para determinados tipos de homens que são tanto agressores quanto vítimas desse processo.

No capítulo direcionado ao diagnóstico de saúde do homem, o tópico violência é, de fato, abordado. Um trecho desse tópico, na página onze, valeu ser recortado e analisado nesse trabalho, na perspectiva de exemplificar o que se está sendo estudado:

“(...) O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005).(...)”

Aqui, há uma clara demarcação de uma vulnerabilidade ambígua: agressores e vítimas no escopo do universo masculino. No entanto, não há, nos trechos que se seguem, qualquer iniciativa de observar a interseccionalidade dos indicadores sociais na definição de qual tipo de homem mais agride e qual tipo é mais vítima.

“(...) A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação (...)”

Nesse trecho da página doze da PNAISH, no mesmo tópico da violência enquanto indicador importante de morbimortalidade, há uma apelação para a necessidade de atenção integral considerando-se uma visão sistêmica sobre o processo de violência. No entanto, mais uma vez, nada é apontado quanto ao fato de homens negros, por exemplo, serem as maiores vítimas.

No Brasil, dados do Mapa da Violência de 2012 (Waiselfisz, 2012) mostram, em números absolutos, o total de homicídios em 2011: 45 617 homens e 4273 mulheres, o que corresponde, respectivamente, a 91% das mortes serem de homens. Dentro desse processo, é frequente a banalização das mortes negras, representantes da maior parte desses homens. Além disso, jovens negro e pobres são estão em maioria nas instituições hospitalares de custódia e nos serviços de atendimento psiquiátricos (Brasil, 2014; Brito, 2013; Lemos *et al.*, 2017).

Dessa forma, o enfoque da PNAISH numa política integral precisaria, necessariamente, considerar “todos esses homens”, com suas intersecções irrefutáveis. Em função disso, a ideia de que o “homem não se cuida” acaba sendo limitante e contraditória com a perspectiva integral que se busca.

7.7 O papel do Estado na perpetuação do ciclo de morbimortalidade masculina

Alguns autores, como Cecílio (1997), relacionam os problemas de acesso e adesão dos homens aos serviços e cuidados de saúde, respectivamente, às fragilidades inerentes à visão da atenção básica de saúde na base de uma pirâmide tecnoassistencial. Segundo o referido autor, reconhecer a real forma de acesso desses homens, estimulando a uma certa subversão desse modelo tecnoassistencial em que a Atenção Básica é a porta de entrada do sistema, ajudaria a compreender melhor os caminhos que lhes são mais acessíveis. (Cecílio, 1997). Se alguns homens acionam o sistema sem usar a porta de entrada, caberia, antes de julgar o comportamento desses homens, compreender melhor a efetividade da atenção básica em captá-los.

Como já citado no início desse trabalho e pela própria PNAISH, pesquisas qualitativas apontam dois principais grupos de causas para a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde: barreiras socioculturais e barreiras institucionais. Muito já se abordou as barreiras socioculturais nesse trabalho, em especial quando se analisou a unidade de referência **masculinidade hegemônica**. No entanto, é preciso reforçar a importância das barreiras institucionais nesse processo, indo além da ideia de que essa barreira estaria relacionada a dificuldades dos serviços de atenção básica em vincular homens aos cuidados e às ações de saúde (Bursztyn, 2008).

Nesse sentido, há uma inevitável necessidade de responsabilização do Estado no reforço a essas barreiras institucionais, para além dos serviços. A estrutura operacional do Estado é capaz, inúmeras vezes, de perpetuar o ciclo de morbimortalidade masculina quando criminaliza a juventude masculina negra e pobre, além do fato de não garantir a saúde do trabalhador, amplificando índices já bastante elevados de processos de adoecimento e acidentes relacionados à condição laboral (Nard; Tittoni; Rammingier, 2005).

