

Políticas públicas de saúde do homem do campo no semiárido nordestino

DOI: 10.36920/esa-v28n3-7

 André Luiz Abrantes Oliveira¹ |  Bertulino José de Souza²

Resumo: O estudo buscou desvelar os fatores impeditivos à realização do exame de toque, analisando e discutindo aspectos como identidade, subjetividade e gênero, na perspectiva de compreender como se dava o mecanismo de interdição ou comprometimento da Política de Atenção Integral à saúde do homem. Objetivou analisar a natureza complexa e conflitiva do exame de toque e suas implicações para os estudos de gênero. A metodologia de natureza qualitativa e com um viés interpretativo foi apoiada na abordagem fenomenológica, cujo percurso versou pela: análise e interpretação teórica de estudos e documentos relacionados ao objeto de estudos; elaboração e aplicação de roteiro de entrevistas (foram gravadas, transcritas e analisadas) com 31 voluntários – todos homens, maiores de 45 anos e moradores da comunidade rural de Alexandria – RN, nos sítios Maniçoba e Cacimba de Cima; interpretação dos resultados e considerações. Os resultados evidenciaram que os homens procuravam os postos de saúde com pouca frequência, justificando a ausência de necessidade. Contrariamente, notaram-se posturas e afirmações de masculinidade/virilidade que sobrepujam qualquer demanda no campo da saúde, sobretudo quando versavam sobre doenças graves, como o câncer de próstata. Percebeu-se que a subjetividade do exame, onde o corpo do homem é tocado, parece ser mais significativa que o cuidado de si. Evidenciou-se nas comunidades rurais estudadas, a necessidade de criação e fortalecimento de quadros profissionais para atuarem no combate ao preconceito e na elaboração de sólido planejamento no campo da saúde do homem.

Palavras-chave: identidade; subjetividade; políticas públicas de saúde; semiárido.

Abstract: (*Public health policies for rural men in the Northeastern semi-arid region*). The study sought to unveil the factors that hinder the touch exam, analyzing and discussing aspects such as identity, subjectivity and gender, with a view to understanding how the Integral Care Policy's interdiction or compromise mechanism occurred. It aimed to analyze the complex and conflicting nature of the touch exam and its implications for gender studies. The methodology of a qualitative nature and with an interpretive bias was supported by the phenomenological approach, whose path was: analysis and theoretical interpretation of studies and documents related to the object of studies; elaboration and

¹ Mestrado em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: andreabran2010@hotmail.com.

² Professor Adjunto IV da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Doutorado e Pós-doutorado em Antropologia Social e Cultural no Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Coimbra, Portugal. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido (Plandites/UERN). E-mail: bertulinosouza@uern.br.

application of an interview script (recorded, transcribed and analyzed) with 31 volunteers – all men, over 45 years old and residents of the rural community of Alexandria / RN, at the Maniçoba and Cacimba de Cima sites; interpretation of results and considerations. The results showed that men sought health posts infrequently, justifying the absence of need. In contrast, attitudes and affirmations of masculinity / virility were noted that overlapped any demand in the health field, especially when dealing with serious diseases, such as prostate cancer. It was noticed that the subjectivity of the exam, where the man's body is touched, seems to be more significant than the self-care. It was evident in the rural communities studied, the need to create and strengthen professional staff to act in the fight against prejudice and in the elaboration of solid planning in the field of men's health.

Keywords identity; subjectivity; public health policies; semiarid.

Introdução

Nos últimos anos, as pesquisas sobre saúde/doença têm ganhado notoriedade no Brasil, concedendo um olhar especial e uma contribuição significativa ao campo dos Estudos Culturais. Tais investigações tecem, com isso, um importante contraponto aos estudos epidemiológicos cuja tendência está fletida nos fatores determinantes da saúde em populações específicas. Nessa perspectiva, dada à profundidade que recrutam, adquirem também notoriedade nas Ciências Humanas – em particular na antropologia, pois oportunizam estudos que versam, entre outros aspectos, sobre as políticas públicas de saúde, na medida em que permitem conhecer e desvendar os sujeitos e suas realidades sociais.

Esse ímpeto desbravador, muito afeito às reflexões de caráter multitransdisciplinar, como nos ensina Morin (2007) ao defender que diferentes campos do saber, transitam e dialogam entre si, favorecem o florescimento de discussões até então tidas como marginais, mesmo em ambiente acadêmico. Assim sendo, esse é o cenário em que se instala o presente estudo ao indagar em sua essência sobre a saúde do homem do campo. Portanto, ele objetiva discutir como se dão as Políticas Públicas de Saúde do Homem (Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem – PNAISH), sobretudo, tentando compreender como ela ocorre na população rural.

Sabe-se, porém, que esta política intitulada de PNAISH é recente no Brasil. Criada em 2009, com o intuito de reduzir o número de morbidade e mortalidade da população masculina, ela vem sendo alvo de discussões sobre a precariedade da implementação, pelo fato de boa parte dos gestores não ter um claro entendimento sobre esta, bem como pelo fato de que as questões de gênero que lhe são afeitas serem pouco debatidas na própria política. Este trabalho investiga a subjetividade da existência e o impacto do exame de toque no homem do campo. Buscou-se, com a demarcação do aspecto subjetivo, compreender elementos importantes que balizassem a informação, o

diagnóstico e o tratamento para a população masculina, com base neste exame, especialmente quando considerada a necessidade de planejamento de políticas públicas para o segmento masculino, vivendo na zona rural.

A despeito do exposto, objetivado pelo processo saúde/doença, considerou-se fundamental neste estudo discutir, sobre o viés antropológico, sociológico e filosófico, conceitos como subjetividade, identidade e gênero masculino. Teve-se, como pressuposto, a necessidade de uma discussão da essência do fenômeno – o toque retal. Com isso, investigou-se como acontece a política de prevenção e assistência ao câncer de próstata; e, por último, analisou-se a natureza complexa e conflitiva do exame de toque e suas implicações para estudos de gênero.

O ponto de partida neste artigo situa-se no aporte teórico da fenomenologia, lugar no qual encontramos respaldo para analisar os elementos relativos às percepções sobre o exame de toque – sobretudo pelas contribuições teóricas de Merleau-Ponty (2011) e, ainda, no existencialismo de Sartre (2015), mas também no diálogo com outros campos do saber, como os estudos da ontologia do homem nordestino e sua construção identitária. Nesta escrita, evidenciaram-se as percepções e subjetividades do homem do campo quanto à sua saúde, particularmente no que tange ao câncer de próstata, descrevendo e demonstrando a seriedade do que isso implica.

Estudos culturais, identidade e subjetividade

Nos últimos anos vem ocorrendo uma verdadeira avalanche discursiva sobre o conceito de identidade, tanto no campo da linguística, como no da antropologia e das ciências humanas, com especial destaque para os estudos que abordam as questões de gênero. Na literatura, autores como Giddens (1991) e Hall (2006) abordam a identidade como um construto social, fruto de transformações da modernidade tardia, em especial das mudanças que ocorreram com a chamada globalização e seus impactos na compreensão das variações culturais ou mesmo dos papéis sociais de cada indivíduo.

Com isso, o processo de identificação, a princípio, gera um segundo movimento intimamente indissociável do termo identidade e o que constitui a diferença. Quando nos identificamos com algo, há inevitavelmente uma recusa ou separação entre o eu e o outro. Ao nos identificarmos como brasileiros, por exemplo, significa que não somos bolivianos ou argentinos, nossa identificação com a pátria brasileira nos traz outro sentido de vida, outro pertencimento que, por sua vez, produz um processo reverso – a exclusão. Ou seja, aquilo com o qual os outros se identificam e os torna o que são, representando as suas identidades, não me dizem respeito. Operando deste modo, classificamos os sujeitos à maneira como nos afirma Kathryn Woodward: “a

conceitualização da identidade envolve o exame dos sistemas classificatórios que mostram como as relações sociais são organizadas e divididas” (WOODWARD, 2009).

Nessa perspectiva da linguística, podemos afirmar que as identidades são fruto de construções discursivas, no qual ambas não podem ser compreendidas fora de sistemas classificatórios, e essas características são de suma importância para compreendermos a identidade cultural, existindo, com isso, uma relação de força marcada pela definição e afirmação do que se é, não apenas por diferenciação linguística, mas cultural, em que definir e distinguir relaciona-se objetivamente com questões de poder.

Discurso, poder e subjetividade são categorias muito recorrentes nos trabalhos de Foucault (1999, 2006, 2007, 2008), por exemplo. Em *A ordem do discurso*, ele afirma que o discurso “não é simplesmente aquilo que o desejo é manifestado, mas, aquilo que é o objeto do desejo” (FOUCAULT, 2006, p. 10).

Essa concepção quanto à dimensão que o poder envolto no discurso possui é corroborada mais adiante, quando afirma:

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante dos seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade atenciosa da consciência de si. (FOUCAULT, 2006, p. 49)

Para Foucault (2006), o discurso é uma construção da verdade do mundo, bem como a sua realidade, desse modo, e não pode ser analisado fora das relações de poder. Verdade e poder são produções discursivas de uma comunidade ou sociedade específica que estabelecem suas formas.

