

A construção da subjetividade masculina
e seu impacto sobre a saúde do homem:
reflexão bioética sobre justiça distributiva

**The construction of the masculine subjectivity
and its impact on man's health:
bioethics reflection on distributive justice**

Marlene Braz ¹

Abstract *This paper aims to reflect on male subjectivity construction and its impact in man's health. The essay methodology was chosen since we decided to evaluate and explores this issue. First, morbidity and mortality data were analyzed and disclosed an excess of male mortality that transcends the violence figures, already well studied by others researchers. The next part tries to establish a relationship between social and cultural issues related to male subjectivity construction and their contribution to male morbimortality prejudice. On the third part, using the bioethical perspective, how those problems result in unbalanced distributive justice as well as inequity in providing male population health care are discussed. In conclusion, one can realize that public health policies pay little attention to man's health and, as a consequence, settle unattainable health services.*

Key words *Male subjectivity, Man's health, Distributive justice, Bioethics*

Resumo *Este estudo tem como objetivo refletir sobre a construção da subjetividade masculina e seu impacto na saúde do homem. Como método, optou-se pelo desenho de ensaio, compreendido como um exercício crítico, exploratório, em torno de um objeto ou tema de reflexão. O início do trabalho enfoca dados de morbidade e mortalidade de homens e mulheres evidenciando uma sobre-mortalidade masculina que transcende a questão da violência já bem explorada por outros autores. Em seguida, são abordados os fatores socioculturais, referentes à construção da subjetividade masculina, que se pressupõe contribuir para a desvantagem em termos de morbi-mortalidade do homem comparativamente às mulheres. Na terceira parte, sob a perspectiva da bioética, relacionamos esta problemática e seu conseqüente reflexo na justiça distributiva em função da falta de equidade no atendimento às necessidades de saúde desta parcela da população. Como conclusão constata-se que a saúde do homem tem sido pouco considerada pelas políticas públicas de saúde o que acaba por redundar numa atenção precária dos serviços de saúde.*

Palavras-chave *Subjetividade masculina, Saúde do homem, Justiça distributiva, Bioética*

¹ Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.
Av. Rui Barbosa 716/2º andar,
22250-020, Rio de Janeiro RJ.
braz@iff.fiocruz.br

Introduzindo a questão

A temática relacionada à saúde masculina tem sido pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. A questão que se coloca inicialmente é por que abordar um tema que aparentemente não consta da pauta de prioridades das políticas de saúde em nosso País? Se não consta seria por que os homens adoecem menos que as mulheres? Ou seria por que não se consegue perceber a gravidade deste problema? E, se a resposta à última questão for sim, por que isto ocorreria? Tentar responder a estes questionamentos é o objetivo deste ensaio. Ressalve-se que, ao abordar as relações entre a subjetividade masculina e a repercussão sobre a saúde física, se quer tão somente evidenciar que *os sujeitos homens e mulheres necessitam ser vistos tanto singularmente quanto no âmbito das relações e no campo mais amplo de sua cultura* (Gomes, 2003). Como bem aponta Gomes (2003), o enfoque hoje se deslocou do *modelo de mulher e saúde para o de gênero e saúde*. Isto implica, segundo o autor, focar a *saúde como satisfação das necessidades humanas* (ibidem) e, para isto, é necessário fortalecer a mulher como portadora de direitos no sentido da equidade entre os gêneros. Priorizando-se o homem, neste trabalho, não significa que se está preconizando que o gênero masculino vem perdendo poder e o que se quer é a volta vigorosa de uma posição de cunho machista. Ao contrário, quando o movimento feminista aborda as relações entre os gêneros como assimétricas, no sentido de que a mulher detém menos direitos que os homens, isto não quer dizer que os homens não sofram, de outro modo, os avatares de sua construção subjetiva como ver-se-á. É preciso deixar claro, a concordância que se tem com o pensamento do autor citado, isto é, de serem *igualmente válidos os posicionamentos que enfocam a saúde da mulher e a saúde do homem, desde que tais posicionamentos não percam a perspectiva relacional entre os gêneros e não se distanciem da promoção da saúde voltada para as necessidades humanas em geral. Pensar sobre a relação não significa desconsiderar demandas específicas de cada gênero* (Gomes, 2003).