Ainda no contexto das barreiras institucionais à adesão dos homens aos cuidados em saúde, sob a regência do Estado, cabe ressaltar que as precárias condições de trabalho e suas inevitáveis consequências no processo de adoecimento masculino reforçam, também, as próprias barreiras socioculturais, na medida em que dão visibilidade ao estigma de incapacidade e/ou improdutividade daqueles homens cúmplices da masculinidade hegemônica (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007). Consequentemente, na visão de Bendassolli (2000), essa intersecção de fatores institucionais e socioculturais criam um círculo vicioso que pode ser equacionado da seguinte forma: corpo inválido = indivíduo sem trabalho = indivíduo inválido.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Possibilidades para uma reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A existência de uma política pública voltada para a saúde do homem - a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - lançada oficialmente em 2009, representou, como já enunciado na introdução desse trabalho, um marco de um contínuo de incorporação da categoria gênero no campo da saúde. A sua simples existência já denota uma intencionalidade transparente em ampliar o olhar especial para o gênero masculino. Além disso, ainda que caibam ressalvas, como as apresentadas nos resultados desse trabalho, não se pode deixar de considerar o objeto deste estudo como sendo produto de um contexto histórico, político e cultural, com manifestações e impressões próprias daquele período.

Diante dos resultados apresentados, compreende-se que a PNAISH, apesar de mobilizadora e vanguardista, no que diz respeito à introdução de uma Política de Saúde voltada para a masculinidade, não é capaz de ampliar o sentido dessas, garantindo um enfoque mais amplo e diverso.

Os resultados foram, portanto, capazes de indicar fragilidade de alinhamento da PNAISH com dois dos princípios doutrinários do SUS: a integralidade e a equidade.

Ainda que enunciada inúmeras vezes, a integralidade parece restringir-se ao escopo assistencial, na medida em que não é, ao longo da Política em questão, capaz de evocar outros sentidos para a masculinidade. Apesar de uma transparente intencionalidade da PNAISH em articular, continuamente, promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, não há, efetivamente, iniciativa ou intenções, ao menos, que fossem capazes de considerar a multiplicidade de homens que não colaboram com padrões heteronormativos e/ou hegemônicos. Nesse sentido, a PNAISH mostra-se distante

da “bandeira de luta” que, na visão de Mattos *et al.* (2006) , a integralidade poderia carregar.

A equidade, no SUS, apresenta-se, ao menos como acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e através de ações sobre os determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições). No entanto, da mesma forma como expresso para a integralidade, é amplamente fragilizada pela insuficiente referência à interseccionalidade e à multiplicidade de sentidos para a masculinidade. Uma maior compreensão dos marcadores sociais diversos atravessando vários tipos de masculinidade, ajudariam a mensurar os impactos dessas interseccionalidades na obtenção de direitos e oportunidades. No entanto, os resultados deste trabalho foram capazes de apontar para uma equidade direcionada a contemplar, em todas as suas possibilidades, apenas um tipo de homem: aquele alinhado com um sentido de masculinidade hegemônica.

O aprofundamento da análise do discurso dos documentos básicos dessa política (PNAISH e Plano de Ação) levanta, paradoxalmente, questões e problematizações importantes, quando parecem, também, fortalecer dois padrões hegemônicos dissonantes da integralidade e da equidade:

1. Expressivo enfoque a concepções heteronormativas de masculinidade, em detrimento da pluralidade das formas de ser e viver como homem;

2. Oferta de cuidados assistenciais que partem de indicadores de morbi mortalidades para elaboração de estratégias de captação e adesão dos homens aos cuidados primários de saúde.

O que se pode inferir, ainda que hipoteticamente numa análise mais superficial é:

1. Uma forte tendência a abordar, no conteúdo da política, predominantemente um tipo de homem filiado a um tipo de masculinidade: a masculinidade hegemônica;

2. Reforço de um comportamento imediatista e pouco atrelado à dita política integral a qual se denomina a PNAISH quando justifica seu foco de atuação a partir de indicadores de morbi mortalidades apenas para legitimar a sua existência, ignorando indicadores de acesso e seguimento que pudessem compreender melhor

quais as necessidades particulares e coletivas desses homens que precisam ser cuidados e o que, de fato, é ofertado aos mesmos.

