

## **POLÍTICAS SOCIAIS: UM OLHAR PARA A SAÚDE DO HOMEM**

### **SOCIAL POLICIES: A LOOK FOR OF MAN HEALTH**

Mayara Carneiro Alves Pereira<sup>1</sup>

#### **RESUMO**

O presente estudo versa sobre os aspectos teóricos reflexivos da pesquisa em andamento de mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e produções oriundas da disciplina Estado e Políticas Públicas, especificamente das discussões e problematizações acerca das Políticas Públicas, em especial as Políticas Sociais e sua repercussão no contexto brasileiro no que se refere às políticas de saúde e de saúde do homem. Deste modo, tem como objetivo produzir um estudo teórico-reflexivo a cerca dessas questões e para tanto, propõe-se inicialmente uma breve apresentação do contexto das Políticas Sociais e a realidade brasileira, a perspectiva da saúde de forma geral e à saúde do homem de forma específica, bem como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e por fim a apresentação das considerações finais acerca dessa temática. Concluindo-se que é imprescindível o conhecimento e problematização deste processo de discussão que permeiam vários vieses, suas características e desdobramentos, para então perceber como pode ocorrer a construção de políticas públicas e sua relação com o Estado, a fim de que sejam úteis e importantes nesse contexto. Este processo se deu a partir da leitura crítica, discussão teórico-prática e análise das produções científicas pertinentes para a temática, assim como as Políticas Públicas referentes.

**Palavras-chave:** Políticas sociais. Saúde. Saúde do homem.

#### **ABSTRACT**

This study is about the reflexive theoretical aspects of the research in progress Masters in Public Policy from Piauí Federal University (UFPI), productions derived discipline State and Public Policy, specifically the discussions and problematizations about Public Policy, especially Social Policy and its repercussion in the Brazilian context, especially in relation to health policy and man health. Thus, it aims to produce a theoretical and reflective study about these questions and for that, it is proposed initially a brief presentation of the context of the Social Policy and the Brazilian reality, the perspective of health in general and man health in a specific way, and the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) and finally the presentation of the final considerations on this theme. It concluded that it is essential knowledge and questioning of this discussion process that cut across various positions, their characteristics and developments, and then see how you can place the construction of public policies and their relationship with the State, a view to to be useful and important in this context. This process was carried based on critical reading, theoretical and

---

<sup>1</sup>Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (PPGPP- UFPI). Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas. Contato: mayaracarneiro@gmail.com.

practical discussion and analysis of relevant scientific publications on this theme, as well as the Public Policies.

**Keywords:** Social policies. Health. Man health.

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo trata-se de uma proposta teórico-reflexiva referente à dissertação de Mestrado em Políticas Públicas e produções resultantes de disciplinas como Estado e Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e tem como objetivo analisar as possibilidades de articulação entre Políticas Social, especificamente à Saúde, no que se refere à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), analisadas a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus aspectos sociais, políticos, históricos e culturais.

Como primeiro passo, pensando acerca das Políticas Sociais, Melo (1993) traz como frentes de reflexão a habitação, a previdência social e a saúde, sendo esta última o foco deste espaço de discussão, a partir do SUS e seus aspectos sociais, políticos e culturais de pactuação e negociação entre profissionais, usuários e gestão. Bem como a gestação e consolidação de novos saberes e práticas assentados em uma concepção de saúde que considere suas múltiplas determinações, inclusive com uma ampliação das práticas, de modo a considerar não somente o indivíduo, mas seu contexto sócio, histórico e cultural. Ademais, o desenvolvimento do SUS está intimamente relacionado à proposta de quebra de paradigmas tradicionais e de lutas por direitos, como uma saúde de qualidade (MENDES, 2006).

Algumas das conquistas do processo de luta da saúde podem ser vistas em seus princípios e diretrizes, como o cuidado em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção e reabilitação), humanização e qualidade da atenção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos dos homens, universalidade e equidade, articulação intersetorial, informação e orientação à população, consideração das determinações sociais, capacitação técnica de profissionais, disponibilidade de insumos e equipamentos, monitoramento e avaliação de serviços, dentre outros (BRASIL, 2008).

