

# A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil

Fabíola Rohden

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

RESUMO: O artigo aborda a trajetória do Movimento pela Saúde Masculina, campanha voltada para a orientação da população masculina realizada no ano de 2010. O movimento, promovido pela Sociedade Brasileira de Urologia, centrava sua ação em torno da disfunção erétil, doenças da próstata e andropausa. A análise privilegia os registros do *site* da campanha que contavam com depoimentos dos profissionais de saúde e dos participantes e seus familiares. Tem como ponto de partida o referencial teórico associado aos estudos sociais da ciência, em especial a noção de “rede” e as distinções relativas a gênero e sexualidade. Problematisa a associação direta entre sexo e saúde do homem, a partir de um foco privilegiado na disfunção erétil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde masculina, relações de gênero, sexualidade, Antropologia da Ciência.

## **Introdução**

No ano de 2013, quem recorresse ao *site* oficial do governo brasileiro em busca de informações sobre “saúde do homem”, logo se depararia com referências ao Movimento pela Saúde Masculina (MSM), uma campanha promovida pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)<sup>1</sup> desde 2010. As menções ao MSM enfatizam suas contribuições à necessidade de “conscientizar sobre a importância da realização de exames preventivos para

o combate e diagnóstico precoce de doenças relacionadas à próstata, disfunção erétil, câncer de pênis e outras”<sup>2</sup>. Essas referências são acionadas como justificativas para promover a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), principalmente por meio da liberação de recursos financeiros. Também reproduzem a informação de que “[e]studos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças” e que esta ocorrência “está ligada ao fato de que eles recorrem menos frequentemente do que as mulheres aos serviços de atenção primária e procuram o sistema de saúde quando os quadros já se agravaram”<sup>3</sup>. De forma mais precisa, a referência específica à questão da disfunção erétil aparece, por exemplo, no anúncio de que “Municípios terão recursos para investimentos na saúde do homem”, publicado em 14 de novembro de 2012<sup>4</sup>, que destaca a noção de “saúde sexual” como fundamental para a saúde masculina. A matéria oferece ainda um *link* direto para outra notícia: “Pesquisa mostra que homens sedentários são mais propensos a sofrer de impotência sexual”. Desta vez nos deparamos com o realce dado à correlação entre baixa qualidade de vida ou sedentarismo, doenças crônicas (como as cardiovasculares e diabetes), e impotência sexual. Além disso, enfatiza-se o alarmante fato de que: “No Brasil, 25 milhões de homens acima de 18 anos já apresentaram disfunção ao menos uma vez na vida e, na faixa dos 40 anos, mais de 40% não conseguem ter relações sexuais por falta de ereção”<sup>5</sup>.

Estes exemplos de informações oferecidas e articuladas, de alguma forma, pelo próprio governo federal ilustram associações que merecem uma análise antropológica. A partir da referência à saúde do homem e ao MSM, chegamos a categorias como doenças da próstata, disfunção erétil, câncer de pênis, doenças cardiovasculares, diabetes, baixa qualidade de vida, sedentarismo, impotência sexual, além da ideia de que os homens seriam mais vulneráveis às doenças e que recorreriam menos que as mulheres aos serviços de saúde. Este artigo pretende realçar este conjunto de

associações e discutir os efeitos ou consequências que ele pode produzir, em termos das marcas impressas no cenário das iniciativas de atenção à saúde do homem no Brasil. A proposta é seguir a descrição de como estas articulações estão presentes no cerne do próprio MSM. Dessa forma, objetiva-se mostrar que há uma rede de engajamentos sendo produzida por meio da agência de certos atores em especial que tentam impor o privilégio de sua perspectiva. Em termos concretos, trata-se principalmente do papel dos urologistas ligados à SBU e sua luta por traduzir uma noção mais geral de saúde do homem em termos de saúde sexual ou até mesmo de função erétil<sup>6</sup>.

A noção de rede ou ator-rede diz respeito a certas conexões que, embora instáveis, produzem determinados efeitos de poder<sup>7</sup>. Trata-se de conceber a rede como algo que não é estabilizado *a priori* ou dotado de desenho definido, mas perceptível a partir do relevo produzido pela perspectiva do pesquisador. O que é central, portanto, é a própria capacidade de certos atores-redes em produzir diferenças no universo no qual estão inseridos. Nesse sentido, adota-se o termo “mediador” para se referir a entidades que estejam produzindo “diferenças” em um dado contexto, invertendo, distorcendo ou desviando o curso de um agenciamento. Acrescenta-se que um “mediador” só existe em função da relação com outros, em cadeias sucessivas de articulação. Seguir os “mediadores”, portanto, implica reconhecer os participantes ativos em uma cadeia de associações e descrever seus movimentos e regimes de ação, rastreando uma rede (Latour, 2005). É importante destacar que na rede podem existir “pontos de passagem obrigatórios” que são estabelecidos quando os atores conseguem fazer prevalecer seus interesses (Callon, 1986; 1998; Latour, 2000). De acordo com Star e Griesemer (1989), ao estudar os processos de “tradução” e “interessamento”<sup>8</sup>, é importante identificar que existem “pontos de passagem obrigatórios”, mas também perceber como são múltiplos e negociados com uma infinidade de atores. Desse

modo, diante de um número possivelmente indeterminado de conjuntos coerentes de tradução, os atores na rede precisariam se esforçar em reduzir as incertezas locais sem arriscar perder a cooperação dos seus aliados (Star e Griesemer, 1989: 389-391).

Um caminho frutífero nesse sentido é analisar os processos buscando perceber as associações através dos “engajamentos” dos diferentes atores envolvidos e seguir os seus efeitos, inclusive o estabelecimento de possíveis “pontos de passagem obrigatórios”. Isso implica dizer que as redes só se constituem a partir de “mediações” em que “diferenças” são produzidas, em que “traduções” são efetivas o bastante para permitir que algo siga adiante, mas já transformado pela capacidade de intervenção do “mediador” que foi capaz de fazer prevalecer o seu interesse. A negociação entre aliados e objetivos (ou interesses) distintos e a identificação do que seria fundamental ou não definiria a própria constituição da rede.

Nesse sentido, gostaria de sugerir que o MSM expressa a associação de alguns mediadores imprescindíveis na criação de um campo de atuação em torno da medicalização da saúde masculina no Brasil, a começar pela SBU, que, a partir da articulação com diferentes atores, conseguiu imprimir suas marcas ou produzir diferenças intransponíveis neste campo. Este processo ocorreu tendo como marco fundamental a referência a determinados marcadores associados a gênero e a sexualidade.

## **O movimento pela saúde masculina**

Para quem está acompanhando as transformações das últimas décadas em torno de uma maior medicalização da sexualidade, o MSM representa um evento de interesse estratégico. Em sentido mais amplo, o MSM remete ao complexo processo de transformação de determinadas condições de vida em patologias, sustentado por novas categorias de diagnóstico e

formas de tratamento (Conrad, 2007; Rose, 2007; Dumit, 2012). Em um sentido mais estrito, ilustra um passo fundamental na consolidação de um esforço de mais longo prazo, de reconhecimento da importância dos problemas associados à sexualidade na saúde do homem (Rosenfeld e Faircloth, 2006).

O MSM foi uma campanha de saúde voltada para a população masculina, atuante no período que compreende os meses de março a setembro de 2010<sup>9</sup>. Tratou-se de uma iniciativa idealizada pela SBU, com apoio financeiro da Indústria Farmacêutica Eli Lilly. A campanha contou com a criação de um sítio, “Movimento pela Saúde Masculina”<sup>10</sup>, e com a atuação da “Caravana pela Saúde Masculina”, uma carreta adaptada em consultório médico, que percorreu 22 cidades brasileiras fornecendo orientação médica gratuita à população masculina acerca da disfunção erétil, doenças da próstata e andropausa. A campanha também dispunha de anúncios, comerciais de televisão e peças publicitárias na internet. Seu objetivo era fornecer aos homens informações e esclarecimentos acerca das três “doenças” em questão, incentivando-os a “não darem as costas” aos “problemas masculinos”:

A campanha tem como principal objetivo mostrar que não existem motivos para os homens darem as costas para os problemas masculinos. A falta de ajuda médica pode prejudicar não só a própria saúde do homem, mas as pessoas com quem convivem no dia-a-dia. Portanto, homens, aproveitem nosso site para se informar. Faça o pré-teste<sup>11</sup> e acompanhe as datas da Caravana. Por meio delas, levaremos médicos para orientar gratuitamente sobre diversas doenças que afligem os homens na sua cidade. Você também pode encontrar aqui mesmo o médico mais próximo de você. Esposas, namoradas, filhos, amigos, indiquem o Movimento para os homens que fazem parte de suas vidas ([www.movimentopelasaudemasculina.com.br/sobreomovimento](http://www.movimentopelasaudemasculina.com.br/sobreomovimento), acesso em 5/03/2011).

Na mesma linha, o folheto distribuído durante os eventos enfatizava:

*O Movimento pela Saúde Masculina é uma iniciativa da Sociedade Brasileira de Urologia com o objetivo de conscientizar a população para a necessidade da prevenção e o tratamento de doenças do homem como a disfunção erétil, a andropausa e as doenças da próstata.*

O câncer da próstata é o câncer mais freqüente do homem, representando mais de 40% dos tumores que atingem os homens acima de 50 anos. O diagnóstico precoce é fundamental para um tratamento bem sucedido. Cerca de 40% dos homens acima de 40 anos apresentam algum grau de dificuldade de ereção. Já existem inúmeras opções de tratamento.

A andropausa afeta de 10 a 30% dos homens acima de 60 anos. O tratamento melhora os sintomas e a qualidade de vida.