Naturalmente, como já citado, existe um contexto já enunciado na introdução desse trabalho e que precisa ser retomada para a devida compreensão desse enfoque heteronormativa: A PNAISH foi pensada e priorizada a partir de interesses iniciais da Sociedade Médica Brasileira de Urologia (SBU), nos anos 2000. Apesar da interlocução com outros atores médicos e não médicos, a pauta focada no homem como masculino hegemônico, portador de genitália, distante dos serviços de saúde e dos urologistas direcionou e centralizou as diretrizes da política. Dessa forma, a racionalidade biomédica ganhou prestígio enquanto eixo do processo de construção da PNAISH, reduzindo as discussões voltadas para gênero e expressões diversas de masculinidade (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020). Em suma, o que se percebe é que, a própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tornou-se instrumento de consolidação da masculinidade hegemônica.

Dessa forma, a sustentação das prioridades para a construção da PNAISH auxiliaram nesse reforço de intencionalidade, uma vez que estiveram intimamente ligadas às questões gerais que afetam a saúde do homem hegemônico, numa perspectiva epidemiológica e biomédica: agravos diversos relacionados à violência e situações de alcoolismo e tabagismo, alta carga de doenças crônicas não transmissíveis (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).



Figura 3 - Pintura da série 'Masculinidades', da artista plástica Eidam (2015).

Na edificação da PNAISH, as participações de outros atores deu-se de forma fragmentada, com pouco ou sem nenhuma troca legítima, com sabido distanciamento dos agentes e dos interessados (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020). Dessa forma, o produto final da Política, chamado institucionalmente como consenso, traz, com esse trabalho de análise de conteúdo foi capaz de demonstrar, posições contraditórias, híbridas e ambivalentes e diversos aspectos, incluindo em relação ao alinhamento da PNAISH com os objetivos que ela mesma pretende alcançar.

Dessa forma, a PNAISH não foi capaz, ao menos em seu conteúdo, de alinhar-se com os princípios doutrinários da Integralidade e da Equidade do Sistema Único de Saúde.

No entanto, como já foi dito, um caminho que pode ser apontado para uma reorientação de futura reedição da PNAISH poderia lançar alicerces na direção de de uma limitação importante da política, devidamente apontada nos resultados: esparsa intersetorialidade. A transformação do papel do Estado, deixando de ser

cúmplice para se tornar parte da solução exige, necessariamente, uma maior articulação da própria PNAISH com outras Políticas Sociais, não só de Saúde. É preciso, por exemplo, um alinhamento expresso e normativo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com as políticas de educação do país. Como já pontuado ao longo deste trabalho, é fundamental a inclusão de categorias temáticas educacionais que abordam gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial. De forma semelhante, é necessária uma articulação intersetorial entre distintas políticas e a rede de atenção à saúde para que o homem seja reconhecido socialmente como cidadão, considerando-se especificidades, além dos contextos histórico e social. Ademais, o enfoque em dados de morbimortalidade, se afastados de dos marcadores sociais que forjam hierarquias de masculinidades, tende a reforçar iniquidades e resultar em ações insuficientes para explicitar os processos de adoecimento e vulnerabilidade dos homens.

Além disso, ao propor o cuidado integral de homens entre 20 a 59 anos, a PNAISH acabou por atingir um recorte etário da população masculina que é economicamente ativa, reforçando o estereótipo masculino hegemônico de provedor e sustentáculo familiar patriarcal. É compreensível, porém, esse foco quando se observa que a maior parte dos homens, no Brasil, estão entre os 20 e os 59 anos (IBGE, 2022). No entanto, se for desejável uma PNAISH capaz de considerar sentidos mais amplos de masculinidade, será, igualmente, necessária uma participação robusta do Estado. Nesse aspecto, como já dito, para que este deixe de ser cúmplice e torne-se parte da solução precisará, necessariamente, de uma maior articulação da própria PNAISH com outras Políticas Sociais, não só de Saúde.