Não se atentar para cada especificidade, isto é, ser homem, ser mulher, tem reflexos na justiça distributiva, entendida, no campo da bioética, que é o estudo sistemático das dimensões morais (Reich, 1995), como a distribuição

justa, equitativa e apropriada em uma dada sociedade, de acordo com normas que regulam os termos da cooperação social, isto é, uma situação de justiça se apresenta quando uma determinada pessoa recebe os benefícios ou encargos devidos a ela (Beauchamp & Childress, 2002). A justiça sanitária, no que é entendida pela bioética e formulada por Daniels (1996), foi influenciada pela interpretação liberal da justiça em Rawls (1997), ou seja, a justiça como equidade transmite a idéia de que seus princípios devem ser acordados numa situação inicial que é equitativa.

Daniels (1996) considera que as pessoas têm direito ao acesso à atenção dos serviços de saúde para o restabelecimento de sua condição fisiológica normal porque só desse modo elas poderão ter garantido igualdade de oportunidades, que são as características de sociedades democráticas.

É com esta dupla perspectiva – a da construção da subjetividade que implica as relações de gênero e a da bioética – que se irá abordar a problemática em pauta.

Em relação ao método, utilizamos o ensaio da forma entendida por Tobar & Yalour (2001): *O ensaio envolve uma tomada de posição diante do tema ou objeto de meditação. Explicita a subjetividade de seu autor e o compromete. É um exercício crítico de procura, e o que se procura são maneiras novas de olhar as coisas. Por este motivo o ensaio é sempre exploratório. Ensina a ver e convida a olhar de outra forma.*

Com este método pretende-se primeiramente focar os dados de morbidade e mortalidade de homens e mulheres evidenciando uma sobremortalidade masculina que ultrapassa a questão da violência já bem explorada por outros autores. Em segundo lugar, são abordados os fatores socioculturais, referentes à construção da subjetividade masculina, que se pressupõe contribuir para a desvantagem em termos de morbi-mortalidade do homem comparativamente às mulheres. Em terceiro lugar, relaciona-se esta problemática e seu conseqüente reflexo na justiça distributiva em função da falta de equidade no atendimento às necessidades de saúde desta parcela da população. Por fim, nas conclusões, procura-se discutir a partir do referencial da bioética principialista uma possível assimetria nas políticas de saúde em relação ao homem o que acaba por redundar numa atenção precária nos serviços de saúde.

Os dados do problema

A partir dos dados do Censo de 2000, o IBGE (2003) traça um quadro de mortalidade no Brasil utilizando os dados de esperança de vida ao nascer no Brasil, comparando os dois sexos e o efeito das mortes por causas externas: *A esperança de vida ao nascer, no Brasil, vem experimentando, ao longo dos anos, incrementos paulatinos (...). Observou-se que os diferenciais sobre os sexos também experimentaram aumentos ao longo dos 21 anos de estudo. Em 1980, enquanto as mulheres possuíam uma esperança de vida ao nascer de 66 anos, os homens detinham uma via média 59,6 anos, representando uma diferença de 6,4 anos. Vinte e um anos mais tarde, as mulheres, no Brasil, já estariam vivendo, em média, 7,8 anos a mais que os homens (72,9 anos, para o sexo feminino e 65,1 anos, para o sexo masculino).*

A explicação para esta diferença, situada pelo IBGE, estaria *no aumento gradativo da sobremortalidade masculina nas idades jovens e adultas jovens. [Nos] últimos anos, as taxas de mortalidade masculina, na faixa dos 20 a 29 anos de idade, chegam a ser mais de três vezes superiores às femininas (ibidem).*

Este quadro tem merecido diversas investigações, tendo em vista o impacto das mortes por causas externas, tais como: homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, entre outros, no segmento mais vulnerável à incidência de tais mortes que é constituído por adultos jovens.