No entanto, ainda há muito que avançar, a exemplo do modelo de atenção à saúde ainda destinada aos cuidados de alguns grupos populacionais (crianças, adolescentes, mulheres e idosos) e a manutenção do fator cultural, que acaba excluindo cerca de 20% da população, ou seja, os homens (BRASIL, 2008). Além do mais, a estrutura de gênero masculina, tradicionalmente concebida, alimenta ainda mais a concepção de força e virilidade

como um valor da própria cultura, o que proporciona maior dificuldade de reconhecimento de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a imagem que se tem dos serviços como um espaço feminino, destinado a mulheres, crianças e idosos (MACHIN et al., 2011).

Discutir sobre saúde do homem é uma proposta extremamente necessária e bastante condizente com a realidade contemporânea e com a evolução das construções de saúde no Brasil, como se evidencia no estudo desenvolvido por Couto et al. (2010, p. 258):

[...] é crescente a produção de pesquisas acerca da relação homens e saúde, sobretudo direcionadas a temas como acesso e uso de serviços (Figueiredo, 2005, Pinheiro et. al., 2002), perfis de morbimortalidade (Laurenti, Mello Jorge, Gotlieb, 2005) e representações sobre saúde e adoecimento em grupos sociais específicos (Figueiredo, 2008; Gomes, Nascimento, Araújo, 2007; Nardi, 1998).

Frente a este crescente olhar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) foi pensada a partir dos (tradicionalis) comportamentos masculinos, baseados nas crenças culturais, como o baixo autocuidado, a negação da vulnerabilidade e da possibilidade de fraqueza e a pequena procura por qualquer tipo de ajuda em relação a questões de saúde. Representando assim um desafio para as políticas de saúde que buscam uma melhoria nesse aspecto.

A partir desse contexto e de uma reflexão acerca de Kerstenetzky (2012) espera-se que o fortalecimento das políticas de saúde junto com as demais políticas sociais, atuando no desenvolvimento e avaliação de políticas referentes às necessidades e mudanças sociais, como os novos arranjos familiares, os atuais contextos de trabalho, condições gerais de vida da população e outras. Todas essas são condizentes com a necessidade de uma reflexão acerca das políticas e de seu ciclo, através da formação da agenda, planejamento, escolha das ações, execução e avaliação (MELO, 1993)

Feita estas ressalvas, a presente produção científica vinculada à pesquisa de Mestrado, está voltada para o estudo e discussão das Políticas Sociais no contexto brasileiro, buscando produzir um estudo teórico-reflexivo a cerca dessas questões nas políticas públicas, em especial as de saúde do homem. Colaborando para a produção de conhecimentos, discussões e pontos provocadores de reflexão para a construção de saberes, práticas e políticas condizentes/comprometidas com a realidade.

Para tanto, propõe-se inicialmente, uma breve apresentação do contexto das Políticas Sociais e o contexto do Brasil, em seguida discorre sobre a perspectiva da saúde de forma geral e a da saúde do homem de forma específica, bem como sua Política Pública correspondente, a PNAISH. E por fim são apresentadas as considerações e reflexões deste

percurso com o intuito de refletir sobre formas de avançar no campo das políticas e das produções científicas.

## 2. POLÍTICAS SOCIAIS E A REALIDADE BRASILEIRA

Para se refletir acerca de Políticas Públicas (Política fiscal, econômica e social) em especial as Políticas Sociais, é necessário um reconhecimento dos processos de regulação realizados pelo Estado, a fim de buscar, como disse Arendt (1999) uma convivência entre os diferentes, inclusive a partir de uma organização social. Deste modo, a política age como instrumento de consenso/negociação, permitindo uma organização social, a fim de evitar a mera obrigatoriedade, ou seja, o princípio da coercitividade<sup>2</sup>.

Para Pereira (2009), com base em Gramsci e Hanna Arendt, as políticas públicas podem ser compreendidas em termos mais gerais, que englobam as políticas sociais, destacando assim a importância da concepção de política para se compreender o conceito de política social como política pública, destacando que aquela busca abranger os aspectos sociais, políticos, culturais, econômicos e outros, a fim de alcançar uma emancipação social.

