



SAÚDE DO HOMEM E CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS MASCULINIDADES EM ESPAÇOS DE POBREZA¹

ALVES, Franciele Koehler
*Estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação
em Ciências Sociais Aplicadas – UEPG*
alvesfk@gmail.com

SCHIMANSKI, Edina
*Professora do Programa de Pós-Graduação
em Ciências Sociais Aplicadas – UEPG*
edinaschimanski@gmail.com

640

RESUMO

O presente artigo se propõe a apresentar uma revisão bibliográfica a respeito da saúde do homem, masculinidade e pobreza. Trata-se, portanto, de compreender algumas das contradições presentes na relação entre acesso a saúde primária do homem em espaços de pobreza e a construção da masculinidade. A ideia central do texto está na reflexão de que a doença é considerada como uma fragilidade do homem em dois aspectos principais – o sociocultural e o econômico. No que se refere aos aspectos sociais e culturais, temos uma assimilação simbólica e ideológica do não acesso a saúde que é formada por conhecimentos, valores, atitudes e crenças do imaginário popular, as quais giram em torno da negação da relação saúde-doença. Na esfera econômica, podemos dizer que os determinantes econômicos se expressam na posição do sujeito em termos de classe social. Isto, sobremaneira, vai determinar a capacidade e possibilidade real de acesso (ou não) do homem ao sistema de políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: MASCULINIDADE; POBREZA; SAÚDE DO HOMEM.

ABSTRACT

This paper aims at presenting a bibliographical revision about the men's health, masculinity and poverty. That is, this paper seeks to understand some contradictions between primary access to health in local of poverty conditions and the construction of masculinity. The main idea is to produce some reflection take into consideration that the illness can represent a damage to men's masculinity in to two principal aspects – sociocultural aspect and economic aspect. In relation to social and cultural aspects, there are symbolic and ideological assumptions related to the idea of no access by men to health treatments, framed on concepts such us knowledge, values, attitudes and popular trusts which determine that men should be strong and they do not need specific health care. In relation to economic aspects, the poverty condition can determine or not the men's access to the health public policies.

Key-Words: Masculinity; Poverty; Men's Health.

¹ Pesquisa relacionada a dissertação de mestrado em desenvolvimento junto ao programa de pós-graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa, cuja área de concentração é Cidadania e Políticas Públicas e Cidadania, a partir da ótica interdisciplinar.



1. INTRODUÇÃO

Compreender as expressões da questão social e suas contradições, as quais na sociedade atual são as mais diversas, é tarefa fundamental no processo de construção de conhecimento disciplinar e interdisciplinar. Neste sentido, a pesquisa social é fundamental, enquanto “atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados [...]” (MINAYO, 1998, p. 23). Através da pesquisa que se consegue um entendimento mais preciso sobre a questão social. E por meio da interdisciplinaridade, como ponto de partida, é que se pode lidar com a complexidade do conhecimento. (MUNHOZ; OLIVEIRA JUNIOR, 2009).

Iamamoto (2006), ao referir-se sobre as questões sociais, destaca que dizem respeito ao conjunto multifacetado das desigualdades sociais, equivalendo, portanto, às

desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil ao acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2006, p. 17).

O não acesso ao direito à saúde, por exemplo, pode se configurar como uma expressão da questão social. Deste modo, a falta de promoção a saúde em si constitui-se como um fenômeno social que deve ser estudado. Quanto mais, se o não ingresso dos sujeitos a saúde for analisado a partir de uma contradição importante nas chamadas relações de gênero – a construção social da masculinidade do sujeito. Isto é, o não acesso a saúde pelos homens justamente porque são homens.

