



Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género

Relationships between health care professionals and users from a gender perspective

Gomes, Romeu¹; Couto, Márcia Thereza²

¹Pedagogo. Doctor en Salud Pública. Investigador Titular, Instituto Hospital Sírio-Libanês de Ensino y Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês, Brasil. romeugo@gmail.com

²Cientista Social. Doctora en Sociología. Profesora, Facultad de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil. marthet@usp.br

RESUMEN El objetivo de este artículo es analizar las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. A partir del referencial teórico de Pierre Bourdieu, se retoman y analizan críticamente datos de dos investigaciones realizadas en Brasil de la cuales participamos como autores: la primera, realizada en la ciudad de Río de Janeiro y, la segunda, un estudio multicéntrico y de naturaleza etnográfica desarrollado en ocho servicios distribuidos en cuatro estados brasileños, dos de la región Sudeste y dos de la Nordeste. Entre los principales resultados se destaca que las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as, aunque estén marcadas por opiniones divergentes, están atravesadas por un *habitus* "generificado". Se concluye, entre otros aspectos, que la construcción de las diversas feminidades y masculinidades y la forma en que se da el ejercicio de estas en los contextos asistenciales de la salud son producto de un proceso que es, al mismo tiempo, socio-histórico y personal.

PALABRAS CLAVES Género; Servicios de Salud; Personal de Salud; Usuarios; Brasil.

ABSTRACT The objective of this article is to analyze relationships between health professionals and users from a gender perspective. Using Pierre Bourdieu as a theoretical reference, we critically analyze data from two studies carried out in Brazil in which we took part as authors. The first of these studies was based in Rio de Janeiro and the second was a multicenter and ethnographical study carried out in eight health care facilities distributed throughout four Brazilian states, two in the Southeast region and two in the Northeast region. Among the principal results of the present study, we found that although the relationships between health professionals and users demonstrate varied opinions, all are marked by a gendered *habitus*. We conclude that, among other aspects, the construction of diverse femininities and masculinities and the way in which these are exercised in health care contexts are the product of process that is both socio-historical and personal.

KEY WORDS Gender; Health Services; Health Personnel; Consumer; Brazil.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de la década de 1980, investigadores/as brasileños/as de diferentes áreas del campo de la salud buscan entender los riesgos diferenciados de enfermarse y de morir para hombres y mujeres, los modos en que ambos acceden y usan los servicios de salud, cómo autointerpretan sus procesos de salud-enfermedad y la forma en que se relacionan con el cuidado de su salud y la de los otros (1-4). Desde el punto de vista histórico de la conformación del área de estudios de género y salud en Brasil, se destacan las contribuciones de las ciencias sociales y de intelectuales feministas en la academia por el esfuerzo que emprendieron, ya a partir de la década de 1980, en el sentido de problematizar las diferencias en salud entre hombres y mujeres, situándolas en el contexto social más amplio que engendra y es engendrado por el género como uno de los importantes marcadores sociales. Así, a partir del paulatino avance teórico de la propia categoría género y de su aplicación en investigaciones empíricas dentro del amplio campo de la salud, se constituye una perspectiva que desnaturaliza la relación de los hombres y de las mujeres con la salud, el padecimiento y el cuidado.

La incorporación de la perspectiva de género en el campo de la salud en Brasil es similar a la producción internacional, en la medida en que se centra originalmente en la mujer; hecho también comprensible dado un contexto social y político nacional en el cual se acentuaba la necesidad de visibilizar, denunciar e intervenir en las condiciones de vida y salud de las mujeres, especialmente en aspectos de su vida reproductiva (5,6) y en problemáticas de amplio apelo social, como la violencia sufrida por estas en el ámbito privado (7) y la heterosexualización de la epidemia del sida (8). Los análisis conceptuales de los estudios iniciales del campo que enfocan la relación mujer y salud, y la dialéctica de lo biológico y de lo social, tienen en común la preocupación por avanzar en una caracterización de la condición femenina que tenga en cuenta la articulación entre las esferas de producción y de reproducción, y cómo esta se configura en la vida de las mujeres.

