

## 2 - 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!'

Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero

Benedito Medrado  
Jorge Lyra  
Mariana Azevedo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MEDRADO, B., LYRA, J., and AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. *Saúde do homem em debate* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 39-74. ISBN 978-85-7541-364-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!' Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero

*Benedito Medrado, Jorge Lyra e Mariana Azevedo*

A frase 'Eu não sou só próstata, eu sou um homem!' foi produzida, durante um grupo focal, por um homem de 37 anos, residente em comunidade de baixa renda de São Paulo, no contexto de um estudo multicêntrico intitulado "Investigating the role of men in women's reproductive and sexual health" (Arrow, 2002).<sup>1</sup> O grupo focal aconteceu em 2000, mas este enunciado nos parece bastante atual diante da eminente institucionalização de uma política integral de atenção aos homens na saúde. A frase sintetiza um conjunto de aspectos conceituais e simbólicos que pretendemos explorar neste capítulo, de modo a contribuir para os esforços de implementação desta política.

Nosso objetivo é produzir uma breve revisão da maneira como estudos e intervenções sociais com homens e/ou sobre masculinidade vêm sendo desenvolvidos, no campo da saúde e direitos sexuais e reprodutivos,

---

<sup>1</sup> No início dos anos 90, o International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG) conduziu uma investigação qualitativa multicêntrica internacional que teve por objetivo identificar de que modo mulheres, de diferentes contextos socioculturais, compreendiam e vivenciavam as injunções de gênero no campo da sexualidade e da reprodução. Esta pesquisa evidenciou a necessidade de um estudo voltado à escuta das necessidades e demandas dos homens nesse campo. Assim, entre 2000 e 2001, foi realizado o estudo multicêntrico com homens, em cinco países: Brasil, Filipinas, Malásia, México e Nigéria. No Brasil, o trabalho foi desenvolvido em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. Participaram da pesquisa um centro universitário de pesquisa e ação social – Programa Eicos, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) –, um centro de pesquisa e educação – Fundação Carlos Chagas – e quatro organizações não governamentais – SOS Corpo, Instituto Papai, Promundo e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

para contribuir na definição e implementação de estratégias e programas de ação destinados à população masculina. Para isso, estruturamos nossos argumentos a partir de: 1) uma breve contextualização da trajetória política e conceitual dos debates que situam a masculinidade como construção de gênero e a perspectiva feminista como aporte teórico fundamental; 2) uma análise sobre a visibilidade de dados epidemiológicos sobre adoecimento e morte da população masculina como estratégia discursiva que justifica políticas, define prioridades e produz sujeitos; 3) uma leitura crítica sobre os investimentos recentes em torno da construção de um documento-marco para a política de saúde do homem, na interface com as políticas nacionais voltadas à mulher e aquelas dirigidas ao enfrentamento da homofobia.

## Masculinidade como campo de produção acadêmica e de reflexão política

Buscando organizar essas produções, especialmente as publicadas entre 1995 e 2002, Robert (agora Rayween) Connell,<sup>2</sup> Jeff Hearn e Michael Kimmel editaram, em 2005, o *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. Nesse trabalho, os autores abordaram o que denominam "desenvolvimento do campo de pesquisas sobre masculinidades", focalizando o modo como os estudos e pesquisas têm construído esse campo: desde um olhar "mais amplo e global" até a expressão "mais íntima e pessoal" (Connell, Hearn & Kimmel, 2005: 7). O campo é, segundo os autores, constituído a partir de produções que apresentam objetos em níveis distintos de análise:

- 1) a compreensão do modo como os homens entendem e expressam identidades de gênero;
- 2) as masculinidades como produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero (que apontam tendências, desafios e desigualdades);
- 3) a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais;

---

<sup>2</sup> Robert Connell submeteu-se a cirurgia para 'mudança de sexo' e, mais recentemente, vem publicando ou reeditando suas produções, com assinatura de Rayween (seu nome atual) ou simplesmente R. W. Connell.

4) a dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais.

No Brasil, os esforços de reflexão teórica e política sobre homens e masculinidades, a partir do enfoque de gênero, também ganham maior visibilidade a partir da década de 1990. Na primeira metade desta década, os estudos abordaram especialmente temas como 'identidade masculina' ou 'crise da masculinidade' (Nolasco, 1993; 1995; Hamawi, 1995; Jablonski, 1995). Localizam-se, portanto, no primeiro nível de análise descrito.

A partir da segunda metade dos anos 90, os investimentos teóricos e políticos buscam avançar nos demais níveis de análise, especialmente com o advento da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Internacional da Mulher (Pequim, 1995). Inauguram-se, assim, iniciativas de caráter teórico-político mais coletivo, a partir de eventos e publicações conjuntas, que tomam como ponto de partida o diálogo e as tensões entre as produções políticas e conceituais feministas e as produções acadêmicas que adotam gênero como conceito fundamental.

De fato, como destaca Sônia Corrêa (2002), o texto resultante da Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo foi o primeiro a utilizar o termo 'gênero' em documentos oficiais das Nações Unidas. O objetivo, segundo a autora, era dar visibilidade às demandas por igualdade de gênero, equidade de gênero e 'empoderamento' das mulheres. Corrêa destaca, assim, o potencial "subversivo e de transformação" do conceito de gênero e aponta sua progressiva legitimação nas produções acadêmicas e no discurso político das sociedades e das instituições.

Essa tensão entre os usos conceituais e políticos da categoria gênero, orientou no Brasil a fundação, em 1995, do Grupo de Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade (Gesmap) – organizado pela Ecos – Comunicação em Sexualidade, ONG de São Paulo, com apoio da Fundação Ford. Este grupo reunia mensalmente em torno de 20 profissionais, homens e mulheres, orientados por perspectivas, temas e campos de formação e atuação variados (ONGs, núcleos acadêmicos e centros de pesquisa e educação), que estavam, à época, iniciando estudos, pesquisas e projetos de intervenção sociopolítica voltados aos homens, nos campo da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução.

Entre 27 e 28 de abril 1998, o Gesmap organizou no Centro Universitário Maria Antônia, São Paulo, o primeiro Seminário Internacional Homens, Sexualidade e Reprodução, no qual foi lançada uma coletânea de textos produzidos pelos integrantes do grupo, intitulada *Homens e Masculinidades: outras palavras* (Ariilha, Unbehaum & Medrado, 1998). Na introdução da obra, os organizadores deixam claro que:

ao tematizarmos homens e masculinidades, não estamos 'inventando a roda', mas, ao contrário, estamos trilhando por caminhos já abertos em outros momentos, por outros atores sociais, nos planos teóricos e políticos, no Brasil e internacionalmente.

(...)

Portanto, em nossa perspectiva, torna-se vital compreender que a história política e acadêmica das feministas, *gays* e lésbicas tem uma influência direta na forma como as ideias sobre masculinidade se constituíram ao longo das últimas décadas, bem como na definição do conceito contemporâneo de masculinidade e no incentivo aos estudos sobre a condição masculina. No entanto, é necessária uma confluência dos estudos feministas, das reflexões sobre homossexualidade e homofobia e das práticas heterossexuais masculinas para compreender como homens e mulheres se relacionam e produzem sentido em torno da sexualidade e da reprodução em suas diversas culturas. (Ariilha, Unbehaum & Medrado, 1998: 15, 17)

Balizados em referências históricas do campo dos estudos de gênero e feminismo, investimentos coletivos como o Gesmap nos mostram que o ímpeto de promover mudanças sociais traz diversos desafios no campo conceitual e da formulação de ações públicas, exigindo reflexão e trocas constantes entre teoria e prática política. Indicam também que são necessários espaços que, de maneira contínua, fluida e afetiva, permitam uma produção dialógica e crescente de conhecimentos. Como consequência desse processo de reflexão teórico-política, foram fundados, em 1997, o Instituto Papai e, em 1998, o Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Nos últimos anos, a equipe e a estrutura do Instituto Papai foram ampliadas, o Gema adquiriu nova configuração<sup>3</sup> e o debate sobre homens e masculinidades no Brasil foi-se consolidando a partir de espaços de troca de conhecimento, especialmente em seminários nacionais e internacionais, realizados em território brasileiro, tais como descritos a seguir:

- 2000 - *Workshop*: Homens e Políticas Públicas – reflexões e práticas sociais, em Recife, entre 10 e 11 de agosto. Organização: Instituto Papai e The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.
- 2001 - Seminário do 3º Programa de Treinamento em Pesquisa na América Latina e Caribe/Prodir III. Tema: Homens e masculinidades, em Recife, entre 29 e 31 de janeiro. Organização: Fundação Carlos Chagas.
- 2002 - Conferência Internacional: Homens Jovens como Aliados na Promoção de Saúde e Equidade de Gênero, Rio de Janeiro, entre 27 e 30 de agosto. Organização: Promundo, Instituto Papai, OMS, UNFPA, Engenderhealth, Unicef, Unesco, entre outros. Presença de profissionais de 38 países de todos os continentes.

- 2003 - 2º Seminário Internacional: Homens, Sexualidade e Reprodução – tempos, práticas e vozes, em Recife, entre 17 e 20 de junho. Organização: Instituto Papai, Fages/UFPE, Grupo Pegapacará e Unicamp.