No cotidiano é comum ouvirmos expressões como “*homem que é homem não fica doente*”, “*homem que é homem deve ser forte*”, “*homem que é homem não sente dor*”, “pai de família não fica doente”, entre tantas outras. A negação da doença pelo homem – ou a negação de cuidados com a saúde preventiva – vai além do imediato. Está relacionada a uma série de fatores de ordem social, cultural e até mesmo sexual. Quantos homens adquirem câncer de próstata pelo puro preconceito de fazer o exame preventivo. Da mesma forma, os fatores econômicos são bastante expressivos quanto se trata da masculinidade do sujeito. Assim, nos espaços periféricos, onde a pobreza é mais acentuada, esta demanda pode ser mais preocupante, pois envolve uma contradição tão grande quanto a primeira: se o homem assume a doença, isto pode ser a admissão explícita de que não quer trabalhar e vai ser sustentado pela companheira.



Como se pode perceber, a seara gênero/construção masculinidade/ saúde do homem/pobreza é complexa e carece de uma aproximação mais crítica, isto é, de um olhar mais aprofundado sobre a temática. Neste sentido, no presente artigo nos propomos a apresentar uma revisão teórica preliminar a respeito da relação existente entre a construção social da masculinidade hegemônica, a condição de pobreza e os cuidados com a saúde masculina no contexto da atenção primária.

Assim sendo, a título de introdução, cabe dizer que pensar saúde coletiva é pensar sobre como as pessoas vivenciam o processo saúde-doença-cuidado e se organizam tanto para enfrentamento, quanto prevenção de agravos e demais vulnerabilidades que interferem na qualidade de vida. A Atenção Primária a saúde (APS) é entendida como a “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde brasileiro, ou seja, palco principal das ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde, grande parte dos “[...] homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada” (BRASIL, 2008, p.5), o que indica a importância de se pensar a respeito da Saúde do Homem neste âmbito primeiro de cuidado.

O próprio Ministério da Saúde, ao criar a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Homens” (PNAISH) no ano de 2008, justifica sua importância, dentre outros motivos, na constatação de que há baixa participação dos homens na APS – fato também relacionado com o fato de que as políticas e programas voltados para prevenção e assistência à saúde historicamente favoreciam as mulheres, crianças e por fim, idosos. Outro fator associado à pequena adesão diz respeito ao exercício das masculinidades – especialmente a considerada “hegemônica” (GOMES, 2010; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; FIGUEIREDO, 2008; SCHRAIBER, 2010; COUTO et al., 2010).

O exercício desse tipo específico de masculinidade (ou a aspiração para alcançá-la) pode representar risco a saúde dos homens, visto que estes são vistos culturalmente como “[...] portadores de menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressas exemplarmente na figura do chefe de família provedor, dedicado ao trabalho e que raramente adocece, o que os pode levar a negligenciar a saúde” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p.419).

Com o intuito de incorporar a perspectiva relacional de gênero às ações destinadas à atenção à saúde, o Ministério da Saúde afirma através da PNAISH que as intervenções devem “[...] considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem” (BRASIL, 2008, p.5), compreendendo que



Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados a 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. [...] 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 (BRASIL, 2008, p.6).

Além disto, há o papel socioculturalmente difundido de que os homens são “provedores” da família e o fato de que, de maneira em geral, os serviços de atenção básica são estruturados em horário de funcionamento que coincide com a carga horária de trabalho. Em complemento, o desemprego também aparece como fator dificultador para o acesso dos homens, especialmente de camadas mais pobres, aos serviços de atenção primária (GOMES, 2008, 2010; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008).

Estas são algumas das questões que estão atreladas às relações estabelecidas entre homens, saúde e cuidado – podendo outros recortes como, por exemplo, raça, classe social, condição de pobreza, serem enfatizados como relevantes para manutenção da saúde, estes se configurando (ou não) como fatores de vulnerabilidade que levam à ausência e invisibilidade dos homens na APS (GOMES, 2010; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008; COUTO et al., 2010).

Neste sentido, o primeiro tópico do presente texto refletirá sobre a associação saúde do homem e a construção social das masculinidades em espaços de pobreza, abordando categorias como gênero, masculinidade e saúde. Em seguida, a pobreza será apresentada enquanto categoria relevante para o não acesso dos homens a saúde. E, finalmente, serão apresentadas as considerações finais elaboradas a partir do desenvolvimento desta pesquisa.