É interessante observar que as práticas discursivas propagam tudo que é produzido pelo discurso. Nessa perspectiva, cada sociedade controla e produz sentidos sobre si, organizando e selecionando o que está fora e, ao mesmo tempo, o que está dentro. E é nesse aspecto que é possível afirmar que em cada sociedade há um conjunto de procedimentos que são externos ao discurso – a interdição, a separação e a vontade de verdade. A interdição, por exemplo, está relacionada ao “tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala” (FOUCAULT, 2006, p. 9). Ou seja, as palavras são plenas de poder e determinam as condições da comunicação, não se pode dizer tudo em qualquer circunstância ou sobre qualquer coisa. Falar sobre sexualidade do homem em determinados contextos, bem como falar sobre câncer prostático e seus mecanismos de detecção como o exame de toque, por exemplo, rompe os limites do corpo, cuja propriedade é, teoricamente, do sujeito. Pois “o corpo humano é o autor principal de todas as utopias” (FOUCAULT, 2013, p. 12).

A produção dos modos de subjetivação e das identidades está intimamente relacionada com as práticas discursivas que os constituem. A partir de uma análise foucaultiana, a constituição do sujeito moderno é descrita pelos processos de objetivação e subjetivação. O primeiro relaciona-se com os discursos produzidos e com as relações de poder. “Trata-se aqui do sujeito preso a uma verdade produzida pelo poder e as práticas que o transformam em objeto” (SILVA, 2008, p. 30). A subjetivação está relacionada à construção de uma identidade que é própria do sujeito, ao afirmar-se: “Sou homem! Nem a pau eu permito que me toque!”. Há nesse caso uma relação do sujeito com o poder. A objetivação relaciona-se com uma identidade estabelecida e consolidada, já a subjetivação, aos processos de resistência. É nesse jogo que as identidades são edificadas.

Assim, são diversos os modos pelos quais os sujeitos concebem a identidade ou como ela é conceitualizada na modernidade tardia; paradoxalmente, são um movimento de descoberta, como nos orienta Zygmunt Bauman ao alertar que sempre emergem quando há uma crise, pois a identidade

não tem a solidez de uma rocha, não são garantidos por toda a vida, são bastantes negociáveis e revogáveis, e de que as decisões que o próprio indivíduo toma, os caminhos que percorre, a maneira como age... são cruciais... (2005, p. 17)

Esta afirmação pode ser corroborada pelos estudos culturais de Hall (2006), quando este distingue três concepções da identidade: a do iluminismo, a do sujeito sociológico e do sujeito pós-moderno. Esta última identidade, mais em sintonia com a atualidade e posição que nos situamos, pressupõe um conjunto de atributos impossíveis de serem plenamente afirmados, pois sua característica central é a mobilidade – algo escorregadio, o que difere de outros modos de interpretação ligados a vínculos culturais como a nação e os estados nacionais, bem como os elos de identificação cultural do sujeito com esta nação e os atributos culturais impostos por ela para reforçar laços.

Tais laços representam a cultura do sujeito e, muitas vezes, são um produto traduzido. O termo tradução aqui se refere ao hibridismo ou à ação que a força cultural detém para manipular ou impor sua vontade – de forma imperceptível até, quando, por exemplo, se manifesta na incorporação de valores ao nos deslocarmos para outra região dentro do mesmo país, quer seja para residir ou trabalhar por determinado tempo e absorvemos os pertencimentos da cultura local, uma expressão potente da força simbólica exercida pelo contato e experiência com o outro.

Importa afirmar, portanto, que o termo “hibridismo não é uma referência à composição racial mista de uma população. É realmente outro termo para a lógica cultural da tradução” (HALL, 2003 p. 71). Todas as categorias como identidade, sexualidade, pós-

colonialismo e os estudos de gênero, por exemplo, são partes de um processo de interação política, social e cultural, em que os vários sistemas teóricos se unem para conceder uma resposta significativa às problemáticas atuais, sobretudo para a compreensão da sociedade através de estudos das políticas públicas, especialmente com o enfoque na subjetividade.

Tendo em conta a transitoriedade da identidade, sobretudo quando anotados os valores culturais em que ela se inscreve, cremos ser importante destacar a perspectiva da subjetividade como o epicentro de um conflito, na medida em que ela implica um processo duplo, como nos orientam Megale e Teixeira (1998 *apud* ROLNIK, 1997), ou seja, ela representa “o enrijecimento de identidades locais e a ameaça de pulverização total de toda e qualquer identidade”. E é neste processo, conturbado, ebulitivo e de certa forma marginal, que se instala a preocupação com a saúde do homem.

Políticas públicas e estudos voltados para a saúde do homem

Falar de estrutura de relações de gênero significa enfatizar que o gênero é muito mais que interações face a face entre homens e mulheres. Significa enfatizar que o gênero é uma estrutura ampla, englobando a economia e o estado, assim como a família e a sexualidade, tendo, na verdade, uma importante dimensão internacional. O gênero é também uma estrutura complexa, muito mais complexa do que as dicotomias dos “papéis de sexo” ou a biologia reprodutiva sugeririam. (CONNELL, 1995, p. 189)

Cremos que Connell (1995) já prenuncia um dos elementos mais estimulantes do presente estudo – a interface gênero/saúde. Não por acaso, destacamos a necessidade de ponderar acerca de conceitos como identidade e seu componente subjetivo. Salientar essas questões nos foi relevante para que pudéssemos situá-las no conjunto de informações que discutem a existência e a atenção à saúde do homem, prioritariamente abordadas pelas Políticas Públicas de Saúde. Diante disso, resta-nos conhecer e debater o que tais Políticas expressam e qual sua dimensão.

As políticas públicas se configuram como o campo das ciências humanas que estuda as ações governamentais em contextos específicos, seja em âmbito nacional, estadual ou municipal. Apesar do termo “público” – emanado de uma ação do governo –, se constitui de outras nomenclaturas como o termo “público-privado”, ou até mesmo cunhado como “políticas”, desde que essa se refira a determinada ação dirigida por uma sociedade governamental. A princípio, não há uma definição específica para identificar o termo em questão, pois este já foi pensado e analisado no seio de contextos objetivos e em âmbitos diversos. Tendo surgido nos Estados Unidos e na Europa, apresenta análises pontuais para cada origem, como aponta Celina Souza.

Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado – o governo –, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. (2006, p. 22)

Entende-se com isso que as ações são todas analisadas e efetivadas pela tutela do Estado, porém, em contextos e especificações diversas, cada país ou governo formula suas ações de acordo com os seus problemas e suas particularidades.

No cenário contemporâneo, essa área do conhecimento tem ganhado força na academia e em vários campos do saber: na Economia; na Ciência Política; na Sociologia; nos estudos urbanos; na Saúde; enfim, em todos os campos nas quais as ações práticas das instituições conseguem alcançar. Para Souza (2006), essa visibilidade se dá por três fatores preponderantes: um deles está interligado com os países que estão em desenvolvimento; o segundo, relacionado à substituição das restrições de gastos pelas políticas implementadas após a Primeira Guerra Mundial, que foram elaboradas e levadas a termo pelo keynesianismo; e outro fator, se relaciona ao surgimento de novas nações, especialmente as da América Latina, que, em virtude de as suas democracias serem recentes, não conseguiram de fato “impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte da população” (SOUZA, 2006, p. 66).

Sob essa ótica, se faz necessário entender sobre a competência de quem deve implementar tais políticas. Muito se discute sobre a interferência e a influência de atores externos como as grandes corporações, que se beneficiam dessas ações, porém sabe-se que elas têm uma influência significativa nessa conjuntura. Existe uma

interação entre o público e o privado, ajuste mútuo de coordenação horizontal e arranjos institucionais muitas vezes informais, que são suas características fundamentais. Em poucas palavras, redes de políticas públicas levam à descentralização dos processos de políticas públicas. (SCHNEIDER, 2016, p. 51)

Sobre isso, consideramos também a definição de política pública mais conhecida e aquela que busca responder “quem ganha o quê, por que e que diferença faz” (SOUZA, 2006, p. 68). De maneira sintética, Souza concede uma definição sobre o que são as políticas públicas, vejamos:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos

traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (2006, p. 26)

Diante disso, na conjuntura da política pública contemporânea, a capacidade do Estado de formular as políticas está inscrita no pensamento liberal. Não que ela tenha perdido a sua força nem tenha deixado de ser a principal agente, mas que “a globalização apresenta uma dimensão de economia política que teve influência imperativa na formação de políticas” (PIERRE, 2016, p. 41). Portanto, a capacidade do Estado de formular tais ações está diminuindo. Uma das justificativas, segundo o autor, se concentra no fato de que, em boa parte dos países do Ocidente, os políticos vislumbram no modelo liberal uma das exigências ao funcionamento do capitalismo.