Reunião Técnica Internacional: O Papel dos Homens e Homens Jovens na Promoção da Equidade de Gênero, preparatória da 48ª sessão da Comissão sobre a Situação da Mulher (CSW), uma das comissões funcionais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (Ecosoc), em Brasília/DF, entre 21 e 24 de outubro. Organização: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Brasil e ONU.

Seminário Nacional: O Lugar dos Homens nas Agendas Políticas de Gênero, durante o V Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, entre 23 a 28 de janeiro. Organização: Rede de Homens pela Equidade de Gênero.

- 2004 - Simpósio Nacional: Homens Jovens – participação juvenil, programas e políticas públicas, em Brasília, entre 26 e 28 de abril. Organização: Promundo, Instituto Papai, Ecos – Comunicação em Sexualidade, Opas.

---

<sup>3</sup> Entre 1998-2004, o Gema constituiu-se como grupo de estudos e pesquisas, cujos integrantes eram oriundos de diferentes instituições. Desde 2005, passou a integrar o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, agregando estudantes de pós-graduação e graduação, envolvidos em projetos de pesquisa e intervenção política.

- 2005 - 3º Seminário Nacional: Homens, Sexualidade e Reprodução. Tema: O direito à diversidade e à diferença na saúde reprodutiva, em Recife, entre os dias 24 e 26 de agosto de 2005. Organização: Instituto Papai, Fages/UFPE e Gema/UFPE.
- 2006 - 4º Seminário Nacional: Homens, Sexualidade e Reprodução. Tema: Homens, feminismo e políticas públicas em saúde, em Recife, de 20 a 22 de março. Organização: Instituto Papai, Gema/UFPE, Fages/UFPE, Rede Feminista Norte-Nordeste de pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero (Redor), Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso).
- 2008 - Seminário & *Workshop* Internacional: Políticas de Atenção a Homens Autores de Violência contra a Mulher, em Florianópolis, entre 22 e 23 de agosto. Organização: Margens/UFSC, Instituto Papai e Gema/UFPE.  
5º Seminário Nacional: Homens, Gênero e Políticas Públicas, Recife, 22 a 24 de outubro. Organização: Instituto Papai e Gema/UFPE.
- 2009 - Simpósio Global: Engajando Homens pela Igualdade de Gênero, Rio de Janeiro, entre 30 de março e 3 de abril. Organização: Promundo, Instituto Papai, MenEngage Alliance, Save the Children – Sweden, United Nations Population Fund (UNFPA), White Ribbon Campaign (Canadá). Presença de profissionais de 79 países de todos os continentes.

Em linhas gerais, essa trajetória evidencia um foco prioritário desses encontros no campo amplo da saúde, sexualidade e reprodução, envolvendo sujeitos políticos distintos vinculados a instituições acadêmicas, organismos das Nações Unidas e organizações não governamentais que atuam com base em perspectivas feministas e/ou de gênero.

Como sujeitos políticos neste cenário, nosso interesse em particular – que tem orientado nossas experiências de ação desenvolvida diretamente com homens – tem por base uma preocupação ética e política sobre os limites e possibilidades de incorporar experiências e aprendizagens de organizações não governamentais à organização de serviços de atenção à saúde, integrado ao modelo do Sistema Único de Saúde (Lyra, 2008).

Essa preocupação se deve ao fato de que, até o momento, experiências concretas com homens, em diferentes idades, têm sido desenvolvidas prioritariamente por organizações da sociedade civil, com recursos de fundações privadas e não lucrativas (Ecos, 2001; Lyra, 2008). Essas iniciativas, no entanto, esbarram em diversos obstáculos, entre os quais: 1) a falta de preparo dos próprios profissionais de saúde – tanto homens como mulheres – para atender à clientela masculina; 2) a inexistência de material educativo específico; 3) a ausência de uma agenda política referenciada nas atuais

propostas do movimento feminista; 4) a falta de interesse da maioria dos homens em cuidar da própria saúde (Oliveira, Bilac & Muszkat, 2000) e se envolver no movimento pelos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, ainda são notórios os poucos recursos governamentais aportados para formular e executar políticas e programas desta natureza (Ariilha, 1999; Toneli-Siqueira, 2000).

Assim, em 2004, transformamos essa preocupação em um projeto de pesquisa-ação institucional, intitulado Homens nos Serviços Públicos de Saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais, com o objetivo geral de promover a inserção dos homens em programas de saúde reprodutiva/saúde integral de hospitais de referência em três capitais brasileiras de regiões distintas – Recife, São Paulo e Florianópolis –, por meio da capacitação de profissionais e elaboração de estratégias de comunicação, embasadas em pesquisa-diagnóstico e avaliação, com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (Fnuap), Ministério da Saúde (MS)/Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) e Fundação Ford.

Esse projeto foi concluído em 2006. Os resultados evidenciaram, em linhas gerais, que o sistema de saúde progressivamente vem pensando os homens como uma população com necessidades específicas, reconhece que a masculinidade é uma 'construção social', porém ainda não adota o referencial de gênero em suas análises ou propostas. O diálogo também com o feminismo é ainda incipiente. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento do projeto evidenciou que serviços ou programas circunscritos a unidades de média complexidade respondem apenas parcialmente às necessidades e demandas em saúde da população masculina, uma vez que, para o desenvolvimento de uma atenção integral aos homens na saúde, é necessário atuar junto aos homens também na perspectiva da promoção à saúde, exigindo uma atuação orientada à atenção básica.

De 2006 a 2009, desenvolvemos uma experiência de pesquisa-ação, novamente em três capitais brasileiras de regiões distintas (Recife, Florianópolis e São Paulo), na rede de atenção básica à saúde, especialmente junto aos Programas de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), envolvendo profissionais, agentes comunitários de saúde, usuários e 'potenciais usuários',<sup>4</sup> com o apoio da Agência Internacional de Desenvolvimento Canadense (Cida).

<sup>4</sup> Usamos a terminologia 'potenciais usuários' tendo em vista que os homens que identificamos nas três capitais ainda têm uma procura relativamente baixa a unidades básicas de saúde, não se constituindo necessariamente como usuários, embora residam nas circunvizinhanças das unidades de saúde que tomamos como ponto focal. Vale salientar que, por vezes, tivemos de lançar mão de estratégias alternativas para acessá-los, a partir de busca ativa fora dos serviços específicos.



Na mesma medida em que temos acumulado experiências e conhecimentos a partir dessas iniciativas que aliam pesquisa e intervenção política, temos buscado desenvolver reflexões teóricas com vistas à construção de um necessário marco político-conceitual que os auxilie a compreender a dinâmica de gênero em que se inscrevem as experiências dos homens e a institucionalização de masculinidades.

Este exercício busca avançar a partir das preocupações apresentadas por Estela Aquino (2006), para quem as reflexões teóricas e epistemológicas sobre as relações de gênero e saúde no campo da saúde coletiva ainda são escassas, e a incorporação da abordagem de gênero na epidemiologia tem sido lenta e enfrenta dilemas teóricos que geram obstáculos ao uso de 'gênero' como categoria analítica e não apenas como substituição da variável 'sexo'. Dificuldade maior é apontada pela autora à incorporação de outras categorias sociais, tais como 'raça/etnia' e 'idade'. Só mais recentemente e de distintas formas é que as intersecções de raça/etnia e idade/geração são incorporadas ao debate de saúde, classe e gênero.

Uma síntese dos nossos esforços é apresentada em artigo publicado na revista *Estudos Feministas*, intitulado "Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades" (Medrado & Lyra, 2008). Em síntese, com o objetivo de contribuir para os estudos e pesquisas sobre homens e masculinidades, apresentamos um marco conceitual de gênero, a partir de uma matriz que dialoga com produções feministas e se organiza em quatro eixos: 1) o sistema sexo/gênero; 2) a dimensão relacional; 3) as marcações de poder; 4) a ruptura da tradução do modelo binário de gênero nas esferas da política, das instituições e das organizações sociais.

O primeiro exercício para definição de nosso marco conceitual consiste em reafirmar a necessidade de desnaturalizar as prescrições e práticas sociais atribuídas a (e incorporadas e naturalizadas por) homens e mulheres, consideradas marcações masculinas e femininas. Não se trata apenas de diferenciar sexo (como corpo) de gênero (como culturas). A leitura sobre o sistema sexo/gênero que adotamos não reifica essa dicotomia natureza-cultura, mas busca compreender os usos e efeitos que práticas sociais (econômicas, políticas, científicas etc.) produzem a partir do exercício constante de oposição ou de busca de similitude entre os dois sexos. Nosso objeto de preocupação é a complexa teia que define as relações de gênero, que nos aponta, de forma subversiva e transformadora, mais para a diversidade do que para a diferença, como resposta à dicotomia e à desigualdade.

O segundo componente do marco conceitual é o reconhecimento da dimensão relacional que o conceito de gênero trouxe para nosso vocabulário analítico (Scott, 1995). Em síntese, gênero não pode ser pensado como entidade em si, mas como jogo entre construções interdependentes. Nessa perspectiva, Barbieri (1992: 114) defende que não podemos estudar ou intervir exclusivamente junto às mulheres, pois o conceito de gênero é mais amplo, e, sendo assim, "faz-se necessária uma análise em todos os níveis, âmbitos e tempos, das relações mulher-homem, mulher-mulher, homem-homem para se alcançarem maiores resultados". Para isso, precisamos produzir reflexões sobre a construção de masculinidades e feminilidades que vão além da vitimização de alguns (mulheres) e da culpabilização de outros (homens).