*A Unidade Móvel do Movimento pela Saúde Masculina está percorrendo o Brasil oferecendo orientação médica gratuita para homens com mais de 18 anos de idade (grifos no original).*

De acordo com a observação dos eventos e os dados fornecidos pelo sítio, a carreta, de 52m<sup>2</sup>, estava adaptada com três consultórios para atendimentos médicos; uma sala para exames e pré-consultas; uma recepção; uma sala de estúdio para fotos; outro estúdio, dotado de equipamento de som e luz, destinado à obtenção de depoimentos de pacientes; e uma tenda para deficientes físicos. Também comportava uma tela de plasma para exibição de vídeos temáticos. Em seu exterior, adaptava-se uma tenda para estruturar as filas de atendimento. A Caravana pela Saúde Masculina contava com 11 profissionais fixos, grupo que era complementado com a presença de médicos e produtores locais (rapazes contratados e treinados para oferecer as primeiras informações ao público e organizar as filas). Ao menos dois enfermeiros, o fotógrafo, a psicóloga e alguns promotores eram profissionais constantes na atuação da

Caravana. Os médicos urologistas que atendiam nesta campanha, bem como alguns produtores, variavam de acordo com o local de atuação da Caravana. Geralmente se tratava de médicos urologistas filiados à SBU do estado no qual eram realizados os atendimentos (“Urologistas atenderão homens no Parque da Cidade”, 27/05/2010; “Equipe em Vitória”, 22/04/2010)<sup>12</sup>.

Os eventos eram realizados em locais públicos das cidades em questão, como praças, parques e estacionamentos de centros comerciais. Os atendimentos eram feitos de acordo com a distribuição de 120 senhas e ocorriam das 9h às 17h. O procedimento geral dos atendimentos consistia, primeiramente, em uma conversa do paciente com os enfermeiros, na qual estes traçavam seu perfil. Na sequência, o paciente era encaminhado para um médico urologista, que “orientava caso a caso sobre quais os melhores caminhos a serem tomados” (“Urologistas atenderão no parque da cidade”, 27/05/2010). O médico urologista ainda avaliava a pertinência de indicar o paciente para atendimento com a psicóloga da Caravana. Após a orientação, era possível que o paciente fosse convidado a prestar um depoimento em relação a sua experiência no atendimento. Havia também a possibilidade de realização de uma “foto artística”, executada por um fotógrafo profissional que acompanhava a Caravana, desde que se tratasse de casais cujos componentes tivessem mais de quarenta anos de idade.

Ao todo foram contabilizados 78 dias de atendimentos da Caravana pela Saúde Masculina, em um total de 26 eventos, realizados em 22 cidades<sup>13</sup>. Mais de 10 mil homens foram atendidos (“Chegou nos 10.000 e na hora de partir”, 05/09/2010). Este número, por um lado, dá ideia da repercussão local do MSM. Por outro, já aponta para suas possíveis consequências em âmbito nacional, indicando como pode ser pensado como vetor de uma rede mais ampla.

Certamente, trata-se de um fenômeno que pode ser analisado a partir de diferentes investimentos e abordagens, por exemplo, tomando

como foco a sua relação com as políticas públicas de saúde do homem, a questão médico/paciente, o predomínio crescente dos laboratórios farmacêuticos na chamada medicina sexual, a participação feminina nos cuidados em saúde dos homens<sup>14</sup>, entre outros. Contudo, neste trabalho, optou-se por uma análise mais específica acerca dos discursos produzidos no âmbito dos registros do próprio MSM, como será apresentado a seguir.

### **A escolha do percurso e os dados privilegiados**

A investigação acerca do MSM consistiu no monitoramento de suas atividades ao longo das viagens pelo país por meio das notícias divulgadas na imprensa, informações oferecidas pelas instituições envolvidas, observação da Caravana pela Saúde Masculina na cidade de Porto Alegre (entre 22 e 25 de julho de 2010) e análise minuciosa do *site* do MSM, que será objeto de maior atenção neste artigo. Além disso, a conformação de uma perspectiva mais ampla de entendimento deste fenômeno só foi possível em decorrência dos dados obtidos em virtude de uma investigação mais longa e ampliada a respeito da articulação entre o papel dos médicos urologistas, sociedades médicas, laboratórios farmacêuticos, entre outros, na conformação de um campo de medicina sexual no Brasil das últimas décadas. Esta pesquisa de maior escopo envolveu a observação de congressos médicos, realização de entrevistas, aplicação de questionários, análise de material de imprensa e *sites* institucionais<sup>15</sup>.

Na discussão aqui proposta, será privilegiada a descrição do conteúdo apresentado no *site* do MSM, que pode ser considerado como o melhor registro produzido internamente, ou seja, pelos seus próprios organizadores, acerca das atividades, parcerias e diálogos estabelecidos entre participantes homens e mulheres e as equipes médicas. A intenção é trabalhar com este material não como relato de verdade do que



teria acontecido, mas exatamente como registro das intenções e articulações sugeridas pelos realizadores da iniciativa. Com isso, pretende-se chamar a atenção para as cadeias de associações que estão sendo construídas pelo próprio MSM. O objetivo é mostrar como certos temas são insistentemente acionados e buscados pelos organizadores do MSM nos depoimentos “recolhidos” e quais as explicações ou problemas são por eles justapostos na tentativa de reforçar a perspectiva que está sendo produzida. Na verdade, trata-se de deixar evidente a circularidade entre os discursos dos propositores e dos participantes da iniciativa, assim como ilustrar como os primeiros foram extremamente hábeis em recuperar as experiências dos homens e mulheres que participaram dos eventos a partir das expectativas do MSM. Como será apresentado posteriormente, a ideia de saúde do homem vai ser continuamente traduzida em termos de saúde sexual, o que, no contexto da rede de atores no campo, reforçaria a necessidade de envolvimento dos urologistas. Em paralelo, o privilégio desta “tradução” que enfatiza o sexo também ajuda a reforçar certas concepções de masculinidade associadas a uma naturalização do interesse e da potência sexual, traduzidas exclusivamente em termos de função erétil e relações heterossexuais.

A operacionalização desta dinâmica de coprodução (Jasanoff, 2004) de um novo discurso público em torno da saúde masculina evidentemente aciona também uma reatualização ou performance de determinados modelos de gênero. Nos termos de Butler (1993, 2003, 2005), poderíamos acionar a hipótese de que o MSM produz uma recitação insistente de determinadas marcas de gênero importantes na nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que aparece um discurso aparentemente novo e progressista em termos de gênero, que caminharia na direção de promover o cuidado dos homens para com sua saúde e uma comemorada ênfase no tema da sexualidade, por outro, padrões mais tradicionais também são reificados – o que caracterizaria, na perspectiva de Butler,

exatamente a preeminência de uma matriz de gênero e sexualidade dualista e heteronormativa.

Caberia ainda sugerir que este processo se desdobra na produção de diferentes “modelos” de masculinidade. Como bem indicam os trabalhos que se desenvolvem a partir dos conceitos de “masculinidades hegemônicas” e “subalternas”, inclusive avançando de forma crítica em relação a estes, trata-se de considerar o intenso campo de disputas no qual os vetores de gênero e poder se relacionam em situações particulares a partir de atribuições de masculinidades adotadas ou impostas. Longe de recorrer a formas identitárias mais fechadas ou padrões de gênero e masculinidades concebidos de maneira cristalizada, trata-se de perceber as negociações em cena em contextos etnográficos particulares. O que vai ser definido ou privilegiado como traço indicativo de determinada forma de vivenciar e externalizar certa masculinidade, por exemplo, dependerá de interações complexas envolvendo dimensões como perfil socioeconômico, educação formal e informal, raça/etnia ou pertencimento a grupos religiosos<sup>16</sup>. Estas perspectivas e interpretações serão discutidas com mais profundidade nas conclusões deste artigo. Por ora, é necessário apresentar melhor o *site* e os procedimentos metodológicos envolvidos na sistematização e análise do material.

O *sítio* do MSM, em sua página inicial, apresentava as seguintes subdivisões: um *link* de título “Movimento”, que fornecia informações gerais acerca da campanha (“Sobre o Movimento”, “Caravana”, “Campanha”, “Divulgue”); um *link* destinado a fornecer informações básicas sobre “Disfunção Erétil” e outro acerca de “Outras Doenças” (“Doenças da Próstata” e “Andropausa”); informações sobre o andamento da Caravana pela Saúde Masculina (o “*Blog* da Caravana”); um sistema de buscas de médicos urologistas (de título “Encontre um médico”); e uma seção de registros de matérias publicadas na imprensa. Na seção “Sobre o Movimento”, esclareciam-se os objetivos da iniciativa, referentes à falta

de preocupação dos homens para com sua saúde; na seção “Caravana” eram fornecidas informações básicas sobre a Caravana (como cronograma e cidades atendidas); em “Campanha” eram disponibilizadas peças publicitárias do MSM, como anúncios e comerciais de televisão; em “Divulgação” havia a possibilidade de compartilhamento do MSM com outras pessoas.

O *link* “Disfunção Erétil” continha informações gerais sobre esta categoria de diagnóstico; um teste para avaliação do visitante do *site* acerca de seu grau de disfunção erétil; possibilidades de tratamento (quadro organizado de acordo com diferentes tipos de medicamentos para disfunção erétil – Cialis, Cialis Diário, Levitra, Viagra, Helleva – em relação a seus efeitos, como “eficácia”, “início de ação”, “duração de ação”, “interação com alimentos”, “eventos adversos”); e depoimentos de homens sobre suas experiências com a disfunção erétil. O fato desta categoria merecer um tratamento e espaço específicos já mostra o grau de destaque que recebia por parte dos organizadores da iniciativa.