Al contrario de lo que históricamente se constituyó como el área de la “salud de la mujer”,

la “salud del hombre”, desde el referencial de género, es más reciente, como área de interés académico y político. Recién a mediados de la década de 1990, la salud del hombre pasó a configurarse como un campo de estudios que aporta a la comprensión de la salud a través de la salud colectiva y las ciencias sociales. Un estudio pionero en el campo de la salud colectiva brasileña fue el de Laurenti *et al.* (9) que plantea una discusión epidemiológica sobre las principales causas de muerte y la sobretasa de mortalidad masculina para todas las causas de muerte y según las diferentes franjas etarias en los países de las Américas. Con la incorporación de los hombres como sujetos con identidades plurales en los estudios de género y salud, el carácter relacional de la perspectiva de género cobra relevancia, en la medida en que se reconoce que trabajar la relación género-salud implica valorizar el par masculino-femenino, tanto en sus particularidades como en las singularidades de las relaciones que estos establecen (10).

A partir de la incorporación de la perspectiva relacional de género en los estudios en el campo de la salud, algunas revisiones acerca de la producción nacional sobre género y salud (3,11) y hombres y salud (4,12) indican una creciente producción, especialmente, a partir de los años 1990, con una enorme variedad de referencias teórico-conceptuales, pluralidad de metodologías y técnicas de producción de datos empíricos, aunque con un predominio de estudios sobre mujeres en comparación a los hombres. Sumado a esto, los estudios de revisiones señalan desafíos políticos, epistemológicos y metodológicos al campo, a saber: la mayor integración de conocimientos provenientes de las ciencias biomédicas y de las ciencias sociales; la necesidad de ampliar la dimensión relacional en los estudios, en términos empíricos y conceptuales; la importancia de reconocer el origen político del concepto de género e incorporarlo en el análisis particular de los objetos de estudio y, finalmente, considerar la transversalidad de la perspectiva de género y la necesidad de articularla con otros marcadores sociales de la diferencia, como raza/etnia, generación, clase social, etc.

A partir de la incorporación de la perspectiva de género en el campo de la salud, en particular en los ámbitos de la prevención y de la promoción, se puede percibir que los efectos del movimiento

de incluir al hombre en las investigaciones del área de la salud, originalmente volcadas a la díada mujer/madre-hijo(s), tensiona y amplía el debate acerca de la conformación y consolidación de una agenda de género en las políticas de salud en Brasil. Históricamente, esta agenda cobró cuerpo en una coyuntura histórica, política y cultural de redemocratización del país y de reestructuración del sistema de salud en su conjunto. En este contexto, las primeras políticas públicas de salud con enfoque de género, formuladas e implementadas con el apoyo y la participación del movimiento de mujeres, focalizaban las desigualdades sociales para las mujeres en relación con los hombres, buscaban la reducción y/o la superación de estas desigualdades y, por lo tanto, las mujeres se constituían en su público beneficiario (13,14). El Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), instituido en 1983 y reformulado en 2004 como Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM), es un ejemplo de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud por su principio político: desplazamiento de las cuestiones reproductivas de la esfera moral y de la acción estricta del Estado hacia el campo de la decisión ética individual y del derecho social y la defensa del principio de integralidad, a partir del cual la salud de la mujer cobra sentido en su dimensión global y en todas las fases del su ciclo vital (15).

En lo concerniente a la incorporación de los hombres en las políticas de salud, solo muy recientemente (2009) los hombres comenzaron a ser considerados como actores relevantes de las políticas y programas (16). Esta afirmación parece ser válida tanto para programas de atención volcados a la recuperación de daños a la salud (padecimientos), como para prácticas de prevención y promoción de la salud, dentro de los moldes del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer o de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, ya mencionados. En estos términos ha sido considerada la inclusión de los hombres como actores constituyentes del problema de las desigualdades de género y también protagonistas aliados en la reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres (14,17). Sin embargo, aunque la reciente implementación de la Política de Salud del Hombre presente un documento legal de vanguardia en

el escenario internacional –ya que se trata de la primera política pública del ámbito nacional en América Latina y la segunda en el continente americano, luego de Canadá– un análisis acerca del documento (18) y, más específicamente, sobre su implementación inicial (19-21) indican una centralidad en el padecimiento, la focalización en la disfunción eréctil como problema de salud pública y, en consecuencia, se señalan los riesgos de la medicalización del cuerpo masculino.