Afinal, reconhecer a dimensão relacional do gênero possibilita desconstruir principalmente os argumentos culpabilizantes sobre os homens que caracterizam o discurso de parte do movimento feminista e que ainda se faz presente, direta ou indiretamente, nas produções acadêmicas contemporâneas. Como destaca Medrado (1997), ao invés de procurar os culpados, é necessário identificar como se institucionalizam e como se atualizam as relações de gênero, possibilitando efetivamente transformações no âmbito das relações sociais 'generificadas', ou seja, orientadas pelas desigualdades de gênero. Isso não implica um processo de desresponsabilização individual, mas reconhecer que as análises que agregam a dimensão relacional do conceito de gênero permitem compreender ou interpretar uma dinâmica social que hierarquiza as relações entre o masculino e o feminino não apenas entre homens e mulheres, mas em práticas de homens e de mulheres. Faz-se necessário considerar também as categorias de raça/etnia, idade, sexualidade e condição socioeconômica.

O terceiro componente de nosso marco conceitual é o reconhecimento de gênero como categoria útil para análise das relações e jogos de poder. Segundo Joan Scott (1995: 88), "o gênero é um campo primeiro no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado". Miguel Vale de Almeida (1996), por sua vez, argumenta que masculinidade e feminilidade são metáforas de poder e de capacidade de ação que orientam valores e práticas sociais de homens e mulheres. Portanto, o debate sobre as relações de poder que inscrevem masculinidades e feminilidades em nossa cultura é fundamental.

O quarto componente resgata o quarto nível de análise proposto por Connell, Hearn e Kimmel (2005), apresentado no início deste texto. A partir da leitura complexa proposta por Joan Scott sobre as dimensões simbólica, normativa, identitária e política de gênero, focalizamos a necessidade de ruptura da tradução do modelo binário e fixo de masculino e feminino no nível da política, das instituições e organizações sociais.

Essa matriz poético-conceitual está alicerçada em estudos que adotam uma concepção feminista de gênero: construção social que engendra e legitima o poder masculino.<sup>5</sup> O ponto de partida de nossas reflexões sobre homens e masculinidades, baseadas nesse marco conceitual, é que não existe uma única masculinidade e que não é possível falar em formas binárias que supõem a 'di-visão' entre formas hegemônicas e subordinadas. Tais formas dicotômicas baseiam-se nas posições de poder social dos homens, mas são assumidas de modo complexo por homens particulares, que também desenvolvem relações diversas com outras masculinidades.

Investigar sobre masculinidades significa não apenas apreender e analisar os signos e significados culturais disponíveis sobre o masculino, mas também discutir preconceitos e estereótipos e repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos. Situa-se, portanto, nos usos e efeitos que orientam os jogos de discursos e práticas, ou mais precisamente práticas discursivas, que tendem a transformar diversidade em desigualdade.

Diante dessa análise crítica sobre o 'estado da arte' de estudos e pesquisas sobre homens e masculinidades, especialmente no contexto da saúde, sexualidade e reprodução, ratificamos que é preciso romper com modelos que, geralmente, reafirmam a diferença e que nos permitem somente explicar como ou por que as coisas assim são, mas que não apontam contradições, fissuras, rupturas, brechas, frestas etc. que nos permitam visualizar caminhos de transformação progressiva e efetiva. Apostamos na necessidade de abrir espaços transgressores para novas construções teóricas que resgatem o caráter plural, polissêmico e crítico das leituras feministas com vistas, por exemplo, a uma interpretação mais criativa de dados epidemiológicos sobre a saúde, ou mais precisamente morbidade e mortalidade dos homens.

---

<sup>5</sup> Para construir essa matriz, tomamos por base especialmente as produções de Vale de Almeida (1995, 1996); Lyra (1997); Medrado (1997); Figueroa-Perea (1998, 2003); Arilha, Unbehaun & Medrado (1998); Arilha (1999, 2005).

## A visibilidade de dados epidemiológicos como estratégia discursiva que justifica políticas, define prioridades e produz sujeitos

Desde a década de 1990, têm-se empreendido esforços no sentido de dar visibilidade a informações sobre morbidade e mortalidade da população masculina no Brasil. O primeiro estudo epidemiológico brasileiro de grande amplitude sobre a população masculina foi publicado por Ruy Laurenti e colaboradores em 1998. Com o título de "Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero", a pesquisa foi realizada em 16 países,<sup>6</sup> a partir da análise de diferentes fontes.

Em linhas gerais, este estudo nos informa que, desde a primeira vez em que os países passaram a calcular sistematicamente a idade média de suas populações, tem-se registrado uma diferença entre os sexos: os homens sempre apresentaram idade média inferior à das mulheres. Do mesmo modo, analisando o diferencial de mortalidade segundo sexo e idade, percebe-se nitidamente uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários, principalmente nos mais jovens.

A pesquisa ressalta, ainda, que os homens têm ocupado, ao longo dos anos, a infeliz primeira colocação em diferentes estatísticas: primeiro lugar em número de homicídios; maiores taxas de suicídio e de morte por acidentes, principalmente envolvendo veículos a motor; maiores índices de problemas gerados pelo uso excessivo de bebida alcoólica e drogas psicotrópicas ilícitas; principais autores de roubos e assaltos e, conseqüentemente, maior população penitenciária, além de grandes protagonistas de agressões físicas, seja contra outros homens, mulheres ou crianças, em âmbitos domésticos ou públicos. Essas estatísticas alinham-se a uma constante histórica: a menor expectativa de vida dos homens em relação às mulheres, ao nascer e em idades superiores. Essa sobremortalidade masculina, em números absolutos e coeficientes, tem sido informada em pesquisas posteriores (Laurenti *et al.*, 1998; Gomes, 2003; Laurenti, Mello Jorge & Gotlieb, 2005).

Assim, como afirma Aquino (2006), a partir da década de 1990, os homens passaram a ser incluídos nas pesquisas em saúde coletiva como

---

<sup>6</sup> Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Porto Rico, Uruguai e Venezuela.

categoria empírica. Ao mesmo tempo, abordagens críticas aos modelos de masculinidade hegemônica somaram-se aos esforços de desconstrução de essencialismos.

Porém, como destaca Pedro Paulo Oliveira (2004), a visibilidade dos custos da cultura machista para os homens tem sido amplamente utilizada por estudiosos que se dedicam a pesquisar os homens e as masculinidades, gerando uma leitura vitimária sobre eles. Segundo o autor:

Para apresentar o homem como vítima, muitos recorrem às estatísticas referentes a homicídios, uso de álcool e drogas, acidentes automobilísticos, incidência de doenças, expectativa de vida etc. Tais estatísticas corroborariam a inusitada afirmação de que o verdadeiro sexo frágil é na verdade o homem e não a mulher, além de evidenciarem o peso do fardo que as prescrições sociais impõem ao gênero masculino. (Oliveira, 2004: 90)

Do nosso ponto de vista, o uso retórico dessas informações não apenas criou uma leitura vitimária sobre os homens, mas, antes de tudo, forjou um sujeito para as políticas públicas. Para além do homem que é responsável pelo adoecimento (ou obstáculo à saúde) das mulheres e para além do homem que tradicionalmente ocupa postos de poder nos sistemas que orientam políticas em saúde, produz-se o homem que necessita de atenção especial.

Todavia, só quase uma década depois, em 2006, é publicada uma síntese sobre o homem e as políticas públicas de saúde: *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde: IDB 2006 Brasil*.<sup>7</sup> Esta publicação, produzida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) – composta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (Ipea), Fundação Seade e Ministério da Saúde, entre outras instituições, – informa que homens e mulheres vivem, hoje, mais do que na década de 1980.

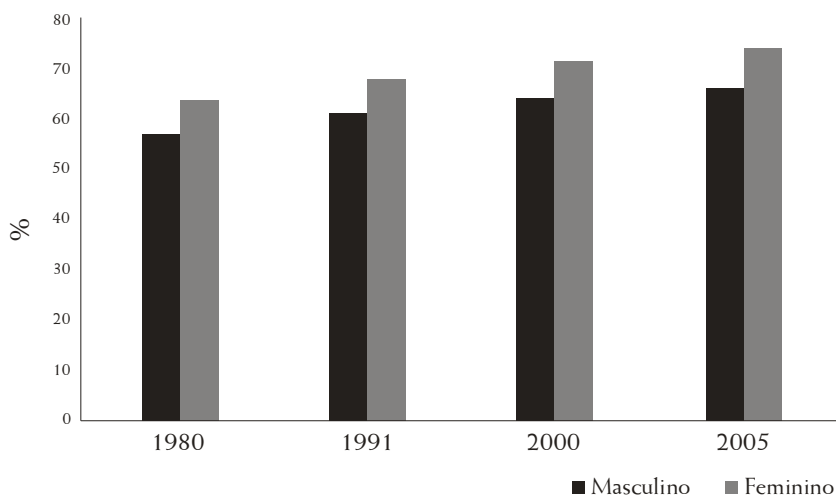
Assim, entre 1980 e 2005, a vida média dos homens, por exemplo, passou de 59,7 para 68,4 anos, ou seja, em duas décadas e meia, houve, para os homens, um ganho aproximado de dez anos na esperança de vida ao nascer. Porém, destaca-se que a diferença entre homens e mulheres vem se mantendo, ou seja, há uma expectativa de vida ao nascer

---

<sup>7</sup> Para mais informações, consulte o site: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>.

expressivamente maior para o sexo feminino, desde 1980, com diferença média de aproximadamente sete anos, conforme se verifica no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Esperança de vida ao nascer segundo o sexo. Brasil – 1980-2005



Fonte: Com base em dados do IBGE (Ripsa, 2007).