O *link* “Outras Doenças” se referia às “Doenças da Próstata” e à “Andropausa”. Em relação às doenças da próstata, eram fornecidas informações referentes sobretudo ao câncer. Ainda eram disponibilizados depoimentos de homens em suas experiências com doenças da próstata; informações sobre tratamentos; um teste de avaliação de riscos; um sistema de busca de médicos urologistas. Em relação à andropausa, eram fornecidas informações sobre seu significado e o que causa esta doença; dados sobre tratamentos de reposição hormonal; e depoimentos de pacientes acerca de suas experiências.

O *link* referente ao “*Blog da Caravana*” era um espaço virtual no qual se efetivou um registro frequente de informações relativas ao andamento da Caravana pela Saúde Masculina ao longo das cidades que constituíram seu percurso. O “*Blog da Caravana*” possuía o total de 247 registros, também chamados de *postagens* ou *posts*, como depoimentos, notícias,

sugestões de práticas para uma vida mais saudável e fotos dos atendimentos. Um primeiro investimento analítico correspondeu à criação de categorias classificatórias que permitissem distinguir os diferentes tipos de postagem, como as informações sobre a Caravana e depoimentos de médicos e profissionais de saúde participantes (131 registros); depoimentos de usuários/pacientes e acompanhantes (97 registros); e reprodução de material de imprensa (19 registros). Para o presente trabalho, foram privilegiados os depoimentos de médicos e “pacientes” – como são chamados –, que estiveram presentes nos eventos. O objetivo com esta escolha foi priorizar os discursos produzidos em torno da existência de cuidado ou atenção à saúde masculina, enfatizando as atitudes relatadas pelos próprios usuários e pelos médicos<sup>17</sup>.

No que se refere ao número de vezes em que os três temas alvo do MSM aparecem nos registros, constata-se uma maior frequência das doenças da próstata (que são tema de 44 *posts*); disfunção erétil (33 *posts*) e andropausa (apenas seis *posts*). Um primeiro comentário pode ser feito a respeito disso, chamando a atenção para o fato de as doenças da próstata já serem consideradas mais legitimamente como aspecto central da saúde do homem. Enquanto isso, a disfunção erétil parece ser o tópico de maior investimento por parte do MSM. Já a andropausa ou Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) surge, nesse contexto, como uma categoria que precisa ainda ser mais publicizada e reconhecida.

Todo o material constante do sítio da Caravana, além de outras fontes, foi analisado de modo a permitir destacar e compreender quais as perspectivas em cena na produção dessa iniciativa. De modo particular, os dados constantes nos *posts* são exemplarmente interessantes. Ao observar o conjunto dos discursos produzidos, é possível destacar alguns traços frequentes que apontam para certos objetivos e determinadas formas de promoção da necessidade de atendimento e visibilidade pública para a saúde masculina, especificamente nos temas privilegiados

pela campanha. Dessa forma, não se trata de produzir uma análise que coloque em xeque o que “realmente” teria acontecido nesses eventos, mas de realçar as perspectivas e estratégias em cena.

O que se discutirá mais precisamente aqui diz respeito a quais aspectos são enfatizados, considerando sobretudo uma determinada concepção de relações de gênero e sexualidade, que destaca uma naturalização da falta de cuidado para com a saúde e uma atenção constante para com a sexualidade por parte dos homens. Cabe já adiantar que, nesse contexto, a sexualidade passa a ser englobada quase que exclusivamente nos marcos heteronormativos, dentre os quais se pressupõe relações heterossexuais e monogâmicas de longa duração, centradas no ato da penetração vaginal. A apresentação desse quadro corrobora a ênfase dada à própria categoria disfunção sexual e, mais precisamente, disfunção erétil.

Retomando a perspectiva deste artigo, centrado na produção de redes e mediações, é possível analisar os registros do MSM por meio da ênfase dada a algumas associações em especial. A primeira delas é produzida exatamente em torno da disfunção erétil. Esta disfunção é diretamente relacionada a doenças consideradas graves, como hipertensão e diabetes, convertendo-se em um indicador de saúde/doença importante. Ao mesmo tempo, a partir dela insiste-se na ideia de que os homens não se preocupam com a saúde, mas sempre estão preocupados com a potência sexual. Desta forma, converte-se a atenção à (dis)função erétil em porta de entrada para os serviços de saúde.

Já outra associação importante diz respeito à andropausa e sua promoção enquanto categoria que permite chamar a atenção para a necessidade de manutenção e aprimoramento da saúde ou qualidade de vida dos homens, especialmente a partir do monitoramento de suas taxas de testosterona. Além disso, as articulações em torno da andropausa põem em cena diferenças de classe social, na medida em que se indica que este tipo de investimento no aprimoramento e reposição hormonal seria mais

condizente com sujeitos mais abastados. Dessa forma, o MSM poderia também atingir homens de camadas mais altas que já tomariam certos cuidados básicos com a saúde, mas que poderiam se interessar em tratar ou prevenir os males da andropausa.

Outras associações se produzem mais diretamente no domínio da evocação de sentimentos ou percepções dos homens acerca de sua saúde e virilidade. Nos discursos sobre doenças da próstata e disfunção erétil, insiste-se na menção ao medo, à vergonha, à timidez, relacionados à dificuldade dos homens em falar e procurar ajuda para suas dificuldades. Ao mesmo tempo, promove-se o desejo ou expectativa do aumento da qualidade de vida e do desempenho, inclusive sexual.

Por fim, entre as várias associações possíveis, vale destacar a relação direta que é feita entre as queixas mais genéricas dos homens participantes do MSM e uma suposta falta de acolhimento nos serviços de saúde. A partir daí se desenvolve outra articulação, que passa pelo destaque dado aos urologistas como os profissionais mais capacitados e necessários no novo cenário de atenção à saúde masculina que está sendo projetado pelo MSM. Na sequência serão apresentadas estas associações ou mediações aqui destacadas por meio da utilização enfática dos registros produzidos no MSM. Espera-se que a evocação dos discursos em sua riqueza de detalhes, quando possível, torne evidente a perspectiva que orientou a produção desta rede.

### **Disfunção erétil: ênfase na associação sexo-saúde**

É possível afirmar que todo o MSM, considerando os eventos observados e os registros acessados, organiza-se tendo como foco central a associação entre sexualidade e saúde. Desde a organização do *website*, no qual a disfunção erétil ocupava um lugar central, até a forma de abordagem e

descrição da participação dos usuários e integrantes da Caravana, certa concepção de sexualidade masculina e de comportamento dos homens frente à sexualidade e à saúde era insistentemente retratada.

Em um primeiro plano, esta concepção pode ser identificada na importância da prática sexual para os homens e sua qualidade de vida. Já no primeiro dia da Caravana, a disfunção erétil foi o tema priorizado, por meio de uma advertência sobre a importância e a seriedade com que deve ser encarada pelos homens: “A disfunção erétil é um indicativo de dificuldade sexual, mas sinaliza também que há algum problema de saúde na máquina humana, seja física ou psíquica”. Além disso, acrescenta-se que:

Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que a disfunção erétil [...] atinge cerca de 50% dos homens no mundo inteiro. Do total, apenas 10% procuram algum tipo de tratamento. Conforme vimos nos depoimentos, isso se dá por vários motivos, mas o preconceito é o que mais atrasa a vida de um homem e faz adiar mais e mais a busca por uma ajuda (“Disfunção erétil”, 31/03/2010).

A centralidade da disfunção erétil também ficava evidente no próprio título de alguns *posts* como “Depoimento: ‘tenho prazer, mas não tenho ereção’” (22/05/2010); “Eu tenho disfunção erétil” (27/05/2010); “Quando tem disfunção erétil o homem briga com a verdade” (29/05/2010); “Colesterol x Potência Sexual” (17/07/2010). Dentre os mais explícitos, temos “O que dominou foi a disfunção erétil” (22/08/2010), que traz o depoimento de três médicos que atenderam na Caravana. Segundo um deles, o urologista André Mota, a reclamação relativa ao “problema sexual” predominou nas consultas: “[...] uns 70% dos homens queixaram-se de problema sexual, a maioria por motivos mistos (orgânicos e psicológicos), e a ejaculação precoce dominou”.

A gravidade do problema na sua relação com praticamente todas as esferas da vida dos homens é constantemente acionada, como no *post* “Sangue Latino” (08/07/2010), que traz o depoimento do urologista Luis Sérgio dos Santos. Ele expõe de forma explícita e sintética a relação entre disfunção erétil e outras dimensões da vida do homem que não somente a sexual:

A grande maioria dos homens tem receio em procurar alguém para se expor [em relação à disfunção erétil], o medo de falar sobre o assunto faz com que o homem acabe atrasando a sua prevenção, o que faz com que as coisas se agravem, trazendo não só problemas de ordem emocional, mas no trabalho, na sua vida familiar, na sua vida conjugal.

Em 21 de maio do mesmo ano, o depoimento “Carlos Antonio de Souza, presidente da SBU-Pernambuco” insistiria no mesmo ponto, citando dados de uma pesquisa feita pela SBU de acordo com a qual “98% dos homens e das mulheres consideram a relação sexual como de muita importância na qualidade de suas vidas”. Na sequência, o médico desenvolvia com maiores detalhes o que estaria em jogo quando se fala em “qualidade de vida”, traçando a trajetória do homem que tenta solucionar por conta própria o problema da dificuldade de ereção (ou seja, sem auxílio médico e sem o auxílio da “parceira”). O quadro geral é traduzido nos termos “inferno” e “sofrimento” associados a “qualidade de vida”, “autoestima”, “relacionamento com a parceira”, “relacionamento com os amigos”, “relacionamento com colegas de trabalho” e até mesmo “produtividade no trabalho”.