El contexto que justifica el retardo en la incorporación de los hombres en la agenda de las políticas de salud con enfoque de género, y sus contratiempos en la etapa inicial de implementación, se vinculan con la escasa relevancia de los movimientos sociales organizados de hombres, así como la dificultad, por parte de la academia y de los formuladores de políticas, de promover una revisión del “hombre-genérico” (22). O sea, dado que, originalmente, la incorporación del género en las políticas públicas es tributaria del feminismo, que combate la asimetría y la desigualdad entre hombres y mujeres, el hombre tiende a ser tomado como un “otro” prácticamente homogéneo que apunta a la conservación del poder y de los privilegios que su condición de sexo posibilita.

Finalmente, otro aspecto importante a considerar en el ámbito de los estudios de género y salud en Brasil se refiere al énfasis en las investigaciones sobre los usuarios, independientemente si toman a mujeres, hombres o ambos, en contraposición a los estudios que se centran en los profesionales de la asistencia. En gran parte de los estudios con usuarios de servicios de salud, en diferentes niveles asistenciales, se problematizan las construcciones de masculinidades y feminidades y el modo en que estas se contraponen en términos de experiencias concretas de reconocimiento del padecimiento y cuidado/manejo de la salud. Así, hombres y mujeres, en tanto usuarios, se confrontan en cuanto a la autopercepción de las necesidades de cuidado, a la búsqueda de asistencia en salud, a la relación que establecen con los profesionales en el ámbito asistencial y la adhesión a los tratamientos (23-26). Ya los estudios que se centran en los y las profesionales de la salud contribuyen a la crítica de la estructura organizacional tradicional, especialmente de los servicios asistenciales de nivel básico, que históricamente focalizaron la oferta de acciones educativas y de prácticas de salud en el binomio

madre-hijo. Esos estudios, más allá de tomar hombres, mujeres o ambos como recorte empírico, exploran cómo las estructuras organizacionales y las prácticas de estos/as profesionales influyen sobre la reproducción de prácticas de salud “generificadas”; o sea, cómo el género, como principio ordenador del pensamiento y acción, conforma lógicas asistenciales y prácticas de salud que (re)producen estereotipos masculinos y femeninos, que contribuyen a la responsabilización del cuidado de sí y del otro a las mujeres (27,28) y refuerzan el no-cuidado masculino; ya que se caracteriza a los hombres como ausentes o poco participativos en términos del auto y hétero cuidado en salud, así como desconocedores de los códigos sociales que rigen los servicios asistenciales en salud (21,26,29).

Ante esto, nuestro objetivo es analizar las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. Esperamos contribuir a una perspectiva relacional de género que considere ambos sujetos en relación como “generificados”, o sea, (re)produciendo patrones de género históricamente conformados.

El análisis propuesto está orientado por el enfoque de género, concebido en referencia a los atributos culturales asociados a cada uno de los sexos, que constituyen modelos que expresan una perspectiva relacional (lo que es visto culturalmente como masculino solo tiene sentido a partir de lo femenino y viceversa); refiriéndose a las ideaciones y, por lo tanto, a las relaciones concretas en las que pueden ocurrir negociaciones o flexibilizaciones sobre lo que se considera masculino y femenino. El género, por lo tanto, es tomado como categoría analítica que posibilita la problematización de las relaciones hombre-mujer, hombre-hombre y mujer-mujer, especialmente en articulación con otros referentes identitarios como clase social y raza/etnia. La imbricada interacción entre ellos ejerce un papel estructurante en la reproducción y producción de las identidades, de las relaciones y de las instituciones sociales (30).

REFERENCIAL TEÓRICO

Nos afirmamos en el referencial teórico de Bourdieu (31,32) para pensar las actuaciones de hombres y mujeres en las posiciones sociales de

usuarios y profesionales de la salud, privilegiando, al mismo tiempo, la incorporación de los patrones normatizadores de la estructura social por parte de los individuos y sus prácticas como agentes racionales que persiguen fines.

La “teoría de la práctica” de Bourdieu ha sido denominada de diferentes formas: “sociología de la reproducción” (33), “estructuralismo genético” (34) y, por él mismo, “sociología reflexiva” (35) “*constructivist structuralism*” o “*structuralist constructivism*” (36).

La categoría género, aunque mencionada por Bourdieu (32,37), comparte espacio con el término “relaciones entre los sexos”. La utilización de este último término refleja la vinculación con la línea de investigación francesa que, según Heilborn y Sorj (38), sin haber incorporado la categoría género, consagró la utilización del término “relaciones sociales de sexo”.

