

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY
RIBEIRO (UENF)
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
(PPGSP)

Ali Momade Ali Atumane

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO HOMEM:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE CAMPOS DOS GOYTACAZES E
MAPUTO

Campos dos Goytacazes - RJ

Agosto/2020

Ali Momade Ali Atumane

Aspectos socioculturais relacionados à saúde do homem: uma análise
comparativa entre campos dos Goytacazes e Maputo

Tese de doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Soares da Silva

Campos dos Goytacazes - RJ

Agosto/2020

Este trabalho, nos termos da legislação que resguarda os direitos autorais, é considerado propriedade institucional.

É permitida a transcrição parcial de trechos do trabalho ou menção ao mesmo para comentários e citações, desde que não tenha finalidade comercial e que seja feita a referência bibliográfica completa.

Os conceitos expressos neste trabalho são de responsabilidade do autor.

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pelo autor.

A886 Atumane, Ali Momade Ali.

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO HOMEM : UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE CAMPOS DOS GOYTACAZES E MAPUTO. / Ali Momade Ali Atumane. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2020.

225 f.

Bibliografia: 208 - 220.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2020.
Orientadora: Luciane Soares da Silva.

1. Saúde do Homem. 2. Gênero. 3. Cultura. 4. Hábitos . 5. Comportamentos. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

Aspectos socioculturais relacionados à saúde do homem: uma análise comparativa
entre Campos dos Goytacazes e Maputo

Ali Momade Ali Atumane

Tese de doutorado apresentada junto ao
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Política da Universidade Estadual do Norte
Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito
parcial para a obtenção do grau de Doutor em
Sociologia Política.

Aprovada em 14/05/2020

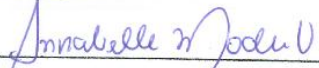
Banca examinadora

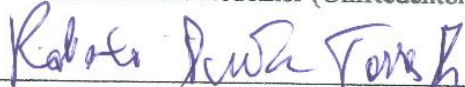


Prof. Dr. Marcos Abraão Fernandes Ribeiro,
Instituto Federal Fluminense (IFF)


Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

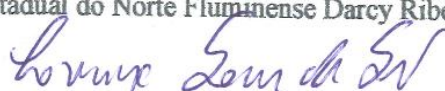
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)


Prof.^a Dr.^a Annabelle de Fátima Modesto Vargas
Universidade Redentor (UniRedentor)



Prof. Dr. Roberto Dutra Torres Júnior

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)


Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciane Soares da Silva

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Dedicatória

Aos meus queridos pais

Alima Ossufo

Momade Ali Atumane

Agradecimentos

A Deus em primeiro lugar, pela misericórdia, bênção e por tudo que agraciou;

À minha orientadora Prof^a. Luciane Soares da Silva que me recebeu e me acolheu junto com a minha família, desde os primeiros dias da nossa chegada à Campos dos Goytacazes, e ao longo desse período da aventura acadêmica, ela desempenhou para mim, além de orientação, o papel de uma “mãe” em diferentes momentos que precisei dela, e se eu não tivesse o seu especial carinho, creio que não teria chegado aos resultados alcançados nesta pesquisa, por isso, as palavras que estou usando aqui, para descrever meus sentimentos de gratidão, não são capazes de exprimir e representar totalmente essa realidade;

À prof^a. Wania Amélia Belchior Mesquita, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, que a considero como a segunda “mãe” pelos esforços que ela tem demonstrado para o sucesso dos projetos de todos e do funcionamento regular do Programa;

Aos meus pais, Alima e Momade, pelo carinho, companheirismo e cuidado;

À minha querida esposa, Elaine Momade, e às minhas filhas, Sarah e Amirah, que incansavelmente me apoiaram e me acompanharam nos momentos difíceis e de alegria;

Aos professores do PPGSP, principalmente, ao querido Prof. Mauro Macedo Campos pelo especial carinho e companheirismo ao longo do curso, para além das orientações frutíferas que foram enriquecendo este trabalho, por isso, fato que o considero como “segundo” orientador, pois, contribuiu em todos os sentidos em prol do sucesso desta pesquisa - meu profundo obrigado Prof. Mauro;