A associação explícita entre sexo e saúde, referendada pela citação de pesquisas nacionais e internacionais e dados estatísticos, tem destaque também no registro “Uma vida sexual mais longa” (30/07/ 2010). O texto traz informações acerca de um “novo estudo da Universidade de Chicago”, o qual aponta que “em relação a questões de saúde, pessoas saudáveis



têm quase o dobro de chance de se interessar por sexo do que aqueles que têm saúde mais precária”. Nesse sentido, entre idosos “sexualmente ativos e de boa saúde, a média de frequência sexual foi de quase duas vezes por semana”. Além disso, afirma-se: “no geral, o estudo descobriu que os homens têm uma esperança de vida sexualmente ativa maior [que as mulheres], além do que a maioria dos homens sexualmente ativos tem uma vida sexual de boa qualidade”. Em argumento marcado pela circularidade, nota-se a ênfase na equação “mais saúde” é igual a “mais atividade sexual”, sendo que os homens teriam vantagens evidentes em relação às mulheres<sup>18</sup>.

Para que se mantenha a saúde e a qualidade de vida, são necessários, então, atenção aos problemas sexuais, principalmente pela sua relação com outras doenças, e busca por orientação médica, como se alerta no *post* “Os enfermeiros do movimento” (17/04/2010: “E por falar no assunto [disfunção erétil], é bom esclarecer que a pessoa com pressão alta e/ou diabetes terá dificuldade em ter ou manter a ereção. E vice-versa: quem tem disfunção erétil pode estar com diabetes ou hipertenso. Por isso, VÁ AO MÉDICO periodicamente para ter qualidade de vida” (destaque no original).

Outros registros são ainda mais específicos e enfáticos acerca dos problemas de saúde que podem estar relacionados à dificuldade de ereção. Em “Orientações preventivas” (01/05/ 2010) afirma-se que “A impotência, como é popularmente chamada, pode ser consequência de outros problemas, como cardiopatias (problemas do coração) e diabetes”. Já no depoimento “Carlos Antonio de Souza, presidente da SBUPernambuco” (21/05/2010), destaca-se: “É importante saber que a disfunção erétil pode ser o primeiro sintoma de doenças sistêmicas mais graves, como cardiopatias, hipertensão arterial, colesterol e triglicérides elevados, diabetes, entre outros”<sup>19</sup>. No texto “Quando tem disfunção erétil o homem briga com a verdade” (29/05/2010), acrescenta-se que: “É muito difícil para o homem lidar com o problema da disfunção erétil, que pode ser

causada por estresse, questões psicológicas ou até mesmo ser um sintoma de doenças como diabetes e hipertensão”. E em “Colesterol x Potência sexual” (17/07/2010) sumariza-se: “A potência sexual tem alguns ‘grandes inimigos’, tais como pressão alta, diabetes, fumo, colesterol elevado, sobrepeso e sedentarismo”. Contudo, é no *post* “Não é para se envergonhar” (12/08/2010) que os problemas de saúde relacionados à disfunção erétil são listados de modo mais completo, incluindo:

[...] distúrbios psicológicos; doenças hormonais (diabetes, queda de testosterona, problemas endócrinos); doenças neurológicas (lesões na medula, mal de Alzheimer e Parkinson); doenças vasculares, que causam entupimento de artérias e veias, prejudicando a chegada do sangue ao pênis (hipertensão arterial, aterosclerose); consumo excessivo de medicamentos; alcoolismo e tabagismo.

No registro “A prevenção é tudo” (19/08/2010), que traz o depoimento do urologista Reinaldo Sacco, há uma passagem sobre a crescente existência de mais recursos para tratar da disfunção erétil e como isso tem facilitado inclusive o conhecimento da doença e seu tratamento:

[...] à medida que se tem mais recursos, o homem procura mais o médico. Antes da chegada dos medicamentos que melhoram a ereção, ela só era tratada emocionalmente, só se pensava nessa parte. Depois apareceram outros recursos como as injeções e depois vieram os medicamentos para ajudar ainda mais.

Além da defesa da importância dos medicamentos contra disfunção por terem possibilitado o alargamento da compreensão e diagnóstico da doença, o texto destaca os benefícios específicos do medicamento Cialis, produzido pela Eli Lilly, indústria farmacêutica que apoia o MSM:

“O Cialis é o [medicamento] mais efetivo do ponto de vista da duração, ele pode durar até 36 horas”.

A disfunção erétil é ainda mencionada nos registros como uma forma de atrair os homens aos serviços de saúde. Em “Participação em dose dupla” (29/08/2010) o urologista Antonio Fonseca Neto afirma que o “lado sexual” chama muito a atenção do homem, sendo através dessa via que se poderia levá-lo ao consultório e descobrir então que outros problemas de saúde o afetariam. A Caravana teria feito um ótimo trabalho ao “trazê-lo aqui para informar sobre o lado sexual”, que “chama muito a atenção do homem”, viabilizando, dessa forma, “descobrir que ele tem um problema de saúde ou emocional”.

### **Andropausa: sexo, envelhecimento, e prevenção para poucos**

A importância atribuída à sexualidade na vida dos homens também é o tom predominante em relação à andropausa ou DAEM. Há que se notar que este tema aparece de maneira introdutória e menos frequente no MSM e no próprio “*Blog da Caravana*”. Mas, exatamente por isso, chama a atenção o tipo de perspectiva adotada nos cinco *posts* que tratam especificamente do assunto. Três deles são destinados a fornecer informações gerais sobre essa doença.

No texto “Orientações preventivas” (01/05/2010) introduz-se o tema da seguinte forma:

Depressão, falta de desejo sexual, perda de energia, cansaço podem ser sintomas do Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM), conhecida popularmente como andropausa. Não há prevenção para o problema, mas é importante aos primeiros sinais procurar um urologista para uma avaliação. O DAEM é mais comum em homens a partir dos 60 anos.

O *post* “Caravana de médicos tenta minimizar casos de doenças específicas dos homens na Capital” (16/07/2010) enfatiza o desconhecimento da população brasileira em relação a esta doença, bem como suas causas hormonais, e adianta a ocorrência do problema para homens a partir dos 50 anos: “Já a andropausa é um fenômeno ainda desconhecido da maioria da população. Seria algo como a menopausa do homem. Geralmente acomete homens com mais de 50 anos. Assim como nas mulheres, há uma queda na produção de hormônios sexuais: o masculino é a testosterona”.

No registro “A importância da testosterona” (15/08/2010), o tema é apresentado a partir do caso do paciente R. S.<sup>20</sup>, que procurou a Caravana em busca de orientação acerca de “disfunção erétil, próstata e como melhorar sua qualidade de vida”. De acordo com o texto, “ele foi encaminhado para uma unidade básica para que possa fazer outros exames, pois talvez tenha que fazer uma reposição hormonal”. Na sequência, o registro traz informações acerca da testosterona:

Essa reposição hormonal que pode ser a solução do problema do Sr. R. é a testosterona que é um hormônio chave para muitas funções benéficas no organismo. Nos homens, ela é importante para o desenvolvimento do tônus muscular, produção de espermatozoides, redução de gorduras, bom humor. Quando o nível de testosterona é baixo nos homens, ele pode queixar-se de cansaço crônico, perda de libido (falta de desejo sexual), diminuição da potência sexual, depressão, ansiedade, perda de força muscular e osteoporose. A reposição hormonal, nestes homens, pode melhorar estes sintomas e restabelece a motivação e a função sexual. [...] Tanto nos homens quanto nas mulheres, a testosterona tem um papel de destaque na diferenciação sexual, na saúde reprodutiva e no bem estar geral (basicamente, os homens produzem cerca de 6x mais testosterona que as mulheres).

O assunto é retomado pouco tempo depois em “A prevenção é tudo” (19/08/2010), texto mais detalhado acerca do tratamento disponível, da relação com a queda nos níveis de testosterona e da comparação com a menopausa. Neste registro se explica que a andropausa “atinge os homens depois dos 50 anos, em geral” e que, “na medida em que envelhece, vai diminuindo a quantidade de testosterona que não é apenas o hormônio do apetite sexual, mas também o da força, do humor, do sono, da boa qualidade de vida”. E, ainda, de acordo com o urologista Reinaldo Sacco:

Se o homem começa a diminuir a testosterona, que é uma coisa natural, ele deve repor essa testosterona. Através de exames e das queixas, o urologista reconhece essas queixas e faz um exame de sangue simples e o exame físico para ver a qualidade dos testículos e depois pode repor a testosterona.

Nota-se aqui a peculiaridade do discurso que prevê que “se há diminuição” de testosterona, deve haver reposição. Mas, como a diminuição é “natural”, presume-se que a reposição seria sempre recomendada.

A singularidade a partir da qual a andropausa é tratada, surge com veemência no *post* “A estrutura do Movimento é ‘coisa de primeiro mundo’” (19/08/2010), que faz uma curiosa distinção entre “doenças” que afetariam (ou melhor, seriam conhecidas, aceitas, diagnosticadas e tratadas considerando) grupos distintos de homens, de países de primeiro mundo ou subdesenvolvidos ou então de classes sociais diferentes. Este registro traz uma entrevista com o urologista Homero Nepomuceno Duarte, que frente à pergunta “Como médico, o senhor acha que o homem já tem consciência dos males causados pela disfunção erétil e pela andropausa?”, responde:

O Brasil é um país onde a gente tem, do ponto de vista médico, as doenças ainda relacionadas com os países subdesenvolvidos, como doenças infecto-contagiosas e, ao mesmo tempo, a gente convive com doenças consideradas

de países desenvolvidos, como doenças degenerativas, o Alzheimer, a própria obesidade, doenças cardiovasculares. Na população, você encontra um grande contingente de homens que ainda não conseguiram ter esse discernimento e ainda vem a questão sexual muito ligada somente à parte física e reprodutiva e que tem dificuldade de acesso, quando tem um problema desses, principalmente a disfunção erétil, acabam recorrendo a coisas que não tem comprovação científica nenhuma ou ao uso indiscriminado de medicação [...]. Já a andropausa é muito longe desse contingente. Agora por outro lado, a gente já tem um contingente de homem bastante significativo, com educação e acesso à informação que tem um grau de consciência maior, o homem está integrando, interagindo, sabendo também que quando ele chega numa fase, ele tem uma queda de hormônio e relaciona a questão sexual com a saúde, a vitalidade, a prevenção, ou seja, qualquer política pública de saúde no Brasil não pode desconsiderar que estamos em um país heterogêneo, onde se convive com realidades completamente diferentes, portanto tem que ter estratégias diferentes para esses vários públicos, senão ela não vai ter sucesso.