Nesse aspecto de interlocução com outras políticas, a própria PNAISH, na página 33, no capítulo dedicado às responsabilidades da União perante a implantação daquela, enuncia:

“(…) Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política Nacional;

- Promover em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, a valorização da crítica em

questões educacionais relacionadas aos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal que coloca a doença como um sinal de fragilidade e contribui para que o homem se julgue invulnerável (..)” (Brasil, 2008).

O exemplo já citado de uma aproximação entre a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem e as políticas educacionais, no entanto, apesar da citada responsabilidade da União, não encontra reforço nas diretrizes e nos objetivos presentes, na medida em que o principal público a ser afetado nem sequer é contemplado pela PNAISH (homens com menos de 20 anos).

Por outro lado, não há como alinhar-se aos princípios da equidade e da integralidade, sem um enfoque cada vez maior nos homens com mais de 59 anos. Em dez anos, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais passou de 11,3% para 14,7% da população (IBGE, 2022). Olhar para o envelhecimento da população brasileira é, também, ampliar os sentidos do que é ser homem, na medida em que idosos têm necessidades e expressões de masculinidade singulares.

8.2 Impacto na vida do pesquisador

Ainda que o objeto desta pesquisa tenha sido um documento, trata-se, outrossim, de uma política social que, quer-se ou não, impacta na vida de pessoas para as quais se direciona suas proposições. Na condição de um pesquisador homem fui, durante toda a minha vida, inexoravelmente, influenciado por um sentido de masculinidade que gestou e lançou raízes na minha infância, adolescência e início da vida adulta, tendo reforços importantes em meio às relações de afeto e profissionais que desenvolvi ao longo da vida e, principalmente, após a descoberta da paternidade. Não sou, portanto, um pesquisador asséptico, desprovido de vivências e convicções masculinas. Ao contrário, sou um homem curioso e convencido de que o entendimento do universo masculino é, também, um caminho de autodescoberta, tendo sido essa a minha propulsão para vencer o status quo de ser homem no mundo contemporâneo, ainda.

Meu avô materna foi um homem admirável pela forma como lutava por sua família. Tinha ele, claro, uma concepção de família bastante enraizada num modelo patriarcal e católico apostólico romano. Minha mãe, por sua vez, foi criada e educada para ser uma esposa cordial e submissa. O destino impôs a essa, porém, um divórcio, depois de doze anos de casada. A mim, uma criança de nove anos, impôs a destruição de um sonho de “família perfeita”. A experiência de minha mãe, buscando alocar-se em mundo diferente daquele que havia sido desenhado para a mesma e a minha de um filho que não tinha mais a figura do pai, homem, masculino inspirador, posso dizer, foi a contração da mola que alavancou essa pesquisa. Naquele momento, aos nove anos de idade, questionei pela primeira vez, ao que me lembro, o patriarcado.

Vinte e três anos depois do divórcio dos meus pais, veio o meu primeiro filho. Um ano e quatro meses depois, o segundo filho. Minha esposa estudava, à época das duas gestações. Eu, no tradicional modelo patriarcal, era o provedor. No entanto, ao contrário de minha mãe, que foi educada para servir ao marido, minha companheira, não. Eu, então, machista com prerrogativas feministas, colapsei. Teria sido meu segundo divórcio, não fosse o apoio da minha própria esposa, intimamente envolvida no processo, e a reflexão sobre minha competência como um cuidador formal de pessoas em profundo sofrimento biopsicossocial.

Na condição de médico de família e comunidade, durante dez anos, atendi muitos casos de violência intrafamiliar. Acolhi mulheres em profundo sofrimento. Cuidei de homens trans vítimas de homens cis. Questionei, por diversas vezes, a displicência dos homens com a saúde (incluindo a minha própria displicência).