Deste modo, as políticas sociais agem como estratégias governamentais diante da realidade de contradições do contexto capital-trabalho, tendo o contrato social grande destaque, pois age como definidor do que é excluído e incluído, orientando tanto a vida privada quanto as situações coletivas, havendo uma necessidade de problematização do papel do Estado (KRISCHKE, 1993; SANTOS, 1999).

Em relação ao Estado, sua ação é comumente apreendida pelo termo *WelfareState*, que foi problematizado por Esping-Andersen (1991)<sup>3</sup> e por Draibe (1990) que traz uma reflexão para o princípio da Regulação Social pela transformação das relações entre Estado – Economia e Estado – Sociedade a partir da organização, regulação e produção de bens e serviços individuais e coletivos oriundos de prestações públicas e privadas, sendo materializados nos Sistemas Nacionais Públicos ou Estatalmente regulados, como educação,

<sup>2</sup> Conceito fortemente apresentado por Durkheim ao longo de suas obras.

<sup>3</sup> Conceitualmente dividido em **Residual**: Proteção Social intervém *ex post*, ou seja, quando os canais naturais não são suficiente e a ação do Estado é relativa, uma vez que é limitado no tempo, suprindo a situação emergencial e estimulando as capacidades pessoais e/ou sociais. **Institucional Redistributivo**: cada um deve manter suas próprias condições com seus próprios méritos, a Proteção Social só corrige parcialmente. **Meritocrático Particularista**: *WelfareState* como parte importante e constitutiva das sociedades contemporâneas, concepção de produção e distribuição de bens e serviços sociais “extramercado” garantidos a todos, já que o mercado é incapaz de reduzir a insegurança e eliminar a pobreza (Fonte: DRAIBE, 1990).

saúde, habitação, políticas de salário e emprego, assistência social, previdência social e integração e substituição de renda.

Arretche (1995) apresenta a questão da cobertura que deve envolver os riscos da vida individual e coletiva a partir de direitos assegurados pelo Estado, onde o *WelfareState* deve agir como uma solução de conflitos no interior de sociedades (capitalistas), onde essa proteção é concebida como um direito de cidadania.

Cidadania para Bobbio (1987) é quando há o reconhecimento de alguns direitos fundamentais, ou seja, os direitos formais de liberdade, atualmente denominados de direitos civis. Marshall (1967) afirma que a cidadania é construída basicamente por três elementos, os direitos civis, os políticos e os sociais e é um processo em desenvolvimento. Neste contexto, a cidadania civil surgiu ao longo do século XVIII sob forma de direitos de liberdade, ou seja, a liberdade de ir e vir, de religião, pensamento, reunião pessoal e econômica.

No Brasil, o “Estado de Bem-Estar” foi mais fortemente desenvolvido entre os anos 1930 e 1970, com destaque no período entre 1946 e 1964, marcado por disputas de projetos e fragmentação de classes, ocasionando uma lenta e seletiva expansão da política social. No período de 1964 à 1984 ocorreu uma centralização no nível federal, exclusão da participação social e forte privatização, consolidando o neoliberalismo, apresentando características corporativista, meritocrática, particularista e clientelista (DRAIBE, 1993; BEHRING, BOSCHETTI, 2007).

Os direitos ganham força após a Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, em que foi garantido o direito à vida, liberdade, igualdade, segurança e propriedade, nos âmbitos individuais e coletivos ou sociais, como à saúde, trabalho, moradia, lazer e outros. Objetivando ainda a descentralização política e administrativa, participação popular e seguridade social, constituído pelo tripé: Saúde-Previdência Social-Assistência Social, tendo como princípios e objetivos, alguns pontos como a universalidade, equidade equivalência entre urbano e rural, irredutibilidade dos valores de benefícios, gestão democrática descentralizada e participativa (BRASIL, 1988; DRAIBE, 1990).

Este contexto foi também discutido por Krischke (1993) que traz o olhar para as necessidades de extensão das liberdades individuais e de superação das desigualdades sociais, comum principalmente entre os grupos minoritários. Faria (1998) acrescenta e problematiza que proteção oferecida pelo governo muitas vezes se dá na forma de padrões mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, assegurados a todos os cidadãos como um direito político.