2. SAÚDE DO HOMEM E CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS MASCULINIDADES EM ESPAÇOS DE POBREZA

É de conhecimento comum que os seres humanos se comportam da forma como a sociedade espera, sendo que o “esperado” costuma variar de uma sociedade para outra, assim como pode se modificar na progressão histórica e cultural de um mesmo grupo. Definir o que é ser homem e/ou ser mulher é pensar sobre os papéis de gênero em cada espaço sociotemporal



específico. Isto porque a forma como homens agem é diferente daquela demonstrada pelas mulheres, embora, ambas estejam intrinsecamente relacionadas uma à outra (GOMES, 2010).

Homens e mulheres se comportam de acordo com os modelos que lhes são transmitidos ao longo da vida. Refletir sobre isto nos remete ao conceito de gênero, que conforme Gomes (2010)

Se refere às formas como somos socializados, como nos comportamos e agimos, tornando-nos homens e mulheres; refere-se também à forma como estes papéis e modelos, usualmente estereotipados, são internalizados, pensados e reforçados. [...] não bastam determinadas características corporais, como pênis e vagina, para que as pessoas sejam vistas como homem ou como mulheres. É preciso que pensem e ajam de acordo com os modelos de masculinidade e de feminilidade. Esses modelos são transmitidos por meio da nossa educação, dos veículos de comunicação e da nossa simples convivência com os outros (GOMES, 2010. p.14).

Assim sendo, pode-se dizer que masculinidade equivale a forma como homens expressam seu gênero, indicando portanto um modelo que serve para formar (e delimitar) a identidade e a maneira de ser homem, “[...] prescrevendo as atitudes, os comportamentos e as emoções a serem seguidas. [...] um conjunto de características e valores que se espera que um homem tenha em determinada cultura” (GOMES, 2010, p. 18).

Logo, se há uma forma diferente para exercer a masculinidade em cada cultura, devemos nos referir às variadas masculinidades, no plural, para designar as características do que é ser homem e suas relações com os âmbitos da vida cotidiana. E, em havendo tal variedade na expressão das masculinidades, há que se destacar a existência de um modelo que por ser mais valorizado, é considerado “hegemônico” e/ou dominante. A masculinidade hegemônica, segundo Connel (1997 apud GOMES, 2010) procura garantir a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres, valorizando

Algumas características que os homens devem ter, como ser forte, corajoso, resistente, invulnerável e ativo (entendido como o contrário de passivo, inclusive na vida sexual), bem como ter poder sobre os mais fracos (que podem ser as mulheres ou outros homens). [...] esse modelo costuma ser considerado normal, levando as pessoas a ver suas características e suas condutas prescritas como ‘naturais’, como se pertencessem a natureza biológica dos homens. Isso faz com que – às vezes – alguns homens que não seguem esse modelo sejam discriminados (GOMES, 2010, p. 18-19).

A construção social dos modelos de gênero interfere também na forma como homens e mulheres pensam e cuidam de sua saúde, causando inclusive comprometimentos diferenciados



para saúde de cada um, que vão além das questões de ordem biológica. Por exemplo, os modelos de gênero

[...] em alguns casos podem ser os principais responsáveis pelo fato de os homens serem mais vulneráveis do que as mulheres a algumas doenças e estilos de vida que comprometem a saúde. Também vale lembrar que os comprometimentos à saúde [...] são influenciados por outras causas que não as de gênero. Nesse sentido, por exemplo, a classe socioeconômica das pessoas, em determinadas situações, pode fazer uma grande diferença entre ter saúde ou seguir acesso a prevenção e tratamento por doenças (GOMES, 2010, p. 36).