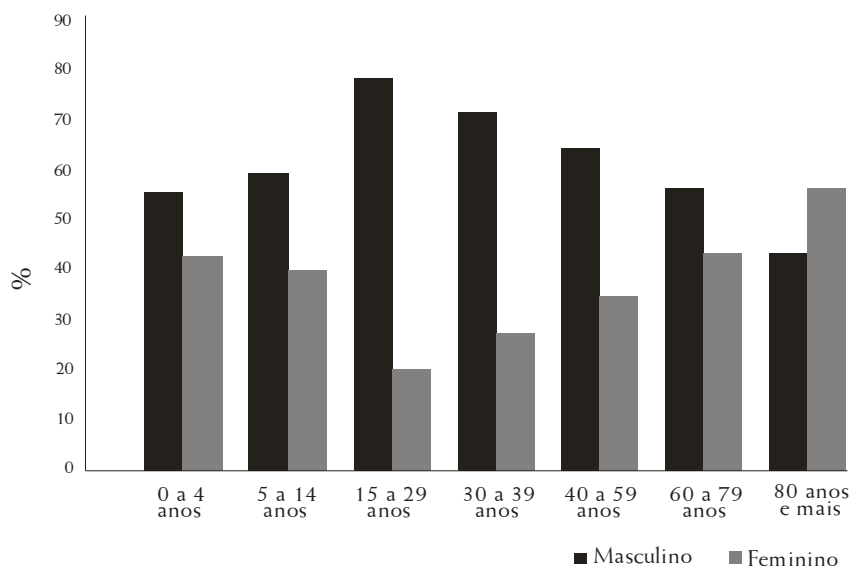
No que se refere aos dados sobre adoecimento, como mostramos anteriormente, o IDB 2006 destaca que as lesões decorrentes de causas externas motivaram parcela considerável (28,4%) da hospitalização de homens de 15 a 29 anos em 2005. Os transtornos mentais também pesam na hospitalização de homens jovens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

Quadro 1 – Principais causas de internação hospitalar no SUS em homens segundo faixas etárias selecionadas. Brasil – 2005

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

Fonte: Com base em dados do Ministério da Saúde/SAS/SIH-SUS (Ripsa, 2007).

Gráfico 2 – Percentual de óbitos por sexo segundo a faixa etária. Brasil – 2004



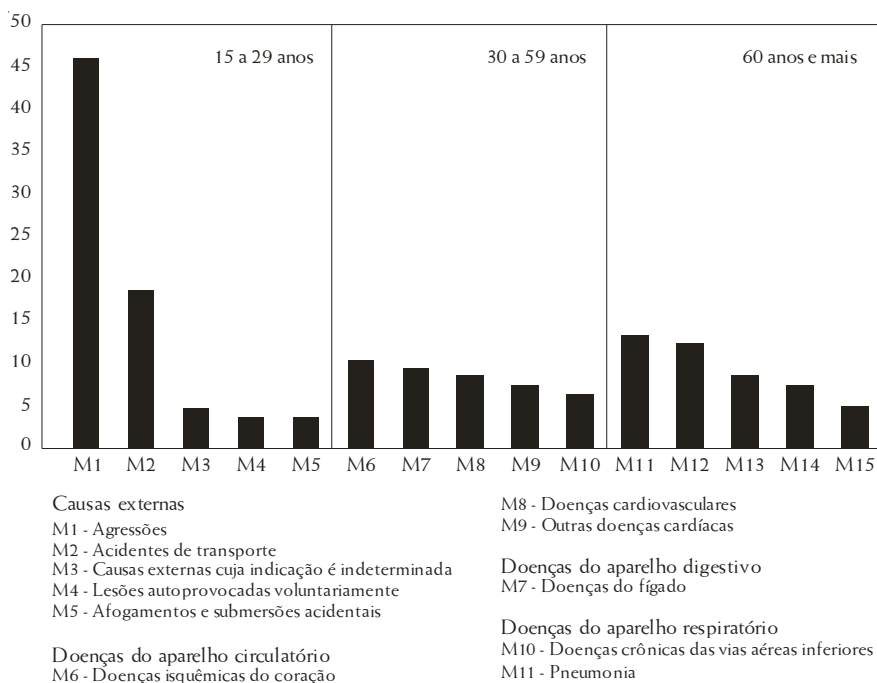
Fonte: Com base em dados do Ministério da Saúde/SVS/SIM (Ripsa, 2007).

Além disso, a publicação do IDB 2006 informa que os homens predominam entre os nascimentos vivos (5% a mais de meninos, ao nascer).

Todavia, como se pode observar no Gráfico 2, os homens apresentaram, em 2004, sobremortalidade em todas as faixas etárias, com exceção do grupo a partir de 80 anos.<sup>8</sup> O excedente de mortes masculinas é ainda mais acentuado nos grupos etários de 15 a 29 (80%) e de 30 a 39 anos (73%).

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

Gráfico 3 – Mortalidade proporcional (%) pelas principais causas no sexo masculino em faixas etárias selecionadas. Brasil – 2004



Fonte: Com base em dados do Ministério da Saúde/SVS/SIM (Ripsa, 2007).

<sup>8</sup> Observa-se que há, no Brasil, uma população majoritária de mulheres com idade superior a 80 anos, o que pode justificar a sobremortalidade feminina nesta faixa etária.

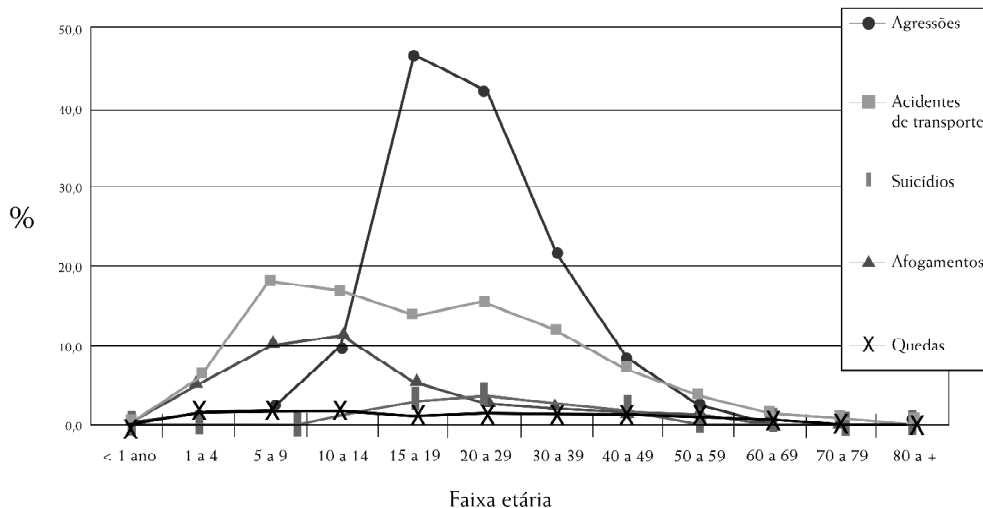


O IDB informa que, desconsiderando as faixas etárias, no conjunto, as principais causas de morte dos homens brasileiros são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas.

Porém, chama-nos a atenção a significativa diferença entre homens e mulheres no que se refere às mortes por causas externas (que incluem especialmente homicídios e acidentes de transporte). Segundo publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS (Brasil, 2006), em 2004 foram notificados, pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 127.470 óbitos por causas externas. Deste número, 107.032 mortes (84%) referem-se a homens (Ripsa, 2007).<sup>9</sup>

Fazendo ainda uma análise dos dados de 2004 relativos às mortes por causas externas entre os homens, por idade, constata-se a acentuada predominância dos óbitos por agressões nas faixas situadas entre 15 e 39 anos (Gráfico 4). Os acidentes de transporte também têm uma participação significativa, sendo a segunda principal causa externa de morte nesse grupo etário.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos óbitos masculinos por causas externas selecionadas segundo as faixas etárias. Brasil – 2004

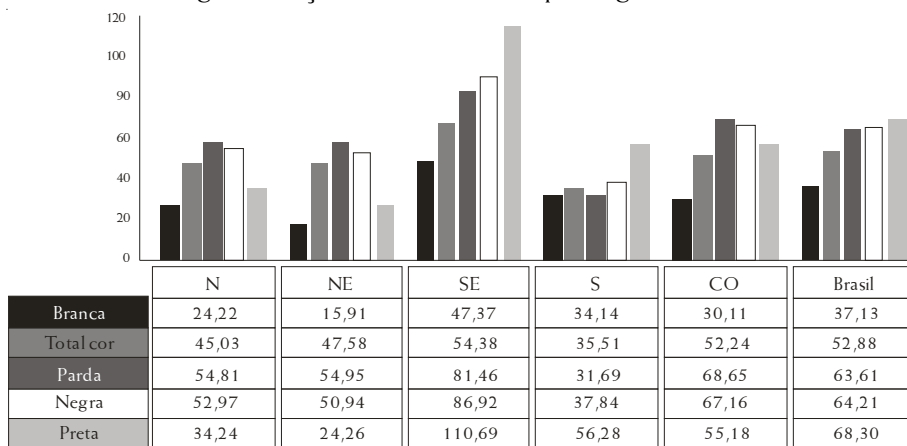


Fonte: SVS/MS (Brasil, 2006).