Com esta preocupação, o IBGE (2003) avaliou o impacto das mortes por causas externas na esperança de vida brasileira. Os primeiros resultados desta simulação indicam que *pode-se observar que, ao considerar uma situação limite de ausência de mortes por causas externas, a população masculina teria um aumento de 2,5 anos na esperança de vida ao nascer em anos recentes. Já o segmento feminino experimentaria ganhos bem menos expressivos (da ordem de 1/2 ano). No tocante ao total da população, a vida média seria acrescida de 1 ano e seis meses (IBGE, 2003).*

Mesmo assim, pode-se observar que as diferenças entre os gêneros se mantêm favoravelmente para as mulheres. Estes dados sobre violência, então, não dizem tudo sobre a sobremortalidade masculina. Em outros países o mesmo fenômeno acontece. *O homem tem um risco de morrer mais jovem do que as mulheres, em qualquer idade (Saúde em Dia, 2003).* Uma pesquisa para avaliar o risco de morte pre-

tura na população masculina de 20 países, descobriu que nos Estados Unidos, em 1998, os homens com mais de 50 anos estavam duas vezes mais propensos a morrer do que as mulheres. O risco maior se manteve depois de 80 anos. *Atualmente, ser do sexo masculino é o maior fator demográfico para morte prematura,* disse Randolph Nesse (*Saúde em Dia*, 2003).

A diferença entre os dois sexos se mantém independente de a morte ser por doenças cardíacas, cerebrovasculares, câncer, acidentes de carro ou homicídios, excetuando-se as mortes por hipertensão cerebral nas quais predominam as mulheres (Souza, 2000). A maior diferença se situa em torno dos 20 anos e após os 60 quando os homens adoecem e morrem mais. Os pesquisadores se dividem em relação às causas. De acordo com Pinheiro *et al.* (2002), as diferenças de gênero no risco de adoecer variam de acordo com o estilo de vida (fumo, álcool, estresse, trabalho), fatores genéticos ou hormonais, como também com a biologia (maior vulnerabilidade masculina, mesmo na fase intra-uterina). Poucos estudos apontam para a forma como é estruturada a subjetividade masculina e sua possível relação com a morbi-mortalidade.

Mais alguns dados podem reforçar esta inferência. Por exemplo, as consultas de mulheres e crianças são mais abundantes de acordo com o PNAD de 1998 (Pinheiro *et al.*, 2002). Silva & Alves (2003) confirmam estes dados brasileiros, afirmando que, nos países ocidentais, as mulheres procuram consultas médicas mais do que os homens. Elas declaram mais suas doenças, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, como também avaliam pior o seu estado de saúde. É destacado ainda por Pinheiro *et al.* (2002) que há um maior número de homens internados em situação grave, como também à procura de serviços de emergência. Estes dados apontam para a necessidade de se atender melhor a parcela masculina da população. Por que isto não tem merecido um devido destaque nas políticas de saúde?

A construção da subjetividade masculina

Bourdieu (2002) afirma que há uma “des-historização” e *eternização das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes*. Neste sentido, a relação entre os sexos não mudou desde o aparecimento do *Homo Sapiens*. A que se deve isto?

Grupos de reflexão masculinos e a clínica em diferentes conteúdos estão tornando visíveis os lados obscuros da construção do exercício da masculinidade (Inda, 1996). Além da clínica psicanalítica, vê-se os estudos de gênero ganharem força, sendo os homens incorporados às pesquisas que têm como objetivo o questionamento e o entendimento de como se constrói a identidade masculina. *A masculinidade começa a ser percebida como culturalmente construída, variando segundo as sociedades ou, no âmbito de uma mesma sociedade, segundo diferentes períodos históricos* (Dutra, 2002).

Os estudos de gênero apontam que é mais difícil “construir” um homem do que uma mulher pelas vicissitudes por que passa o gênero masculino para a construção de sua identidade e subjetividade, desde a concepção até a vida adulta viril. Os perigos começam desde a constituição biológica, perpassando a existência física, psicológica e sociocultural masculina (Money & Ehrhardt, 1982). Há mais abortos naturais de embriões e fetos masculinos que femininos; eles morrem mais no primeiro ano de vida; e, também como já visto, a mortalidade masculina é maior entre os homens durante toda a sua existência. Badinter (1993) afirma que a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a uma maior vulnerabilidade psíquica. Segundo esta autora, a vulnerabilidade psíquica se deve a um esforço maior para um homem construir-se como tal. O macho nasce de uma fêmea e, por isso, deve se pautar em se diferenciar da mulher durante sua vida, diferentemente da menina. O menino se afirma negativamente à mãe. Neste sentido, *para afirmar uma identidade masculina, deve se convencer e convencer os outros de que não é uma mulher, não é um bebê e não é um homossexual*.