Interessante notar no depoimento acima a referência à necessidade de elaboração de políticas públicas na área de saúde que considerassem as diferentes necessidades dos homens a partir do seu pertencimento social, sendo que a andropausa aparece ainda como fenômeno que afetaria um contingente mais privilegiado<sup>21</sup>.

### **Doenças da próstata e disfunção erétil: medo e preconceito, timidez e vergonha**

Em relação às chamadas doenças da próstata, a ênfase na sexualidade também aparece, embora com contornos diferenciados, especialmente no “medo” e “preconceito” dos homens em buscar o urologista. O receio

de se submeter ao exame de toque retal, considerado imprescindível para o diagnóstico precoce de câncer ou, no caso da constatação de um tumor e de um tratamento mais severo, perder a potência sexual são descritos como fatores que atrapalham a procura por cuidados médicos.

Na maioria dos registros, “medo” denota a aflição em relação ao resultado do exame de toque, como se a ignorância do resultado fosse preferível a um diagnóstico positivo de câncer. O *post* “O preconceito é o pai da ignorância” (03/04/2010) relata o depoimento de M. (paciente da Caravana), e destaca o “preconceito”: “M. conta que vai ao médico ‘muito esporadicamente’ e que nunca foi ao urologista – ‘O meu problema não é preconceito, mas o medo do resultado, meu pai morreu em consequência do câncer da próstata. Mas preconceito eu não tenho, preconceito é o pai da ignorância’”. Já o texto “Unidos... para dar uma força” (20/05/2010), por meio do depoimento de A. (paciente da Caravana), menciona o medo deste em fazer o exame de toque retal em função do resultado, mas também cita o receio de ter que fazer uma cirurgia e ficar impotente em decorrência do procedimento<sup>22</sup>. No registro “A prevenção deve ser constante e a conscientização também” (31/07/2010), o urologista Armando dos Santos Abrantes afirma que a ideia da realização do MSM surgiu porque, “pensando em nível Brasil, ainda há muito preconceito e machismo em relação ao exame de próstata”.

Se, no caso das doenças da próstata e do exame de toque retal, medo e preconceito são categorias frequentemente acionadas, no caso da disfunção erétil, as descrições apelam para novos fatores, como “vergonha”, “timidez”, “inibição”, “sem graça” e “mentira”. Estes termos são utilizados para expressar o que os homens sentem frente à dificuldade de ereção, bem como para explicar as atitudes que tomam ao tentar lidar com essa condição. E aparecem não apenas nos depoimentos dos próprios usuários, mas também nos relatos dos médicos e dos outros profissionais de saúde. Já é significativo que, se no caso das doenças da próstata, havia 27 *posts*, de

um total de 44, trazendo depoimentos de “pacientes” e acompanhantes, enquanto no caso da disfunção erétil, a proporção se inverte, havendo apenas seis *posts*, de um total de 33, com este tipo de relato. Isso poderia indicar a escassez de voluntários dispostos a falar sobre o assunto.

É interessante que a necessidade de procurar o urologista para tratar dos problemas da próstata, já relativamente mais legitimada e aceita, pode servir de passagem para a revelação da disfunção erétil, tema que é apresentado como de grande importância para os homens, mas que surge no registro da vergonha. O *post* “Os enfermeiros do movimento” (17/04/2010), traz depoimentos de profissionais que atenderam na Caravana. Informa que os enfermeiros “lançam perguntas que fazem alguns homens ficarem corados”, exibindo um comportamento marcado pela timidez e vergonha: “Os pacientes chegam dizendo que vieram só por causa da próstata, mas quando ficam muito tempo em silêncio já sabemos que estão com vergonha de falar que eles têm disfunção erétil”, diz Leandro [enfermeiro].

Sem mencionar explicitamente a disfunção erétil, o registro “Chek-up para ELES” (11/07/2010) relaciona “saúde sexual” e “constrangimento” no modo como o homem percebe e lida com seus problemas de saúde: “No caso de problemas com sua saúde sexual, o problema fica ainda mais delicado [em relação às doenças da próstata] porque ele não compartilha desse problema com a família e nem busca ajuda médica, talvez por se sentir constrangido”. Em “Sangue Latino” (08/07/2010) destaca-se o receio e o medo de falar sobre as disfunções sexuais, dificuldades que vão se agravar com o envelhecimento:

[...] o homem já pode ter algum tipo de dificuldade, seja de ejaculação precoce ou problema de impotência sexual e, evidentemente, isso vai aumentando com a idade. A grande maioria dos homens tem receio em procurar alguém para se expor, o medo de falar sobre o assunto faz com que o homem acabe atrasando a sua prevenção.



A expressão “vergonha” se repete nos registros, a começar pela entrevista “Carlos Antonio de Souza, presidente da SBU-Pernambuco” (21/05/2010), que afirma que o homem costuma ir sozinho ao consultório do urologista para tratar de disfunção erétil, por “questões culturais, por se sentir envergonhado em procurar o médico para tratar disso”. Ou ainda, que “quando um problema, como a disfunção erétil, bate à porta do casal, o assunto é colocado para baixo da cama”. De modo oposto, mas complementar, o registro “Eu tenho disfunção erétil” (27/05/2010) enaltece L. A. (paciente da Caravana), rotulando-o de “joia rara” em função de este assumir, “sem vacilar”, a dificuldade de ter ereção, atitude que, em função da “timidez”, é raramente vista no MSM: “E dizer que tem um problema desses para uma pessoa desconhecida é uma raridade aqui no Movimento. Os homens chegam, pegam a sua senha e falam sobre todos os tipos de sintoma imagináveis, menos que está com dificuldade de ereção”.

A timidez ou a vergonha apontam para a necessidade de promover não só a possibilidade do atendimento, mas também o estabelecimento de uma relação de confiança com o médico: “Muitos têm vergonha de falar sobre o problema [disfunção erétil] e, mesmo procurando o médico, chegam a passar por três visitas para explicar a situação, conta Miotto [urologista que atendeu na Caravana]. ‘Ele precisa, primeiro, ter confiança no médico, para só depois falar’” (“Caravana de médicos tenta minimizar casos de doenças específicas dos homens na Capital”, 16/06/2010). No relato “Participação em dose dupla” (29/08/2010), que traz o depoimento de dois médicos que atenderam na Caravana, afirma-se que: “o paciente fica receoso de comentar sobre disfunção erétil, ele sempre começa com uma queixa esporádica como a dificuldade de urinar e assim que ele vai ganhando confiança ele começa a falar, o que importa muito é a parte da comunicação”. Nesse sentido, um dos pontos positivos para o MSM seria que o homem pôde ficar mais à vontade para falar da “parte sexual”.

No registro “Quando tem disfunção erétil o homem briga com a verdade” (29/05/2010), acrescenta-se a mentira à timidez e à vergonha. O texto afirma que “é muito difícil para o homem lidar com a disfunção erétil [...]. Em vez de se abrir com a própria esposa ou com um amigo eles se fecham e tentam resolver a questão à sua maneira”. De acordo com o depoimento de um vendedor de farmácias entrevistado na Caravana, o homem fica “sem graça” ao tentar comprar um medicamento para disfunção erétil, mentindo sobre sua utilização. O vendedor acrescenta que “nunca atendeu alguém que assumisse a necessidade do remédio”, mas sempre ouviu a desculpa de que se tratava de “um remédio contra impotência para um amigo”. Ainda no mesmo *post*, o médico Gustavo Korst afirma que seus pacientes lhe contam: “histórias que não são críveis. Homens de meia idade falam que ‘ontem’ eram garanhão, transavam duas vezes seguidas e hoje não têm ereção. A mentira é explícita porque a D[isfunção] E[rétil] não aparece da noite para o dia”. Na sequência, afirma-se:

A mentira fica mais explícita quando a idade avança, devido a uma crueldade da natureza com a classe masculina. “Após os trinta anos de idade o homem começa a perder 1% de testosterona anualmente. Depois dos cinquenta anos, o índice sobe para os 17%. A testosterona é responsável por dar mais disposição e pela libido”, explica Krost.

### **Criando a certeza: “se há uma oportunidade, ele vai”**

É interessante que, além de “medo”, “preconceito”, “timidez” e “vergonha” insistentemente citados, surge também uma referência genérica e constante ao “fato” de que o homem não costuma se preocupar com a saúde, sendo esta tradicionalmente uma responsabilidade feminina. Esta perspectiva

aparece com destaque em 81 registros. Contudo, conclui-se o diagnóstico sobre a situação argumentando-se que os homens não se cuidam mais porque não têm acesso facilitado nos serviços de saúde. No caso das doenças da próstata, para as quais pelo menos a consciência da gravidade e da importância do diagnóstico e tratamento precoces já estaria estabelecida, além de enfrentar os “aspectos culturais” relacionados ao medo e preconceito, os homens enfrentariam a dificuldade de acesso às consultas. Nesse ponto, já se enfatizava que o número de urologistas nos serviços públicos é considerado insuficiente e não haveria programas específicos, como os destinados ao atendimento às mulheres.