<sup>9</sup> As microrregiões com taxas mais elevadas se situam em áreas litorâneas do sul da Bahia até o sul de São Paulo; no interior pernambucano e noroeste da Bahia; nos estados de Mato Grosso do Sul e de Mato Grosso; e em áreas de expansão na região Norte, como Roraima e sul do Pará.

Ao mesmo tempo, de acordo com informações da SVS/MS, esse homem atingido por causas externas é predominantemente de 'raça negra' (somando os valores das pessoas que se declaram de cor/raça parda e preta), em todas as regiões do país, conforme ilustra o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Taxa padronizada de homicídios\* no sexo masculino segundo raça/cor autorreferida por região. Brasil – 2004



\* Óbitos por 100.000 habitantes.

Fonte: SVS/MS/SIM (Brasil, 2006).

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

Em suma, as informações em saúde no Brasil, sejam de pesquisas epidemiológicas, demográficas ou oriundas da sistematização de dados com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas – sintetizados, por exemplo, em *Indicadores e Dados Básicos para Saúde* (Ripsa, 2007) –, ressaltam uma preocupação importante sobre as mortes por causas externas entre homens e nos apresentam um novo sujeito para as políticas públicas em saúde: o homem, jovem, negro e pobre.

As informações sobre adoecimento e morte dos homens não constituem necessariamente uma novidade, considerando-se que têm sido apresentadas, na literatura, como tendência crônica e não como incidente agudo. Porém, chama-nos a atenção o fato de essas informações não terem sido ainda incorporadas, em sua complexidade, na construção de políticas públicas em saúde no nosso país.

Na nossa perspectiva, a formulação das políticas públicas em saúde no Brasil tem tido um olhar parcial para a visibilidade produzida pelos estudos epidemiológicos. A dimensão de gênero e raça, fortemente evidente nos dados das pesquisas, é sempre referida de maneira enfática quando se pensam as políticas públicas em saúde para a população jovem e pobre, mas as ações estruturais para a transformação desta condição social são negligenciadas (Longhi, 2008). A perspectiva das políticas públicas para a questão da violência urbana, por exemplo, adota muito mais um caráter repressivo com aumento do rigor das leis do que ações de prevenção e promoção da saúde visando a uma crítica à cultura machista e à resignificação das relações de poder.

Além disso, como destaca Romeu Gomes (2008), não podemos perder de vista a perspectiva relacional de gênero. A saúde do homem, como ele bem afirma, não só pode ser pensada a partir de discussões sobre o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina, mas também para enfatizar aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos populacionais masculinos.

Para compreender essas questões, é importante resgatar as reflexões sobre a construção de uma política pública, apresentadas por Adriana Viana (1996) em seu artigo de revisão de literatura. A autora traz as contribuições de John Kingdon (1984) sobre três tipos de agenda pública:

- 1) sistêmica ou não governamental – organizada a partir da apresentação de um conjunto de assuntos que são há muito tempo preocupações do país, sem contudo receber a devida atenção do governo;
- 2) governamental – orientada pelas análises da gestão pública em relação aos problemas que merecem atenção do governo;
- 3) de decisão – baseada em análises sobre demandas e necessidades que exigem tomada de decisão.

Kingdon (1984) ressalta que um assunto pode sair da agenda sistêmica para a governamental quando existem eventos dramáticos ou crises ou

quando há influência de um quadro de indicadores ou acúmulo de informações e experiências. Para compreender essa transição, é necessário identificar os atores ou participantes ativos – governamentais e não governamentais – e o processo – definido a partir das características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas – pelo qual algumas alternativas e itens se tornam proeminentes.

Por ora, vale reafirmar aqui nosso pressuposto de que não é neutra a forma como são definidos os instrumentos, produzidos os registros e analisados os dados demográficos e as estatísticas especiais (vitais, educacionais, de saúde, de trabalho). Ou seja, ela tanto reflete como participa da construção social de um fenômeno (problema, questão, demanda, necessidade) que justifica a necessidade de uma política.

A quantificação, em particular, é ainda um dos instrumentos de maior poder retórico no contexto discursivo de formulação de políticas públicas. O uso da quantificação (argumentos numéricos) em debates científicos e/ou no desenho e implementação de políticas públicas destaca, frequentemente, a precisão e objetividade dos números em detrimento do 'achismo' e imprecisão dos argumentos verbais (Potter & Wetherell, 1991). Entretanto, não se trata apenas de entender o uso que é feito dos números, mas de como um discurso, baseado em números, legitima e produz realidades e sujeitos (Spink & Menegon, 1999).

Do mesmo modo, a invisibilidade ou falta de informações é também indicadora e produtora de verdades. Como afirma Fúlvia Rosemberg (1997), as imprecisões conceituais, a ausência de dados ou a superabundância de informações estatísticas participam do processo de construção social, por exemplo, das categorias 'negros', 'mulheres que trabalham fora', 'meninos de rua', 'prostituição infantojuvenil', 'portadores de deficiência', 'gravidez na adolescência', entre outras.<sup>10</sup>

Todavia, os organismos que dão visibilidade a dados demográficos e estatísticas especiais, no contexto da formulação de políticas públicas, não são surdos às pressões dos movimentos sociais e da comunidade acadêmica. Um exemplo marcante, nos últimos anos, é a convocação de representantes dessas instâncias, pelo IBGE e outros órgãos, para as reuniões de aprimoramento de suas pesquisas e dos respectivos instrumentos de coleta.

---

<sup>10</sup> Encontramos ricas discussões sobre essas categorias demográficas em trabalhos tais como: Bruschini e Madeira (1983), Andrade e Rosemberg (1997), Piza e Rosemberg (1999).

Pressões de pesquisadores e ativistas sociais, por exemplo, levaram a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), a partir de 1987, a coletar, anualmente, informações sobre a cor da população, um dado complexo e que viveu uma história de entradas e saídas nas pesquisas realizadas pelo IBGE (Piza & Rosemberg, 1999). Também a Pnad, a partir de 1995, incluiu no tópico sobre educação toda a faixa etária desde o nascimento, a fim de investigar crianças que frequentam creche, direito à educação reconhecido desde a Constituição Federal de 1988 (Rosemberg, 1997).

No Brasil, o movimento de mulheres, desde o início de sua mobilização, nos anos 70, foi outro segmento da sociedade que avaliou, criticou e propôs mudanças na forma de coletar dados, especialmente aqueles que se referiam à participação feminina na vida pública ou que evidenciavam menor adesão ao estereótipo tradicional. Por exemplo, as instruções para coletar dados sobre chefia de domicílio e participação da mulher no mercado de trabalho foram modificadas (Barroso, 1982; Bruschini & Madeira, 1983).

Essas modificações acompanharam e contribuíram, certamente, para as transformações histórico-culturais que ocorreram, nas últimas décadas, nas relações de gênero, particularmente no que se refere à luta dos movimentos de mulheres pela maior participação feminina em espaços antes destinados exclusivamente aos homens: aqueles relacionados à esfera pública – política e econômica. Contudo, na sociedade contemporânea, a concepção e criação de filhos têm ainda sido uma atribuição exclusivamente feminina.

Como problematiza Figueroa-Perea (2004), a medicina e a demografia – disciplinas que têm investigado a reprodução e alimentado as políticas públicas que incidem sobre ela – questionam a reprodução como questão das mulheres. Entretanto, grande parte dos dados, informações, estudos e pesquisas, ao focar apenas as mulheres, parecem considerar que a reprodução é um assunto de mulheres, e esse questionável pressuposto tem validade indicadores com os quais são construídos os conhecimentos nesta área e vice-versa, ou seja, por sua vez, esses indicadores também validam o modelo cultural que os legitima (Berquó & Cavenaghi, 2006).

Apesar das conquistas dos movimentos de mulheres e de toda uma variedade de importantes transformações no campo da sexualidade e da reprodução, ainda hoje se reproduz, nas relações de gênero, familiares e institucionais, uma delimitação clara de prescrições sociais e modelos. Ao homem provedor financeiro corresponde uma mulher naturalmente

afetiva e maternal. Assim, a constatação de que, no Brasil, ainda predominam as máximas 'o filho é da mãe' e 'o pai abre a carteira' pode ser atestada pelos intentos que empreendemos para encontrar dados demográficos sobre o pai da criança brasileira (Lyra, 1997; Lyra & Medrado, 2000).

Em pesquisa desenvolvida com o intuito inicial de identificar o número de pais adolescentes no Brasil (Lyra, 1997), analisamos questionários e formulários usados por diferentes instituições que coletam ou sistematizam informações demográficas, entre as quais: o IBGE, o Ministério da Saúde, a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) e, em São Paulo, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade, 1988, 1990, 1992, 1994, 1995).

