

# Sexualidade e gênero: indagações sobre a saúde do homem

\*Ana Beatriz Guerra Mello

\*Professora e Coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Feevale; Psicóloga; Mestre em Educação pela UFRGS. E-mail: anamello@feevale.br

## RESUMO

No espaço de atenção à saúde, os atendimentos oferecidos à população estão totalmente voltados para a saúde da mulher, ou seja, a clientela feminina. Problematicamos essa questão a partir do trabalho realizado em um programa de Planejamento Familiar e através de uma pesquisa realizada com a ajuda de um grupo de alunos do curso de graduação em enfermagem, do Centro Universitário Feevale, nas aulas da disciplina de Psicologia Geral.

**Palavras-chave:** Sexualidade, gênero, feminismo.

## ABSTRACT

In spaces destined to pay attention to healthcare, the services offered to the population are totally directed to the woman's health, that is to say, the feminine clientele. We've pointed this question out as a problem, from the work carried out in a Familiar Planning program and through a research, which was done with the aid of a group of students of the Nursing undergraduate course, from Centro Universitário Feevale, in General Psychology's classes.

**Key words:** Sexuality, gender, feminism.

Este texto é parte da produção acadêmica realizada durante a disciplina Gênero, sexualidade e raça/etnia; como suporte para construção do mesmo, recorreremos às teorias contemporâneas dos Estudos Feministas e dos Estudos Culturais na perspectiva pós-estruturalista.

A procura pelos estudos sobre gênero, sexualidade e raça/etnia ocorreu devido ao fato de ter iniciado um trabalho junto à Secretaria de Saúde, no setor de Planejamento Familiar, local onde se fazem necessários estudos sobre a sexualidade humana.

O conceito de gênero, na forma como foi abordado dentro dos estudos feministas e estudos culturais, na perspectiva pós-estruturalista, inaugurou uma outra forma de pensar o próprio trabalho que vem sendo desenvolvido no Planejamento Familiar. Passamos

a constatar que os programas de atenção à saúde estão totalmente voltados para a clientela feminina, pois dentro do planejamento familiar, o homem, apesar de ser convocado para acompanhar a parceira ou esposa, o faz somente para assinar termo de compromisso para a realização da laqueadura de trompas. Mesmo nos casos em que o objetivo é a realização da vasectomia, o homem se coloca em uma posição de quem está visitando um "lugar que não é o seu". A presença do casal, ou melhor, da dupla homem-mulher é uma obrigatoriedade do setor, ou seja, nem sempre um dos membros do casal está presente por livre iniciativa. Durante as entrevistas com grupos para avaliação pré-operatória, constatamos que a clientela procura o planejamento familiar com um só objetivo: a busca pelo método de esterilização definitiva. Questões como sexualidade e planejamento familiar são colocadas de forma unilateral, pois fazem parte de um elenco de estratégias que são previamente estudadas, construídas e dirigidas à população, através dos programas de atenção à saúde.

Segundo Meyer (1999), podemos levantar algumas indagações acerca de pressupostos teóricos e políticos que norteiam práticas desenvolvidas nas áreas da educação e da assistência em saúde da mulher; sendo assim, essas práticas também proporcionam o questionamento das práticas voltadas à saúde do homem.

Como refere Silva (2000a), na perspectiva da diversidade, a diferença e a identidade tendem a ser naturalizadas, cristalizadas, essencializadas. Na verdade, não há uma teoria da identidade e da diferença; desta forma, podemos almejar a problematização desta questão, ou seja, qual seria a identidade e a diferença a serem construídas nesses programas de saúde? Poderíamos ainda pensar que a proposta do planejamento familiar, ao endereçar seu trabalho à mulher, a mãe de família o faz porque baseia-se em uma identidade e diferença que são criações sociais e culturais: "mulher", "mãe de família".

Silva (2000a) nos traz a questão da normaliza-

ção como um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta, e elege, arbitrariamente, uma identidade específica, como parâmetro de avaliação das demais identidades, o que nos faz pensar o quanto o direcionamento do planejamento familiar à saúde da mulher está normalizado.