O senso comum considera o masculino como o sexo forte, na verdade, deve ser visto como o sexo fraco, pelo menos em vários aspectos de suas vulnerabilidades físicas e psíquicas (Fogel et al., 1989, *apud* Boris, 2003).

Além disto, eles são historicamente criados para aprender a ser homens. Badinter (1993) ressalta o papel importante dos ritos de iniciação, normalmente dolorosos, na transformação do menino em homem, presente em todas as culturas mesmo hoje menos evidentes ou esmaecidas (Castoriadis, 1995). A virilidade também é expressa no corpo e no comportamento. Trevesian (*apud* Dutra, 2002) afirma: *Preocupado em não perder sua esfumada rota, o macho dominante tem horror de atravessar os limites do*

“masculino” e por isso sempre impôs rígidos padrões diferenciados – de comportamento, de pensamento e até de moda – a si mesmo e à mulher.

Ao mesmo tempo, meninos e meninas são criados de modo diverso. Os meninos são orientados para serem provedores e protetores (WHO, 2000). Os meninos também desde cedo são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. Diz Duby (1990) que *a dor é antes de tudo assunto de mulheres. [Deste modo] o homem deve desprezá-la, sob pena de se ver desvirilizado e de ser rebaixado ao nível da condição feminina*. A violência masculina também é estimulada pela educação. O menino deve revidar se apanhar, como também deve praticar esportes em que a violência sempre está presente e é aceita.

Veicula-se, deste modo, uma imagem identitária masculina ligada ao não ser homossexual, a não ser mulher, a ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Condutas varonis, que se por um lado afiançam o ideal de ser do homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de autoconservação.

Existe um consenso de que os homens detêm um lugar de privilégios na sociedade como um todo. Alcançam postos mais importantes, são mais bem remunerados, são os líderes políticos, os chefes da família. Entretanto, *Desde pequenos (...) se é varão, o sexismo das habilidades vão produzindo um assistemático, porém contundente adestramento naquilo que seria desejável de um homenzinho: defender as irmãs, enfrentar os perigos, ganhar as disputas; sobressair nos esportes, nas profissões, ter uma sexualidade freqüente, etcetera. Cada idade irá atualizando as exigências. Terá que se sobressair, ser o melhor, o que mais ganha. “Quanto mais, melhor”, ideal da masculinidade que vai sedimentando o núcleo mais íntimo da identidade do varão, que se vai jogando na intersubjetividade com outros homens e com as mulheres. Elas também só podem esperar isto deles. Como estes valores arquitetaram a subjetividade e ademais a perspectiva varonil não alimenta o cuidar e nem o cuidar-se, confunde-se identidade pessoal e identidade de gênero* (Inda, 1996).

Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens. Há um “silenciamento” sobre o ônus de sustentar este ideal heróico. Isto pode ser visto na dificuldade, em parte, em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido já que foram criados para assistir e prover. Pode se inferir tal fato pela procura de consultas médicas, como visto anteriormente.

Para o sexo dito frágil, observa-se, pedir ajuda não parece desmerecê-las nem diminuir sua auto-estima, como é o caso dos homens. Silva & Alves (2003) ressaltam que o modo de socializar as mulheres, ao colocá-las como as provedoras de cuidados, implica um contato estreito com os serviços de saúde. Também ressaltam a educação para o papel feminino: são políquetosas, preocupam-se mais e conferem maior atenção ao corpo. Apontam, ainda, para a visão dos médicos sobre a “fragilidade feminina”, isto é, a visão de que a mulher é o sexo frágil e por isso adoece mais.

A partir destas observações, pode-se dizer que ao homem caberia, então, ser forte – o que pode resultar em descuido com o próprio corpo. Pedir ajuda quando não suporta mais os desabaços da doença, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável (Pinheiro *et al.*, 2002).

Esta constante questão de gênero que permeia a conduta e os hábitos masculinos produz não somente modos de vida, como também modos de adoecer e morrer. A mulher, por seu lado, submetida como o homem aos ditames de uma sociedade sob a dominação masculina (Bourdieu, 2002), não consegue mudar este quadro. No imaginário da mulher, o homem, na doença, é mais frágil, suporta menos ou comporta-se como criança.

