

GÊNERO MASCULINO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE

MARIA THEREZA ÁVILA DANTAS COELHO¹
VANESSA PRADO DOS SANTOS²
DANIELE MACHADO PEREIRA ROCHA³

RESUMO

Introdução: Estereótipos históricos ainda habitam o imaginário dos gêneros em relação à saúde. Diferentes expectativas de vida entre os gêneros e uma menor procura dos homens pelos serviços de saúde são uma realidade brasileira. **Objetivos:** Estudar a auto-percepção e as práticas relacionadas à saúde de estudantes do gênero masculino, a fim de discutir a influência da masculinidade nas atitudes acerca de sua própria saúde. **Métodos:** 32 estudantes foram entrevistados, sendo 12 do gênero masculino. As respostas foram analisadas nos moldes da análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos estudantes se sente saudável e somente procura os serviços médicos quando um problema de saúde se agrava. **Conclusões:** A pesquisa corrobora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que indica a procura desta população por assistência em saúde apenas em casos de doença.

Descritores: Gênero; saúde; masculinidade; universidade.

¹ Professora Adjunto da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública e Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. E-mail: therezacoelho@gmail.com

² Professora Adjunto da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. E-mail: vansanbr@hotmail.com

³ Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Bolsista de Iniciação científica pelo PIBIC – CNPq. E-mail: danielep.rocha@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A auto-percepção e as práticas relacionadas à saúde do gênero masculino são pouco estudadas, sendo a maioria das publicações envolvendo esse tema relativas ao gênero feminino. Paschoalick et al (2006) explicam que muitos estudos foram influenciados pelo movimento feminista, que privilegiaram como objeto de estudo as mulheres, quase que substituindo o termo gênero pelo feminino, para dar maior reconhecimento científico. Já Aquino (2006) comenta que a revolução feminista modificou o cenário científico mundial, havendo uma crescente produção de temas relacionados à mulher. Assim, o movimento feminista fortaleceu as discussões referentes à saúde da mulher, à instituição de políticas públicas, leis e a busca por direito iguais.

Existe ainda uma baixa procura do gênero masculino por serviços de saúde, presumindo-se que, em sua auto-percepção com relação à saúde, o homem sinta-se saudável. Porém, a transmissão de modelos de masculinidade estereotipados pode influenciar na construção da identidade masculina e no cuidado com a sua saúde (GOMES, 2010). Para discutir esse tema é necessário definir palavras como gênero, masculinidade e saúde, buscando explicações acerca do modelo de masculinidade vigente e as suas prováveis implicações na saúde do homem.

É difícil definir o termo gênero, mas alguns autores conceituam gênero como as formas como somos socializados, nossos comportamentos e modos de agir, nossas características sociais em sermos homens e mulheres e como esses modelos, geralmente estereotipados, são pensados (PROMUNDO, 2008). Já estereótipo, segundo Pereira (2010), diz respeito a um conjunto de características e atitudes que são ativados automaticamente, e que geram expectativas a respeito de um determinado grupo ou pessoa, sendo, neste caso, o gênero masculino. O gênero e o estereótipo concedem significado à ideia de masculinidade, que Gomes (2010) define como um conjunto de características, valores e condutas que se espera que um homem tenha, em uma determinada cultura. Todos esses conceitos permeiam as relações existentes entre o gênero masculino e a saúde, pois pretendem explicar o modo de pensar que atravessa o imaginário coletivo sobre o tema.

Ter como objeto de estudo o gênero masculino pode ser interpretado como de cunho machista e/ou sexista. Os homens historicamente ocuparam e continuam ocupando os espaços de poder, sendo que pesquisas revelam que eles ganham maiores

salários que as mulheres em todas as faixas etárias e níveis de instrução (OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO, 2013). O poder financeiro, no sistema capitalista, reflete-se no imaginário coletivo como uma condição de invulnerabilidade e força, condições relacionadas à saúde. No entanto, essas questões monetárias não refletem a saúde física e psicológica, e essa imagem de virilidade e força pode representar apenas mais um estereótipo que o homem mantém em nome da sua “masculinidade”. O Ministério da saúde tem apresentado políticas de atenção à saúde do homem, mas tem tido dificuldades de obter adesão da população masculina, havendo uma baixa procura deste grupo pelos serviços de atenção à saúde.