Ao Prof. Marcos Abraão Fernandes Ribeiro, que também, ressalto suas contribuições e sugestões que se destacavam na indicação de acervo bibliográfico e autores que permitiram a reformulação e a abordagem teórica deste trabalho para o alcance dos resultados esperados;

Ao Prof. Roberto Dutra Torres Júnior, pela colaboração, gesto de solidariedade e carinho que facilitaram, por muito, a minha vida acadêmica;

À Prof^a. Annabelle de Fátima Modesto Vargas, pelas ricas contribuições bibliográficas e sugestões de autores que nortearam as discussões teóricas desta pesquisa;

Ao Prof^o Veriano Terto Jr, pelos constantes incentivos que me deu e apresentação de figuras acadêmicas de sua rede de amizades em prol do meu prosseguimento no curso de pós-graduação, além da indicação da literatura voltada à abordagem da masculinidade e saúde;

Ao Sr. Nadim Mahmood, pela sua forte participação, solidariedade, carinho, companheirismo, gesto de irmandade e todo tipo de apoio necessário. Que Deus o abençoe – meu grande agradecimento;

À Prof^a Gracie Kelly D. Lustosa, pela revisão parcial do texto e total disponibilidade;

Ao colega Ocinei Trindade de Oliveira, que sempre esteve disponível para colaborar, sobretudo nos momentos difíceis e nas questões burocráticas;

Ao grande colega e conterrâneo, José Saide, que coordenou e facilitou meu contato com algumas instituições moçambicanas;

Em suma, reitero meus profundos agradecimentos a todos os membros da banca e confesso que me faltam palavras justas para descrever o especial carinho e apoio que permanecerá circulando nas minhas veias para sempre e jamais esquecerei desses momentos.

Agradeço aos colegas do PPGSP que contribuíram bastante para o andamento desta pesquisa, sobretudo, meu amicíssimo Yann Almeida Belmont, pelo acolhimento e apoio em todos os momentos que precisei;

A todos os professores e funcionários do PPGSP e da UENF;
À FAPERJ, pela bolsa recebida para a execução desta pesquisa e por
último;

A todos aqueles que me apoiaram para o sucesso deste nobre trabalho,
em Moçambique e no Brasil.

Meu muito obrigado

Resumo

Estudos epidemiológicos desenvolvidos na década de 1990 demonstravam que os homens apresentavam alto índice da taxa da morbimortalidade, e na década de 2000 as pesquisas desenvolvidas por vários organismos (OMS) e atores (Gomes, McKinlay, Schraiber) revelaram que esse índice está ligado à fraca procura por serviços de saúde, ao pouco autocuidado, à maior exposição a riscos, aos comportamentos relacionados à masculinidade hegemônica, tais como, a virilidade, a força, a invulnerabilidade, a violência, o machismo, e quando vão ao médico são propensos a ocultarem seu estado de adoecimento. Nesse sentido, esta pesquisa tem como escopo, perceber, interpretar e analisar comparativamente os aspectos socioculturais, os comportamentos e as condutas associados à masculinidade hegemônica que influenciam e determinam o desenvolvimento de hábitos de fraca adesão aos serviços de saúde e do não cuidado de si entre os segmentos da população masculina. As relações de poder de gênero, no que se refere a atribuição de papéis sociais, são apontadas, em parte, sendo aquelas que reforçam, indiretamente, a fraca disposição em autocuidado masculino. A construção social da masculinidade incorpora práticas socioculturais consideradas determinantes na reprodução de comportamentos, valores e crenças que impedem o autocuidado dos homens, acarretando “custos” elevados para eles mesmos e para as suas parceiras. A pesquisa compreendeu dois campos empíricos (Cidade de Goytacazes e de Maputo – Moçambique) visando uma abordagem qualitativa e comparativa entre as narrativas e experiências vivenciadas por homens e mulheres a respeito de comportamentos típicos da masculinidade hegemônica que interferem no estado de saúde deles e na maneira como eles se cuidam.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem, Gênero, Cultura, Hábitos, Comportamentos