Pesquisamos uma outra forma para termos a certeza do quanto os programas de atenção à saúde estão voltados ao público feminino. Contamos, para a realização desta pesquisa, com a ajuda de um grupo de alunos do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário Feevale. Durante o semestre, nas aulas da disciplina de Psicologia Geral, dentro do conteúdo Sexualidade Humana, estudamos o texto “Saúde da Mulher: indagações sobre a produção do gênero (Meyer, 1999)” e que trouxe muitas inquietações aos alunos, dentre elas, a forma como se vem trabalhando a saúde da mulher dentro do que poderíamos chamar de estudo de gênero, pois segundo a autora, são recentes e pouco numerosas as investigações que contemplem, por exemplo, a relação entre saúde e produção de masculinidade, ou que busquem problematizar a produção, a contestação, a reformulação de masculinidade e de feminilidade que se processa na saúde e na educação. A turma mencionada caracteriza-se pelo fato de já estar atuando na área da saúde como auxiliar de enfermagem. Construímos, então, uma pequena pesquisa de campo direcionada aos locais de trabalho dos alunos: hospitais, clínicas, postos de saúde e alguns *sites* da Internet. As questões giraram em torno de:

Existe algum programa de saúde pública dirigido à saúde do homem?

Como é trabalhada a saúde do homem?

Quais os espaços para tratar a saúde do homem?

Ainda segundo Meyer (1999), mesmo com todos os avanços desencadeados por alguns programas, instituições e grupos, continua existindo uma redução de noção da saúde da mulher à dimensão de saúde do aparelho reprodutor feminino.

Concordando com a autora, podemos dizer que a saúde do homem é tratada da mesma forma que a saúde da mulher, isto é, voltada para a saúde do aparelho reprodutor masculino. Foi constatado, através de reportagens voltadas para a saúde do homem, o quanto temáticas como Andropausa, Câncer de Próstata, Impotência, Infertilidade Masculina, Ejaculação Precoce, Reposição Hormonal, Hiperplasia, Disfunção Erétil ainda representam um tabu.

Sobre saúde preventiva, nada foi encontrado. Foram relacionados, por alguns profissionais entre-

vistados, as principais doenças encontradas no homem: Hipertensão, Angina, Bronquite e Enfisema (provocadas pelo Tabaco), Diabetes, AIDS, Câncer de pulmão, Colesterol e Cardiopatias.

Existem programas de saúde que trabalham a vigilância em cima dessas doenças, tais como grupo de Diabetes, campanha para prevenção do Câncer de Próstata.

Debatemos em aula o quanto a sexualidade na saúde é vista somente sob a óptica de uma funcionalidade, sendo que as questões de gênero não se fazem presentes. Alguma coisa sobre questões culturais, em relação à masculinidade, chegou a ser mencionada, utilizando o argumento de que o homem não procura tratamento.

Segundo Louro (1997), para que se tenha uma compreensão do lugar e das relações de homens e mulheres numa sociedade, importa observar tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos, através de uma nova linguagem, na qual gênero será um conceito fundamental. A autora não quer, de forma alguma, negar a biologia, mas enfatizar, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas, tentando evitar afirmações generalizadas a respeito da “mulher” ou do “homem”. É exatamente com uma visão generalizada a respeito do “homem” que J.S.F. (médico do Trabalho), um dos entrevistados, argumenta: “O homem tem um pensamento machista, acha que é sadio e quando tem sintomas, reluta em procurar um médico”. Essa fala nos remete diretamente à afirmação de que a sexualidade é socialmente construída; existe uma naturalização da idéia de que o homem é mais forte e, portanto, não necessita de tratamento.

Conforme Louro (1997), não podemos utilizar o termo gênero, referindo-nos à construção de papéis masculino e feminino, pois os papéis seriam, basicamente, padrões ou regras arbitrárias que uma sociedade estabelece para seus membros.

A idéia do homem mais forte e saudável serve para justificar a supremacia do homem sobre a mulher e para perpetuar papéis que se entrelaçam nas redes do poder, constituindo hierarquias entre os gêneros.

Segundo L.C.A.S. (estudante de medicina), deveria haver espaço para tratar questões emocionais como: competição no trabalho, estresse e debates sobre a forma como o homem encara seu novo papel em um mundo cada vez mais feminista. De acordo com Silva (2000b), os estudos sobre gênero, mais diretamente falando sobre homens, avançaram através de conquistas das mulheres a respeito de cidadania e de

direitos, que passaram a propor uma nova forma de ver o homem. Um novo homem agora, não mais visto como “macho” inveterado, passa a admitir sua fraqueza, sua fragilidade, e a sensibilidade feminina passa a fazer parte das novas subjetividades masculinas.