Em relação à busca por saúde, estudos indicam que na realidade brasileira – embora não apenas nesta – as mulheres frequentam com maior frequência e facilidade os serviços de saúde, inclusive e principalmente àqueles voltados para atenção primária. Diversos são os fatores que para este panorama contribuem, podendo ser citado dentre eles tanto as questões culturais relacionadas aos papéis de gênero, quanto a estruturação dos serviços.

Couto et al. (2010) se debruçam sobre a invisibilidade masculina na atenção primária, discorrendo sobre como historicamente as instituições de saúde tem o poder de reforçar padrões e portanto de (re)produção do imaginário que indica que os serviços de saúde não são destinados à atenção dos homens – exceto no que diz respeito aos aspectos curativos. Logo, entendem que a invisibilidade masculina foi produto da histórica feminilização da Atenção Primária à Saúde, reiterando-a e reproduzindo-a. Relatam, portanto, que

Quando comparamos a presença de homens e mulheres e o uso que fazem dos serviços, percebemos como elas representam melhor do que eles a clientela, tanto em termos de frequência, quanto de familiaridade com o espaço e a lógica de organização [da atenção primária] (COUTO et al, 2010, p. 262).

Gomes et al. (2013) também analisam a ausência e a invisibilidade masculina na atenção básica, concluindo que é necessário que se observe no cotidiano a reprodução de dois aspectos que apareceram na pesquisa como relacionados a esta “invisibilidade”, a saber:

O primeiro diz respeito ao fato de que o sistema de saúde opera segundo uma estrutura preestabelecida em que a oferta se constrói a partir de um não lugar, ou seja, os homens, de um modo geral, não são usuários da atenção primária e, sendo assim, o que lhes é oferecido está bom. O segundo é construído a partir de uma lógica de senso comum que, por falta de investimento do primeiro, pouco viabiliza a presença mais efetiva dos homens nos serviços de saúde (GOMES et al., 2013, p. 991).



Cabe mencionar, que a preocupação em desvelar quais seriam os fatores relacionados à inserção dos homens nos serviços voltados para o cuidado com a saúde, bem como sobre temas que seriam de relevância para este público, ou ainda desvelar as relações entre a construção da masculinidade e o exercício da saúde tem início a partir dos anos de 1980. (GOMES, 2010; FIGUEIREDO, 2008; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

No Brasil, no entanto, os estudos acerca das masculinidades começam a ter visibilidade a partir da metade da década de 1990. De acordo com Figueiredo (2008), nesta época destacam-se os estudos desenvolvidos por Nascimento (1999) e Sarti (2005) que associam a condição de pobreza com o exercício das masculinidades. Por sua vez a abordagem do gênero em estudos sobre o campo da saúde datam mais recente, preocupando-se principalmente com a questão da sexualidade.

No ano de 2008, Romeu Gomes – principal referência em relação ao estudo da Saúde do Homem no contexto brasileiro – publica um livro chamado “Sexualidade masculina, gênero e saúde”, onde procura demonstrar um panorama sobre a SH e sua relação com o exercício da sexualidade. Este mesmo autor, em parceria com outros pesquisadores colaboradores, edita um livro chamado “Saúde do Homem em debate” no ano de 2011 onde discutem sobre a integralidade em saúde e a perspectiva relacional de gênero; sobre a necessidade de não se reduzir o este homem a determinados aspectos de sua saúde (como, por exemplo, a próstata); as especificidades da saúde do homem jovem e sua relação com a violência, dentre outros.