Uma avaliação negativa do sistema público de saúde é bastante frequente, sendo tema de 41 relatos, e apresentada como generalizada país afora: “Sotaques, expressões, temperatura... Algumas diferenças regionais e a mesma reclamação: o atendimento público de saúde não funciona” (“Tá tudo dominado”, 18/04/2010). Este argumento é reproduzido também a partir dos depoimentos dos próprios usuários da Caravana. O registro “Um seguidor do Movimento pela Saúde Masculina” (12/08/2010) traz a experiência de um paciente que viajou de Niterói a São José dos Campos para ser atendido pela Caravana e que declarou ao MSM:

Eu agradeço muito o que vocês fazem. Acho que tem que ter alguém para olhar pela saúde do homem. Infelizmente o governo não favorece tanto, apesar de já ter um progresso muito grande na área da saúde. É preciso melhorar muitas coisas, principalmente na área dos homens. As mulheres têm ginecologista, é rotineiro nos postos de saúde, mas o homem não tem essa facilidade.

Em “Se há uma oportunidade, ele vai” (12/09/2010) afirma-se que é a “falta de acesso” a principal razão pela qual o homem não busca atendimento médico, o que ressalta a “importância” da iniciativa da SBU

com o MSM. Na mesma direção, o registro “Unanimidade que precisa ser mudada” (05/09/2010) também traz o depoimento de urologistas que atenderam pela Caravana e criticaram o sistema público de saúde por sua “dificuldade de acesso”. O trecho a seguir cita o depoimento do médico urologista Felipe Lott que relata que “o homem está mais consciente do que se imagina” e conclui: “O problema segue sendo a falta de informação e a dificuldade de acesso. O homem tenta se cuidar e quer orientação, mas a desorganização da rede pública faz com que ele desista da prevenção e só insista no atendimento quando já está doente”. A “desorganização” da rede pública é referenciada novamente no mesmo registro, por meio do elogio da iniciativa da SBU, considerada de grande importância “porque leva a esse homem carente de orientação, informações e possibilidades que eles não conseguiriam em menos de seis meses de espera”.

Dessa forma, consolida-se a ideia de que o problema da falta de cuidados com a saúde masculina estaria relacionado quase exclusivamente com a ausência de oportunidades e de serviços especializados<sup>23</sup>. Os homens, atualmente, já estariam mais predispostos a procurar ajuda, principalmente se esta estiver relacionada com o desempenho sexual. Caberia às autoridades da área entender esse mecanismo e oferecer os recursos necessários. O MSM pretende colaborar com este processo ao mostrar os caminhos possíveis.

### **Conclusões: redes provisórias, engajamentos diferenciados, efeitos que permanecem**

O que se destaca a partir da apresentação dos dados referentes às três categorias de doenças enfatizadas no MSM é a preeminência da sexualidade (sempre em termos de valorização e da pressuposição da penetração

heterossexual). Em comum, temos ainda o fato de que mesmo a partir desses três tópicos específicos, ressalta-se que os homens sempre estão preocupados com a sua capacidade sexual, traduzida na função erétil; que esta capacidade está intrinsecamente associada à qualidade de vida; que, por outro lado, a disfunção erétil possivelmente esconde um conjunto de doenças ainda mais graves, como hipertensão e diabetes.

Além disso, insiste-se na ideia de que, embora atentos à função erétil (que seria um importante indicador da saúde masculina), os homens têm dificuldade de acesso a diagnósticos e tratamentos, em função de duas ordens de problemas. A primeira é a dos “aspectos culturais”, como não estarem acostumados a cuidar da própria saúde (tarefa comumente atribuída às mulheres, de acordo com os registros do próprio MSM) e fatores como medo, preconceito, vergonha ou timidez frente à necessidade de falar de problemas associados ao seu desempenho sexual. A segunda diz respeito, mais precisamente, à “constatação” de uma ausência de oportunidades no sistema de saúde, caracterizado genericamente pela falta de serviços especializados ou mesmo pela carência de médicos urologistas. Cabe mencionar que estas duas ordens de questões contribuem para naturalizar uma desresponsabilização dos homens frente à atenção à sua saúde. Eles são apresentados muito mais como agentes passivos de ações promovidas por terceiros ou conjunturas externas.

De certa forma, esta “passividade” se reproduz na nova estratégia que passa a se destacar no MSM e também em ações mais gerais ligadas à construção de um campo específico de atenção à saúde do homem<sup>24</sup>. Trata-se da utilização da preocupação naturalizada com o sexo como fonte de atrativo para levar os homens aos serviços de saúde. O recurso retratado parece ser o de aproveitar este interesse, e mesmo a possibilidade de acesso a medicamentos contra disfunção erétil, como “chamariz” de entrada dos homens no universo da atenção médica. Este argumento, presente nos depoimentos dos médicos e dos usuários da Caravana,

parece ser uma tática eficaz de convencimento da opinião pública e de instâncias governamentais, como ficou evidente na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens, lançada oficialmente em 2009 e que se apoiou, entre outros fatores, na pressão dos urologistas e na ideia, enfaticamente promovida também pelos laboratórios farmacêuticos, de que a disfunção erétil poderia ser a “porta de entrada” dos homens no Sistema Único de Saúde (Rohden, 2012).

Os dados apresentados acerca do MSM, bem como a compreensão deste panorama mais geral do campo permitem o desenvolvimento de algumas considerações finais, em articulação com certas perspectivas teóricas pertinentes para a análise deste fenômeno. A primeira questão a ser discutida, já anunciada anteriormente, diz respeito ao domínio da produção das diferenças de gênero. A partir dos depoimentos de médicos e “pacientes” e dos comentários apresentados no *site* percebe-se determinadas recorrências como: a ideia de que os homens “sempre” ou “naturalmente” se preocupariam com a sexualidade, traduzida em termos heterossexistas e focada na ereção; a noção de que o cuidado com relação à saúde, a princípio, seria um atributo feminino; a percepção de uma invulnerabilidade associada ao interdito de expor as suscetibilidades às doenças, expressas em termos de resistência, vergonha, timidez ou mentira. O mais interessante é que o discurso oficial do MSM, longe de problematizar estas percepções, atua muito mais no sentido de naturalizá-las. É como se estes depoimentos traduzissem a realidade inquestionável ou imutável do que é “ser homem”. Restaria aos promotores da campanha (e das políticas públicas) apenas a adequação a estas características<sup>25</sup>. Nesse sentido, por exemplo, é que o interesse “natural”, prioritário e generalizado dos homens pela potência sexual seria tomado como forma de atraí-los para os serviços de saúde.

Se por um lado, pelo menos em uma primeira abordagem, é possível entender o MSM como uma iniciativa igualitária e progressista no sentido

de chamar a atenção para a necessidade de promover a atenção à saúde masculina; por outro sua atuação pode ser também descrita como reforçando determinados estereótipos de gênero. Nessa direção cabe evocar as contribuições de Butler (1993, 2003, 2005), especialmente seu entendimento do gênero como algo constantemente performado a partir de uma matriz ou hegemonia heterossexual<sup>26</sup> que tenta fixar uma hierarquia entre homens e mulheres por meio da biologização da diferença sexual e insistência em uma inevitabilidade da reprodução. Sexo, gênero e desejo, seguindo esta linha, são pensados como “efeitos de uma formação de poder específica” (Butler, 2003: 9). A tarefa prioritária seria entender as categorias de identidade enquanto “*efeitos*, de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos” (Butler, 2003: 9, grifo no original). O falocentrismo e a heterossexualidade compulsória aparecem como estas instituições definidoras a serem investigadas. No entanto, só é possível acessá-las através da performatividade do gênero, que se define pela “prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (Butler, 1999: 154).

Por meio dessas definições, é possível perceber as práticas discursivas do MSM como exemplos paradigmáticos de referência ao falocentrismo e à heterossexualidade que atualizam ou performam a hegemonia heteronormativa através de uma operação de “citação” de determinadas marcas de gênero instituídas. A repetição constante, por exemplo, da centralidade da potência erétil para a vida dos homens remete imediatamente a isso. Seguindo o próprio desenvolvimento dos trabalhos de Butler, é preciso considerar que há, de alguma forma, a possibilidade de abertura ou de transformações a partir da norma hegemônica, em decorrência, precisamente, da sua própria dinâmica de funcionamento que exige uma performance incessante. Contudo, nos discursos produzidos e apropriados pelo MSM, o que se destaca é a preeminência da marca heteronormativa.

Além disso, poder-se-ia discutir todas as hierarquizações produzidas pelo MSM no que se refere às distinções entre diferentes formas de conceber masculinidades que estão sendo produzidas. Sem avançar muito neste ponto, cabe mencionar as ênfases impostas à diferença de educação e classe social que servem para qualificar distintamente os homens nas narrativas do MSM. A referência, por exemplo, à “ignorância” como impedimento para que certo contingente de homens assuma os cuidados com a saúde é frequente. Ademais, especialmente nos depoimentos concernentes à andropausa ou DAEM aparece a noção de que esta “doença” seria ou deveria ser um alvo de preocupação dos sujeitos de grupos economicamente mais favorecidos, para os quais a busca pelo aprimoramento do desempenho seria mais valorizada. Estes exemplos são breves indícios de uma hierarquia de masculinidades evidente, mas que é ocultada face aos objetivos mais gerais da campanha. Essas variações, contudo, acabam sendo invisibilizadas quando entra em cena o discurso mais generalizante de que todos os homens se preocupariam com a sexualidade de uma única e mesma forma.