Weeks (1999) argumenta que a sexualidade feminina é vista, tão freqüentemente, como subsidiária da sexualidade do homem. Durante a pesquisa de campo, foi salientado que o alvo de tratamento e prevenção em saúde pública é sempre a mulher; somente quando ela apresenta uma DST (Doença sexualmente transmissível) é que o homem é encaminhado para tratamento. Isso nos faz pensar que, em nosso país, as políticas de saúde pública, voltadas para o público masculino, ainda são inexistentes. O que existe são programas dirigidos para o público em geral, como DST-AIDS, Hipertensão, Diabetes, Combate ao Fumo, ao álcool, etc.

Conforme o depoimento do Dr. C.S. (ginecologista), a mídia estimula a mulher à consulta desde sua primeira menstruação. Quando a menina vira mulher, ela aprende a cuidar do seu corpo, por isso constata-se que a “mulher é mais preventiva” e o “homem mais curativo”, ou seja, procura o médico só quando apresenta algum sintoma significativo. Isso demonstra a necessidade de implantar programas que estimulem o homem a criar atitudes profiláticas. Quando o assunto é sexualidade masculina, enfatiza o médico, torna-se mais delicado tratar sobre o assunto, pois o próprio homem cria obstáculos, muitas vezes por questões culturais, já que são ensinados que ser do sexo masculino implica dominar ou “penetrar outros”. Assim, o espaço para que seja discutida a sua sexualidade, torna-se inviabilizado por ele mesmo. Para Bourdieu (1995), o sexismo é um essencialismo, pois como o racismo, ele atribui diferenças sociais, historicamente instituídas a uma natureza biológica que funciona como uma essência, que regulariza todos os atos da existência, ou seja, faz uma construção social naturalizada. O médico reduz a sexualidade ao biológico. Podemos relacionar a fala deste médico à análise das produções culturais ou pedagogias culturais que contribuem para instituir identidades como forma de produzir sujeitos. Tomemos, como exemplo, a televisão que informa o jeito de ser homem e mulher na sociedade, assim como o cinema nos constitui como sujeitos. Na fala desse médico, também está presente a idéia da heterossexualidade como natural, na saúde; o homem verbalizado por ele está em um lugar determinado. Para Louro (1997), há uma lógica que parece dar um lugar “natural” e fixo para cada gênero, e a autora propõe o trabalho através

de uma desconstrução dessa lógica, para que se possa entender que o exercício do poder se dá de várias formas; cai por terra a noção simplista de homem dominante versus mulher dominada. Determinar um lugar para o homem na saúde poderia nos levar à armadilha de criar, novamente, um lugar fixo para o gênero masculino.

O Dr. P.R.L.S. (Geriatra) enfatiza que a sexualidade masculina é um assunto-tabu que atinge um grande número de homens; isto piora a auto-estima, agrava a depressão e, por conseguinte, afeta a qualidade de vida, conseqüências sobre a saúde geral do indivíduo. Dá ênfase ao mito de que o homem tem que estar sempre disposto ao sexo (reforçado pela propaganda). Isto incita ao consumo de vários bens de valor (remédios, roupas, carros, etc.).

Lembramos Foucault (1986), quando trabalha a questão da sexualidade, como forma de regular e controlar a população, para que se torne mais produtiva, promovendo um disciplinamento do corpo.

A entrevista com a enfermeira L.S.E. traz um recorte bem interessante no que se refere à construção da identidade feminina na cultura. Ela diz que a saúde do homem é uma temática pouco desenvolvida e pouco divulgada, talvez por ser a mulher a progenitora (personagem principal na manutenção da espécie) a saúde masculina tenha se colocado em segundo plano. Dessa maneira, e, por motivos culturais, encontramos poucas questões sobre saúde masculina. Esta entrevistada apresentou-se mais otimista em relação à sexualidade masculina, observando que, com certeza, tem espaço para tratamento e aponta a Andrologia como uma forma de nos mostrar que o homem, aos poucos, tem demonstrado interesse e preocupação com as temáticas de sua saúde. Percebe-se também que há uma visão equivocada do homem em relação às medidas de saúde, porém já se observa interesse de informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Durante a pesquisa de campo, procuramos analisar alguns *folders* de campanhas direcionadas à saúde do homem. Observamos que os mesmos estão carregados de idéias ultrapassadas sobre a masculinidade, chegando a retomar a diferença entre os gêneros como aponta Silva (2000a), em que ela volta-se à relação anatomo-fisiológica, onde o sexo político-ideológico vai ordenar o compromisso do sujeito com a saúde do corpo, sendo assim, impostas diferenças morais aos comportamentos feminino e masculino de acordo com as exigências sociais de cada época.