El cuerpo es visto por Bourdieu (32) como una construcción social. Por medio de esa construcción, se suele arbitrar la división de las cosas y de las actividades (sean sexuales o no) a partir de oposiciones homólogas entre lo masculino y lo femenino, como arriba/abajo y público/privado. Esos esquemas de pensamiento posibilitan el registro de la naturaleza y su naturalización. En ese sentido, el cuerpo es construido como realidad con una visión y división sexualizantes. Así, la diferencia biológica entre los cuerpos masculino y femenino puede servir para justificar la diferencia socialmente construida entre los géneros.

Según Bourdieu (39,40), la sociedad anterior al individuo tendría una estructura organizada de símbolos y significados, así como de modelos de interacción preestablecidos. En esa sociedad, el sujeto se constituye por medio de constantes juegos interaccionales. El individuo incorpora, por medio del proceso de socialización, los roles sociales y los valores compartidos por los demás miembros de la sociedad, transformándose en persona. Como proceso inconsciente de aprendizaje –a través de la imitación de gestos, posturas y reacciones que tienen un significado en la vida social– el comportamiento está cargado de valores jerárquicos. La cultura, por lo tanto, ofrece patrones que son incorporados como *habitus*. Estos se constituyen en esquemas de percepción, apreciación y acción –insertos en los cuerpos a través de las experiencias pasadas– que

posibilitan el desarrollo de conocimiento práctico y estrategias que siempre se adaptan y renuevan. En ese sentido, el *habitus*, entendido como una gramática generadora de prácticas, y determinado por la posición social del individuo, posibilita a los agentes tanto reproducir regularidades de comportamientos, como ser capaces de improvisar. Así, no solo se reproducen acciones sino que también se producen. El *habitus* tiende, por lo tanto, a conformar y orientar la acción pero, en la medida que es producto de las relaciones sociales, tiende a asegurar la reproducción de las mismas relaciones objetivas que lo engendraron.

Pinto (42) presenta dimensiones del *habitus* que pueden no solo ayudarnos en la comprensión de ese concepto sino también en su utilización en el análisis de las relaciones entre las personas y la estructura social. Esas dimensiones, que se interrelacionan, se clasifican de la siguiente forma: disposicional, distribucional, económica y categorial.

La dimensión disposicional se traduce en la idea de que el *habitus* expresa una relación problemática de ajuste entre lo interior y lo exterior, lo subjetivo y lo objetivo. Dicho de otra forma, podríamos considerar que la interiorización de valores, normas y principios por parte de los sujetos provocaría una adecuación entre sus acciones y la realidad objetiva de la sociedad en general.

La dimensión distribucional del *habitus* se refiere a las diferencias entre los grupos sociales, ordenados en clases. Ese ordenamiento, de cierta forma reflejaría la distribución material y simbólica de unos en relación con otros. En ese sentido, los individuos están desigualmente distantes por la distribución de los bienes legitimados por la cultura y las instituciones educativas. Tal dimensión intenta explicar los mecanismos usados en el proceso de apropiación de los bienes legítimos y su corolario que es la reproducción de las desigualdades culturales existentes entre los grupos.

La dimensión económica del *habitus* se basa en aspectos que van más allá de las leyes de la economía y se relaciona con la economía de los bienes simbólicos. En esa economía hay valores, como el honor. En ella se presupone algo como un capital, pero un capital que, en ciertos términos, prohíbe la forma explícita de cálculo. Así, la producción y el reconocimiento de los bienes simbólicos no se reducen al campo monetario, sino que revelan posicionamientos estéticos, éticos y políticos.

La dimensión categorial indica que a través del *habitus* los agentes de las acciones pueden realizar un ordenamiento lógico del mundo a partir de un pequeño número de esquemas generalizables y transponibles (42). Así, subyacentes a la práctica, tenemos categorías opositivas que se constituyen en esquemas de producción, interpretación y visión del mundo, que operan a partir de pares opuestos como, por ejemplo, las nociones alto y bajo, masculino y femenino. Esos pares son clasificaciones cognitivas, éticas y estéticas.

En la teoría de Bourdieu, el *campo* –visto como un universo donde se insertan agentes e instituciones, regido por leyes sociales– está constituido de fuerzas y luchas tanto para conservar como para transformar (43). Aunque esté regido por leyes generales, cada campo tiene su historia y una autonomía relativa en relación con otros campos. En ese sentido, los campos –sin fronteras estrictamente delimitadas– poseen tanto propiedades particulares, como leyes generales (41). La distribución del capital entre los diferentes agentes que se insertan en él es uno de los elementos que estructuran los campos, e implica tanto la conservación del orden como su subversión. *Habitus* y campo se articulan, dado que en las disputas resulta necesario que las personas estén dotadas de *habitus* que impliquen el conocimiento de las leyes del campo (32).