Nesse caso, devemos entender que a política pública de cunho neoliberal

ênfatisa o mercado; nela, o governo deve intervir na sociedade apenas para remover obstáculos ao crescimento. Então, parte da crença de que a maioria desses obstáculos reside no setor público ou em estruturas regulatórias implementadas pelo governo. (PIERRE, 2016, p. 43)

Assim, Pierre defende mais adiante que, para que haja uma melhor formulação das políticas de governo, deve haver um acordo entre agências especializadas na elaboração de políticas públicas, no seguinte formato:

Uma estratégia final para recriar a capacidade de formulação de políticas do governo seria talvez a mais óbvia: recrutar expertise para departamentos governamentais e melhorar os canais para que os departamentos explorassem o conhecimento especializado detido por agências, e talvez também, por regiões e cidades. Por certo, isso expandiria o governo por expandir o setor público, mas de fazer justiça, deve-se dizer que mesmo um recrutamento bastante limitado de expertise teria um efeito importante sobre a capacidade de formulação de políticas, ao passo que seus custos seriam desprezíveis. Nessas estratégias alternativas para se aumentar a capacidade de formulação de políticas de governo na contemporaneidade, o reforço da liderança em sentido amplo parece ser o requisito fundamental para se melhorar a qualidade das políticas e dos resultados. (2016, p. 45)

Nesse seguimento, as configurações das políticas públicas seriam desierarquizadas, com um intuito de melhorar as suas estratégias e ações. Nessa perspectiva, as ações seriam compartilhadas por ambas com um objetivo específico comum. As complexidades das políticas públicas não se encontram apenas no seio dos estudos de sua teoria específica – pois estas como subárea das Ciências Políticas tem cada vez mais tido enfoque da Antropologia, da Sociologia e de outros campos teóricos, principalmente com o movimento institucionalista e o neoinstitucionalismo –, como aponta Souza (2006).

Ainda no campo da política pública, é comum que sejam empregados termos como implementação, fases, momento de execução de uma proposta. Também, dentro de

uma análise sobre a temática, a literatura recorrente trata-a como estágios ou fases. Desse modo, há vários modelos e análises, como: o tipo da política pública; o processo de incrementação; o ciclo das políticas públicas; o modelo *Garbage Can*; o modelo de coalisão e defesa; as arenas sociais do equilíbrio interrompido e do gerencialismo público. Das várias teorias explicativas, cada uma delas tem um enfoque específico. Isto posto, vejamos como ocorre a síntese abaixo para tais modelos:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz. A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. (SOUZA, 2006, p. 80)

Síntese perfeita de uma política pública. Nota-se que ela passa sempre por uma ação intencional, em que se pensa sobre os sujeitos ou grupos que serão beneficiados, a partir da qual se define uma agenda. Há o processo de avaliação das propostas que serão efetivadas, depois a implementação definitiva dessas políticas e, por último, o processo de avaliação das ações que foram tomadas. Com isso, cumpre-nos ponderar sobre o papel das políticas públicas no combate ao câncer de próstata.

Políticas públicas: o câncer prostático em questão

Na atualidade, as pesquisas sobre as políticas públicas de atenção à saúde do homem vêm sendo abordadas com grande frequência na literatura sobre saúde e sociedade. Há inúmeros estudos epidemiológicos na área de autores como Gomes (2003), Longhi (2008) e Scott (2011), por exemplo, que, sob os mais diferenciados enfoques como violência, perspectiva relacional de gênero, entre outros, tentam dar conta da temática e seus problemas.

Contudo, Couto e Dantas (2016), em análise sobre a produção bibliográfica a respeito da temática gênero, masculinidade e saúde, apontam que as investigações relativas à saúde da população masculina ainda são incipientes no Brasil, e um dos seus questionamentos prende-se ao fato de haver apenas três estudos sobre avaliação de políticas e planejamento em saúde – um dado preocupante, pois:

A pouca presença de estudos relativos à saúde do homem leva-nos a questionar a presença e a consolidação desse novo campo de produção do conhecimento em saúde: essa abordagem ainda caminha em processo de

avanço ou se trata de demanda não reconhecida. (COUTO; DANTAS, 2016, p. 864)

Esse dado nos revela a importância de se ter políticas afirmativas, em que o princípio da integralidade deva estar presente nas discussões e práticas na área da saúde, bem como dentro de uma perspectiva relacional de gênero. É interessante observar que a PNAISH foi pensada no sentido de promover ações em saúde em contextos sociais e culturais, sendo de cunho significativo para que possamos compreender as diferentes realidades.

Tendo isso em conta, no ano de 2004, um projeto intitulado Homens nos Serviços Públicos de Saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais, realizado em três capitais brasileiras – Recife, Florianópolis e São Paulo –, teve o objetivo de promover a interação de homens nos sistemas de saúde destas cidades. Esse projeto, concluído dois anos depois, em 2006, teve como resultado

que o sistema de saúde progressivamente vem pensando os homens como uma população com necessidades específicas, reconhece que a masculinidade é uma “construção social”, porém ainda não adota o referencial de gênero em suas análises ou propostas. (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 46)

Resta afirmar que estes pesquisadores entendem que esta categoria não pode ser esquecida em estudos que discorrem sobre masculinidades e seus problemas. Os estudos sobre as políticas públicas da saúde do homem vão além de uma análise da compreensão sobre os diversos significados a respeito da masculinidade, como apontam Medrado, Lyra e Azevedo (2011). Estes autores defendem que sejam discutidas questões relativas aos estereótipos que se institucionalizam sobre o homem e sua saúde, sendo necessário “repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos”.

Com isso, no que tange às estatísticas relativas a mortes de homens e mulheres, as pesquisas apontam que os homens são, lamentavelmente, os campeões de óbitos, seja por doenças relativas a fatores externos como agressões e acidentes, por exemplo, ou por doenças cardíacas, do aparelho digestivo e respiratório, como afirmam Medrado, Lyra e Azevedo (2011). Esses dados não devem considerar uma análise reducionista, no sentido de que homens morrem mais que as mulheres em tais contextos, mas deve-se compreendê-los, como aponta Barata, dentro de uma relação de gênero, permeada pela:

Divisão sexual do trabalho, da construção social e cultural do masculino e do feminino em nossa sociedade, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, mas modulados pela posição e pelas relações de gênero. (2009, p. 80)

Desta forma, a compreensão dessa terminologia apontada por Barata (2009), sobretudo quanto à construção social e cultural do gênero, é essencial para que se

entenda as relações que a população masculina tem com os serviços de saúde, não apenas quanto ao acesso a esses estabelecimentos, mas pelos infundáveis exemplos de agravos à saúde provocados pela baixa procura – não só para tratar de enfermidades, mas, principalmente, para buscar a prevenção.

Gomes (2008b) também é tributário dessa perspectiva relacional do gênero com a saúde do homem, mostrando que em hipótese alguma o perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina deve ser circunscrito por dados quantitativos, mas devendo também enfatizar os aspectos culturais que podem comprometer a saúde de segmentos populacionais masculinos. Porém os dados quantitativos são relevantes e ainda são o instrumento de maior poder para se pensar a construção de uma política pública, pois “o uso da quantificação (argumentos numéricos) em debates científicos e/ou no desenho e implementação de políticas públicas destaca, frequentemente, a precisão e objetividade dos números em detrimento do ‘achismo’ e imprecisão dos argumentos verbais” (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 57).

Diante do exposto, indaga-se, como é possível compreender a formulação de uma política pública para a saúde do homem? Preliminarmente, há inúmeras teorias explicativas que abordam o processo de uma ação como esta – a ideia de ciclo, o modelo *Garbage Can*, as arenas sociais ou o modelo *Multiple Streams*, elaborado por Kingdon, que tornou-se uma grande referência, pois foi “inicialmente formulado para analisar as políticas públicas nas áreas de saúde e transportes do governo federal norte-americano” (CAPELLA, 2007, p. 88).

Assim, para analisar esse processo de construção de uma política pública para a saúde do homem, buscou-se um modelo de análise que considerasse os elementos essenciais desta elaboração política e, neste sentido, Ana Cláudia Capella nos traz contribuições relevantes, veja-se:

Por que alguns problemas se tornam importantes para um governo? Como uma ideia se insere no conjunto de preocupações dos formuladores de políticas, transformando-se em uma política pública? Kingdon considera as políticas públicas como um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas; a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas, com base nas quais as escolhas serão realizadas; a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, finalmente, a implementação da decisão. Em seu modelo de *multiple streams*, o autor preocupa-se especificamente com os dois primeiros processos, chamados estágios pré-decisórios: a formação da agenda (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*). (CAPELLA, 2007, p. 87)

Nesse contexto de análise, pode-se depreender que o primeiro ponto a ser considerado é que a saúde masculina é um fator de preocupação à formulação de políticas públicas, tendo em conta a morbidade desses indivíduos no que tange ao câncer de próstata. Por

exemplo, dados estatísticos estimaram, segundo o Inca (2020), 65.840 novos casos de câncer de próstata no Brasil (Tabela 1). Esses dados são as estimativas mais recentes sobre o estudo em questão. Pode-se assim compreender que são números significativos, correspondentes a um risco estimado de novos casos a cada 100 mil homens. A tabela a seguir sintetiza o quadro de incidência de câncer de homens e mulheres no Brasil.

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de novos casos de câncer, segundo o sexo masculino e localização primária *

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Novos Casos					
	Homens					
	Estados			Capitais		
	Casos	Taxa bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,78	13.640	60,53	57,33
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-

* Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Inca, 2020.