Nesse sentido, apesar das dificuldades presentes no desenvolvimento das políticas sociais, Draibe (1990) e Melo (1993) defendem a constante busca por igualdade, justiça e equidade sociais, considerando assim a importância de conhecer a realidade do Estado de bem-estar social brasileiro. Possibilitando, de acordo com os objetivos desse estudo científico, maior destaque para o campo da saúde, que buscou inicialmente a partir da Reforma Sanitária e avançou em aspectos como acesso mais igualitário, integral e equânime e garantindo a participação popular.

### **3. POLÍTICAS SOCIAIS E A PERSPECTIVA DA SAÚDE**

A discussão em questão parte da perspectiva da saúde coletiva, onde a produção do cuidado transcende a realização de procedimentos e implica o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos, multideterminados, com necessidades singulares que não devem ser institucionalizadas e que precisam ser acompanhadas de forma continuada, ultrapassando a noção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que percebe e busca a saúde ideal como um perfeito equilíbrio. Este princípio é criticado por muitos estudiosos que acreditam que a constituição de saúde perpassa por uma formação social, necessidades, organização no espaço, relação social e territorial, desvinculando de conceitos e concepções causais e institucionalizadas (MENDES, 2006; MACHIN et al., 2011; COUTO, GOMES, 2012).

No entanto, esta concepção nem sempre esteve assim organizada, como bem destacou Melo (1993), que acrescenta que o atual sistema de saúde é oriundo de grandes lutas populares pela democracia e por direitos, como o Movimento Sanitarista, defendendo o direito de todos os cidadãos e dever do Estado e contribuindo para concepções mais abrangentes, inclusive que compreendam os princípios da prevenção e da promoção, não se limitando às práticas curativas.

Dentro das possibilidades de entender esta percepção mais abrangente, cabe enfatizar a concepção de saúde como promoção, prevenção e reabilitação, em que a Constituição Federal (1988) com o artigo 196, se refere à saúde não como um mero conceito, porém sendo a saúde “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 117), representando um ponto fulcral da proposta do SUS.

A compreensão do processo saúde-doença deve perpassar por muitas questões que vão além da ausência de doenças, envolvendo questões territoriais, epidemiológicas, sociais, culturais, psicológicas e de gênero. Logo, discutir saúde é uma tarefa muito complexa diante da diversidade de conceitos e práticas realizadas. Frente a essa constatação, o Ministério da Saúde (2008) apresenta que ainda existe na prática cotidiana de muitos serviços uma segmentação da clientela, destacada a partir da efetivação de diversas atividades que envolvem o programa de saúde da mulher, em contraposição às poucas ou nulas atividades voltadas para a atenção aos homens, ampliando a histórica segmentação dos programas e agravando ainda mais a perspectiva da integralidade.

Essa perspectiva mais abrangente, como também defende Caponi (2009), é bastante produtiva em se tratando da atenção às populações masculinas, uma vez que saúde passa a estar atrelada eminentemente ao movimento de produção de vida e possibilidades de ação, não necessariamente ligado à ausência de doença, ao equilíbrio ou ao bem-estar.

#### **4. PROCESSO DE INSERÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM**

Discutir saúde do homem é inicialmente compreender o conceito de “masculinidade hegemônica” diz respeito ao grupo cujas representações e práticas constituem a referência socialmente legitimada para a vivência do masculino, ou seja, representa uma forma de reproduzir a organização social da masculinidade. Sendo assim, considerada uma importante referência teórica nos estudos sobre gênero e sexualidade, causando efeitos não somente teóricos, sobretudo no campo das práticas sociais cotidianas. Torna-se evidente pensar sobre uma sociedade na qual se destaca a forma hegemônica de masculinidade, em que prevalece a cultura patriarcal (MACHIN et al., 2011).

Há uma variedade de nomenclaturas em vigor para abordar os homens na saúde: “saúde masculina”, “saúde do homem”, “política de atenção integral em saúde para homens,” “política de saúde do homem”. Segundo Couto e Gomes (2012), isso traduz um cenário complexo que suscita várias indagações: de que homem se está falando no campo da saúde? Para que homens de fato as políticas de saúde tem se direcionado? Que discursos são produzidos a partir do surgimento de uma política de saúde para homens e a partir das tentativas de efetivá-las no cotidiano dos serviços de saúde?