METODOLOGÍA

En términos de método de estudio, empleamos un diseño de ensayo, entendido aquí como un ejercicio crítico, de carácter exploratorio, acerca de un tema u objeto de reflexión, buscando una nueva mirada (44).

Para ello, revisamos datos de dos investigaciones de las cuales participamos como autores. La primera, realizada en la ciudad del Río de Janeiro, Brasil (45) y aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, procuró problematizar aspectos relacionados al modelo hegemónico de la masculinidad que pueden impedirle a los hombres cuidar de su propia salud. La segunda investigación, aprobada por el Comité de Ética de la Universidade Federal de São Paulo,

exploró elementos de la estructuración de los servicios y la dinámica de las prácticas de salud desde la perspectiva de género y enfocando a los hombres en este contexto asistencial. El estudio multicéntrico y de naturaleza etnográfica fue desarrollado en ocho servicios distribuidos en cuatro estados brasileños, dos de la región Sudeste y dos del Nordeste (24).

Seleccionamos datos de esas investigaciones con el fin de realizar nuevas interpretaciones desde la perspectiva de Pierre Bourdieu en lo referente a las nociones de cuerpo, *habitus* y campo, tomadas aquí en sus dimensiones analíticas.

Incluso en términos de método, entendido también como camino del pensamiento (46) –luego de la reinterpretación de los datos y con anclaje en la experiencia– buscamos problematizar las relaciones “genericadas” establecidas entre profesionales de la salud y usuarios/as de los servicios de salud, y esbozar principios para lidiar con esas relaciones.

SITUACIONES RELACIONALES

Para problematizar las relaciones entre profesionales de la salud y los/as usuarios/as, presentamos cuatro situaciones tomadas de dos investigaciones, referenciadas en cada una de ellas.

Situación I (45)

Los siguientes relatos responden a las dificultades para realizar el tacto rectal en hombres como medida de prevención secundaria del cáncer de próstata:

[Para un hombre] *ya es difícil que otro hombre introduzca el dedo en su ano* (Médico, RJ).
No me siento muy a gusto si alguien viene y me toca ahí en el lugar [refiriéndose al ano] (Hombre, R), 40 años).

Los dos relatos son emblemáticos en el conjunto de 28 hombres con más de 40 años que residían en la ciudad de Río de Janeiro, de los cuales 10 poseían educación superior, 8 habían cursado tan solo los primeros grados de la

enseñanza primaria y 10 eran médicos urólogos. Independientemente del grado de instrucción y de la profesión que ejercían, estos hombres compartían algunas ideas comunes, aunque se expresaran de forma diferente. Una de las ideas comunes –reflejadas en los relatos– es que, conscientemente o no, los hombres apuntaban a la prohibición del cuerpo masculino.

Situación II (24)

Dos médicas explican por qué los hombres no frecuentan los servicios de salud:

El hombre no padece; el hombre no se enferma [...] el hombre nunca busca el servicio médico [...] Cuestión cultural (Médica, RN).
Por una cuestión cultural [...] él viene más objetivamente atrás de una cosa y no a la búsqueda de algún subterfugio como la mujer... Ellos no tienen tiempo para perder de un modo general... Ella viene todos los días. Incluso, sin tener nada (Médica, SP).

La situación muestra explicaciones de profesionales para la idea de que los hombres frecuentan menos los servicios de salud que las mujeres. Observamos que, aunque las y los profesionales entrevistados hayan sido oriundos de cuatro estados de dos regiones brasileñas (sudeste y nordeste), compartían opiniones que reflejan interpretaciones de sus prácticas formuladas no solo en el ámbito de su formación médica, sino también ancladas en el sentido común.