Existe, na realidade, um preconceito pouco visível já que está revestido de um ideal. O preconceito, que domina não só os próprios homens como as mulheres, acaba por ter reflexos nos serviços de saúde. Observa-se que a maioria dos serviços ambulatoriais tem um horário reduzido de jornada. De acordo com Pinheiro *et al.* (2002): *Na área urbana, embora exista mais oferta de serviços de saúde, estes não são oferecidos em quantidade suficiente, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos para não procura.*

Difícilmente encontram-se postos de saúde ou ambulatorios abertos após às 17 horas, o que inviabiliza a procura dos homens por atendimento médico. Restam a eles os serviços de emergência e aqui, de fato, a emergência/urgência se faz presente.

Bioética e o princípio da justiça

A bioética principalista de Beauchamp & Childress (2002) entende a ética biomédica como uma ética aplicada, isto é, consiste na aplicação

dos princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial. Dentre os quatro princípios, da autonomia, beneficência, maleficência e justiça, este último aqui se mostra não atendido pela presença de discriminação e iniquidade no acesso aos serviços de saúde no que se refere à parcela masculina da população.

Partindo-se do pressuposto de que os seres humanos são iguais perante a justiça, só pode ser justa uma distribuição igualitária dos serviços de saúde, mas, ao se aproximar do assunto aqui tratado, percebe-se que a igualdade entre gêneros ainda não está efetivada. Rawls (1997), ao falar em justiça, concebe o artifício do véu da ignorância: somente ignorando sua própria posição e a dos demais na sociedade, e suas respectivas perspectivas, é que o sujeito pode dar sua adesão aos princípios da justiça, que doravante vai reduzir a dois: o princípio da igual liberdade e o princípio da diferença, que garante que, na ocorrência da desigualdade, esta se reverta em benefício dos menos favorecidos. A teoria da justiça como equidade transmite a idéia de que os princípios da justiça são acordados numa situação inicial que é equitativa (Rawls, 1997).

Daniels (1996), ao interpretar a obra de Rawls para o campo da assistência médica, baseado no princípio da “equitativa igualdade de oportunidades”, refere-se à importância de se atentar para as necessidades de uma médica justa. Beauchamp & Childress (2002), ao se referirem a esse princípio de Daniels, falam que *se reconhece a obrigação social positiva de eliminar ou reduzir as barreiras que impedem a equitativa igualdade de oportunidade, uma obrigação que se estende a programas que corrijam ou compensem por diversas desvantagens.* Tanto a doença como qualquer forma de deficiência são entendidas por Daniels como restrições não merecidas para ter oportunidade de satisfazer necessidades básicas. Neste sentido, somente a alocação de recursos em saúde que atente para a equitativa igualdade de oportunidades asseguraria a justiça.

Uma das questões levantadas quando se fala de oportunidade equitativa é a consideração relacionada às propriedades que têm servido de fundamento para a distribuição de recursos, mesmo que se atente que para a justiça elas não devem ser consideradas relevantes (Beauchamp & Childress, 2002). Como exemplos dessas propriedades têm-se: sexo, raça, nacionalidade, posição social, entre outras. Essas propriedades, como destacam Beauchamp &

Childress (2002), são irrelevantes e discriminatórias. Com base nisso, poder-se-ia formular a seguinte regra: “A cada um de acordo com seu sexo”. Neste caso só se poderia aplicar a determinadas situações anômalas, como no exemplo dado pelos autores que numa peça de teatro, determinado papel seria de um homem e, neste caso, as mulheres seriam excluídas. Esta exceção, no entanto, não admite moralmente a regra baseada em sexo. Acrescentam os autores: *Uma explicação amplamente aceita da razão pela qual essas propriedades são tanto irrelevantes como discriminatórias é o fato de permitirem que se dispensem às pessoas tratamentos diferenciados, às vezes com conseqüências devastadoras, com base em diferenças introduzidas pelos quais o indivíduo afetado não é responsável e que ele não merece* (Beauchamp & Childress, 2002).