Pensando nas dificuldades enfrentadas pelo público masculino e não somente o vitimizandando ou culpabilizando, Schraiber et al. (2010) acrescentam que os homens retardam

ao máximo a busca por assistência, alegando não terem tempo, reclamando da constante ausência dos membros da equipe, das longas filas de espera, da falta de medicamentos, da baixa qualificação e escasso atendimento por parte dos profissionais, ocasionando os adiamentos de consultas e exames. Além de terem certeza de invulnerabilidade e superioridade diante dos problemas de saúde, principal causa do baixo interesse de cuidado.

Como afirmaram Machin et al. (2011), a imagem masculina de ser “forte” pode resultar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a diversas situações. Mas, diante disso, ao invés de considerar tal questão como um dado natural, é pertinente problematizá-la da seguinte forma: de que maneira as políticas de saúde, na condição de produções culturais, também corroboram para a construção dessa identidade masculina associada ao não cuidado?

No tocante a isso, Couto e Gomes (2012) ressaltam, por exemplo, que o documento da PNAISH carrega a marca do uso retórico das informações de morbimortalidade que contribuíram para a criação de uma percepção vitimária dos homens, em que este sujeito necessita de privilégios ou atenção especial, o que de certa forma, pode reforçar a responsabilização única dos homens em relação à própria saúde, construindo uma gestão de saúde inteiramente centrada no indivíduo e na doença.

## **5. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)**

Foi somente a partir da década de 1990 que os homens passaram a ser percebidos pelos sistemas de saúde de acordo com sua singularidade enquanto sujeitos sociais envolvidos no processo de saúde e doença a partir de uma perspectiva relacional de gênero e não somente como mero organismo do sexo masculino. Este processos representa um dos grandes desafios para a saúde coletiva, pois há pouca visibilidade no que se refere a homens e saúde no campo das políticas, uma vez que as particularidades dos gêneros devem ser consideradas. E concomitantemente apresenta uma necessidade de avançar na discussão de inclusão dos homens, com o intuito de alcançar a equidade de gênero (COUTO; GOMES, 2012).

Com esses avanços os homens passaram a ser considerados sujeitos importantes nas políticas e programas públicos, buscando o protagonismo no cuidado à saúde e na redução das desigualdades entre os sexos, deixando de se trabalhar com a perspectiva de homens invisíveis e não vulneráveis. Esse desdobramento está associado à PNAISH, que contempla os

homens com idade entre 25 e 59 anos, correspondendo a 41,3 % da população masculina brasileira, com o intuito de efetivar os princípios da equidade, igualdade, participação comunitária, humanização, redes de ações e outros (BRASIL, 2008).

Buscando assim, de acordo com o Ministério da Saúde (2008), a promoção e prevenção de saúde através do acesso e do vínculo aos usuários e um trabalho contínuo com o paciente, a partir de uma ótica integrada da pessoa e uma dupla atuação de sensibilização, tanto para o homem, com ênfase à prevenção de doenças; quanto para as equipes, que devem ter uma maior percepção em relação às necessidades masculinas, com atenção integral aos indivíduos e trabalho multidisciplinar.

A PNAISH foi construída e é atualmente desenvolvida com indicadores demográficos e com as minúcias do público masculino, como violência, população privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, deficiências, direitos sexuais e reprodutivos a partir de indicadores de morbimortalidade, como tumores e causas externas. Com objetivos de promover a melhoria das condições de saúde das populações masculinas através do enfrentamento racional dos fatores de risco, organizar e humanizar a atenção integral à saúde do homem, ampliar o acesso dos homens às ações preventivas, dentre outros (BRASIL, 2008).

Um fato de bastante relevância é a necessidade de discussão sobre as atuais demandas de saúde dos homens e percepção do longo processo histórico de medicalização do corpo masculino, buscando não sustentar essa complexa articulação de processos econômicos, culturais, tecnológicos e políticos, o que de certo modo pode ser percebido através da proposta formuladora da PNAISH, que se baseia a partir dos dados de morbimortalidade masculina. Deste modo, pensar na atuação governamental em relação à saúde do homem implica pensar acerca das necessidades particulares desta saúde e o modo como é instituída a partir de um jogo de poder, mais especificamente de entidades da sociedade civil, acadêmica, grupos médicos e governamentais (COUTO; GOMES, 2012).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Discutir saúde, especificamente os públicos masculinos, implica enfrentar questões das interrelações entre os gêneros com repercussão nas práticas de prevenção e principalmente na promoção à saúde, desviando-se das concepções individualizantes, ressaltando as ligações entre saúde, cidadania e direitos humanos. Além disso, há que se

considerar, como apontado anteriormente, o caráter relacional das problemáticas de saúde, o caráter social do adoecimento e a perspectiva de gênero como forma da relação entre saúde e sociedade (SCHRAIBER et al., 2010).