Situación III (24)

En la estructuración de las actividades y en la rutina de los servicios, fue posible verificar actitudes y acciones similares por parte de las y los profesionales, como ilustra la siguiente situación:

En el horario estipulado, la enfermera, responsable del grupo, sube con 28 historias clínicas. La investigadora comenta que solo hay una ficha de hombre. La enfermera, extrañada, va a verificar. Luego comenta que fue un error, que subió una historia clínica de

forma equivocada de pediatría y explica: “el grupo de anticoncepción es un grupo de mujeres, un grupo dirigido a las usuarias; a veces algunos maridos vienen para acompañar, pero los hombres no están inscriptos para participar de este grupo” [...] Sin embargo, durante la conducción del grupo, se produce la siguiente discusión:

Enfermera: –Y yo quería decirles una cosa: ¿de quién es la responsabilidad de evitar el hijo?

Usuaría A: –Nuestra.

Enfermera: –¿Es de la mujer?

Usuaría A: –De los hombres también.

Enfermera: –De los hombres también. ¿Todo el mundo está de acuerdo? [...] ¿O cree que es solo de la mujer, o solo del hombre? ¿Qué creen ustedes?

Usuaría B: –De los dos.

Enfermera: –¿De los dos? ¿Y por qué será que los hombres no vienen al grupo? ¿Será que no los invitamos? [risas]

Al final de la reunión del grupo, la enfermera pregunta, ante las alternativas de los métodos anticonceptivos ofrecidos, cuál de ellos elegían las usuarias, restringiendo, de esa forma, la decisión tan solo a la mujer. (Fragmento de diario de campo, SP1)

La situación descrita en el servicio de atención primaria de la ciudad de San Pablo, puede ser tomada como un ejemplo corriente que explicita la centralidad de la lógica asistencial y del trabajo cotidiano de los profesionales vinculados a la salud de la mujer en el país. La cristalización de la reproducción como área “exclusivamente” femenina refuerza la responsabilización de las mujeres en las decisiones reproductivas del matrimonio/familia. Incluso cuando la dimensión relacional de género intrínseca a las cuestiones de planificación familiar es referida por la profesional como importante, el ejercicio práctico de las acciones resulta contradictorio con la perspectiva que defienden.

Situación IV (24)

En el contexto organizacional de los servicios e incorporado a las prácticas de las y los profesionales de la asistencia, la interiorización de estereotipos de género conforma *habitus* y prácticas. El

siguiente ejemplo, que forma parte de la rutina de atención de enfermería en la posconsulta médica en un servicio de atención primaria que sigue el modelo de la Estrategia de Salud Familiar, es revelador de una situación habitual en servicios de atención primaria en Brasil.

...la enfermera preguntó si la mujer le estaba dando los remedios en el horario correcto y la mujer respondió que no sabía, pues era el hijo el responsable de darle la medicación y él no estaba en casa. La respuesta dejó a la enfermera visiblemente irritada y esta comenzó a explicar, sin mucha paciencia, la importancia de dar la medicación en la hora correcta. [...] Ella dijo que la presión estaba bien, pero advirtió a la mujer que no descuidara la medicación. [...] La enfermera se quejó [ante la investigadora] que la esposa parecía no entender la gravedad del problema que tuvo el marido, pues no acompañaba los horarios de los remedios y los dejaba a cargo del hijo. (Fragmento de informe etnográfico, RN, servicio 1).

La escena descrita evoca elementos sobre la atribución a la mujer del cuidado de la salud de sí y de los demás miembros de la familia, en un sentido fuertemente impositivo por parte de las y los profesionales de la asistencia; una desconexión entre el hombre y las posibilidades que estos tienen de responsabilizarse del cuidado de sí, dado que imputa a la mujer tal tarea. La persistencia de estos patrones, que refuerzan estereotipos de género, en la forma en que las y los profesionales ejecutan las actividades asistenciales puede constituirse en un “rechazo tecnológico” a la incorporación de nuevos sujetos (los hombres) impidiendo, por parte de los servicios, una renovación en el sentido de una atención integral a la salud que estimule la autonomía de los sujetos para el cuidado de sí, lo que, en última instancia, implicaría el enfrentamiento de cuestiones de género más amplias.

DISCUSIÓN DE LAS SITUACIONES

Los servicios de salud pueden ser vistos como un campo específico en el universo social. Sin embargo, ese campo no tiene una autonomía total;

está influenciado por leyes generales que rigen las relaciones entre agentes e instituciones en las sociedades. Esas leyes, a su vez, están compuestas por un conjunto de *habitus* estructurantes y estructurados. Por ejemplo, podemos destacar la división entre los sexos como un *habitus* cambiante en los diferentes campos. A partir de este principio de la concepción de Bourdieu, podemos decir que las relaciones entre los agentes (profesionales y usuarios), independientemente del campo en que se produzcan, están influenciadas por un *habitus*, calificado por nosotros como “generificado”.