Gomes e Nascimento (2006) mapearam e analisaram a produção nacional científica sobre saúde do homem e masculinidades no período entre 1998 e 2004, localizando como temas principais: sexualidade masculina, masculinidade e reprodução, masculinidade e poder (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Diante desses dados, Separavich e Canesqui (2013) se propuseram a uma revisão bibliográfica sobre SH e Masculinidades na Atenção Integral a Saúde que contemplasse os anos subsequentes (2005 a 2011) e localizaram 27 artigos científicos veiculados em periódicos de Saúde Coletiva/Saúde pública no período considerado. Tais documentos estão indexados na SCIELO-Brasil e/ou Biblioteca Virtual de Saúde e apresentam como eixo principal de debate sobre o tema:

[...] o acesso dos homens aos serviços de saúde, sexualidade, saúde reprodutiva, violência e os principais agravos à saúde masculina, contextualizados à luz dos determinantes sociais da saúde, que tem por base



um tipo de masculinidade tradicional concebida como hegemônica, que apesar de comprometer a saúde masculina, não é o tipo único de masculinidade existente na sociedade (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 417).

Os autores concluem reafirmando a importância do desenvolvimento de novos estudos a respeito da associação entre saúde (do homem) e masculinidades de forma a ampliar o debate científico e aprofundar as discussões sobre os entraves do acesso à saúde pelos homens apesar da promulgação da PNAISH. Relatam que todos os documentos estudados demonstram o interesse dos pesquisadores em

647

[...] tornar esse *homem* universal, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adocece, morre, que pertence a uma determinada classe social, tem uma cor, faz parte de uma geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualitariamente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido.

Assim, as pesquisas sobre saúde e masculinidades, ao se aproximarem desse homem encarnado em suas vicissitudes concretas, o iluminam, ofertando uma visão não de “grandes” ou “pequenos” homens, mas de homens mais próximos de seu tamanho real (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 425).

2.1 A POBREZA COMO UM AGRAVANTE DO NÃO ACESSO

Enquanto reflete sobre a questão da pobreza durante a Idade Média, Mollat (1989) indica que desde este período a mesma vem sendo associada à noção de carência e que, embora perene durante os séculos, por muito tempo seu enfrentamento permaneceu distante da agenda social. Refere que a palavra “pobreza” tem origem latina, sendo incorporada nas demais línguas a partir do século XII.

O autor defende que a definição de quem é pobre e de seu estado (de pobreza) deve ser ampla. Conceituando, então, que

Pobre é aquele que, de modo permanente ou temporário, encontra-se em situação de debilidade, dependência e humilhação, caracterizada pela privação dos meios, variáveis segundo as épocas e as sociedades, que garantem força e consideração social: dinheiro, relações, influência, poder, ciência, qualificação técnica, honorabilidade de nascimento, vigor físico capacidade intelectual, liberdade e dignidade pessoais. Vivendo no dia-a-dia, não tem qualquer possibilidade de revelar-se sem a ajuda de outrem. Uma tal definição pode incluir todos os frustrados, todos os enjeitados, todos os associas, todos os marginais; ela não é específica de época alguma, de região alguma, de meio algum. Tampouco exclui aqueles que, por ideal ascético ou



místico, decidiram afastar-se do mundo ou que, por devotamento, optaram por viver pobres entre os pobres (MOLLAT, 1989, p. 5, grifo nosso).

Esta noção foi sofrendo alterações com o passar dos anos e a realização de novos estudos, no entanto o conceito do Mollat (1989) permanece atual por ser tão abrangente. Como mencionado, a pobreza se caracteriza como um estado em que se encontra determinado indivíduo, uma situação que pode ser provisória ou não, e que por sua manifestação lhe deixa vulnerável.

Logo, a pobreza é um dos fatores que podem tornar o homem vulnerável em termos de saúde, sendo inclusive considerada determinante/condicionante para a manifestação de muitas doenças (por exemplo, as infecciosas como: tuberculose, hanseníase e outras). As lutas cotidianas em busca da superação deste estado pauperização podem, inclusive, representar em grau risco para saúde e se configurar como um fator comprometedor do acesso às medidas de atenção primária (prevenção e ações voltadas a promoção principalmente), ou seja, de usufruto dos serviços entendidos como porta de entrada da política de saúde brasileira (BRASIL, 2008).