Para que ocorra o cuidado à saúde questões que envolvam o vínculo com a sociedade e as condições de vida, como a alimentação, escolaridade, condições de trabalho, distribuição da renda e condições sanitárias devem ser pensadas e consideradas para o desenvolvimento de políticas de saúde e propostas de atuação (CAPONI, 2009). Ou seja, considerar as relações sociais e as produções subjetivas nelas agenciadas, e não somente o dado de morbimortalidade.

Porém, para que isso se concretize, é necessária, dentre outros aspectos, uma formação que proporcione discussões e ampliações acerca dessa nova possibilidade profissional, tanto no que se refere aos novos profissionais quanto aos que já atuam. Como notou Andrade e Simon (2009, p. 171) “[...] os profissionais amputaram as oportunidades de ousar, criar, construir [...] em nome da segurança, do conhecido, da manutenção do *status quo* e da ilusória identidade profissional que se sustenta no modelo clínico tradicional”.

É imprescindível conhecer o processo de formação das políticas sociais, suas características e desdobramentos, para então investigar mais especificamente a saúde e em especial a saúde do homem, que assim como as políticas, é fortemente permeado por significados socialmente construídos e com inúmeros fatores políticos.

Assim, é crucial compreender tais discussões, suas características e desdobramentos, para então poder contribuir no campo reflexivo na não manutenção da ordem tradicional, buscando contribuir com questionamentos e orientações para outras pesquisas que visem investigar a relação entre saúde do homem e as políticas sociais a partir de outros olhares.

Frente a essas constatações cabe frisar que essa temática se revela desafiadora para as práticas profissionais e estudos científicos, tendo este texto como recomendação para a ampliação das discussões e problematizações sobre esta proposta na tentativa de ampliar o campo das possibilidades e potencialidades, objetivando contribuir para este campo de saber.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. F. S. M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paideia**, v. 19, n. 43, pp. 167-175, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/04.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2016.

ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. **Emergência e desenvolvimento do welfarestate**: teoria explicativas. BIB, n. 39, 1995.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, N. **Estado, Governo e Sociedade**: por uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e Diretrizes, 2008. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2016.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: D. Czeresnia; C. M. Freitas (Orgs) **Promoção da Saúde**- conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009.

COUTO M. T.; GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, pp. 2569-2578, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/05.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2016.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext) >. Acesso em: 15 ago. 2016.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n.17, 1993. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959/27690>>. Acesso em: 22jun. 2016.

DRAIBE, S. M. **As Políticas Sociais Brasileiras**: Diagnósticos e Perspectivas para a Década de 1990. In: IPEA, Brasília, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do WelfareState**. São Paulo: Lua Nova, n. 24, 1991.

FARIA, C. A. P. **Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar social**. BIB, n. 46, 1998.

KERSTENETZKY, C.L. **Estado de bem-estar social na idade da razão**. Rio de Janeiro: Campus, 2012.

KRISCHKE, P. J. (Org.). **O contrato social**: ontem e hoje. São Paulo: Cortez, 1993.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. DA; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. DOS S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, pp. 4503-4512, 2011. Disponível em: <[www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MELO, M. A. B. C. **Anatomia do Fracasso**: Intermediações de Interesses e a Reforma das Políticas Sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, n. 01, v. 36, 1993.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV, organizador. **Uma agenda para a saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. IN: BOSCHETTI, I. et. al. (Org.). **Política Social no Capitalismo**: Tendências Contemporâneas. 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. IN: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia**: Políticas do dissenso e hegemonia global. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, F. P.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N. DA; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária aos cuidados dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 05, pp. 961-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

Recebido em 15.09.2016

Aprovado em 13.10.2016