En ese sentido, las situaciones presentadas, aunque integren opiniones de personas diferenciadas por sexo, profesión y regiones, están atravesadas por un *habitus* regido por los valores de género estructurantes en la sociedad y en la cultura. Así, las personas –antes de ser profesionales o usuarios– son hombres o mujeres, que actúan de forma categorial a partir de pares opuestos (masculino/femenino), con distribución material y simbólica distinta, que (re)producen desigualdades culturales. Sus formas de pensar, percibir y actuar reflejan la internalización de valores, normas y principios que se traducen en la división entre los sexos.

En la Situación I, observamos que tanto el médico como el usuario del servicio de salud revelan una prohibición de parte del cuerpo masculino que se diferencia del femenino. La parte frontal del cuerpo es el lugar de la diferencia sexual mientras que la dorsal expresa la similitud sexual (32). Los hombres –en términos anatómicos– solo se diferencian de las mujeres en su parte frontal. Se suma a esto, el hecho de que existan zonas prohibidas demarcadas a partir de fronteras simbólicas (30). Las nalgas asociadas a la pasividad y el tacto rectal a la penetración instauran una disonancia para determinadas identidades masculinas. En ese sentido, en la situación planteada, independientemente de ser médico o usuario, las relaciones entre ellos, más allá de la semiología médica, pueden estar atravesadas por un modelo de sexualidad masculina construido en oposición a la pasividad y al ser penetrado.

Los relatos de la Situación II pueden ilustrar las tensiones entre naturaleza y cultura al intentar explicaciones para la ausencia de los hombres en los servicios de salud. El primero de ellos, aunque evoque la cultura y no mencione la naturaleza,

habla de una esencia masculina que hace que los hombres no procuren los servicios de salud, naturalizando, así, el problema. Ya el segundo comienza evocando la cultura y termina con las diferencias entre usuarios masculinos y femeninos. En esa comparación, parece que los hombres, con su ausencia o poca frecuencia en esos servicios, son mejores que las mujeres. En el primero, parece que se endosa al hombre como ser fuerte, mientras en el segundo parece atribuirse al hombre una mayor objetividad. En este último, parece que la mujer –al venir “sin nada”– pide ser atendida sin necesitarlo, mientras el hombre viene porque lo necesita. Como viene poco, se puede entender que es más fuerte que la mujer. En ambos relatos, parece que para no hablar de una naturalización de esencias, se habla de cultura.

En la Situación III, observamos que el *habitus* influye en la baja incorporación de los hombres a la estructura organizacional y a las actividades proporcionadas por los servicios, incluso frente a un tema tan relacional como la concepción/anticoncepción. A causa de eso, hay una incapacidad de las y los profesionales (en este caso, la enfermera) de trabajar con la relevancia y los aportes para la salud de los hombres y de las mujeres que proporcionarían la incorporación de los hombres en cuestiones de sexualidad/reproducción. Además, por una ceguera “tecnicista”, en la cual lo cierto/correcto es siempre la lógica de las y los profesionales de la salud, no da espacio al habla de las mujeres en grupos como el de planificación familiar, por lo que no se establece el diálogo y el intercambio de conocimientos entre profesionales-usuarios.

En la Situación IV, el *habitus* “generificado” influencia a los profesionales a responsabilizar a las mujeres por el cuidado en salud y no reconocen al hombre como sujeto de su autocuidado, sin incentivarlo a asumir la responsabilidad por su salud-cuidado.

En todas las situaciones, podemos percibir las dimensiones categorial y disposicional del *habitus* masculino. En ese sentido, ese *habitus* –de forma categorial– es utilizado para diferenciar a los hombres de las mujeres en las relaciones que se establecen entre profesionales y usuarios. Además, de forma disposicional, tanto profesionales como usuarios/as de los servicios de salud incorporan aspectos estructurales bajo la forma de

un sentido práctico para que puedan orientarse en su existencia social.

CONSIDERACIONES FINALES

Si bien en la teoría de la práctica de Bourdieu los individuos realizan concretamente acciones sociales, las chances de efectivizarlas se encuentran objetivamente estructuradas en el interior de la sociedad global. En este sentido, reconocemos el aporte de la incorporación de nociones del autor como *habitus* y campo para el análisis del material empírico presentado, pero con el cuidado de no incurrir en el riesgo de reproducir una comprensión de la realidad social en la que la estabilidad y la reproducción de los sistemas opresivos (el de género, especialmente) jamás ceden lugar a la ruptura y al cambio.