Abstract

Epidemiological studies carried out in the 1990s showed that men had a high rate of morbidity and mortality, and in the 2000s, research carried out by various organizations (WHO) and actors (Gomes, McKinlay, Schraiber) revealed that this index is linked to the weak looking for health services, little self-care, greater exposure to risks, behaviors related to hegemonic masculinity, such as virility, strength, invulnerability, violence, machismo, and when they go to the doctor they are prone to hide their state of illness. In this sense, this research aims to perceive, interpret and comparatively analyze the socio-cultural aspects, behaviors and behaviors associated with hegemonic masculinity that influence and determine the development of habits of poor adherence to health services and self-care among segments of the male population. Gender power relations, with regard to the allocation of social roles, are partly pointed out, being those that indirectly reinforce the weak disposition in male self-care. The social construction of masculinity incorporates sociocultural practices considered determinants in the reproduction of behaviors, values and beliefs that hinder men's self-care, resulting in high “costs” for themselves and their partners. The research comprised two empirical fields (Goytacazes city and Maputo - Mozambique) aiming at a qualitative and comparative approach between the narratives and experiences lived by men and women regarding typical behaviors of hegemonic masculinity that interfere in their health status and in the way how they take care of themselves.

KEYWORDS: Men's Health, Gender, Culture, Habits and Behaviors

SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
CIT	Comissões Intergestores Tripartites
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DNT	Doenças Não-Transmissíveis
ENPS	Estratégia Nacional de Promoção de Saúde.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDS	Índice Demográfico e de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MISAU	Ministério de Saúde de Moçambique
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OUA	Organização da Unidade Africana
PAINSH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PARPA	Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta
PESS	Plano Estratégico do Setor da Saúde
PGR	Procuradoria Geral da República
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSA	Antígeno Prostático Específico
RH	Recursos Humanos
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SNS	Sistema Nacional de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores na ocupação por sexo (em %)	123
Tabela 2 - Distribuição dos fundos para a execução do PESS 2014-2019	134
Tabela 3 -Dependência ao financiamento e diversidade de gestão (setor de saúde)	135

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1- Amostra (%) de perfil dos profissionais de saúde entrevistados nas duas cidades (Campos dos Goytacazes e Maputo)	34
Quadro 2 - Amostra (%) de perfil de usuários entrevistados nas duas cidades (Campos dos Goytacazes e Maputo).....	34
Quadro 3- Estabelecimentos de saúde em Campos dos Goytacazes, 2017	117
Quadro 4: Divisão vertical da estrutura do SNS por competência	132
Quadro 5- Hospitais centrais do nível quaternário do SNS (2013 – 2017).....	133
Quadro 6 - Socialização masculina: dimensões socioculturais convergentes entre Campos dos Goytacazes e Maputo	166
Quadro 7 - Comparativo entre comportamentos dos homens quando sentem alguma dor ou mal-estar (Campos dos Goytacazes vs Maputo).....	193

Sumário

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I.....	24
1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
1.1 Delimitação da pesquisa e justificativa.....	27
1.2 Técnicas de coleta de dados.....	31
1.3 Seleção criteriosa dos entrevistados e o tratamento de dados.....	33
1.4 As experiências do campo empírico: o caso da cidade de Maputo.....	37
1.5 Entrando no campo de pesquisa na Cidade de Campos dos Goytacazes.....	44
1.6 Os desafios do campo da pesquisa.....	48
CAPÍTULO II.....	53
2. ABORDAGEM TEÓRICA: SAÚDE, DIREITOS E HOMEM.....	53
2.1. O conceito de saúde em debate.....	53
2.2. Traçando as fronteiras teóricas do objeto: o ser homem e a masculinidade.....	58
2.3. O processo dinâmico da política e direitos à saúde.....	63
CAPÍTULO III.....	73
3. CULTURA, GÊNERO E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA RELACIONAL.....	73
3.1. Revisitando as significações de cultura.....	73
3.2. Cultura objetiva de gênero e saúde.....	77
3.3. Cultura subjetiva de gênero e saúde.....	81
3.4. Gênero e saúde no marco institucional: um olhar à segunda metade do século XX.....	91
3.5. A urologia e o Novembro Azul: A objetivação da saúde do homem.....	97
CAPÍTULO IV.....	106
4. CAMPOS DOS GOYTACAZES - BRASIL: PENSANDO UM “CASO ÓTIMO”.....	106
4.1. Organização do Sistema Único de Saúde (SUS).....	106
4.2. Pensando um “caso ótimo”: política da saúde do homem no Brasil.....	109
4.3. Barreiras institucionais: um olhar aos impeditivos da procura do homem por serviços de saúde.....	119
CAPÍTULO V.....	129