Os dados estatísticos são relevantes para que se entenda como são preocupantes os

índices de câncer masculino, sobretudo o câncer prostático, por apresentar um índice elevadíssimo, conforme comprova a Tabela 1. O contexto do aumento de número de casos é significativo para que se compreenda que, em que pese uma melhoria nos serviços de atendimento e na qualidade das informações sobre a ocorrência, o câncer de próstata ainda acomete parte expressiva da população masculina.

Há que se destacar que as ações em saúde desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos municípios, sobretudo pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde, são importantes na promoção e informação para esse tipo de neoplasia (câncer), porém o exame para a detecção precoce encontra forte resistência pelos homens, em virtude, especialmente, das questões culturais que envolvem o universo masculino. Por ser considerado um tipo de câncer com bom prognóstico, se tratado em sua fase inicial, os casos de morbidade, que são muito acentuados no Brasil, podem ser alterados. Em 2013, por exemplo, ocorreram quase 14 mil mortes por câncer de próstata, segundo o Inca (2015). É um número muito elevado, mas não há um programa de rastreamento do câncer de próstata, por se acreditar que o caminho a uma diminuição do índice esteja na promoção em saúde, como afirma o Ministério da Saúde do Brasil e de outros países como o Reino Unido e Canadá. Veja-se:

Não recomenda a organização de programas de rastreamento de câncer de próstata. Tal prática não está indicada, pois ainda existe considerável incerteza sobre a existência de benefícios associados. Portanto, ações de controle da doença devem focar em outras estratégias, como a prevenção primária e o diagnóstico precoce. (INCA, 2015, p. 32)

Mesmo com ações preventivas, como já foi apontado, ainda se observa um incipiente reconhecimento dos homens como sujeitos das ações de saúde e invisibilidade desse público nos serviços de atenção. Em se tratando da incidência dos casos por faixas etárias, ocorre mais em homens entre os 65 a 69 anos. Esse tipo de neoplasia não apresenta incidência significativa em homens com idade inferior a 30 anos.

Sobre isso, ainda que a incidência deste tipo de câncer ocorra a partir dos 30 anos, se faz necessário que haja mais ações em saúde, alertando a população masculina sobre os benefícios de uma detecção precoce.

No que se refere às estimativas de novos casos por estado no Brasil, relativos aos principais tipos de câncer que acometem a população, há na Região Norte, no Amazonas, um número maior de câncer de colo de útero que supera o de próstata. Nos outros estados da mesma região, há mais casos de câncer de próstata. Nas Regiões Nordeste, Centro-oeste e Sul, o número de casos de próstata previstos supera os demais. Na Região Sudeste, os estados de Minas Gerais e Espírito Santo estão em primeiro lugar, mas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo o câncer de mama supera o de próstata,

que fica em segundo lugar em projeções numéricas. No Rio Grande do Norte, que ocupa a décima segunda posição, as estimativas são de 1.570 novos casos de câncer para 2020, como mostra a tabela a seguir (Tabela 2).

Tabela 2 – Estimativas para o ano 2020 de número de novos casos de câncer por estado*

Estados	Próstata	Mama Feminina	Colón e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero
Acre	120	100	50	100	90	90
Amapá	100	70	20	50	80	90
Amazonas	480	450	210	320	380	580
Pará	930	780	470	560	860	780
Rondônia	310	220	130	180	120	130
Roraima	70	60	30	30	30	50
Tocantins	760	290	170	220	100	220
Alagoas	890	620	230	250	160	300
Bahia	6.130	3.460	1.480	1.170	1.150	1.090
Ceará	3.330	2.510	1.090	1.290	1.270	1.010
Maranhão	1.850	840	450	470	440	890
Paraíba	1.740	1.120	440	490	430	290
Pernambuco	2.630	2.390	960	1.120	830	730
Piauí	1.370	590	330	320	180	390
Rio Grande do Norte	1.570	1.130	470	420	450	310
Sergipe	1.060	530	310	230	180	240
Distrito Federal	840	730	490	420	240	260
Goiás	2.240	1.620	1.160	940	550	590
Mato Grosso	1.030	560	330	320	220	200
Mato Grosso do Sul	1.240	850	540	460	310	270
Espírito Santo	1.380	790	520	530	390	240
Minas Gerais	6.420	8.250	4.000	2.990	2.460	1.270
Rio de Janeiro	6.440	9.150	5.070	2.930	1.660	1.640
São Paulo	13.650	18.280	14.670	6.890	4.880	2.250
Paraná	3.560	3.470	2.480	1.990	1.390	990
Rio Grande do Sul	3.980	4.050	2.540	3.740	1.090	720
Santa Catarina	1.720	3.370	2.350	1.770	1.290	970
Brasil	65.840	66.280	40.990	30.200	21.230	16.590

* Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Inca, 2020.

A Tabela 3 nos traz dados de taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2020, segundo a Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata).

Tabela 3 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2020, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da próstata)

Taxas brutas de incidência por 100 mil homens (neoplasia maligna da próstata)	
Unidade da federação	Estimativa de casos
Acre	27,03
Amapá	23,82
Amazonas	22,23
Pará	21,23
Rondônia	32,40
Roraima	24,85
Tocantins	94,71
Alagoas	53,86
Bahia	80,40
Ceará	74,18
Maranhão	52,57
Paraíba	87,62
Pernambuco	56,38
Piauí	87,08
Rio Grande do Norte	88,46
Sergipe	92,36
Distrito Federal	55,40
Goias	63,92
Mato Grosso	58,19
Mato Grosso do Sul	88,37
Espírito Santo	66,78
Minas Gerais	60,26
Rio de Janeiro	78,42
São Paulo	60,17
Paraná	62,62
Rio Grande do Sul	71,07
Santa Catarina	47,08

Fonte: Inca (2020).

É importante destacar que, de acordo com os dados, mostrados na Tabela 3, de todas as regiões do Brasil, o Nordeste tem um dos maiores índices de taxas estimadas, e o Rio Grande do Norte se encontra na segunda posição no Nordeste e na terceira colocação no país, perdendo apenas para o estado do Tocantins, com o dado estimado de 94,71 casos a cada 100 mil homens.

São dados preocupantes que justificam e reforçam a necessidade de atuação da PNAISH em todos os entes da Federação, com maior intensidade nos estados nordestinos, onde estão os números mais elevados de casos.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

No plano internacional, duas conferências internacionais foram o ponto de partida para se discutir as políticas públicas voltadas para a saúde do homem, as quais ocorreram no Cairo (Egito), em 1994, enfocando o desenvolvimento populacional, e em Pequim (China), em 1995, destacando estudos sobre a mulher, como afirma Leal, Figueiredo e Silva (2012). Em ambos os encontros, se discutiu a defesa da promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se as relações desiguais entre homens e mulheres. Esses encontros constituíram o prenúncio da necessidade de atenção e fomento para redução das desigualdades de gênero.

Localmente, no que tange à construção da PNAISH, ela se inicia com o interesse do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em março de 2007, de se criar programas voltados especialmente para o público masculino. Na XIII Conferência Nacional de Saúde, segundo Martins e Malamut (2013), foi aprovada pelos delegados a criação da referida política. Na sua construção, “percebe-se que ela surge a partir de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada por toda a população, sobretudo, a masculina” (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 433).

Dessa maneira, reconhece-se ainda que, como em toda política, existem interesses externos à sua implantação. No caso da PNAISH, houve uma grande motivação por parte da Sociedade Brasileira de Urologia na criação de uma política de saúde para os homens, indo ao encontro dos interesses daquela entidade (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Nesse sentido, as ações voltadas para o público masculino se encontram instituídas pela Portaria nº 1.994, de 2009 (BRASIL, 2009), tendo como um dos objetivos:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2009, p. 36)

Assim, na construção do texto-base, são apontados os números de elevados índices de morbidade da população masculina, com indicadores demográficos, bem como suas principais causas. Estes elementos pertencem à esfera constitucional, e são de responsabilidade da União, dos estados e municípios. Este último tem como finalidade, além de propor ações em saúde incentivando nos espaços educacionais a promoção da saúde do homem, implementar a política e acompanhar a sua implantação. Deve também:

Avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais. (BRASIL, 2009, p. 60)

A partir disso, a própria política não faz diferenciações do homem que ocupa os espaços citadinos e rurais, pois entende que ele, de uma forma geral, é um sujeito que necessita de cuidados, compreendendo, portanto, que são as ações que têm que se adequar às especificidades locais e regionais, sobretudo quanto à peculiaridade do homem do campo e seu modo de vida. Dessa forma, a PNAISH visa:

Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais [...]. Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas [...]. Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas. (BRASIL, 2009, p. 54)

Diante do exposto, percebe-se que tais objetivos se conectam com um campo de produção e de reflexões sobre as masculinidades. Contudo, alguns autores como Leal, Figueiredo e Silva (2012) mostram que a referida política não incorpora as relações de gênero nas discussões com grande ênfase, tornando o homem vítima de si mesmo e necessitado de proteção, “por representar mais um passo no processo de medicalização do corpo masculino e por estar demasiadamente focada na próstata” (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 261). Esse processo discursivo põe esses sujeitos como culpados pelo seu próprio adoecimento, conforme apresentado nas páginas introdutórias da PNAISH.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2009, p. 13)

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo. (BRASIL, 2009, p. 14)

Assim percebido, institucionaliza-se e tende-se a tornar homogêneo o pensamento da culpabilidade do homem pelo seu próprio adoecimento. A política pouco discute sobre a fragilidade dos atendimentos nos postos de saúde, que se configura como um dado e um ponto fraco da PNAISH. Contudo, deve-se considerar outros elementos frágeis no que tange ao processo de implementação e implantação da Atenção Básica, como o desconhecimento e despreparo dos profissionais da saúde –enfermeiros, agentes de saúde e os próprios gestores nesse processo. Estes últimos têm um papel vital na política, que é o de colocar em ação as estratégias voltadas ao público masculino. Verifica-se, desse modo, que “as concepções dos gestores em saúde ocupam um papel importante no delineamento de estratégias e ofertas de ações voltadas para o homem” (FARIA *et al.*, 2015, p. 7).