A associação entre a masculinidade e o estereótipo de força e resistência é demonstrada desde a antiguidade em diversas culturas, onde persistem os chamados ritos de iniciação masculina. Numa das tribos da Amazônia, os Satere-Mawés, os jovens são obrigados a colocar as mãos em luvas contendo formigas-bala (*Paraponera clavata*), conhecidas pelo seu tamanho e sua dolorosa mordida, por diversas vezes, para provar sua masculinidade (RANGEL, 1999).

Com o passar dos anos, alguns ritos se modificaram, mas, ainda na contemporaneidade, percebe-se que a construção da identidade masculina é perpassada por um ideal estereotipado, levando os homens a buscarem um percurso diferente das mulheres, que seria historicamente mais fraca e vulnerável. Em situações de dor e/ou doença é esperado socialmente do homem que ele nunca se lamurie, como é culturalmente permitido às mulheres, seguindo o senso popular de que “homem não chora”. Segundo Boris (2003), o homem é vulnerável, mas deve ser capaz de enfrentar o medo, livrando-se da humilhação em ser chamado de perdedor e de fracassado.

Podemos reconhecer aí um dos possíveis motivos da baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, pois se a dor deve ser superada sem queixas ou lágrimas, características essas notadamente “femininas”, os homens tendem a se afastar dos serviços de atenção à saúde, buscando-o somente em quadros de maior gravidade. FIGUEIREDO (2005) e PINHEIRO et al. (2002) relatam que, a despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade e da menor expectativa de vida, os homens não buscam os serviços de atenção primária, como fazem as mulheres. Dados brasileiros (BRASIL, 2009) mostram que os homens adentram os sistemas de saúde predominantemente através dos níveis de atenção de média e alta complexidade, o que leva a um agravamento da morbidade pelo retardamento da atenção e maior custo para o

sistema de saúde, visto que não há a oportunidade de serviços de prevenção e promoção pelo nível da atenção primária.

Além das questões de gênero, masculinidade e estereótipos, para saber sobre a procura dos homens pelos serviços de saúde, precisaríamos discutir o que é saúde para eles. Segundo Segre e Ferraz (1997), a Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”. Esse é o conceito mais repetido e utilizado entre diversos estudantes universitários que nosso grupo pesquisou previamente. No entanto, mesmo assim ainda cabe discutir o que o gênero masculino entende por saúde e se isso tem relação com a busca por atenção e cuidado.

O objetivo deste estudo é conhecer, portanto, a auto-percepção e as práticas relacionadas à saúde de estudantes do gênero masculino egressos de um curso interdisciplinar, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, a fim de discutir a influência dos ideais e estereótipos das relações de gênero em atitudes acerca da saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma pesquisa que estuda as concepções e práticas de saúde e doença entre os alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Nesta fase da pesquisa foi aplicado um questionário a um total de 32 estudantes egressos do referido curso, sendo focalizadas aqui as respostas dos 12 estudantes do gênero masculino. O questionário continha perguntas acerca da auto-percepção e práticas de saúde/doença, que foram respondidas de forma livre e aberta, sem a identificação do estudante. As perguntas feitas aos estudantes foram: Você se sente saudável? Por quê?; Você se sente doente? Por quê?; Que providências você toma quando está doente? Que providências você toma para evitar ficar doente?

Os questionários foram digitalizados e analisados pelos três pesquisadores. As respostas foram analisadas de forma qualitativa, por haver um número reduzido de participantes e principalmente para explorar o caráter da subjetividade dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 1993). O método da análise do conteúdo também foi utilizado. Com a análise de conteúdo foi possível analisar de forma criativa as respostas dos entrevistados, embasando-as com teorias norteadoras. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e os estudantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os questionários dos estudantes entrevistados, percebeu-se um ponto de saturação, pois as respostas às perguntas se repetiam entre os doze alunos, havendo entre eles um discurso semelhante. Seleccionamos aqui algumas dessas respostas, que foram sintetizadas, seguindo a ordem das perguntas presentes na metodologia. Analisando as respostas relativas à auto-percepção dos estudantes quanto ao seu estado de saúde/doença, obtivemos respostas que, em sua maioria, confirmavam que os alunos se sentem saudáveis. No entanto, alguns alunos deram respostas diferentes, alegando a efemeridade do estado de saúde, como exemplificamos abaixo:

“Me sinto bem, fisicamente e psicologicamente e possuo boas relações com meu círculo social.”

“Sim. Porque me sinto fisicamente e psicologicamente bem.”

“Às vezes, sinto-me saudável, as vezes não. A saúde é um estado transitório que depende de múltiplos fatores.”