5.	MAPUTO - MOÇAMBIQUE: SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO MASCULINO.....	129
5.1.	Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS).....	129
5.2.	Determinantes institucionais e seus impactos na execução do Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS III, 2014-2019)	133
5.3.	Os “invulneráveis” na dianteira e a “exclusão” do gênero masculino dos serviços de saúde.....	138
5.4.	Acesso e disponibilidade de serviços do Sistema Nacional de Saúde	147
	CAPÍTULO VI.....	156
6.	ANÁLISE COMPARATIVA: SAÚDE DO HOMEM E PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS	156
6.1.	Saúde e processos de socialização masculino-infantil: não chora não, você é homem!	156
6.2.	A manutenção da masculinidade: entre a dor e o olhar social	168
6.3.	Comportamentos de homens quando não se sentem bem de saúde.....	179
6.4.	Saúde e o “custo” da virilidade: o cuidador que menos se cuida.....	195
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	208
	ANEXO 1.....	223
	ANEXO 2.....	224
	ANEXO 3.....	225

Introdução

Afirma-se no nosso cotidiano que: “a saúde em primeiro lugar”, querendo-se dizer que, ela é tudo que precisamos para que a nossa vida tenha sentido e longevidade. A busca por um bom estado de saúde é um objetivo presente em todas as espécies, por isso, ele é vinculado ao bem-estar social, físico, mental, ambiental e não apenas à ausência de doença. Essa vinculação perpassa ao direito de acesso aos serviços de saúde e advoga o dever do Estado em prover, condignamente, os cuidados necessários para seus cidadãos. Villas-Boas (2014) em “*a saúde como direito e como política pública*”, afirma que “a saúde é reconhecida como um dos mais básicos direitos conferidos ao ser humano”, e para garantir tais direitos, faz-se necessário, empreender discussões e contribuições multidisciplinares.

As ciências sociais, como um dos campos de saber e de produção de conhecimento, que se ocupam em compreender e interpretar fatos sociais e a dinâmica da sociedade, têm ricos subsídios epistemológicos ao lado das disciplinas que, historicamente, se ocupam no desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico de doenças, cura e recuperação das funções do corpo. Por exemplo, sociólogos como, Foucault, em “*História da sexualidade; Microfísica do Poder*”; Boltanski, em “*As classes sociais e o corpo*”; Welzer-Lang (2001), são entre os que apresentam e evidenciam a importância da abordagem sociológica no campo da saúde, a partir de perspectivas, analiticamente, “desenraizadas” da biomedicina, e é nessa perspectiva, da qual, o objeto deste trabalho foi construído. E assim sendo, não deixa de ser relevante introduzir uma breve crônica sobre esse objeto.

Nesse sentido, uma das primeiras questões que gostaria de introduzir, diz respeito à relevância do lugar da história da construção do objeto pesquisado. Pois, ele é coberto por fatos marcantes na vida do pesquisador; por enredos de fenômenos que descrevem e justificam o seu valor subjetivo. A construção do objeto pesquisado, nas ciências sociais, tem forte relação com a realidade fenomenológica (SCHUTZ, 2012) e com o interacionismo simbólico. É nessa relação, entre as realidades subjetiva e social, onde estão embutidos os graus de familiaridade entre o pesquisador e o seu objeto, porque, este – objeto -, possui consciência histórica nas ciências sociais (MINAYO, 2013). História essa, que justifica as relações constitutivas entre o pesquisador e o objeto pesquisado.