Entende-se, que o desconhecimento é fator significativo para uma não efetivação da política de atenção à saúde do homem, pondo em cheque esta política apenas como mais um documento, porém não a configurando como o único elemento, mas também nas “fragilidades envolvidas no percurso da implantação da PNAISH, desde a sua concepção nacional até a sua corporificação em ações de atenção para o público masculino” (FARIA *et al.*, 2015, p. 8).

Nota-se que há ainda um longo caminho a ser percorrido. A PNAISH e, sobretudo, as campanhas informativas e conscientizadoras, como o Novembro Azul, necessitam incorporar em seus discursos e suas práticas questionamentos que desmistifiquem o conflito que se estabelece no exame de toque – o principal dispositivo de detecção do câncer de próstata.

Materiais e métodos

A pesquisa fundamentou-se na abordagem fenomenológica tal como proposta por Merleau-Ponty (2011), ao buscar compreender as subjetividades do homem do campo a respeito da sua percepção quanto ao exame de toque. Um modelo de compreensão que constituiu um elemento ímpar ao se considerar a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde do homem. A natureza fenomenológica do estudo, na sua definição, descreve os significados que são comuns a vários indivíduos, relatando as

suas experiências vividas. Eis que a “[...] fenomenologia fornece uma compreensão profunda de um fenômeno como ele é experimentado por vários indivíduos” (CRESWELL, 2014, p. 76). Esse autor concede uma definição mais clara do que é um estudo fenomenológico, alertando que o centro da discussão está focado “não na vida de um indivíduo, mas no conhecimento e nas experiências vividas pelos indivíduos em torno de um fenômeno” (CRESWELL, 2014, p. 105). Utilizamos, portanto, a concepção fenomenológica para compreender as representações do exame de toque.

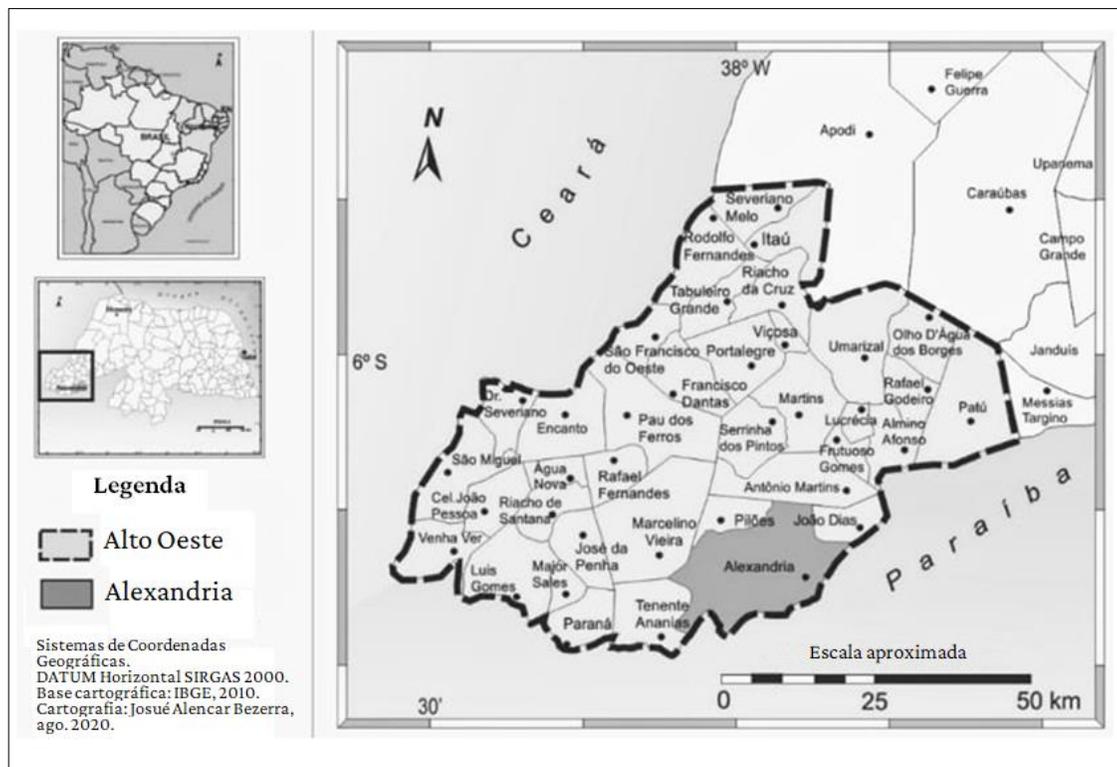
Buscou-se utilizar entrevistas como uma ferramenta necessária para se compreender as impressões que os indivíduos possuem acerca de si mesmos e as demandas em torno do universo masculino, sobretudo aquelas que, em tese, lhes são adversas. Foram realizadas 31 entrevistas semiestruturadas com homens nas comunidades rurais Maniçoba e Cacimba de Cima, ambas no município de Alexandria – RN, no período de agosto a setembro de 2017. Tendo como critério de inclusão, morar na zona rural da referida comunidade e idade mínima de 45 anos; e de exclusão, já ter realizado o exame de toque. A pesquisa que deu origem ao presente artigo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sob o Parecer nº 2.367.980.

Alexandria – RN, o município pesquisado, tem uma população de 13.852 habitantes e faz limites territoriais com as cidades João Dias, Antônio Martins, Pilões, Marcelino Vieira e Tenente Ananias, todas no Rio Grande do Norte. Com o estado da Paraíba faz limites fronteiriços com Catolé do Rocha, Brejo Dos Santos, Bom Sucesso e Santa Cruz (IBGE, 2011). O município está localizado no Alto Oeste potiguar, região que faz parte do Semiárido brasileiro e conta com 30 municípios na sua composição: Água Nova, Alexandria, Almino Afonso, Antônio Martins, Coronel João Pessoa, Doutor Severiano, Encanto, Francisco Dantas, Frutuoso Gomes, João Dias, José da Penha, Lucrecia, Luís Gomes, Major Sales, Marcelino Vieira, Martins, Paraná, Pau dos Ferros, Pilões, Portalegre, Rafael Fernandes, Riacho da Cruz, Riacho de Santana, São Francisco do Oeste, São Miguel, Serrinha dos Pintos, Tabuleiro Grande, Tenente Ananias, Venha-Ver e Viçosa (Figura 1).

Tendo essa percepção espacial, adotou-se com isso a natureza da pesquisa como de foro qualitativo, apoiando-se no que afirma Minayo (2014) – como método voltado ao estudo das representações sociais, das percepções, das histórias de vida, sobre aquilo que os sujeitos falam e opinam. Ponderando desta forma, toda a análise foi permeada pelas Ciências Humanas e Sociais, sobretudo a Antropologia Social, nos moldes estabelecidos pelo inglês Evans-Pritchard (1972), especialmente quanto à conceituação de tradução por ele defendida, mas considerando à crescente preocupação com o

homem rural nordestino e suas condições de vida e existência, admitindo que o objeto de estudo em questão é “essencialmente qualitativo” (MINAYO, 2014, p. 42).

Figura 1 – Localização geográfica do Alto Oeste potiguar, formada pelos 30 municípios que a compõem



Fonte: IBGE, 2006 – elaborada pelos autores.

Assim, ficou evidente que a investigação se concentrou em compreender: como se dão as políticas públicas de atenção à saúde do homem do campo, no município de Alexandria – RN, e interpretar quais os elementos discursivos e culturais que fazem com que os homens cuidem de maneira precária da sua saúde. Considerou-se que o homem age de acordo com um constructo cultural alimentado pelas experiências do cotidiano, e são desses modos e relações que se pode depreender que a subjetividade não é dada ao indivíduo, mas permeada e construída numa cadeia de significados e de relações sociais. Tanto o homem da cidade quanto o do campo são sujeitos envolvidos por vivências individuais e coletivas dentro de relações sociais. O modo de ser do indivíduo se dá conforme as relações das quais faz parte e o ambiente no qual ele interage, com sua forma de ser, pensar e agir, o que determina a sua subjetividade, ou seja:

Compreender o indivíduo é compreender, ao mesmo tempo, a relação indivíduo e sociedade (superar a dicotomia). Não há uma sociedade externa e independente dos indivíduos; não há indivíduos a priori ou independentes da sociedade. (BOCK; GONÇALVES, 2009, p. 144)

Desse modo, a subjetividade do sujeito não se atrela a uma individualidade, mas é cunhada numa construção coletiva, como afirmam Berger e Luckmann (2008) ao demonstrar que o processo de socialização ocorre a partir da condição de compreender o mundo que o rodeia. Contudo, o homem do campo e sua cultura estão ainda impregnados por relações paternalistas e regionalistas.