Quando, no auge de minha paternidade, percebi o sofrimento que impunha a minha esposa e aos meus filhos, a mola expandiu e questionei fortemente o sentido de minhas convicções. Rapidamente, percebi que minha competência para dialogar, de maneira empática com outras dimensões de gênero, sexualidade e família esbarrava naquilo que enxergava, em mim, como espinha dorsal e existencial: minha masculinidade. Percebi que eu me enxergava como invulnerável e que não dissociava a minha masculinidade de minha sexualidade, por exemplo. Em linhas gerais, eu estava replicando, não pela convivência apenas, mas de forma ativa, o masculino hegemônico.

Foi buscando despir-me dessa roupa masculina que não me servia mais que encontrei a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem. Foi buscando um sentido mais amplo para o autocuidado e cuidado de outros homens, que analisei com tamanha profundidade o conteúdo dessa política. Como citado no decurso desse trabalho, portanto, minha percepção interpretativa foi, naturalmente, tensionada por minhas convicções. Apesar disso, a observância rigorosa e inexorável dos preceitos investigativos que envolvem o método escolhido não inviabilizam o produto desta análise. Eu, como autor, compreendo que toda e qualquer construção analítica transborda intencionalidades. No caso deste trabalho, em última análise, a intenção sempre foi direcionada a um cuidado integral e equitativo de todos os homens, analisando a linguagem usada para tal.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGONESE, M.;LAGO, M. C. S. Famíliae experiências de parentalidadestrans. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v.52, 2018. DOI:10.5007/2178-4582.2018.57007.
2. APPOLINÁRIO F.Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.
3. AQUINO E.M. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saude Publica 2006; 40(Nº Esp.):121-132.
4. BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arq. Bras. Cienc. Saúde, Santo André, v. 36, n. 1, p. 10-17, 2011.
5. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
6. BATISTA K. S. A., LIMA A. F. Por uma implicação política e conceitual nos estudos sobre homens, masculinidades e violência de gênero. Semina Cienc Soc Hum. 2017;38(2):175–88.
7. . BENDASSOLLI P. F. Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo. Tempo Soc. 2000;12(2):203–36.
8. BOLA, JJ Seja homem: a masculinidade desmascarada / JJ Bola ; trad. Rafael Spuldar. — Porto Alegre: Dublinense, 2020. p. 57.
9. BOTTOM F. B. As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. Rev Vernaculo. 2007;(19):109–20.

10. BOURDIEU, P. A Opinião pública não existe. In: BOURDIEU, P. Questões de Sociologia. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983.
11. BOZON M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
12. BOURDIEU, P. La domination masculine. Paris, Éditions du Seuil, 1998.
13. BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. (Introdução, organização e seleção de Sérgio Miceli). São Paulo: Perspectiva, 1974.
14. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988
- _____. Lei n. 8.080, Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2021.
- _____. Lei n. 8.142, Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: . Acesso em: 20 set. 2021.
- _____. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 29 jun.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2008.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral

- à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional, 2009-2011. Brasília, DF, 2009a.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2009b.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
21. BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Mapa do Encarceramento. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014.
22. BRITO S. F. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2353–4.
23. BURSZTYN I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(10):2227–38.
24. BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

25. BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, n. 21, p. 219-260, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332003000200010&script=sci_abstract&tIng=pt.
26. BUTLER, J. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2006.
27. BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
28. BUTLER, J. *O clamor de Antígona: parentesco entre a vida e a morte*. Florianópolis, Editora da UFSC, 2014.
29. 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.
30. CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *Bagoas*. n.5, p. 131-147, 2010. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v04n05art08_carrara.pdf. Acesso em: 01 jun. 2014.
31. CARRARA, S. Estratégias Anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. Em: Hockman G, Armus D, eds. *Cuidar, controlar, curar - ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. Pp. 427–55.
32. CARVALHO, C. A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, 2008.