Cabe mencionar que neste trabalho consideramos a perspectiva defendida por Yazbek (2012) em relação a pobreza, entendendo-a como um fenômeno multidimensional e complexo que expressa a manifestação da questão social e portanto, relaciona-se com as relações de classes vigentes na sociedade em decorrência do padrão de desenvolvimento capitalista que favorece a coexistência entre miséria e acumulação (YAZBEK, 2012).

Complementa que a condição de pobreza não reduz a privações materiais, indicando com base nas reflexões de Maria Ozanira Silva e Silva (2010) que se trata de um fenômeno estrutural,

[...] relativo, não podendo ser considerado como mera insuficiência de renda é também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida. É não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não participação social e política. (Silva e Silva, 2010, apud YAZBEK, 2012, p. 289).

Logo, não se deve referir à pobreza de forma reducionista e naturalizante, mas sim pensa-la enquanto categoria sócio-historicamente construída, percebendo-a como condição/estado que se relaciona à forma de inserção na vida social e à condição de classe. Desta maneira, os pobres, enquanto produto dessas relações, são muitas vezes desqualificados devido a suas crenças, modos de se expressar, comportamento social e “[...] sinais de



‘qualidades negativas’ e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social” (YAZBEK, 2012, p. 289).

Ainda segundo a autora, a condição de pobreza tem contornos relacionados à trama social que gera as desigualdades e que se expressa em circunstâncias de ordem econômica, social, política e também cultural das classes subalternas e seus interlocutores na vida social. Enquanto condição vem sendo “medida” por meio de indicadores como renda e emprego, assim como o usufruto de recursos sociais relacionados com a determinação do padrão de vida, a saber: saúde, transporte, educação, moradia, aposentadoria, pensões, entre outros (YAZBEK, 2012).

Dentre as marcas que a situação de pobreza confere a população, Yazbek (2012) aponta

O aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade (YAZBEK, 2012, p. 290).

Assim sendo, de acordo com Yazbek (2012) abordar aqueles que são socialmente constituídos como pobres é se deparar com um universo marcado pela “[...] subalternidade, pela revolta silenciosa, pela humilhação e fadiga, pela crença na felicidade de gerações futuras, pela alienação e resistência e, sobretudo pelas estratégias para melhor sobreviver apesar de tudo” (YAZBEK, 2012, p. 292).

Montaño (2012) indica que em decorrência do modo de produção capitalista (MPC) a pobreza é resultado da acumulação privada de capital

Mediante a exploração (da mais-valia), na relação entre capital e trabalho, entre donos dos meios de produção e donos de mera força de trabalho, exploradores e explorados, produtores diretos de riquezas e usurpadores do trabalho alheio. No MPC não é o precário desenvolvimento, mas o *próprio desenvolvimento* que gera desigualdade e pobreza. No capitalismo, quanto mais se desenvolvem as forças de produtivas, maior acumulação ampliada de capital e maior pobreza (absoluta ou relativa) [...] Quanto mais riqueza produz o trabalhador, maior é a exploração, mais riqueza é expropriada (do trabalhador) e apropriada (pelo capital). Assim, não é a escassez que gera a pobreza, mas a abundância (concentrada a riqueza em poucas mãos) que gera desigualdade e pauperização absoluta e relativa (MONTAÑO, 2012, p. 279).

Nesse panorama, cabe mencionar que a pobreza pode ser entendida como parte constitutiva da história do Brasil, sendo ainda hoje insuficientes os esforços voltados para seu



enfrentamento (por exemplo, através do programa de transferência de renda Bolsa Família). Para Telles (1992 apud YAZBEK, 2012), a pobreza é uma condição que é “[...] traçada como uma realidade negativa, uma espécie de limbo para onde são projetadas as carências, as precariedades, as minoridades e os atrasos do país”.