Entretanto, se o objetivo inicial da nossa investigação era chegar a uma estimativa da paternidade na adolescência e sua variação percentual ao longo dos anos, a dificuldade de localizar dados sobre a paternidade, em todas as faixas etárias, levou-nos a uma mudança de foco. A ausência de informação tornou-se, assim, nosso objeto de interesse e estudo.

Naquele texto, enfatiza-se que o cuidado para com os filhos é uma atividade relacionada à reprodução da existência humana e, portanto, associada culturalmente às mulheres e ao feminino (Izquierdo, 1994). Seja no espaço da intimidade, seja no espaço público (Beatty, 1989), esta associação entre as mulheres e cuidado com a criança foi naturalizada.

Tal naturalização de um modelo social gerou uma série de discursos e práticas institucionalizadas, dando sustentação a determinados modelos, valores e prescrições que impossibilitam o registro de certas informações, contribuindo para a manutenção do princípio herdado do direito romano *mater semper certa est, pater nunquam*,<sup>11</sup> que reforça e legitima a ausência paterna (Lyra & Medrado, 2000; Fonseca, 2005; Perucchi, 2008).

Mais de dez anos depois da pesquisa realizada por Lyra (1997), observamos que a ausência de informações ainda é um dos problemas centrais para o desenvolvimento de um estudo sobre o lugar dos homens e das masculinidades nas políticas de direitos reprodutivos (Lyra, 2008). Encontramos esta mesma constatação em outros estudos que assinalam que discutir, à luz da perspectiva de gênero, a invisibilidade dos homens nos dados sociodemográficos e epidemiológicos, no campo das políticas públicas em direitos reprodutivos, tem raízes valorativas e ideológicas (Greene & Biddlecom, 2000; Olavarría, 2003).

---

<sup>11</sup> "A mãe é sempre certa, o pai, nunca".

A ideia de que os homens geralmente não se interessam por questões relativas à sexualidade e à reprodução e de que o planejamento familiar e o cuidado dos filhos são atribuições e responsabilidades das mulheres estão embasadas em uma visão machista e sexista, que impede às mulheres e aos homens o pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, em face das limitações impostas por padrões culturais inscritos em práticas preconceituosas. Com isso, não estamos negando os resultados de algumas pesquisas que evidenciam a resistência e a negação, por parte de alguns homens, em participar de experiências da vida reprodutiva (Alan Guttmacher Institute, 2003; Quadros, 1996, 2004).

Assim, se no campo da reprodução faltam informações, no campo da sexualidade esta matriz de gênero também se faz presente não apenas na invisibilidade de dados, mas também na maneira de interpretá-los. Dados sociodemográficos evidenciam, por exemplo, que, em 1980, a Aids situava-se na sétima posição entre as causas de mortalidade entre jovens brasileiros do sexo masculino, passando, em 1995, a ocupar a segunda posição (Brasil, 2005).

Nos últimos anos, tem-se observado uma tendência à 'feminização' da epidemia, que é expressa na gradativa diminuição da razão homem/mulher no registro do número de casos notificados: de uma razão de 24:1 em 1985, passou-se para 6:1 em 1988, e tem-se mantido, desde 1997, a proporção de dois homens para cada mulher infectada (Brasil, 2005).

Contudo, mesmo registrando-se essa tendência à feminização da epidemia em âmbito mundial, e reconhecendo-se a grande importância e necessidade de ações voltadas para as mulheres, as estatísticas mostram ainda maior prevalência de casos entre os homens, nos mais variados recortes sociodemográficos – tais como faixa etária, domicílio – e na grande maioria das categorias de exposição ao vírus, principalmente por via sexual e sanguínea. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) destacam que, no Brasil, 67,8% da população infectada pelo HIV é de homens.

É interessante notar que, em 2000, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – Unaid (Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2000) lançou uma campanha mundial de prevenção à Aids, intitulada *Aids: men make a difference*. Este documento da campanha destaca:

Embora o comportamento dos homens esteja contribuindo de forma significativa para a propagação e o impacto do HIV, e os situe precisamente

na primeira linha de risco, esse comportamento pode mudar. Conseguir a participação dos homens nos esforços contra a Aids representa o modo mais seguro de mudar o curso da epidemia. É improvável que se consiga motivar os homens para que escutem ou modifiquem suas atitudes apontando-os com o dedo ou culpando-os. Por meio da Campanha Mundial contra a Aids, a Unaid e seus associados em todo o mundo trabalharão cada vez mais com mulheres e homens, assim como com as ONGs, os governos e o sistema das Nações Unidas, para produzir um novo e muito importante enfoque voltado aos homens. (Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2000: 1 – Tradução dos autores)

Esse discurso da culpabilização dos homens e vitimização das mulheres aparece claramente expresso nos discursos institucionais sobre a epidemia da Aids, de forma semelhante à concepção 'satanizadora' dos homens apontada por Figueroa-Perea (2004). Além disso, a diversidade de atos sexuais e a relutância no uso de preservativos aparecem como algo generalizado e, ao mesmo tempo, como uma opção consciente.

Em síntese, consultando os bancos de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e as grandes pesquisas demográficas sobre morbimortalidade da população masculina (Laurenti *et al.*, 1998; Laurenti, Mello-Jorge & Gotlieb, 2005; Ripsa, 2007), bem como pesquisas sobre saúde reprodutiva (IBGE; 1996; Fundação Seade, 1988, 1990, 1992, 1994, 1995) e sobre comportamento sexual e infecção por DST/HIV/Aids (Bemfam, 1997), retomamos as perguntas que orientam nosso argumento neste texto: que masculinidades estão sendo forjadas pelos discursos de políticas públicas no campo da saúde, em nosso país? Que sujeito está sendo constituído por meio desses dispositivos de saber/poder? E como uma política de atenção integral em saúde para os homens (no genérico) pode responder a demandas e necessidades específicas de 'homens de carne e osso', cuja experiência e valores estão inscritos em (e por) diferentes marcações de classe, cor/raça, idade, geração etc.?

## Por uma política de atenção integral aos homens na saúde

Desde 2007, o Ministério da Saúde do Brasil assumiu o desafio de implementar uma política específica para atender às especificidades da população masculina no tocante à saúde. Trata-se de política ainda em processo de implementação, restrita a um documento síntese intitulado



"Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes",<sup>12</sup> produzido pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Para uma análise sobre o contexto de produção deste texto, é interessante fazer uma leitura comparativa tendo por base três documentos que orientam (ou pretendem orientar) políticas públicas no campo das relações de gênero e sexualidade em nosso país:

- 1) o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, produzido em 2007 e publicado em 2008 (CNDH, 2008);
- 2) o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais "Brasil sem Homofobia", publicado pelo Ministério da Saúde em 2004 (Brasil, 2004);
- 3) a referida proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008), exposta no segundo semestre de 2008 à consulta pública pela área técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde.

A construção desses três documentos teve trajetórias muito distintas, especialmente do ponto de vista da participação cidadã. O documento que orienta o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi construído a partir do investimento coletivo que envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais, realizadas em todas as unidades da federação do país. Seu conteúdo expressa uma riqueza conceitual, epistemológica e política e, do nosso ponto de vista, vai além do corpo das mulheres, ao apontar como princípios: 1) igualdade e respeito à diversidade; 2) equidade; 3) autonomia das mulheres; 4) laicidade do Estado; 5) universalidade das políticas; 6) justiça social; 7) transparência dos atos públicos e 8) participação e controle social.

Da mesma forma, o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania de Homossexuais "Brasil sem Homofobia" foi construído a partir de intenso debate com os movimentos sociais organizados e avança para além da catalogação de identidades sexuais – ou "sopa de letrinhas" (Facchini, 2005), apontando como princípio a inclusão da perspectiva da não discriminação por orientação sexual na formulação e implementação de políticas públicas.

<sup>12</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: mar. 2011.

Reafirma-se que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira.

O texto exposto à consulta pública pelo Ministério da Saúde para uma política de atenção integral aos homens na saúde ainda carece de consistência e coerência conceitual e política. Sua construção teve por base, inicialmente, encontros com especialistas e representantes de entidades da área da saúde, reservando aos cidadãos espaço apenas para consulta pública (feita via Internet). Além disso, este processo esteve à margem das conferências de saúde.

Em termos de conteúdo, o documento baseia-se em um panorama descritivo parcial sobre a saúde, ou melhor, sobre adoecimento e morte dos homens, com base em estatísticas, e apresenta leitura limitada sobre determinantes sociais em saúde, marcados por gênero, classe, raça e idade, dando pouca visibilidade às produções importantes no campo da antropologia e psicologia social, alicerçadas em pesquisas qualitativas que exploram valores e normas culturais (Abrasco, 2005).

Ainda que as seções "Princípios" e "Diretrizes" apresentem uma leitura mais complexa do fenômeno, o objetivo geral da política é descrito de forma limitada a 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, por meio do enfrentamento "racional" (*sic*) dos "fatores de risco" (*sic*) e mediante a facilitação ao acesso aos serviços e ações de assistência integral à saúde.

Ratificamos o depoimento de Adson França,<sup>13</sup> diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape), da Secretaria de Atenção à Saúde, quando afirma que "terá que haver uma mudança social na escola, no trabalho, na família, entre outros espaços sociais" (...). "É uma questão cultural, e mudar a cultura é um grande desafio".