Diante disso, este estudo considerou nos componentes citados o diálogo entre aspectos teóricos e as manifestações emitidas pelos depoentes no trabalho de campo. Nesta senda, configurou-se um espaço de descoberta que apontou indícios importantes para estudos do território e, conseqüentemente, para a busca de suportes que perspectivassem a ideia de planejamento para a saúde do homem.

Resultados e discussões

Falar no exame de toque – o dedo indicador penetrando o ânus – retém a imagem do exame como se o discurso fosse o próprio tocar, configurando-se, assim, uma invasão da intimidade corporal. David Le Breton traduz com precisão o ato ao afirmar sê-lo um “desrespeito a estas fronteiras simbólicas, e inconscientes enquanto não transgredidas, e é imediatamente vivido como uma agressão por parte da vítima” (LE BRETON, 2016, p. 272).

Dessa forma, o exame de toque assemelha-se, preliminarmente, à parte da invasão da sexualidade do homem, que é, por sua vez, a fundadora da sua identidade. Contudo, a experiência de campo deste estudo foi reveladora e, a título de ilustração, trouxe determinadas falas dos depoentes. Algumas delas, marcadas pelo riso, brincadeiras ou humor. Estas marcas adquirem um significado particular quando o assunto é uma doença como o câncer de próstata, em que:

As percepções sensoriais fazem sentido, cobrem o mundo de referências familiares [...]. Elas se alinham as categorias de raciocínio próprias à forma com o qual o indivíduo singular se adequa ao que ele aprendeu de seus pares, de suas competências particulares como cozinheiro, pintor, perfumista, tecelão etc. (LE BRETON, 2016, p. 28)

Entende-se que a percepção do sujeito sobre si ocorre por meio de uma expressão cultural – sua forma de pensar é tributária de uma modelação. O rir sobre si mesmo ou sobre algo que de certa maneira seja desviante da normalidade é comum em sociedades tradicionais, pois o riso marca um festejo e uma ruptura com o habitual. E o câncer de

próstata está associado a esse desvio da norma. A risada ora é alegre, ora contida, como se a primeira estivesse relacionada com a situação e, a outra, consigo mesmo. Assim, o sabor cômico é expresso no repente de um dos entrevistados, que após e durante a entrevista teve o riso tomado como algo próprio de si, como se já anteviesse as perguntas e já fosse sabedor das respostas que iria emitir. A forma de se expressar sobre a imagem que tinha sobre o exame de toque é revelada da seguinte maneira:

Há três coisas que não gosto! Um é potó no pescoço; dois é namorar mulher magra, pra tá apertando o osso; e três é fazer exame de próstata com doutor do dedo grosso. (Entrevistado 11)

Com inegável espirituosidade, o entrevistado 11 tenta transmitir sua percepção sobre o momento usando o humor. A característica do humor é marcante nesse tipo de literatura/repente, como afirmam Marinho e Pinheiro (2012), em que o dedo grosso do doutor é fator de risada e de imagética sobre o exame, expresso na subjetividade dos indivíduos que a entendem como elemento rompedor da sua masculinidade. Amplificada localmente, a poesia expressa uma mentalidade fortemente centrada na cultura e na identidade do nordestino. Desse modo, para Amaral,

a poesia da roça não pode ser convenientemente compreendida se não se observam os “actos” a que se acha entrelaçada, e a que explicam. Apanhar os seus produtos, como de ordinário se faz, e amontoa-los nas páginas das coletâneas, sem explicações e, o que é pior, de mistura com toda uma quantidade de coisas colhidas em vários meios, lugares e tempos, é tirar-lhes a melhor parte de interesses que possam oferecer ao estudioso da psicologia popular. (1976, p. 125)

Nota-se, então, que os repentes como parte da cultura nordestina são marcas cujo teor “vai se revelar como uma das culturas regionais mais ricas e resistentes, diante do processo de generalização dos bens culturais produzidos pela sociedade capitalista” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011, p. 179).

Com isso, a identidade não se apresenta constitutiva, na atualidade, como homem rústico, eugênico e telúrico. Tal tipologia é apresentada por Albuquerque Júnior (2011) como discursos que se constituíram e se perpetuaram – como característicos do homem nordestino, sobretudo aquele que habita o campo – como sujeitos de um saber próprio, em que sua cultura se materializa pelas formas de suas relações de produção. E, assim, deve-se considerar, ainda, que com a expansão dos meios de comunicação, em consequência da globalização do local, as informações chegam com mais facilidade às comunidades até então distantes. Saberes e informações que antes demoravam a chegar aos sujeitos são atualmente mais acessíveis e compreensíveis.

O caipira de hoje, sabe das coisas, ele não é desinformado não! A gente vê na televisão que depois dos 40 a pessoa tem que se cuidar, não é verdade?!. (Entrevistado 3)

Nota-se, que a posição do entrevistado 3 coaduna com um saber pontual e partilhado. Com sua afirmação, ele demonstra ser conhecedor dos problemas relativos à sua saúde. Contudo, essa informação relatada pelo entrevistado 3 não é partilhada pelos entrevistados 7 e 8, que afirmam que não sabem o que é o exame de toque, ou pelo menos sabem de maneira superficial: “Não sei o que é o exame de toque não!” (Entrevistado 7); “Já ouvi falar que é para fazer, mas não sei não como faz não!” (Entrevistado 8)

Observe-se que esse desconhecimento se dá pela nomenclatura utilizada, pois o exame de toque não é conhecido por ambos, mas sim o “exame do dedo”. Quando este é pronunciado, o riso toma conta do ambiente, como se uma anedota tivesse sido contada, e vem o termo expresso através do gesto, mostrando com qual dedo seria feito o exame. Já o entrevistado 11 brinca com a possibilidade de fazer o exame. Em certos momentos, balançava a cabeça com o riso estampado, afirmando: “Danado é se o dedo do doutor for grosso! Aí lasca tudo!” (Entrevistado 11).

Percebe-se, na posição do entrevistado, que a subjetividade com o exame de toque está relacionada com a questão do tocar, bem como com todas as formas que estão inter-relacionadas a ele, seja com o tamanho ou com a densidade do dedo. Os entrevistados 17, 18 e 20 compartilham dessa mesma posição ao se referir à prevenção do tocar como algo que irrompe o sujeito. Ao serem questionados sobre o toque do médico na busca de informações sobre a detecção da doença, a risada de ambos se assemelhou a dos outros entrevistados, mas sempre se manifestando com um sinal de reprovação, veja-se:

Rapaz! Esse negócio aí de botar a mão em mim dá certo isso?! Não, não sinto nada! Mesmo se sentisse deixava também não. (Entrevistado 17)

Nem se fosse uma mulher eu deixava! Faço nada, só se for à força mesmo! (Entrevistado 18)

Faço nada! (Entrevistado 20)

Em uma relação médica com o paciente, existe sempre um diálogo inicial, em que são explicadas pelo médico as causas de uma enfermidade e de procedimentos de tratamento ou cura. Nesse sentido, o diagnóstico, que é o motivo de reprovação quando se remete ao toque, tal como descrito na fala do entrevistado 17, promove essa recusa, pois a mão/dedo, o apalpar do médico rompe as fronteiras do corpo, ou seja, “apalpar é uma espécie de penetração tátil, uma busca de profundidade que o contato superficial

não consegue oferecer” (LE BRETON, 2016, p. 219). Sobre essa perspectiva, o trato medicamentoso seria aceito pelo indivíduo como mera informação. A fala emblemática do sujeito 17 remete a uma sensação subjetiva que é característica do depoente ao afirmar que mesmo estando enfermo ou apresentando sintomas relativos ao câncer de próstata, não se submeteria ao procedimento do exame de toque, ainda que seja o procedimento médico de mais fidelidade na detecção. Essa mesma posição é acompanhada pelo entrevistado 18, que corporifica essa mesma ideia.

Sobre essa resistência, Sartre (2015) entende a subjetividade como uma projeção constante, em que determinado termo ao ser pronunciado a direciona para outros contextos, com a mesma conexão. O referido autor cita o termo *grabuge*, utilizado no século XVIII, e que alude à anarquia – a tudo que causa desordem e violência na elaboração de uma revista. Sartre conta que o pensamento da revista era de esquerda e que estava reunido com os amigos para definir o nome dela, até que um deles cita este termo, logo a subjetividade é evidenciada. “Por exemplo, se em um bar as pessoas começam a gritar e a se insultar, pode imaginar que os burgueses dirão: ‘vamos dar o fora! Vai haver *grabuge*’” (SARTRE, 2015, p. 48). Essa analogia parece ser substancial para compreendermos que o dedo grosso do doutor (médico), conforme disse o entrevistado 11, remete à vergonha e à exposição do corpo, visto que o tocar do outro numa região característica (ânus/reto), em que a subjetividade está destacada, é reveladora.