33. CELLARD, A. A análise documental. In: J. Poupart, *et al.* (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, 2008.
34. CECÍLIO L. C. de O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997;13(3):469–78.
35. COLLIER, R. *Masculinities, Crime and Criminology: Men, Heterosexuality and the Criminal(ised) Other*. London: Sage, 1998.
36. CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, James W.. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 241-282, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2013000100014>.
37. CONNELL, R. W. Masculinities in global perspective: hegemony, contestation, and changing structures of power. *Theory Soc*. 2016;45(4):303–18.
38. COURTENAY WH *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*. *Soc Sci Med* 2000; 50:1385-1401.
39. COURTENAY WH, Keeling RP. *Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach*. *J Am Coll Health* 2000; 48(6):243-246.
40. COUTO M. T., GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 10 [Acessado 30 Abril 2022] , pp. 2569-2578. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>. Epub 08 Nov 2012.
41. DEBRET, Jean-Baptiste. Um funcionário brasileiro a passeio com sua família. *In: Um funcionário brasileiro a passeio com sua família..* [S. l.], 1820.

Disponível em:
<https://universidadelivredealvito.xyz/um-funcionario-saindo-de-casa-a-passeio-com-sua-familia-jean-baptiste-debret/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

42. DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000200016>.
43. DUARTE, L. F. D. Família, moralidade e religião. In: VELHO, G.; DUARTE, L. F. D. (orgs). *Gerações, família e sexualidade*. Rio de Janeiro, 7 letras, 2009
44. EIDAM, Silvie. Masculinities: - Gabriel Ferreira Mesquita. *In: Masculinities* . [S.l.], 2015. Disponível em:
<https://www.silvieeidam.com/masculinities?lightbox=dataltm-in5x9e6h>.
Acesso em: 15 dez. 2023.
45. FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9.
46. FLICK U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Artmed. Porto Alegre, 2009.
47. FOUCAULT M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
48. FUCK L. B, VAZ A. F. Higiene do corpo e higiene da mente: Algumas raízes da psiquiatrização da educação no Brasil. *Projeto Historia*. 2016;55(1):327–54.
49. GIL A. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed., 3 reimpr., Atlas. São Paulo, 2010.

50. GOMES R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. A Saúde do Homem em Debate. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 11-18.
51. GOMES R, NASCIMENTO E. F. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. Cad Saude Publica 2006; 22(5):901-991.
52. GOMES R, NASCIMENTO, E. F, ARAÚJO F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saude Publica. 2007;23(3):565-74.
53. GOMES R., LEAL A.F., COUTO M.T., KNAUTH D., LIMA A.M., MOURA E.C., SILVA G.S.N., FIGUEIREDO W.S., URDANETA M. Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. Rio de Janeiro: IFF; 2012.
54. REINO UNIDO. Instituto Nacional de Estatísticas Britânico. Suicides in Great Britain: 2016 registrations. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2016registration#links-to-related-statistics>. Acesso em: 07 ago. 2023.
55. GUBA E., LINCOLN Y. Effective Evaluation. São Francisco: Jossey-Bass, 1981.
56. HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59.

57. HEMMI APA, BAPTISTA TWF, REZENDE M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020. v. 30, n. 03 [Acessado 2 Novembro 2023], e300321. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>.
58. HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 256-265, 2005.
59. HENRIQUE F, CALVO M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. saude publica*. 2008;24(4):809-19.
60. HIRATA H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc*. 2014;26(1):61–73
61. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos 2007**. Inovações e impactos nos sistemas de informações estatísticas e geográficas do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
_____. **Censo Demográfico 2010**. Metodologia do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 (Série Relatórios Metodológicos, v. 41).
62. KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.
63. KLEIN C. MEYER, D. E. Mulheres-visitadoras, mulheres-voluntárias, mulheres da comunidade: o conhecimento como estratégia de diferenciação de sujeitos de gênero. *Cad Pagu*. 2015;45:427–55.