No entanto, minha relação histórica com o meu objeto, não nasceu simplesmente numa seleção de ideias flutuantes no meu imaginário social. Porém, emergiu, quando, no mês de setembro de 2015, durante o curso de mestrado em ciências sociais, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, uma colega do curso de serviço social, com um questionário fechado sobre a “saúde do homem”, me abordou e me pediu para responder o questionário. Ela trazia em mão uma excelente coletânea, intitulada “*Saúde do Homem em debate*”, organizada por Romeu Gomes (2011). O questionário apresentava algumas questões que despertaram a minha curiosidade e me levaram a fazer autoavaliação do estilo de vida que eu seguia. Foi um despertar de atenção sobre o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que ocorriam no meu cotidiano de maneira implícita e iam ganhando corpo, sentidos, significados, produzindo efeitos e gerando mudanças sem me aperceber.

Depois de responde-lo, a primeira questão que chamou a minha atenção foi a relação existente entre saúde do homem e o serviço social, como disciplina e profissão. Foi a partir desse momento que procurei perceber, quais seriam as possíveis contribuições das ciências sociais no campo da saúde, sobretudo no da saúde do gênero masculino.

Coincidentemente, nesse mesmo ano de 2015, frequentava o curso de pós-graduação em saúde pública, pela Universidade Estácio, situação que estimulou meu interesse na procura por literatura, documentos oficiais e por pesquisas sobre o contexto histórico que funda as discussões e as abordagens da saúde do gênero masculino.

Meu interesse ganhava mais força quando comecei a perceber que as ciências sociais têm um papel preponderante na compreensão e interpretação dos fenômenos e dos fatos sociais ligados, direta ou indiretamente, à saúde coletiva e aos grupos sociais, em função, por exemplo, de suas diferenças raciais, étnicas, religiosas, regionais, de gênero e de idade. Esta constatação foi-se consolidando na medida em que os primeiros textos, pelos quais, tive contato, revelavam que, homens e mulheres desenvolvem diferentes hábitos e costumes quanto à procura por cuidados médicos, e que os homens apresentam fraca adesão aos serviços de saúde (COURTENAY E KEELING, 2000; KEIJZER, 1998).

Outro aspecto que estimulou ainda a minha paixão a esta temática é o fato de, Moçambique, meu país de origem, não dispor de nenhuma política ou programa do setor da saúde voltado às especificidades do corpo masculino e de sua saúde, situação que alimentava minha inquietação e reforçava minhas projeções, em fazer com que este projeto de pesquisa traga consideráveis contribuições ao âmbito acadêmico, social e institucional sobre a relevância de se refletir e se pensar, envolvendo diversos atores e

mobilizando ações dos campos políticos, socioeconômicos, socioculturais e dimensões relacionais de gêneros, com vista a ampliação do debate e das políticas de inclusão social nos atuais programas e serviços oferecidos em prol de maior integração das demandas dos homens, através da promoção do debate e incentivo no desenvolvimento de trabalhos de pesquisa voltados à saúde da população masculina.

É, dessa aventura acadêmica, em que o objeto deste projeto foi ganhando corpo, e foi se amadurecendo na medida em que, a revisão bibliográfica demonstrava que políticas públicas e governamentais, convenções internacionais e ONGs voltadas ao setor de saúde, revelam discrepâncias consideráveis no âmbito de prestação de cuidados aos diferentes grupos sociais (OMS, 2001; SCHRAIBER E FIGUEIREDO, 2011).

Essa discrepância está relacionada aos modelos de construção de gênero, através dos quais, o “ser homem” e o “ser mulher”, são desigualmente socializados. Por exemplo, as relações de poder de gênero, a dominação masculina (BOURDIEU, 2002), o sistema de produção de bens e serviços, a economia do mercado e o consumo, na sua relação teórico-conceitual do que se entende por “classe social”, na perspectiva marxista quanto weberiana (BARATA, 2009) conferem aos homens mais oportunidades, privilégios, poderes e valor simbólico, do que às mulheres (WELZER-LANG, 2001), mas essas vantagens não são, socialmente, traduzidas em um melhor estado de saúde para eles (SCHWARZ, 2017). Gomes (2008), afirma que uma pesquisa realizada em 17 países europeus revelou que a incidência de melanoma é mais baixa em homens e alta em mulheres, mas o índice da mortalidade causada pela doença era mais elevado entre os homens, devido à fraca procura por cuidados médicos, evidenciando que os gêneros masculino e feminino diferem quanto ao autocuidado e à procura por serviços de saúde.