Esta noção de equidade pressupõe que a distribuição social de recursos deva se dar com o objetivo de diminuir ou acabar com distribuições injustas. A noção de oportunidade equitativa se resume em que não se deve conceber benefícios sociais baseados em propriedades favoráveis imerecidas e não se pode negar benefícios com base em propriedades desfavoráveis imerecidas. Como dizem os autores: *Se não existir uma chance justa de que as pessoas possam adquiri-las ou superá-las, as propriedades distributivas pelas loterias da vida social e da vida biológica não são motivos para uma discriminação moralmente aceitável entre as pessoas.*

A regra da oportunidade equitativa em relação à assistência em saúde, no que concerne ao sexo, implica a exclusão de políticas que privem os homens, por exemplo, dos serviços de saúde. Se há algum tempo, os indicadores eram desfavoráveis às mulheres e ainda continuam sendo em muitas áreas médicas, como ocorre nos Estados Unidos em relação ao câncer de pulmão, diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares e acesso ao transplante renal (Beauchamp & Childress, 2002), com os dados que estão sendo discutidos neste trabalho, pode-se ver que está havendo uma discriminação por sexo em nosso País em relação aos homens, mesmo que se considere que possa haver discriminação também em relação às mulheres. Neste sentido, desconhece-se um Instituto de Saúde do Homem, enquanto abundam os Institutos e Serviços de Saúde da Mulher e da Criança.

Existem variados preconceitos e discriminações contra o gênero feminino, mas há também que se reconhecer sua existência contra o masculino. O preconceito pode ser defendido

como um processo de estereotipagem sistemático e conseqüente discriminação. A terminologia usada para designar o gênero masculino e feminino dificulta pensar de outras maneiras. Carimbam-se os homens como fortes e as mulheres como frágeis e isto os definem como pessoas, deste modo, ajudando na constituição da subjetividade.

Entre os preconceitos mais comuns em relação ao sexo masculino, pode-se apontar o fato de que ele é visto como forte a partir da dimensão emocional e física o que implica outro que é do de não ser assistido e de não se cuidar. Também há um cultivado preconceito masculino em relação ao manuseio de suas partes íntimas, visto como violação à sua condição de heterossexual. Tem de se considerar que a subjetividade masculina baseada na força, no domínio e mesmo no machismo não é construída sozinha já que o homem nasce e cresce num caldo cultural que o empurra para esse papel. A mulher olhou para si mesma e se rebelou contra séculos de dominação masculina. É hora de os homens se rebelarem contra seu papel de eternos provedores e fortaleza sem brechas.

Este preconceito se reflete na sociedade como um todo, nas formulações das políticas públicas e também pode ser sentido em relação aos profissionais de saúde, chefes, patrões, colegas de trabalho e mesmo parceiras que estranhem quando um homem procura de forma preventiva um serviço de saúde. O preconceito sexual nem sempre aparece como uma discriminação sexual visível, como no caso das mulheres, mas ele aparece de forma clara em relação aos homens porque determinadas condutas podem ser vistas “coisas de mulherzinha”.

Conclusões

Evidenciou-se, a partir dos dados de morbimortalidade, que há um desfavorecimento significativo em termos de saúde em relação aos homens. Eles morrem mais cedo do que as mulheres e recorrem menos às consultas. Internam-se mais gravemente e procuram a emergência quando já não suportam mais a doença. Foi visto também que a construção da subjetividade masculina é complexa e árdua porque baseada em contraposição a não ser mulher, homossexual ou criança. O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir que pode ser frá-

gil ou que possa adoecer, o que o torna suscetível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitado.

Ao destacar-se a regra da oportunidade equitativa, desejou-se apontar para a possibilidade do impacto discriminatório das políticas de saúde assim como das práticas que alocam os serviços, por exemplo, de acordo com o sexo. Nesta direção foi levantada a dificuldade em se encontrar serviços de saúde, exceto as emergências, em horários que pudessem ser utilizados pelos que trabalham. A preocupação com a saúde do homem tem sido deixada de lado e só recentemente vem sendo motivo de pesquisas e debates. Resta, no entanto, a sensibilização das políticas públicas que, por não atenderem às necessidades de saúde desta parcela da população, reforça o preconceito social não lhes ofertando, de forma eficiente, serviços de atendimento compatíveis com suas necessidades. As políticas públicas, como bem ressaltam Beauchamp & Childress (2002), normalmente devem incorporar considerações de cunho moral, sendo, portanto, a análise ética parte fundamental da formulação de políticas e não um modo de avaliá-las. Como exemplo pode-se citar os direitos dos pacientes e a proteção dos sujeitos da pesquisa, assim como o destaque dado aos direitos das mulheres em serem assistidas e contra a discriminação há séculos vividas por estas.