A subjetividade, ou seja, que ela é perpétua projeção. Do quê? Na medida em que é uma mediação, só pode tratar-se da projeção do ser de alguém sobre o ser de além. O que nos dá então a possibilidade de compreender em que a subjetividade é indispensável para o conhecimento dialético social. (SARTRE, 2015, p. 55)

Percebida assim, entende-se que a subjetividade é projetada como parte de um pensamento social que não pode ser dissociado do meio em que o sujeito está, as percepções sobre o corpo são fundadas em uma orientação cultural, como afirma Le Breton (2016).

É importante destacar que a questão conceitual da subjetividade defendida por Sartre (2015) converge para os depoimentos dos sujeitos 7 e 8, que afirmam ser desconhecedores dos procedimentos de detecção do câncer de próstata, portanto, se não há o conhecimento de tais medidas, não se pode falar em subjetividade, pois, segundo o autor, é preciso que haja uma realidade objetiva para que essa aconteça. As falas dos sujeitos 21 e 24 evidenciam o aspecto relacional do não saber.

Rapaz tem tanta doença no mundo que a gente nem sabe de tudo, o câncer está matando muita gente hoje, todo tipo de doença aparece, esse

negócio de toque na bunda, não sabendo disso não, sabendo agora!
(Entrevistado 21)

Não sei não! Eu quase nunca fui ao médico para dizer que não fui, eu me consultei em 94, quando Macinho nasceu, estava com uma inflamação no braço que não tinha jeito, passei umas duas semanas sem trabalhar.
(Entrevistado 24)

Adesões às medidas de prevenção por parte dos homens são mínimas. A busca pelo cuidado muitas vezes se dá em função das atividades laborais que estes exercem ou de extrema necessidade, é o que fica patente na fala do entrevistado 24, pois além de não saber sobre o procedimento de toque como ferramenta de detecção do câncer, ele raramente usa o posto de saúde, o que permite inferir que a baixa procura se relaciona com processos socioculturais. Desse modo:

O afastamento dos homens das práticas de autocuidado e as dificuldades de mobilização e vinculação desses sujeitos não se restringem à falta de informações e/ou conhecimentos específicos de saúde. Antes, trata-se de uma questão complexa que também se encontra relacionada às dimensões políticas e socioculturais nas quais os sujeitos se constituem. Portanto, constata-se a necessidade de maior atenção para os diferentes modos que, ainda hoje, os homens são socializados, e para o processo de construção de suas identidades. Nesse sentido, é preciso romper com as propostas informativas e de transmissão de conhecimentos e fomentar espaços e estratégias educativas nos quais a temática de gênero e das masculinidades possam ser discutidas, problematizadas e, talvez assim, ressignificadas. (MODENA *et al.*, 2013, p. 652)

Importante perspectiva apontada por Modena *et al.* (2013), essa investigação perseguiu exatamente esta possibilidade: a ressignificação. Entendemos que as políticas públicas se atentam para o cuidado com a saúde, considerando a dimensão cultural e o imaginário relacionado ao corpo, entretanto, nenhum aspecto pode ser visto como barreira. A fala do entrevistado 24 sinaliza para a pesquisa de Gomes sobre a saúde do homem e a adesão aos serviços, quando destaca:

A reduzida procura por serviços de saúde por parte dos homens estaria relacionada a questões de trabalho. Suas falas repisam o lugar – comum, segundo o qual, o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende as demandas dos homens, por coincidir a carga horária de trabalho. (2008b, p. 54)

Cabe ressaltar que os horários e compatibilidades podem também ser um artifício para evitar a atenção com a saúde. Parte desta percepção é representada pela fala dos entrevistados 25 e 28.

Eu só vou ao médico se for o jeito mesmo, mas é difícil, porque resolvo tudo com remédio do mato, só se sofrer um corte que impeça de trabalhar fora isso! Besteira! (Entrevistado 25)

... Quando eu terminar de tirar o leite e ir deixar na rua (cidade), já tem dado a hora do almoço e o doutor já tem ido embora, mas também é difícil, difícil mesmo. (Entrevistado 28)

A grande questão preocupante e que diz respeito ao autocuidado na especificidade do câncer prostático está ligada a modelos de masculinidade que, segundo Gomes (2008a), podem trazer comprometimentos sérios, não só para o homem que necessita do procedimento de detecção, mas também para a saúde de sua família, em especial dos filhos do sexo masculino, pois estes poderão absorver padrões de comportamento e aceitabilidade incompatíveis com as demandas no campo da saúde. Tais modelos masculinos, muitas vezes balizados por questões sexuais, remetem ao processo saúde x doença, proporcionando a manutenção de uma mentalidade que pouco ou nada contribui para a alteração de formas de ver e se posicionar no mundo. Exemplo disso é o sentimento de vergonha aliado à falaciosa perda da virilidade que um eventual exame de toque pode causar. Isso é um fator de impedimento até mesmo para sujeitos que têm a consciência das causas do câncer prostático e são sabedores da importância do cuidado. As falas dos entrevistados 2, 4 e 27 remetem a isso:

Além de levar a dedada como se diz e ainda não poder levantar mais!
(Entrevistado 4)

João fez! Não era mais homem para nada! Eu brincava com ele direto.
(Entrevistado 27)

Eu fiz o de sangue, agora o de toque nem pensando! (Entrevistado 2)

A questão do conhecer sobre os malefícios e benefícios do exame de toque como procedimento de saúde não implica necessariamente o cuidado de si. Provavelmente, ancorada na cultura falocêntrica e machista presentes mesmo em sujeitos com conhecimento de mundo, subsiste uma divisão sobre a atitude dos sujeitos diante dessa demanda: de um lado, o procedimento médico que possibilita a detecção precoce que pode levar à cura do câncer, quando o médico, durante o exame, descobre alterações na próstata; do outro, o sentimento de vergonha que acompanha o sujeito que se submete ao exame. Nesse contexto, a fala do sujeito 4 alude a esse sentimento, ampliado pela ideia de que o acometimento da doença causa impotência. O sentimento de perda, assim como o de dor, é muito peculiar, ele responde a estímulos nocivos em que a percepção seja significativa entre o grupo social:

A sensação de dor, os comportamentos que a envolvem, quer verbais ou não, até as atitudes que visam remover ou não a sua fonte, dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências passadas e principalmente a toda a sua bagagem cultural. (FERREIRA, 1994, p. 105)

Defende-se, então, que o corpo, como também a sexualidade, é mais do que uma unidade biológica. Ele é carregado de sentidos e significados que expressam uma unidade indivisível do homem, ele é o próprio homem. “Portanto, se dizemos que cada momento o corpo exprime a existência, é no sentido em que a fala exprime o pensamento” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 229). Deste modo, o corpo é a marca e a carga de experiências, porque, para este autor, o corpo é o espelho da existência do indivíduo.

As percepções das falas dos sujeitos 4 e 27 são experiências que refletem diretamente na comunidade e no grupo social, resignificando um sentido e uma experiência partilhada. O corpo é uma construção cultural “é um olhar lançado sobre a pessoa pelas sociedades humanas que lhe balizam os contornos sem distinguir, na maior parte do tempo, do homem que ele encarna” (LE BRETON, 2016, p. 33).

O corpo também é uma natureza individualizada, ao passo que ele pertence ao sujeito, ele é uma imagem de si, não compartilhada nem negociada; assim é a sexualidade, segundo Merleau-Ponty:

A sexualidade, diz-se, é dramática porque engajamos nela toda a nossa vida pessoal. Mas justamente por que nós o fazemos? Porque nosso corpo é para nós o espelho de nosso ser, se não porque ele é um eu natural, uma corrente de existência dada, de forma que nunca sabemos se as forças que nos dirigem são as suas ou as nossas – ou antes elas nunca são inteiramente nem suas e nem nossas. (2011, p. 236)

Falar sobre sexualidade e a intimidade dos corpos masculinos em alguns contextos, como no mundo rural, ainda parece um obstáculo difícil de ser superado para o campo da saúde, especialmente a saúde do homem. É uma abordagem que requer atenção e sensibilidade, especialmente quando se conhece relatos de indivíduos em que vida e sexualidade adquirem contorno conservadores, como os revelados pelos depoentes 1 e 33.