“Não. Aspectos da minha saúde física e mental me impedem de viver em bem-estar, além de condições sociais que dificultem minha qualidade de vida.”

“Não totalmente porque as questões econômicas, sociais, políticas não me permite ter uma saúde plena no padrão OMS”.

“Não. Aspectos da minha saúde física e mental me impedem de viver em bem-estar, além de condições sociais que dificultem minha qualidade de vida”.

Observa-se que muitos desses estudantes do gênero masculino reconhecem a complexidade do objeto saúde e sua interface com questões político-econômicas, sociais, psicológicas e afetivas. A dualidade corpo e mente, representada pela distinção entre a saúde física e a psicológica, pode ser vista no discurso dos estudantes e demonstra a complexidade dessa questão face a integralidade do indivíduo e da atenção em saúde. Analisando as respostas relativas às providencias tomadas pelos estudantes ao adoecerem, alguns referem a busca por atenção médica em situações específicas, como exemplificamos a seguir:

“Descanso. Se não melhorar, procuro médico.”

“Busco criar resistência contra o agente.”

“Vou ao médico ou me trato em casa.”

Observou-se também que, em sua maioria, os estudantes só procuram ajuda médica quando estão doentes, à exceção de um estudante que, mesmo sentindo-se doente, não recorre aos serviços de saúde, não havendo referência à procura por serviços de prevenção e promoção em unidades de atendimento. Essas respostas não permitem uma generalização, mas é constatado pelo Ministério da Saúde, na sua Política de Atenção à Saúde do Homem, que os homens só procuram os serviços de saúde quando sentem dor, sendo assim mais vulneráveis às doenças, só adentrando os serviços de alta complexidade, aumentando assim suas taxas de morbimortalidade (BRASIL, 2009). Pode haver uma associação entre a busca por atenção médica e uma “gravidade” da doença ou falha nos hábitos adquiridos através do senso comum.

Quando se buscou respostas relativas à adoção de medidas para evitar a doença, ou seja medidas de prevenção, percebeu-se que os estudantes se referem à alimentação saudável e práticas de atividades físicas, ligadas ao estilo de vida. Na teoria, o conceito de promoção e prevenção, frequentemente imbricados pelos estudantes, têm significados distintos. Ferreira (1986) conceitua promover como o ato de impulsionar, originar e gerar. Nesse caso, trata-se de gerar medidas de promoção da saúde para o bem-estar, não se limitando a doenças, originando mudanças nas condições de vida e trabalho (TERRIS, 1990). Prevenir, por sua vez, seria o ato de preparar, impedir que se realize (FERREIRA, 1986). Nesse caso, a prevenção da doença seria a ação antecipada contra a doença (LEAVELL & CLARCK, 1976). Uma das medidas preventivas mais divulgadas no Brasil é a imunização através de vacinas, veiculadas por inúmeras campanhas, mas que não foi citada por nenhum dos jovens. As respostas dos estudantes mostram que eles pensam em medidas de promoção quando falam sobre a prevenção de doenças, como pode ser visto abaixo:

“Me alimento bem e procuro cuidar das questões que estão à minha volta (sociais, econômicas, etc..) para que isso não interfira na minha saúde.”

“Me exercito e me alimento bem.”

“Procuro manter hábitos saudáveis e promover a minha saúde.”

A estratégia da Política de Atenção à Saúde do Homem foi criada em 2007 pelo Ministério da Saúde, alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, e integrante do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, também de 2007, cujo objetivo geral é ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde e reduzir suas taxas de morbimortalidade. O objetivo específico dessa política de atenção, segundo o Ministério da Saúde, é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde, bem como organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Nesse panorama, percebe-se que, mesmo existindo uma política que visa a facilitação do acesso dos homens aos serviços de saúde, ainda há baixa procura desses usuários, devido não só aos estereótipos do imaginário social, que influenciam muitas vezes nas suas formas de pensar, mas também ao modo de como são transmitidas as informações acerca da política de atenção à saúde do homem, bem como a sua frequência na divulgação, pontos que precisam de uma maior visibilidade por parte deste segmento, no intuito de adotar práticas de saúde e cuidado. Nesse aspecto, Gomes (2010) cita em seu livro que um dos pontos mais importantes para manter-se saudável é a informação.