Assim, para contribuir para este debate, apresentamos a seguir um conjunto de princípios e diretrizes que consideramos fundamentais para a formulação de uma política de atenção integral aos homens na saúde.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> *Radis – Comunicação em Saúde*, 74, out. 2008.

<sup>14</sup> Essas diretrizes foram originalmente publicadas pela Rede de Homens pela Equidade de Gênero, em formato de folheto. Para maiores informações acessar: <[www.lacobranco.org.br](http://www.lacobranco.org.br)>.

- 1) Uma política de saúde para os homens não deve gerar ameaças aos direitos das mulheres.

As ações em saúde pública dirigidas à população masculina devem ser vistas como um avanço das políticas feministas e de gênero, na medida em que trazem benefícios para a vida dos homens, mas também para a vida das mulheres. Não deve, portanto, competir por investimentos ou recursos destinados à saúde das mulheres, nem criar estruturas isoladas. Deve atuar conjuntamente com as demais políticas de saúde, maximizando esforços e minimizando custos.

- 2) Cuidar da saúde não é apenas tratar das doenças.

É muito importante reconhecer que as necessidades dos homens em relação à sua saúde não se limitam aos males da próstata ou outras enfermidades. É necessário também levar em consideração os aspectos psicossociais e culturais, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial. Assim, a atenção à saúde deve incluir medidas preventivas e implementar ações educativas de promoção à saúde, fortalecendo a atenção básica.

- 3) A atenção à saúde masculina deve ser integral.

Para que seja efetiva, a atenção à saúde dos homens deve ser integral, ou seja, não se limitar aos aspectos biológicos e envolver: a) equipes multidisciplinares nas quais os profissionais dialoguem entre si; b) ações em saúde que contemplem o aspecto da assistência, prevenção e promoção; c) prática coordenada e continuada de atenção, por meio da interação com outras unidades de saúde e com outros setores (educação, esporte, trabalho, cultura, lazer etc.).

- 4) Informação é a base de qualquer política pública.

Conhecemos pouco sobre a saúde e o adoecimento dos homens. Muitas vezes, os profissionais acabam trabalhando com dados parciais, restritos à sua própria experiência. Portanto, é preciso qualificar melhor os sistemas de informação, gerando e divulgando sistematicamente dados sobre: a) as principais necessidades dos homens em termos de saúde; b) as principais causas de adoecimento e de morte; c) acessibilidade aos serviços etc. Esses dados devem fazer recortes especiais por sub-regiões, para que as propostas sejam ainda mais adequadas.

5) Os homens não são iguais.

A política de saúde deve respeitar a diversidade e as propostas precisam estar adequadas a esta diversidade, respeitando diferenças por idade, credo religioso, condição socioeconômica, cor/raça, orientação sexual e necessidades especiais.

6) Homens jovens, negros e pobres merecem atenção especial.

Muitas vezes achamos que, por serem jovens, os rapazes não precisam de atenção em saúde. Os homens jovens, negros e pobres, residentes em bairros de periferia, constituem a população mais atingida pela violência e outros fatores que afetam diretamente sua saúde. Precisamos criar estratégias especiais para atrair esses homens jovens para os serviços de saúde, ressignificando valores e oferecendo atenção de qualidade, adequada às suas necessidades, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS.

7) É necessário também incluir os homens idosos

Problemas de saúde decorrentes do envelhecimento são comuns, porém é possível envelhecer de modo saudável. Infelizmente, os homens idosos são uma população com maior resistência em procurar auxílio. Os serviços devem se ocupar das necessidades específicas que merecem atenção especial, particularmente no que se refere ao autocuidado e aos agravos decorrentes de problemas do aparelho circulatório e genital.

8) Os serviços de saúde devem ser amigáveis.

Muitos homens pensam que cuidar da saúde é 'coisa de mulher' e que os serviços de saúde devem ser procurados apenas quando a doença já está em estágio avançado. A atenção à saúde precisa promover o acolhimento das necessidades dos homens em geral e atrair esta população, ou seja, não apenas responder a demandas.

9) É preciso ir aonde os homens estão.

Mais de 95% da população carcerária no Brasil é composta por homens. O contingente das Forças Armadas e de albergues públicos também é composto prioritariamente por homens. Além disso, homens que residem em contextos rurais, indígenas e quilombolas sofrem ainda mais com a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde. Para atuar na promoção de saúde junto à população masculina, é fundamental desenvolver estratégias voltadas também para estes contextos e espaços coletivos.

10) A emergência é também espaço de prevenção.

O setor de emergências recebe uma população expressivamente maior de homens, em decorrência de fraturas, traumas e crises agudas. Este setor se caracteriza por precárias condições de atendimento, falta de recursos materiais e humanos, bem como pouca sensibilidade para o atendimento integral aos usuários. É necessário investir estruturalmente nesses setores, favorecendo uma 'emergência humanizada' que possa estimular, nos homens, uma revisão de seus valores e práticas, promovendo prevenção secundária.

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

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

12) Paternidade é também um direito.

É preciso ampliar a reflexão sobre o cuidado infantil. A paternidade (seja biológica ou por adoção) é uma prática que pode gerar benefícios subjetivos e materiais para a vida e a saúde dos homens e das próprias crianças. A paternidade não é apenas uma responsabilidade ou obrigação, é também um direito e pode gerar muito prazer. É necessário entender que pai não é visita e que muitos são aqueles que têm interesse em participar do desenvolvimento dos seus filhos. Os serviços precisam se adequar a esta realidade, promovendo acolhimento e, em alguns casos, adaptando sua rotina e estrutura para garantir o exercício da paternidade, especialmente no pré-natal, parto e pós-parto, bem como na pediatria.

13) Violência de gênero é também questão de saúde pública.

Nossa sociedade se fundamenta em modelos culturais que definem o que é masculino e feminino. Esses padrões de gênero reproduzem a ideia de que os homens são naturalmente violentos. Portanto, a violência dos homens contra as mulheres (sejam crianças, adolescentes ou adultas) ou contra outros homens (sejam homossexuais ou heterossexuais) são violências baseadas em gênero, construídas a partir de processos culturais, institucionais e psicossociais. Para mudar os quadros de violências baseadas em gênero, é fundamental implementar

ações mais eficazes de segurança pública, aliadas a ações em saúde de caráter preventivo dirigidas aos homens e também de atendimento a autores de violência.

- 14) A redução de danos deve ser um princípio básico nas ações em saúde.

Os homens compõem a parcela da população que mais consome álcool e outras drogas. Para atuar junto aos homens que usam drogas, os serviços de saúde devem rejeitar medidas punitivas, restritivas ou culpabilizantes. É necessário implantar estratégias para reduzir os danos que o uso de drogas possa causar a essas pessoas, garantindo-se os princípios da cidadania e dos direitos humanos, à luz das discussões sobre gênero e masculinidades.

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

Ações educativas devem ser oferecidas aos gestores e profissionais de saúde para que possam compreender a importância e a necessidade de ações dirigidas aos homens, bem como definir, coletivamente, prioridades e estratégias de ação a serem implementadas em seu serviço. Esse processo educativo deve promover a crítica a posturas machistas que, muitas vezes, não permitem perceber que os homens também possuem necessidades específicas em saúde.

- 16) Saúde é uma questão de cidadania.

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

Essas proposições evidenciam uma variedade de temas e objetos de estudo que indicam potenciais pesquisas e campos de debate não plenamente explorados neste texto. Indicam também a necessidade de um posicionamento ético-político claro na interface com as conquistas feministas.

É importante reconhecer que o feminismo foi responsável por uma revolução em nossa sociedade, tanto no campo da ciência como na vida cotidiana das pessoas. Ao discutir e buscar transformar a condição de subordinação das mulheres, fez um deslocamento crítico necessário em relação ao lugar de dominação dos homens, apresentando desafios e

avanços e apontando caminhos de transformação não plenamente implementados.

Destacamos ainda a necessidade e a importância de um posicionamento analítico e crítico a respeito do 'discurso sobre/dos homens', tendo em vista o avanço do conhecimento neste campo formulado pelas feministas – e alguns homens, feministas ou não! (Lyra, 2009). O que temos percebido nos trabalhos sobre homens e masculinidades é uma tendência a realizar investigações com caráter meramente descritivo e a desconsiderar que a trajetória histórica das reflexões neste campo vem do movimento de mulheres e feminista e também do movimento *gay* e lésbico.

Como afirmamos anteriormente, gênero, como categoria de análise, é uma ferramenta dos estudos científicos/acadêmicos para questionar relações de poder. Esta contribuição epistemológica, teórica e metodológica tem uma história própria e uma autoria que não é possível desconsiderar. É necessário reconhecer e nomear esta autoria, pois muitas vezes gênero é reconhecido como mais um conceito das ciências humanas, quando foi inicialmente formulado pelo movimento feminista, já com caráter teórico e político.

Quando desenvolvemos uma revisão da literatura ou participamos de algumas discussões em reuniões de trabalho, seminários e diálogos com grupos de homens, a sensação é que os estudos e as ações públicas sobre/com os homens estão (re)fazendo todo o percurso que as mulheres já fizeram, ou seja, parando agora para 'escutar' e descrever o que os homens têm a dizer, iniciando do zero, sem problematizar estes próprios discursos.