Por fim, é importante destacar que um marco do avanço no sentido do reconhecimento dos direitos sociais dos brasileiros, mas especialmente das classes subalternas, aconteceu com a Constituição Federal (CF) de 1988 – quando foram definidas as bases para o sistema de proteção social brasileiro, baseado no tripé da seguridade social que define a saúde, assistência social e a previdência como direito do cidadão e dever do Estado. A respeito disso, Yazbek (2012) destaca que a Seguridade assegurada na CF “[...] apresenta-a como um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficiente” (YAZBEK, 2012, p. 301).

A relação entre pobreza, construção da masculinidade e falta de acesso a saúde básica se dá pelo viés tanto econômico, quanto pelo sociocultural. Deste modo, a doença é considerada como uma fragilidade do homem. No que se refere aos aspectos sociais e culturais, temos uma assimilação simbólica e ideológica do não acesso que é formada por conhecimentos, valores, atitudes e crenças do imaginário popular, as quais giram em torno da saúde e da doença. Na esfera econômica, podemos dizer que os determinantes econômicos se expressam na posição do sujeito em termos de classe social. Isto, sobremaneira, vai determinar a capacidade e possibilidade real de acesso (ou não) do homem ao sistema de seguridade social e saúde.

A importância de considerar a perspectiva de gênero, bem como a influência da construção social da masculinidade em relação aos cuidados com a saúde do homem, especialmente àquele em situação de pobreza, se revela também no que postula Garcia (1998), em que gênero é visto como uma forma de estruturação das práticas sociais em geral, sendo sua ordenação necessariamente vinculada a outras estruturas sociais.

[...] Interage com raça, classe, etnia, nacionalidade e posição na ordem munda, entre outras. Desse ponto de vista, as masculinidades dos brancos, por exemplo, estariam construídas não só em relação às mulheres brancas como também em relação aos homens negros. Ou ainda, as masculinidades das classes trabalhadoras também deveriam ser concebidas considerando a política de gênero interna a essas classes. *Resumindo, para entender gênero é necessário ir além de gênero e para entender classe, raça e etc., deve-se mover em direção à dimensão gênero.* As relações de gênero se constituem como um dos principais componentes da estrutura social, e a política de gênero está entre os principais determinantes do nosso fato coletivo (GARCIA, 1998, p. 44-5, grifo nosso).



Além disso, podemos dizer que masculinidade(s), pobreza e (cuidados em) saúde são categorias que vem sendo, isoladamente e quando inter-relacionadas, valoradas de forma a pressupor a existência do já referido modelo de homem “ideal” – o qual é “provedor”, “dominante”, “invulnerável”. No entanto, quando não dá conta de atingir este estereótipo, o homem (por exemplo, àquele que vivencia uma situação de pobreza) acaba sofrendo – ainda que psiquicamente – por não conseguir exercer o “papal de homem” de acordo com o modelo ideal/hegemônico difundido socialmente (NASCIMENTO, 2000).

Cabendo, portanto, aos pesquisadores e profissionais, bem como à comunidade em geral quando sensibilizada, contribuir – com base nas contribuições de diversas áreas do saber – para a modificação gradativa desse discurso que instituiu o “super-homem” para àquele que o tratará como ser humano, de carne e osso, suscetível e que por isto precisa cuidar de sua própria saúde.

Por fim, lembramos o que disse Judith Butler em uma entrevista concedida no ano de 1998: “[...] discursos, na verdade, habitam corpos. Eles se acomodam em corpos; os corpos na verdade carregam discursos como parte de seu próprio sangue. E ninguém pode sobreviver sem, de alguma forma, ser carregado pelo discurso (PRINS; MEIJER, 2002, p.163).

3. CONCLUSÃO

Como mencionado, o presente artigo trouxe algumas aproximações teóricas sobre saúde do homem, masculinidade e pobreza. Através dessa aproximação pudemos perceber que os autores que publicam sobre saúde coletiva/saúde do homem entendem que não apenas as características atribuídas ao papel de gênero (construídas histórica e socialmente) influenciam no (não) cuidado masculino em relação a própria saúde, especialmente no que diz respeito as ações de prevenção preconizadas pelo âmbito da atenção primária.