Não quero saber disso não, conversa besta essa! (Entrevistado 1)

Você não é médico!?! (Entrevistado 1)

Rapaz quando tiver sentindo algo, eu mesmo procuro o médico. (Entrevistado 33)

As falas no contexto da entrevista com os investigados 1 e 33 tiveram características finalistas com a emissão clara de um recado: a conversa acabou, ponto final! Naquele momento da experiência de campo, dadas as respostas, nada mais natural que um

pesquisador se sentisse frustrado e até decepcionado, mas foi precisamente os não que motivaram a continuidade da pesquisa e reforçaram a necessidade de partilhar os achados. Acentuou, também, a preocupação com os sujeitos e o questionamento da importância e insistência de políticas de saúde que os atendam. O questionamento dos entrevistados 1 e 33 sobre o fato de o pesquisador não ser médico e as questões postas serem do domínio da medicina revela o caráter privado de um problema público: o câncer de próstata e sua letalidade. Dentro de uma concepção foucaultiana, o discurso é um espaço em que saber e poder estão intimamente articulados, pois quem fala, fala de um lugar específico, reconhecido institucionalmente. Entende-se que o discurso deve ser analisado como jogo estratégico de ação e reação, de pergunta e de resposta de dominação e de esquivas e também como luta (FOUCAULT, 1974).

Deste modo, para que as políticas públicas cheguem a diferentes sujeitos – especialmente nas comunidades rurais –, deve-se entender que “a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais são importantes para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária” (BRASIL, 2009, p. 15). A própria PNAISH orienta que se desenvolvam ações educativas para a população masculina, tanto na esfera estadual como no âmbito municipal, devendo ser as ações articuladas “junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem” (BRASIL, 2009, p. 60).

Considerações finais

As discussões trazidas neste trabalho contribuem para uma melhor compreensão das políticas públicas de saúde do homem. As entrevistas realizadas com os homens do campo nas comunidades Maniçoba e Cacimba de Cima, do município de Alexandria – RN tiveram como objetivo compreender as subjetividades destes com relação ao exame de toque. O recorte feito pela escolha em analisar os discursos do homem do campo, se deu também pelo interesse de compreender como ocorrem as políticas públicas voltadas à saúde do homem e analisar com estas quem chegam a estes sujeitos.

Assim, foi por esse ponto de vista que foi estabelecido o foco deste trabalho, que consistiu na escolha do trajeto da investigação da população masculina com idade mínima de 45 anos, que não tivesse realizado exame de toque, abordando nesse sentido e à guisa de compreensão, questões relativas à identidade e ao gênero. Pode-se, assim, depreender que o homem é permeado por um aspecto cultural e característico de um determinado grupo social, estando a cultura falocêntrica presente nesta construção social. Desse modo, essa percepção faz com que o homem entenda equivocadamente que ele é inatingível pela doença, colocando-o em um patamar de pseudovulnerabilidade.

Notou-se, pelas falas dos sujeitos, que eles não se afirmam doentes e que não procuram os postos de saúde porque não necessitam. Portanto, a identidade do homem do campo, ao menos dos indivíduos estudados, parece estar centrada numa conjuntura cultural, permeada pelo papel de macho que é, por excelência, o provedor, e isso se constitui um dos fatores do seu pouco cuidado.

Institucionalmente, a PNAISH – que é a política pública que trata da saúde do homem –, como toda e qualquer política, tem fragilidades como desconhecimento e despreparo dos profissionais da saúde e dos gestores – uma vez que estes têm um papel vital na política, que é o de colocar em prática as estratégias voltadas ao público em questão, bem como os agentes comunitários de saúde, que entram em contato direto com os sujeitos, de realizarem o enfrentamento do problema. A referida política congrega um debate muito frágil sobre as questões de gênero, e notou-se que isto é comprometedor para que se pondere uma estratégia relevante na área da saúde, sobretudo para a população masculina.

Desse modo, entende-se que a saúde de homens deve ser abordada no cenário que congregue uma perspectiva de gênero, com uma abordagem interdisciplinar, se fazendo necessário que o planejamento e as ações de prevenção e promoção da saúde considerem as suas especificidades culturais, principalmente no entendimento como os homens lidam com o processo saúde e doença. Pelas falas dos indivíduos, percebeu-se que existe um distanciamento entre esses sujeitos e as referidas políticas, em virtude, sobretudo, das ações informativas que não chegam até eles. Isso se constituiu um fator preponderante à imperiosa visão subjetiva que tais indivíduos têm do exame de toque, ou seja, uma visão parcial e limitada sobre a questão. O conhecimento sobre a importância desse exame se torna um dispositivo fundamental para que haja uma desmitificação sobre ele. Compreender as suas subjetividades – saber quem são esses homens, entender que eles não se configuram como sujeitos homogêneos, que o sujeito de uma determinada localidade se difere de outra, entender suas práticas e convívios sociais – se torna um veículo essencial para o planejamento e a formulação das políticas públicas voltadas à saúde do homem, principalmente do homem do campo.

Sobre a natureza complexa e conflitiva do exame de toque, o estudo possibilitou também compreender os significados do tocar e do imaginário da experiência que envolve o exame de toque – de prevenção. Desse modo, o trabalho se constituiu um elemento importante para se pensar e implementar as políticas públicas, tornando-se um instrumento relevante para interpretar como os sujeitos pesquisados são representados por elas.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- AMARAL, A. *A poesia da viola*. In: AMARAL, A. *Ensaios e conferências*. São Paulo: Hucitec, 1976.
- BAUMAN, Z. *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*: tratado de sociologia do conhecimento. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. (Orgs.). *A dimensão subjetiva da realidade*: uma leitura histórica. São Paulo: Cortez, 2009.
- CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CONNELL, R. W. Políticas das masculinidades. *Educação & realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71725>. Acesso em: 11 out. 2019.
- COUTO, M. T.; DANTAS, S. M. V. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 857-868, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016172308>. Acesso em: 19 set. 2019.
- CRESWELL, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa*: escolhendo entre cinco abordagens. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Antropologia Social*. Lisboa: Edições 70, 1972.
- FARIA, M. A.; PAULA, D. M. P.; MARTINS, A. M.; MIRANDA, J. J.; NEVES-SILVA, P.; RODRIGUES, T.; MODENA, C. M. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte-MG. *Espaço para Saúde*, Londrina, v. 16, n. 3, p. 5-13, 2015. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/391>. Acesso em: 19 out. 2019.
- FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, C. de S. (Orgs.). *Saúde e doença*: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 13. ed. São Paulo: Loyola, 2006.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Cadernos PUC, 1974.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*: uma arqueologia das ciências humanas. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.
- FOUCAULT, M. *O corpo utópico*: as heterotopias. São Paulo: N-1 Edições, 2013.
- GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- GOMES, R. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033>. Acesso em: 7 nov. 2019.

- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>. Acesso em: 25 out. 2019.
- GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.
- HALL, S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte. UFMG, 2003.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Bases cartográficas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: ftp://geofp.ibge.gov.br/cartas_e_mapas/mapas_para_fins_de_levantamentos_estatisticos/censo_demo_grafico_2010/mapas_municipais_estatisticos/rn/. Acesso em: 21 out. 2019.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. *Neoplasia maligna da próstata*. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-brutas/neoplasia-maligna-da-prostata>. Acesso em: 3 ago. 2020.
- LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>. Acesso em: 11 out. 2019.
- LE BRETON, D. *Antropologia do corpo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.
- LONGHI, M. R. *Viajando em seu Cenário: reconhecimento e consideração a partir de trajetórias de rapazes de grupos populares do Recife*. 2008. 256 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/402>. Acesso em: 29 nov. 2019.
- MARINHO, A. C.; PINHEIRO, H. *O cordel no cotidiano escolar*. São Paulo: Cortez, 2012.
- MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>. Acesso em: 3 set. 2019.
- MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. ‘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, 2011. p. 39-74.
- MEGALE, F. C. S.; TEIXEIRA, J. Notas sobre a subjetividade em nossos tempos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 18, n. 3, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000300008>. Acesso em: 28 set. 2019.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; RIBEIRO, R. B. N.; ALMEIDA, S. S. L. de. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 644-660, 2013. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbps/article/view/443>. Acesso em: 20 out. 2019.
- MORIN, E. Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade. In: AUDY, J. L. N.; MOROSINI, M. C. (Orgs.). *Inovação e interdisciplinariedade na universidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SARTRE, J. P. O que é a subjetividade. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

PIERRE, J. Reafirmando a capacidade de governar: o papel esquecido da liderança. In: MENICUCCI, T. (Org.). *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

ROLNIK, S. *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCHNEIDER, V. Pós-democracia ou complexa partilha de poder? Redes de políticas públicas na Alemanha. In: MENICUCCI, T. M. G.; GONTIJO, J. G. L. (Orgs.). *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

SCOTT, R. P. Vulnerabilidade masculina, curso de vida e moradia urbana: um dilema para homens adultos de bairros populares. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SILVA, F. P. Quem és tu para querer manchar meu nome? A produção identitária das mulheres profissionais do sexo como trabalhadoras. In: FREITAS, A. C.; RODRIGUES, L. O.; SAMPAIO, M. L. P (Orgs.). *Linguagem, discurso e cultura: múltiplos objetos e abordagens*. Pau dos Ferros: Queima-Bucha, 2008.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em: 19 out. 2019.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2009.

Como citar

OLIVEIRA, André Luiz Abrantes; SOUZA, Bertulino José de. Políticas públicas de saúde do homem do campo no semiárido nordestino. *Estudos Sociedade e Agricultura*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 644-675, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.36920/esa-v28n3-7>.



Creative Commons License. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC BY 4.0 which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium. You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made.