Os sentidos sobre homens e masculinidades também são polissêmicos, e não dicotômicos, como os autores apresentam na literatura científica sobre o tema. Em nossa experiência de investigação/intervenção social, colocamos estes aspectos em suspeição, e não como um fato dado.

Temos aprendido a separar, empiricamente e analiticamente, as questões de gênero (masculinidades/feminilidades), sexualidade (a diversidade dos caminhos do sexo, afeto e amor), conjugalidade (a condição de ser marido e esposa) e parentalidade (a condição de ser pai e mãe). É óbvio que há um fio que pode (ou não!) conectar estes elementos constitutivos das subjetividades das pessoas, mas de antemão olhamos criticamente os discursos sobre o fenômeno da masculinidade, para tentar evitar cair na armadilha da fixidez da heteronormatividade, do sexismo, do racismo, da homofobia e do machismo que permeiam a nossa sociedade.

Estas considerações fundamentam a crença de que podemos construir outros 'roteiros' mais críticos e ousados sobre os homens e as masculinidades, quando apostamos no caráter subversivo que a perspectiva feminista pode nos oferecer ao defender que é possível a utopia da transformação social.

## Referências

- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Their Own Right: addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute, 2003.
- ANDRADE, L. F. & ROSEMBERG, F. Ruthless rhetoric: child and youth prostitution in the Brazilian media. In: URBAN CHILDHOOD: AN INTERNATIONAL, INTERDISCIPLINARY CONFERENCE, 9-12 jun. 1997, Trondheim, Norway.
- AQUINO, E. M. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(n. especial): 121-132, 2006.
- ARILHA, M. *Masculinidades e Gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução*, 1999. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ARILHA, M. *O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero*, 2005. Tese de Doutorado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. & MEDRADO, B. (Orgs.). *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos, Editora 34, 1998.
- ARROW. Investigating the role of men in women's reproductive & sexual health. In: IRRRAG MEETING, 25-29 mar. 2002, Kuala Lumpur. (Mimeo.)
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Saúde do homem: alerta e relevância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 47-57, 2005.
- BARBIERI, T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: RODRÍGUES, R. (Ed.). *Fin de Siglo: género y cambio civilizatorio*. Santiago: Isis International, 1992.
- BARBOSA, M. I. *Racismo e Saúde*, 1998. Tese de Doutorado em Saúde Pública, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- BARROSO, C. *Mulher, Sociedade e Estado no Brasil*. São Paulo: Unicef, Brasiliense, 1982.
- BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 71-80, 2005.



- BEATTY, B. A vocation from on high: kindergartning as an occupation for American women. In: WARREN, D. (Ed.). *American Teachers: histories of a profession at work*. New York: Macmillan, 1989.
- BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Revista Novos Estudos*, 74: 11-15, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Evolução da Mortalidade por Violência no Brasil e Regiões*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*, 1(2): 42, 2005.
- BRUSCHINI, C. & MADEIRA, F. A família, a estrutura social e as formas de participação na produção social. *Cadernos Ceru*, 18: 147-186, 1983.
- CONNELL, R. W.; HEARN, J. & KIMMEL, M. Introduction. In: KIMMEL, M.; HEARN, J. & CONNELL, R. W. (Eds.). *Handbook of Studies on Men and Masculinities*. California: Sage, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDH). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: CNDH, 2008.
- CORRÊA, S. Gênero e políticas públicas no Brasil. In: SEMINÁRIO 'GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS', CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER, 7 mar., Brasília, 2002.
- ECOS. *Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. São Paulo: Instituto Promundo, Instituto Papai, Salud y Género, 2001. (Série Trabalhando com Homens Jovens)
- FACCHINI, R. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Seção Garamond Universitária)
- FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl. 1): 87-96, 1998.

- FIGUEROA-PEREA, J. G. La representación social de los varones en estudios sobre masculinidad y reproducción: 'un muestrario de reflexiones. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL/SEMINÁRIO NORTE-NORDESTE SOBRE 'HOMENS, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO: TEMPOS, PRÁTICAS E VOZES', 1/2, 17-20 jun. 2003, Recife. (Mimeo.)
- FIGUEROA-PEREA, J. G. La representación social de los varones en estudios sobre masculinidades y reproducción: un muestrario de reflexiones. In: MEDRADO, B. et al. (Orgs.). *Homens: tempos, práticas e vozes*. Recife: Instituto Papai, Fages, Nepo, Unicamp, Pegapacapé, 2004.
- FONSECA, C. L. W. Paternidade brasileira na era do DNA: a certeza que pariu a dúvida. *Quaderns-e*, 4: 27-51., 2005.
- FUNDAÇÃO SEADE. *O Jovem na Grande São Paulo*. São Paulo: Seade, 1988. (Coleção Realidade Paulista, 2).
- FUNDAÇÃO SEADE. *Pesquisa de Condições de Vida – PCV: manual do entrevistador*. São Paulo: Seade, 1990.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Coleção Pesquisa de Condições de Vida na Região Metropolitana de São Paulo – PCV 1992 – análises especiais: crianças e adolescentes*. São Paulo: SEADE, 1992.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Pesquisa de Condições de Vida – PCV: manual do entrevistador*. São Paulo: Seade, 1994.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Nascer Aqui: análise de uma nova fonte de dados sobre nascimentos*. São Paulo: Seade, 1995. (Informe Demográfico, 29).
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 825-829, 2003.
- GOMES, R. Entrevista. *Radis – Comunicação em Saúde*, 74, out. 2008.
- GREENE, M. & BIDDLECOM, A. Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles. *Population and Development Review*, 26(1): 81-115, 2000.
- HAMAWI, R. Introdução: que querem os homens? In: NOLASCO, S. (Org.). *A Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad*. Brasília: IBGE, 1996.
- IZQUIERDO, M. J. Uso y abuso del concepto de gênero. In: VILANOVA, M. (Org.). *Pensar las Diferencias*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994.
- JABLONSKI, B. A difícil extinção do boçalossauro. In: NOLASCO, S. (Org.). *A Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

- JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Men and Aids: a gendered approach – 2000 World Aids*. Genève: Unaid, 2000.
- KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Company, 1984.
- LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. & GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1): 35-46, 2005.
- LAURENTI, R. et al. D. *Perfil Epidemiológico da Saúde Masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1998.
- LONGHI, M. R. *Viajando em seu Cenário: reconhecimento e consideração a partir de trajetórias de rapazes de grupos populares do Recife*, 2008. Tese de Doutorado em Antropologia, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- LYRA, J. *Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção*, 1997. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LYRA, J. *Homens, Feminismo e Direitos Reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)*, 2008. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
- LYRA, J. Gênero, saúde e análise de políticas: caminhos e (des)caminhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 1.010-1.012, 2009.
- LYRA, J. & MEDRADO, B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. *Revista Estudos Feministas*, 8(1): 145-158, 2000.
- MEDRADO, B. *A Masculinidade na Propaganda Televisiva Brasileira*, 1997. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MEDRADO, B. & LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, 16: 20-35, 2008
- NOLASCO, S. *O Mito da Masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- NOLASCO, S. (Org.). *A Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- OLAVARRÍA, J. Derechos sexuales y reproductivos y los hombres. In: DIÁLOGO NACIONAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, 21-22 ago. 2003, Santiago de Chile. *Anais...* Santiago de Chile: Inap, Universidad de Chile, 2003. Disponível em: <[www.flacso.cl/flacso/biblos.php?code=619](http://www.flacso.cl/flacso/biblos.php?code=619)>. Acesso em: 2 mar. 2011.
- OLIVEIRA, M. C.; BILAC, E. D. & MUSZKAT, M. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das camadas médias paulistas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XII, 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: Abep, 2000. (Mimeo.).

- OLIVEIRA, P. P. de. *A Construção Social da Masculinidade*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Editora UFMG, IUPERJ, 2004.
- PERUCCHI, J. Mater Semper Certa Est Pater Nunquam: *o discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades*, 2008. Tese de Doutorado em Psicologia, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- PIZA, E. & ROSEMBERG, F. Color in the Brazilian census. In: REICHMANN, R. (Ed.). *Race in Contemporary Brazil: from indifference to inequality*. University Park: The Pennsylvania State University Press, 1999.
- POTTER, J. & WETHERELL, M. Analyzing discourse. In: BRYMAN, A. & BURGESS, R. (Eds.). *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge, 1991.
- QUADROS, M. T. *Construindo uma Nova Paternidade? As representações masculinas de pais de alunos de uma escola alternativa do Recife*, 1996. Dissertação de Mestrado em Antropologia, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- QUADROS, M. T. *Homens e a Contracepção: práticas, ideias e valores masculinos na periferia do Recife*, 2004. Tese de Doutorado em Sociologia, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). *IDB 2006. Brasil: indicadores e dados básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 20 out. 2007.
- ROSEMBERG, F. Educación infantil, género y raza. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION, 20, 1997, Guadalajara. (Mimeo.)
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2): 71-99, 1995.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). *DST/Aids e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização*. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.
- SPINK, M. J. & MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.
- TONELI-SIQUEIRA, M. J. F. Saúde e Direitos Reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso?. *Revista Estudos Feministas*, 8(1): 159-168, 2000.
- VALE-DE-ALMEIDA, M. *Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.

VALE-DE-ALMEIDA, M. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. *Anuário Antropológico (Brasil)*, 95: 161-190, 1996.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(2): 5-42, 1996.