De maneira geral, os autores que fundamentaram este trabalho concordam que, além da construção social da masculinidade, outros aspectos são relevantes e fornecem possibilidade para realização de novas pesquisas que tenha como base outros recortes, como por exemplo, a associação entre masculinidade e pobreza. Tal recorte/associação também se justifica na medida em que, conforme destaca Minayo (1998), ao pensar sobre saúde e toda complexidade que a envolve, estamos invariavelmente nos remetendo à interdisciplinaridade também.

Neste trabalho, por exemplo, partimos do pressuposto de que a interdisciplinaridade promove novas interrogações e possibilidades de olhar para uma mesma situação, a partir



interação entre as visões das várias disciplinas do saber. A interdisciplinaridade possibilita também encontrar “[...] soluções de problemas diante dos quais as demais formas de conhecimento se mostram insuficientes e incapazes” (Sartor, 2005, p. 59, apud MUNHOZ; OLIVEIRA JUNIOR, 2009, p. 20), como é o caso do nosso objeto de pesquisa que demandou articulação dos campos do Serviço Social, Saúde Coletiva, Psicologia, Economia, entre outros.

Nessa aproximação foi possível notar que, sendo a pobreza uma condição de precarização, esta favorece àqueles que a enfrentam certa debilidade do estado de saúde, moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente e fome, a fadiga, entre outras situações acabam prejudicando a qualidade de vida em geral e à adoção de medidas de prevenção de agravos e doenças, bem como promoção da saúde. Além disso, quando associada ao desemprego e à crença de que o homem é quem deve ser o provedor da família (ordem sugerida pelo entendimento do que representa a masculinidade hegemônica), o acesso à saúde – ainda que a política preveja a universalidade - fica ainda mais fragilizado.

Corroboramos, portanto, com os autores Separavich e Canesqui (2013) quando afirmam que se deve, seja através de ações no cotidiano, seja através da produção de conhecimento científico, favorecer ao homem a visão de que devem se preocupar em serem “próximos de seu tamanho real” - ou seja, aquele que também adocece, morre e precisa se cuidar, independente de pertencer a determinada classe social, raça, orientação sexual.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COUTO, M. T.; et al. O Homem a atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Em: Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.

FIGUEIREDO, W. dos S.; Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária, 2008, 278 f. Tese (doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em 25 abr 2014.

FIGUEIREDO, W. dos S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Em: Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mai 2014.

GOMES, R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.



- _____. *A Saúde do Homem em Foco*. São Paulo: UNESP, 2010.
- GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Em: Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 mai 2014.
- IAMAMOTO, M. V. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. *In: NOGUEIRA, V. (org.) et alli. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Sumário. Julho de 2006. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>. Acesso em 13 jul 2014.
- MOLLAT, M. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- MONTANÕ, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Em: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 110, p.270-287, abr/jun. 2012.
- MUNHOZ, D. E. N.; OLIVEIRA JUNIOR, C. R. de. Interdisciplinaridade e Pesquisa. *In: BOURGUIGNON, J. A. (org.) Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas*. Ponta Grossa – PR: Toda Palavra, 2009. Págs 11-33.
- NASCIMENTO, P. F. G. Gênero e pobreza: o lugar dos homens em famílias de baixa renda. *In: XXIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS*, 23 a 27 de outubro de 2000, Petrópolis, RJ. Disponível em: <<http://www.anpocs.org.br/encontro/2000/00gt05.htm#23>>. Acesso em 19 jul 2014.
- PRINS, B; MEIJER, I. C.. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n. 1, Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100009&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17 Jul 2014.
- SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Em: Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, núm. 10, outubro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>> Acesso em: 01 mai 2014.
- SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Em: Saude soc.*, São Paulo, v. 22, n. 2, Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.
- VILLELA, W. V.; PEREIRA, P. P. G. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? *Em: Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Mai 2014.
- YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil Contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Em: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 110, p.288-322, abr/jun. 2012.