Em leituras de narrativas acerca desta problemática, vê-se a repetição do discurso sobre a baixa procura dos homens, na maioria dos casos, por serviços de atenção primária, procurando a rede de alta complexidade. Nunes et al (2010) relatam, em um dos seus artigos, a experiência do Sr. Sebastião, que passava por crises internas, depressão, dentre outros sintomas físicos e psicológicos e que não conversava com sua família a respeito disso, pois a visão que ele tinha a respeito de si era de um homem, pai, provedor, com uma vida árdua de trabalho, que tinha que se manter calado, sem comunicar o seu sofrimento. Essa história reflete o modelo do ideal masculino da nossa sociedade, que pode ter consequências na taxa de morbimortalidade dos homens e em sua expectativa de vida (GOMES, 2010).

Analisando os outros questionamentos acerca das práticas adotadas para manutenção da boa saúde, os homens se referem à atividade física e alimentação adequada, mas também fazem menção à questão financeira e afetiva, demonstrando a

complexidade do objeto saúde, conforme a OMS. As respostas dos estudantes sobre as práticas de saúde-doença representam um sinal de mudança de pensamento, demonstrando uma preocupação com a própria saúde, mesmo com a baixa procura aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Diferenças entre os gêneros em relação aos cuidados com a saúde merecem ser melhor estudadas, pois envolvem múltiplos e profundos questionamentos e análises socioculturais. O homem ainda quer reafirmar sua masculinidade, muitas vezes negligenciando sua própria saúde. Já as mulheres, que são historicamente vistas como “sexo frágil”, cuidadoras e mães, estão mais presentes nos serviços de saúde. Percebeu-se nas respostas desses estudantes, com o ensino superior interdisciplinar concluído, que visa uma reflexão acerca das identidades sociais, que ainda permanece uma visão estereotipada nas práticas de saúde adotadas. O discurso dos egressos está provavelmente atrelado a questões culturais ainda não profundamente modificadas na cultura da nossa sociedade e reproduzem o modelo masculino vigente.

O modo de inserção, a historicidade do gênero, os estereótipos e as formas de veiculação da informação para a saúde precisam ser revistas nas políticas de saúde voltadas para a população masculina, pois um dos pontos importantes para a manutenção da boa saúde é a qualidade da informação. Desse modo, volta-se a reafirmar a necessidade de desconstrução dos estereótipos acerca do gênero masculino e a sua saúde, bem como as formas de transmissão das informações presentes na política de atenção à saúde desse segmento, e como estão sendo absorvidas por eles. Para que os homens possam entrar em contato com os profissionais de saúde, não de forma estigmatizada, mas de forma livre e aberta, a fim de mudar suas formas de cuidado, é preciso conscientizar-se de que cuidar da saúde não modificará sua identidade, mas, pelo contrário, a fortalecerá.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.40, n.spe, pp. 121-132, 2006.

BORIS, G.D.J.B. **Os rituais da construção da subjetividade masculina: ser macho ou ser homem? Uma historia de dor, violência, paixão e regozijo.** 2003. Disponível em

<http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/Geoges%20Daniel%20Janja%20Bloc%20Boris_UNIFOR.doc>. Acesso em 10/01/13.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário do Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, 10:105-9, 2005.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MINAYO, M. C; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, vol.9, n.3, p.237-248, Set. 1993.

NUNES, E.D; CASTELLANOS, M. E. P; BARROS, N. F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis [online]**, vol.20, n.4, pp. 1341-1356, 2010.

OBSERVATÓRIO BRASIL DA IGUALDADE DE GÊNERO. **Homens recebem salários 30% maiores que as mulheres no Brasil**. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/homens-recebem-salarios-30-maiores-que-as-mulheres-no-brasil>>. Acesso em: 10/01/2013.

PASCHOALICK, R.C; LACERDA, M. R; CENTA, M. L; Gênero masculino e saúde; **Cogitare enferm**; 11; 80-86; 2006.

PEREIRA, R. P. **A relação entre estereótipos e automatismos por meio de estudos em priming**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

PINHEIRO, R.S; VIACAVAL, F; TRAVASSOS, C; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**; 7:687-7070, 2002.

PROMUNDO. **Trabalhando com mulheres jovens: empoderamento, cidadania e saúde / Promundo; Salud e Gênero**; ECOS; Instituto PAPAI; World Education – Rio de Janeiro: Promundo, 2008.

RANGEL, L, H. Da infância ao amadurecimento: uma reflexão sobre rituais de iniciação. **Interface (Botucatu)**, vol.3, no.5, p.147-152, Agosto 1999.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Out. 1997.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of Public Health**, 11: 39-51, 1990.