64. KIMMEL M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horiz Antropol.* 1998;4(9):103–17.
65. LAURENTI R, MELLO-JORGE M. H. P, GOTLIEB S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:35-46.
66. LEMOS F. C. S, AQUIME R. H. S, FRANCO A.C.F, PIANI P. P. F. O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. *Pesqui Prat Psicossoc.* 2017;12(1):164–76.
67. LINDSEY, Linda L.. *Gender Roles A Sociological Perspective.* New York: Routledge, 2015.
68. LOURO, G. L. Por que estudar gênero na era dos cyborgs? In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade.* Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.
69. LOURO, G. L. *Um corpo estranho –ensaios sobre sexualidade e teoria queer.* Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
70. LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, TARGINO P, CRISÓSTOMO A, SANTOS B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas.* São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003. p. 79-91.
71. LYRA J, MEDRADO B, LOPES F. *Homens também cuidam.* UNFPA e Instituto Papai, 2007.
72. LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. *Men's health: perspectives, diversity and paradox.* London: Blackwell Sciences; 2000.

73. LÜDKE M., ANDRÉ M. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. EPU. São Paulo, 1986.
74. MCKINLAY E. Men and Health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.
75. MacINNES, J. The End of Masculinity: The Confusion of Sexual Genesis and Sexual Difference in Modern Society. Buckingham, UK: Open University Press, 1998.
76. MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 2, jun., 2013.
77. MATTOS, Ruben Araujo de *et al.* (org.). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. Cap. 2. p. 43-68.
78. MEDEIROS P. F, GUARESCHI N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estud Fem. 2009;17(1):31–48
79. 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.
80. MEDRADO B., LYRA J.L.C, LEÃO L.S, LIMA D.C, SANTOS B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores.

Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 241-64.

81. MEDRADO B., LYRA J.L.C. Princípios ou simplesmente pontos de partida fundamentais para uma leitura feminista de gênero sobre os homens e as masculinidades. Em: Blay EA. Feminismos e masculinidades: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014. Pp. 55–74.
82. MELLO, L. Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, v. 14, n. 2, p. 497-508, 2006.
83. MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 10, n. 20, dez., 2010.
84. NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, *International Braz J Urol*, v. 33, p. 1-7, 2007.
85. NARDI H. C, TITTONI J, RAMMINGER T. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1045–54.
86. OLIVEIRA P. P. Discursos sobre a masculinidade. *Estud Fem*. 1998;6(1):91–112.
87. PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. *Saúde e Sociedade, Sem Informação*, v. 28, n. 2, p. 132-146, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170836>.

88. PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-7070).
89. PETERSEN, A. *Unmasking the Masculine: "Men" and "Identity" in a Sceptical Age*. London: Sage, 1998.
90. RABELO A. Discriminated teachers: a study of male teachers in the early grades of primary school. *Educ Pesqui*. 2013;39(4):906–25.
91. RICHARDSON N., SMITH J.A. 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.
92. RICHARDSON N., CARROLL P.C. 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.
93. RIOS, R. R. Direitos sexuais de gays, lésbicas e transgêneros no contexto latino-americano, 2007. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/rogerport.pdf>>.
94. ROHDEN F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horiz antropol*. 2002;8(17):101–25.
95. RONDINELLI R. C. O conceito de documento arquivístico frente à realidade digital: uma revisão necessária. 2011. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto de Arte e Comunicação Social, Instituto Brasileiro em Ciência e Tecnologia, Niterói, 2011.

96. SÁ-SILVA J., ALMEIDA C. & GUINDANI J. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, 2009.
97. SABO D. O estudo crítico das masculinidades. In: Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.
98. SALIH S. *Judith Butler e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2012.
99. SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.
100. SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1):7-17, 2005.
101. STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
102. TELLERÍA JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La 40 Sierra - Bolivia. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 165-72.
103. TRAVASSOS C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien saude colet*. 2006;11(4):975-86.

104. TURNER B. Equality. Ellis Horwood Limited-Tavistock Publications, Londres - Nova York, 1986.
105. 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.
106. WARMLING C. M., FAJARDO A.P, MEYER D.E, BEDOS C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. Cad Saude Publica. 2018; 34(4):1–11.
107. WAISELFISZ J. J. Mapa da violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf
108. WELZER-LANG D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizador. Masculinidades. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2004. p. 107-28.
109. ZAMBRANO, E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 123-147, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-71832006000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 10 mar. 2014.