Deste modo, conclui-se que não se pode negar benefícios com base em propriedades desfavoráveis imerecidas, no caso, o machismo. E é em nome da equidade, valor ético hoje inquestionável, que cabe ressaltar que a iniciativa de se deter e propor caminhos para prevenir ou salvar vidas ameaçadas está atendendo a este princípio. Assim, deve-se levar em consideração a necessidade de se mudar tanto o enfoque em relação ao homem, quanto ao funcionamento dos serviços que não priorizam esta parcela da população. O fato de ser imprescindível levar em conta outras variáveis reforça a intenção de um olhar ético no delineamento de um programa de atenção ao homem, já que a ética se define a partir da preocupação com o outro. Neste caso, o outro está submetido a uma carga ideal pesada que pode inviabilizar a vontade de mudar um quadro de morbi-mortalidade.

Finalizando, é necessário um repensar sobre todas as questões levantadas em relação à saúde do homem. Eles também são oprimidos pela própria sociedade patriarcal. Cabe aos homens e mulheres mudarem seu enfoque em relação ao modo como se reproduzem, ainda, as relações de gêneros, que não beneficiam nem um dos dois. A mulher paga com a desvalorização de seu papel social, e o homem paga com sua vida.

Referências bibliográficas

- Badinter E 1993. *Sobre a identidade masculina*. Nova Fronteira, Rio de Janeiro.
- Beauchamp TL & Childress JF 2002. *Princípios da ética biomédica*. Loyola, São Paulo.
- Boris GDJB 2003. *Os rituais da construção da subjetividade masculina: ser macho ou ser homem? Uma história de dor, violência, paixão e regozijo*. Disponível em <http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/Geoges%20Daniel%20Janja%20Bloc%20Boris_UNIFOR.doc>. Acesso em 23/06/03.
- Bourdieu P 2002. *A dominação masculina*. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Castoriadis C 1995. *A instituição imaginária da sociedade*. Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Daniels N 1996. *Justice and justification: reflexive equilibrium in theory and practice*. Cambridge University Press, Nova York.
- Duby G 1990. *Male moyen age*. Champs-Flammarion, Paris.
- Dutra JL 2002. Onde você comprou esta roupa tinha para homem? A construção de masculinidades nos mercados alternativos de moda, pp. 359-441. In M Goldenberg (org.). *Nu & vestido. Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Record, Rio de Janeiro.
- Gomes R 2003. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3):825-829.
- IBGE 2003. *Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade_2001.shtm>. Acesso em 23/6/03.
- Inda N 1996. Gênero masculino, número singular, pp. 212-240. In M Burin & ED Bleichmar (comps.). *Gênero, psicanálisis, subjetividad*. Paidós, Buenos Aires.
- Money J & Ehrhardt AA 1982. *Man and woman. Boy and girl*. The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Pinheiro SP et al. 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4):687-707.
- Rawls J 1997. *Uma teoria da justiça*. Martins Fontes, São Paulo.
- Reich WT 1995. *Encyclopedia of Bioethics*. Georgetown University Editor, Nova York.
- Saúde em Dia 2003. *Homem corre mais risco de morrer jovem do que mulher*. Disponível em <<http://www.terra.com.br/saude/emdia/2002/07/24/000.htm>>. Acesso em 24/7/2002.
- Silva LF & Alves F 2003. *A saúde das mulheres em Portugal*. Afrontamento, Porto.
- Sousa LL 2004. Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade Referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989-1990. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.2, n.1, out-dez. 2000. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 24/06/04.
- Tobar T & Yalour MR 2001. *Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- WHO 2000. *What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boy*. World Health Organization, Washington.

Artigo apresentado em 10/1/2004

Aprovado em 25/5/2004

Versão final apresentada em 13/8/2004