O importante no caso aqui analisado é perceber como este processo de “tradução” ou “mediação” do conhecimento científico em relação às prerrogativas relacionadas à saúde masculina ocorre de forma a privilegiar uma determinada compreensão de masculinidade e de gênero que caminha no sentido de reforçar modelos mais tradicionais. Está se chamando a atenção neste ponto para o fato de que os artefatos ou eventos tecnocientíficos, como o MSM, são também formas de atualização ou reiteração de padrões de valores dominantes. Longe de representarem a simples transmissão ou operacionalização de categorias que teriam sido produzidas no nicho de uma ciência objetiva e neutra, implicam a renegociação em novos cenários de entidades que já na sua origem representam efeitos de disputas de forças. Mais claramente, pode-se dizer que as categorias médicas (como saúde masculina, saúde sexual, disfunção erétil, andropausa) já são produtos de negociações que incorporam as



tensões sociais em jogo. Quando são retraduzidas em cenários mais amplos, como o de uma campanha pública que tem evidentes pretensões de divulgação de uma única perspectiva e conquista de espaço público, inclusive em termos de políticas de governo, sofrem novos investimentos. É como se nessa nova etapa, o tom precisasse ser ainda mais carregado com as cores das perspectivas hegemônicas, em termos de gênero, mas não exclusivamente, para garantir a conquista de mais aliados.

Nesse ponto já se torna evidente que, para além da possibilidade de interpretação do MSM à luz das discussões referentes às relações de gênero e masculinidades, cabe avançar um pouco mais na direção de analisá-lo a partir da interface ente gênero e tecnociência. Considera-se aqui uma perspectiva mais ampliada de entendimento do conceito de artefato tecnocientífico como algo que pode englobar inclusive uma iniciativa como uma campanha de conscientização e cuidados em saúde. Seguindo um movimento mais geral pelo qual tem passado o campo dos estudos sociais em ciência e tecnologia, trata-se de pensar a relação entre ciência e sociedade ou a coprodução entre estas dimensões como algo que se expressa exemplarmente em dinâmicas de gestão da vida no cotidiano. As práticas envolvendo a área da saúde têm sido particularmente relevantes para se investigar os processos de tradução do conhecimento científico e os variados e contingentes usos sociais da ciência.

Nessa direção, o MSM pode ser pensado como um evento tecnocientífico que põe em cena a autoridade do conhecimento biomédico e a expertise dos urologistas na proposição de iniciativas que tentam direcionar o rumo dos empreendimentos envolvendo a saúde do homem no Brasil. Neste processo, percebe-se exatamente certa valorização de um dado conhecimento científico e sua tradução para outros meios fora do circuito dos especialistas, como aquele dos homens acessados pelo MSM, os gestores públicos ou a mídia de um modo geral – que passam a contemplar uma maneira específica de compreender a atenção à saúde masculina privilegiando a dimensão

sexual. Este percurso é feito sempre mantendo em relevo a legitimidade tecnocientífica e ética dos médicos como detentores do saber hegemônico a respeito não só da saúde, mas de dimensões tão amplas e indefinidas como a referência à própria noção de “qualidade de vida” dá a entender.

Se considerarmos o MSM tendo como foco a perspectiva da rede que foi construída pelos atores envolvidos e os efeitos produzidos, é possível sugerir que os investimentos foram bem sucedidos. Os promotores da campanha parecem ter tido sucesso no engajamento de aliados (laboratórios farmacêuticos, profissionais, homens e mulheres participantes, meio de comunicação, representantes do governo) imprescindíveis para produzir as associações necessárias à sustentabilidade (sempre provisória e circunstancial, evidentemente) da rede. Ao mesmo tempo, constituíram-se enquanto “mediadores”, ou seja, agentes que foram capazes de produzir “diferenças” no campo. Pode-se dizer que uma série de “traduções” ou “mediações” foram feitas no sentido de construir e reiterar a perspectiva do MSM e que essas “traduções” foram exitosas ao conquistar novos aliados. A redução da noção de saúde masculina em termos de saúde sexual, a “constatação” universalizante de que os homens não cuidam da sua saúde, a referência à disfunção erétil como indicador de doenças mais graves e a reverberação e generalização do “fato” de que os serviços públicos de saúde não acolhem os homens podem ser tomadas como importantes “traduções” predominantes no MSM e que ganharam repercussão mais ampla – potencialmente estendendo o seu alcance. Talvez não fosse arriscado dizer que os urologistas ligados ao MSM e à SBU conseguiram transformar, pelo menos de forma circunstancial, mas possivelmente com uma maior durabilidade, a referência à saúde a partir da saúde sexual como um “ponto de passagem obrigatório” para quem lida com os programas de atenção voltados ao público masculino no Brasil. Se retomarmos as notícias divulgadas no *site* do governo federal, apresentadas no início do artigo, percebemos o quão longe foram as ideias promovidas no MSM.

## Notas

- <sup>1</sup> Doravante será utilizada a sigla MSM para referência ao Movimento pela Saúde Masculina, SBU quando se tratar da Sociedade Brasileira de Urologia e DAEM como referência ao Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino.
- <sup>2</sup> Publicado em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/18/governo-federal-vai-apoiar-politica-de-atencao-a-saude-do-homem-em-estados-e-municipios/print>. Acessado em 12/08/2013.
- <sup>3</sup> Publicado em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/18/governo-federal-vai-apoiar-politica-de-atencao-a-saude-do-homem-em-estados-e-municipios/print>. Acessado em 12/08/2013.
- <sup>4</sup> Publicado em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/18/governo-federal-vai-apoiar-politica-de-atencao-a-saude-do-homem-em-estados-e-municipios/print>. Acessado em 12/08/2013.
- <sup>5</sup> Publicado em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/06/22/pesquisa-mostra-que-homens-sedentarios-sao-mais-propensos-a-sofrer-de-impotencia-sexual/print>. Acessado em 12/08/2013.
- <sup>6</sup> Este trabalho é resultado do projeto de pesquisa “Gênero, sexualidade e envelhecimento na promoção de novos diagnósticos médicos” (apoiado pelo CNPq), que se destinou a mapear a criação e promoção dos diagnósticos relativos ao processo de envelhecimento de homens e mulheres na sua inter-relação com as manifestações associadas à sexualidade, tendo como referência a dimensão das relações de gênero. Agradeço a Gabriela Cordesoni da Fonseca e Eduardo Doering Zanella, que colaboraram na pesquisa como bolsistas de iniciação científica, e aos integrantes do grupo de pesquisa Ciências na Vida, pelas sugestões.
- <sup>7</sup> Nos termos de Callon (1998: 156): “El actor-rede no es reductible ni a un simple actor ni a una red. Está compuesto, igual que las redes, de series de elementos heterogéneos, animados e inanimados, que han sido ligados mutuamente durante un cierto período de tiempo. Así, el actor-rede se distingue del actor tradicional de la sociología, una categoría que generalmente excluye cualquier componente no humano, y cuya estructura interna muy raramente es asimilada a una red. Pero el actor-rede no debería, por otro lado, ser confundido con una red que liga de manera más o menos predictable elementos estables que están perfectamente definidos, ya que las entidades de las que se compone, sean éstas naturales o sociales, pueden en cualquier momento, redefinir sus identidades y relaciones mutuas y traer nuevos

elementos a la red. Un actor-red es, simultáneamente, un actor cuya actividad consiste en entrelazar elementos heterogéneos y una red que es capaz de redefinir y transformar aquello de lo que está hecha”.

- <sup>8</sup> Star e Griesemer (1989) se referem a Callon (1985), Latour (1987), Law (1987) e Callon e Law (1982).
- <sup>9</sup> O MSM voltou a atuar em março de 2011, quando pretendia centrar-se na região Norte do país. Neste mesmo projeto, ainda chegou a realizar eventos em Porto Velho e em Rio Branco. Contudo, não há informações sobre sua continuidade. Assim, todas as análises empreendidas neste artigo referem-se à atuação do MSM em 2010.
- <sup>10</sup> O sítio [www.movimentopelasaudemasculina.com.br](http://www.movimentopelasaudemasculina.com.br) esteve disponível entre 2010 e 2011 e posteriormente foi desativado.
- <sup>11</sup> Trata-se de um teste com seis questões destinadas a avaliar a satisfação relativa à “capacidade de ereção” e orientar o homem a procurar um médico.
- <sup>12</sup> No decorrer deste artigo, serão sempre indicados os títulos dos registros postados no sítio bem como as respectivas datas de publicação. Todo o material foi acessado em [www.movimentopelasaudemasculina.com.br](http://www.movimentopelasaudemasculina.com.br), em 05/03/2011.
- <sup>13</sup> São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília foram cidades que se repetiram no percurso da Caravana pela Saúde Masculina.
- <sup>14</sup> A temática da participação feminina no MSM, sobretudo considerando a experiência etnográfica de acompanhamento da Caravana pela Saúde Masculina, foi alvo de investimento no trabalho “Mulher cuidadora, homem arredio: diferenças de gênero na promoção da saúde masculina” (Rohden, no prelo).
- <sup>15</sup> Para o detalhamento da perspectiva teórica e metodológica empreendida na investigação mais ampla, consultar Rohden e Torres (2006), Rohden (2009), Russo et al. (2011).
- <sup>16</sup> Sobre esta discussão, considerar Kimmel (1998), Cornwall e Lindisfarne (1994), Almeida (2000), Monteiro (2002), Simões (2004) e Medrado, Lyra e Azevedo (2011).
- <sup>17</sup> É importante acrescentar que os médicos citados, na maioria das vezes, são figuras de destaque, que ocupam postos na SBU, em universidades de renome e hospitais públicos e privados. Em boa parte dos casos, eram acionados quando a Caravana passava por suas cidades. Isso remete também à estratégica constituição da rede de colaboração e formação de opinião empreendida pelos agentes do MSM.
- <sup>18</sup> A noção de uma potência sexual maior por parte dos homens – traduzida não só em

termos de práticas, mas também de desejo, frequentemente associada à importância da testosterona – é um tema recorrente, expresso em muitos capítulos da história das pesquisas e intervenções em sexualidade, como na concepção de A. Kinsey acerca de uma “capacidade sexual” diferenciada de homens e mulheres. Ver Irvine (2005) e Rohden (2009).