Para tanto, veja o *slogan* da campanha: *Homem*

*que é homem sabe cuidar de sua saúde! Previna-se! Alerta de prevenção à saúde do homem!* Dentro do *folder* seguem orientações preventivas em relação ao Câncer de mama masculino, ao Câncer de testículo e Câncer de próstata. Logo após às orientações sobre o Câncer de próstata, segue a seguinte informação em destaque: *Homens castrados não são acometidos por este Câncer.* O panfleto continua trabalhando com a idéia de que o homem, dentro do que está proposto pela sua cultura, não se permite trabalhar com sua sexualidade e sim, segundo Silva (2000a), prossegue concebendo uma imagem idealizada da masculinidade, retomando valores sociais e culturais vigentes na época. Dentro do mesmo *folder*, retomamos a idéia de que o homem tem uma atitude machista frente à sexualidade, o que poderia levá-lo a deixar de tratar-se. Essa idéia nos remete também à possibilidade de estar colocando o usuário do Sistema Único de Saúde como o único responsável pela falta de atenção à saúde do homem. As frases reforçam essas idéias: *Não tenha vergonha, sua vida vale mais que isto! Procure seu médico para fazer o exame de Toque Retal, não precisa contar a ninguém!*

Trabalhar com o pré-suposto de que a saúde pode ser controlada pelo indivíduo, traz uma idéia implícita de que, se o indivíduo viver de um determinado jeito, vai prevenir doenças, criando uma ilusão sobre a possibilidade de prever a doença e a morte.

Pode-se perceber uma certa vigilância em relação a heterossexualidade maior em relação ao homem, pois a frase inicia com: "Homem que é homem..."

Assim, os programas de saúde não propõem estratégias que possam transformar as atitudes em relação às mudanças nas relações familiares, como casamento e família. Weeks (1999), ao referir-se às atitudes menos autoritárias em relação a sexualidade, argumenta que estas se dão por uma profunda alteração nas relações familiares que acontece através de uma mudança crítica nas atitudes, em relação ao casamento e à família. Temos, como exemplo, o fato do casamento terminar em divórcio e uma alta porcentagem de segundos casamentos, mas quando as pessoas casam novamente, elas reafirmam a importância dada aos laços formais. Esses laços formais parecem manter o Programa de Planejamento Familiar, colocando, como condição, a presença do "casal" para realização da esterilização definitiva.

Baseados nos estudos culturais, podemos nos indagar sobre as formas como estão sendo conduzidos os trabalhos educativo e assistencial na área da saúde do homem. Quais os significados que podemos atribuir ao gênero masculino, ao direcionarmos

ações à saúde do homem? Que identidades masculinas podem estar sendo produzidas e representadas nessas abordagens? Não podemos cair em uma argumentação simplista ao afirmar que não temos intenção de dominar, subordinar e manter lugares fixos para o homem, ao almejar um trabalho direcionado ao gênero masculino.

Acreditamos que algum caminho pode surgir ao interpelarmos aqueles que trabalham com a saúde de homens e mulheres, na tentativa de fazer desenvolver capacidades de crítica e questionamentos em torno das identidades, pois de acordo com Silva (2000a), a identidade está longe de ser homogênea, definitiva ou acabada; ela é uma construção, um efeito, um processo de produção e, como tal, é instável e inacabada.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOURDIEU, Pierre. A dominação Masculina. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n.2, p.133-206. 1995.
- FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II- O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal. 1986.
- LOURO, Guacira. A emergência do gênero. In: **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MEYER, Dagmar. Saúde da mulher: indagações sobre a produção do gênero. São Paulo: **O Mundo da Sociedade**, ano 23, v. 23, n. 2 mar./abr., p. 113-119. 1999.
- SILVA, Tomaz T. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, T.T.(org.). **Identidade e diferença**. Petrópolis: Vozes, 2000a.
- SILVA, Sergio, G. Masculinidade na História: a construção da diferença entre os sexos. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 20, n. 3, p. 8-15, 2000b.
- WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira. (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.