Al plantear la posibilidad de acción de los agentes involucrados en el contexto asistencial de

la salud en Brasil y enfatizar la categoría género como un proceso histórico de localización tanto social como individual, defendemos una posición contraria a la narrativa aún convencional en la bibliografía acerca de la relación género y salud, sea con profesionales o con usuarios/as, que ve el género como un molde social cuyas marcas están puestas de forma indiferenciada para el conjunto de los hombres y el conjunto de las mujeres. Los ejemplos empíricos puestos en discusión apuntan a procesos, en las microrrelaciones entre profesionales y usuarios/as, de cambio y permanencia, de (re)combinaciones de significados, variabilidad de prácticas que se combinan en un mosaico. Esto incluye la percepción de que la construcción de las diversas feminidades y masculinidades y la forma en que se da el ejercicio de estas en los contextos asistenciales de la salud son producto de un proceso que es, a un mismo tiempo, socio-histórico y personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Género, morbilidad, acceso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
2. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens é saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
3. Aquino EML. Género e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(N Esp):121-132.
4. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(5):901-911.
5. Giffin KM. Mulher e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1991;7(2):133-134.
6. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista de Saúde Pública*. 1994;28(6):440-448.
7. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violentem against woman in health care institutions: an emergin problem. *Lancet*. 2002;359(11):1681-1685.
8. Guimarães CD. Mulheres, homens e aids: o visível e o invisível. En: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa J. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA IMS-UFRJ, Relume Dumará; 1995. p. 217-230.
9. Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de género. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP; 1998.
10. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):825-829.
11. Sebold LF, Waterkemper R, Martines JG, Meirelles BHS. Saúde e género: questões e conceitos na produção científica de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 2008;16(3):415-420.
12. Schwartz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(Supl):108-116.

13. Farah MFS. Gênero e Políticas públicas. *Revista de Estudos Feministas*. 2004;12(1):47-71.
14. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2569-2578.
15. Correa S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 1993; 10(1-2):3-11.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
17. Leal AF, Figueiredo WDS, Nogueira-da-Silva GS. 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*. 2012;17(10):2607-2616.
18. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009;19(3):659-678.
19. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2617-2626.
20. Gomes R, Leal AF, Knauth D, da Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2589-2596.
21. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):105-109.
22. Barker G, Aguayo F. Masculinidades y políticas de equidad de género: reflexiones a partir de la encuesta, imágenes y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Promundo; 2011.
23. Toneli MJF, Souza MGC, Müller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis*. 2010;20(3):973-994.
24. Couto MT, Schraiber LB, Gomes RG, Nogueira-Silva GS, Valença O, Machin R, Figueiredo W. Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP), Relatório Final. Brasília: CNPq; 2009.
25. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?: As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574.
26. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm!: Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):983-992.
27. Scavone L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. En: Villela W, Monteiro S. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 99-109.
28. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. En: Villela W, Monteiro S. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco, UNFPA; 2005. p. 30-61.
29. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença AO, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4503-4512.
30. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
31. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
32. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Russel; 1999.
33. Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Ática; 1983.
34. Arsant P. Les sociologies contemporaines. Paris: Seuil; 1990.
35. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
36. Bourdieu P. Social space and symbolic power. *Sociological Theory*. 1989;7(1):14-25.
37. Bourdieu P. A dominação masculina. *Educação & Realidade*. 1995;20(2):133-184.

38. Heilborn ML, Sorj B. Estudos de gênero no Brasil. En: Miceli S. O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). São Paulo: Sumaré; 1999. p. 183-221.
39. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. Oiras, Portugal: Celta Editora; 2002.
40. Bourdieu P. Meditações Pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
41. Bourdieu P. O senso prático. Petrópolis: Vozes; 2009.
42. Pinto L. Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
43. Bonnewitz P. Primeiras lições sobre a sociologia de P Bourdieu. Petrópolis: Vozes; 2003.
44. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
45. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(6):1975-1984.
46. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

FORMA DE CITAR

Gomes R, Couto MT. Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. Salud Colectiva. 2014;10(3):353-363.

Recibido: 5 de agosto de 2014

Aprobado: 19 de septiembre de 2014



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