- <sup>19</sup> Interessante notar que a expressão “primeiro sintoma” transmite a ideia de que a atenção à disfunção erétil pode ser utilizada como via para o diagnóstico precoce de outras doenças.
- <sup>20</sup> Embora o sítio do Movimento reproduza o nome completo dos usuários, optou-se aqui por manter apenas as iniciais.
- <sup>21</sup> Não é possível deixar de mencionar aqui como o DAEM ou andropausa foi alvo de um investimento estratégico por parte das indústrias farmacêuticas, muito repercutido na imprensa brasileira, a partir de 2005. Havia um enfoque específico voltado inicialmente às classes média e alta, que possivelmente poderiam recorrer aos consultórios dos urologistas e pagar os altos custos do tratamento de reposição de testosterona. Ver Rohden (2011).
- <sup>22</sup> O *post* “É possível ter vida sexual após a retirada da próstata” (31/05/2010) se destina justamente a esclarecer a relação entre disfunção erétil e doenças da próstata, designando como “mito” a proposição de que a cirurgia para retirada da próstata acarretaria em disfunção erétil.
- <sup>23</sup> Para uma discussão aprofundada a respeito deste assunto, com base em importantes estudos empíricos sobre o atendimento à saúde masculina no Brasil, consultar Gomes (2011, 2008), Schraiber, Gomes e Couto (2005), Pinheiro, Couto e Silva (2011) e Couto, Pinheiro e Valença (2010).
- <sup>24</sup> Carrara, Russo e Faro (2009) destacam como certa vulnerabilização masculina acaba sendo promovida nos discursos envolvendo a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- <sup>25</sup> Em janeiro de 2014 o *site* do governo federal publicou a matéria “Especialista diz que os homens precisam aprender a cuidar da saúde” retomando as declarações do coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, Eduardo Schwarz, em audiência pública, realizada em maio de 2013, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, que tratou de políticas públicas para a saúde do homem. Segundo a publicação: “Uma das principais barreiras, de acordo com Schwarz, vem da ideia de que ser homem é ser forte, e que doença é sinal de fragilidade. ‘Consequentemente, os serviços de saúde seriam dirigidos para os mais fracos:

crianças, mulheres e idosos'. Segundo ele, 'os serviços de saúde não consideram o homem como sujeito de cuidado e os homens não consideram os serviços de saúde como espaços masculinos'. [...] Schwarz disse também que os homens são dependentes das mulheres nos cuidados com a saúde. 'O homem precisa se perceber como sujeito de cuidado, e de direitos. As mulheres sempre são protagonistas, ajudam na saúde do homem, mas é preciso que eles possam desenvolver o cuidado consigo mesmo, ele não tem que depender da sua mulher, das filhas, da mãe, para cuidar da própria saúde.' Publicado em <http://www.brasil.gov.br/eu-vou/especialista-diz-que-homens-precisam-aprender-a-cuidar-da-saude>. Acessado em 7/07/2014.

- <sup>26</sup> Em "Le genre comme performance" (2005: 30), Butler afirma sua preferência pelo termo hegemonia, em função de trazer certa maleabilidade ou abertura a reformulações, em contraste com a ideia anterior de matriz: "Dans *Gender Troubles*, la matrice hétérosexuelle était devenue une sorte de symbolique totalisant; c'est pourquoi, dans *Bodies That Matter*, j'ai plutôt parlé d'*hégémonie* hétérosexuelle. C'était une manière de préserver la possibilité que cette matrice soit ouverte à des reformulations, de lui reconnaître une certe malléabilité. J[e n]'ai donc plus fait usage de l'expression 'matrice hétérosexuelle' dans *Bodies That Matter*" (grifos no original).

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. V. de  
2000 *Senhores de si: Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa, Fim de Século.
- BUTLER, J.  
1993 *Bodies that matter*. New York/London, Routledge.  
1999 "Corpos que Pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'". In LOURO, G. L. (org.). *O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte, Autêntica, pp. 151-172.  
2003 *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.  
2005 "Le genre comme performance" In \_\_\_\_\_. *Humain, inhumain: le travail critique des normes. Entretiens*. Paris, Éditions Amsterdam, pp. 13-42.

- CALLON, M.  
1985 “Some elements of a Sociology of Translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay”. In LAW, J. (ed.). *Power, action and belief: Sociological Review Monograph*, n. 32. London, Routledge & Kegan Paul, pp.196-230.
- 1986 “The Sociology of an actor-network: the case of the electric vehicle”. In CALLON, M.; LAW, J. & RIP, A. (eds.). *Mapping the dynamics of Science and technology: Sociology of science in the real world*. London, The Macmillan, pp. 19-34.
- 1998 “El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico”. In DOMÈNECH, M. & TIRADO, F. X. (orgs.). *Sociología simétrica: ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona, Gedisa, pp.143-170.
- CALLON, M. & LAW, J.  
1982 “On interests and their transformation: enrollment and counter-enrollment”. *Social Studies of Science*, vol. 12: 615-625.
- CARRARA, S., RUSSO, J. & FARO, L.  
2009 “A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol. 19, n. 3:659-678.
- CONRAD P.  
2007 *Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- CORNWALL, A. e LINDISFARNE, N. (orgs.)  
1994 *Dislocating masculinity: comparative ethnographies*. London, Routledge.
- COUTO, M. T., PINHEIRO TE, VALENÇA O.  
2010 “O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero”. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, vol.14: 257-270.
- DUMIT, J.  
2012 *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham e London, Duke University Press.

- GOMES, R. (org.)  
2011 *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GOMES, R.  
2008 *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- IRVINE, J.  
2005 *Disorders of desire: sexuality and gender in modern American sexology*. Philadelphia, Temple University Press.
- JASANOFF, S.  
2004 *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York, Routledge.
- KIMMEL, M. S.  
1998 “A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas”. *Horizontes Antropológicos: Corpo Doença e Saúde*, Porto Alegre, ano 4, n. 9: 103-118.
- LATOUR, B.  
1987 *Science in action*. Cambridge, Harvard University Press.  
2000 *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, Editora Unesp.  
2005 *Reassembling the social: an introduction to actor-network theory*. New York, Oxford University Press.
- LAW, J.  
1987 “Technology, closure and heterogeneous engineering: the case of the Portuguese expansion”. In BIJKER, W.; PINCH, T. & HUGUES, T.P. (eds.). *The social construction of technological systems*. Cambridge, MIT Press, pp. 111-134.
- MEDRADO, B.; LYRA, J. & AZEVEDO, M.  
2011 “‘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*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 39-74.
- MONTEIRO, M.  
2002 “Sujeito, gênero e masculinidade”. In ALMEIDA, H. B. et al. (orgs.). *Gênero em matizes*. Bragança Paulista, Edusf, pp. 243-262.



- PINHEIRO, T.; COUTO, M. T. & SILVA, G. N.  
2011 “Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização”. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, vol.15: 845-858.
- ROHDEN, F.  
2009 “Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais”. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 17, n. 1: 89-109.  
2011 “‘O homem é mesmo a sua testosterona’: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro”. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, Ufrgs, n.17: 161-196.  
2012 “Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n. 10: 2645-2654.  
(no prelo) “Mulher cuidadora, homem arredio: diferenças de gênero na promoção da saúde masculina”. *Anuário Antropológico*.
- ROHDEN, F. & TORRES, I.  
2006 “Le champ actuel de la sexologie au Brésil: considérations initiales”. *Sexologies*, vol. 15, n. 1: 64-71.
- ROSE, N.  
2007 *The politics of life itself: biomedicine, power, subjectivity in the twenty-first century*. Princeton, Princeton University Press.
- ROSENFELD, D. & FAIRCLOTH C.  
2006 *Medicalized Masculinities*. Philadelphia, Temple University Press.
- RUSO, J.; ROHDEN, F.; TORRES, I.; FARO, L. T. F.; NUCCI, M. & GIAMI, A.  
2011 *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro, Cepesc.
- SCHRAIBER, L.; GOMES, R. & COUTO, M.  
2005 “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 1: 7-17.
- SIMÕES, J. A.  
2004 “Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais”. In PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F. & CARRARA, S. (orgs.) *Sexualidade e Saberes: Convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro, Garamond, pp. 415-447.

STAR, S. L. & GRIESEMER, J. R.

1989 “Institutional ecology, ‘translations’ and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39”. *Social Studies of Science*, London, vol. 19, n. 3: 387-420.

### **The centrality of sex in recent strategies to promote men’s health in Brazil**

ABSTRACT: The article discusses the trajectory of the Movement for Men’s Health, a campaign held in 2010 that intended to advise the male population about health disorders. The movement promoted by the Brazilian Society of Urology put its focus around the erectile dysfunction, prostate diseases and andropause. The main object of analysis are the contents of the campaign website that relied on testimony from health professionals and patients and their families. The theoretical orientation comes from the framework associated with the social studies of science, in particular the notion of “network” and the distinctions relating to gender and sexuality. The conclusion aims to identify a direct association between sex and men’s health, from a privileged focus on erectile dysfunction.

KEYWORDS: Male health, gender relations, sexuality, Anthropology of Science.

Recebido em novembro de 2013. Aceito em setembro de 2014.