Em relação aos fatores que ditam estas diferenças, McKinlay (2011), concluiu que as assimetrias entre os gêneros, em termos de morbidade, mortalidade e expectativa de vida, se explicam, principalmente a partir de cinco fatores, nomeadamente: especificidades biológico-genéticas de homens e mulheres; diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais; associação entre condutas e distintas expectativas sociais de homens e mulheres; busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; e cuidados de profissionais de saúde voltados para homens. Associa-se, ainda, a estes fatores, aspectos socioculturais.

Ainda na mesma direção relacional de gênero, Medrado, et al. (2011) assinalou que, estudos realizados em vários países, incluindo os Latino-americanos, apontaram que o problema da saúde dos homens está atrelado, primeiramente, a questão de gênero, e ele

– gênero - é um dos determinantes da saúde, enfermidade e mortalidade. Segundo estes autores, esses estudos ampliaram o aprofundamento do problema aos níveis institucional, acadêmico e sociocultural, analisando outras aproximações teórico-conceituais de gênero, sua relação com a construção da masculinidade, da feminilidade e com os direitos à saúde sexual e reprodutiva.

Em pesquisas mais recentes realizadas no nível transnacional, por organismos internacionais como a OMS e por diversos autores (GOMES, 2000, 2005, 2011, 2013; SCHRAIBER, 2005, 2011; BRASIL, 2008; BOSI E MARTÍNEZ, 2017) chegaram às mesmas constatações apresentadas pela OMS. Segundo as quais, a problemática da saúde do homem pode ser explicada em:

Maiores níveis de exposição ocupacional a perigos físicos e químicos; comportamentos associados a normas masculinas, como maior envolvimento com situações de risco e ‘aventuras’; paradigma de comportamento em saúde relacionado com a masculinidade e ao fato de que os homens são menos propensos a ir ao médico quando estão doentes e, quando se consultam com um médico, são menos propensos a relatar os sintomas da doença ou enfermidade (OMS, 2013, p. 139).

Diante desses múltiplos fatores, interessa-me analisar a categoria “gênero” e os aspectos socioculturais associados aos homens e as masculinidades para o aprofundamento da problematização do objeto em questão. Por outro, ao analisar o referencial teórico, de pesquisas e estudos apresentados acima, percebe-se que datam entre as décadas de 1990 e 2000, apesar de as discussões teórico-conceituais da categoria “gênero” antecederem, por muito, essas duas décadas, mas sua determinante relação com a morbimortalidade masculina é de recente problematização. Schraiber e Figueiredo (2005) apontam que as abordagens analíticas e as pesquisas sociológicas em torno desta temática se desenvolvem ainda na fase embrionária, o que pressupõe, por si só, à existência de um campo exploratório, provavelmente muito fértil, que pode suscitar questões sociológicas consistentes, as quais exigem profundas análises capazes de explicar as motivações que produzem, dentro do gênero masculino, a cultura de abstinência da procura por serviços de saúde e do pouco autocuidado.

Estudos sobre a saúde dos homens, a partir da perspectiva relacional de gênero, ganharam relevância no fim do século XX, enquanto que, grupos sociais, tais como, mulheres e crianças, foram tematizados, desde a emergência do Movimento Feminista, no início da segunda metade do século XX, por serem considerados,

socioeconomicamente, mais “vulneráveis”. Por exemplo, durante as décadas de 1960 a 1980, movimentos sociais lutaram pelos direitos da mulher à saúde reprodutiva (GOMES, 2011), uma luta justificada por elevados índices de mortalidade materno-infantil, violência contra a mulher e desigualdade social. E em contrapartida, em relação a saúde do gênero masculino, tal como afirma Schraiber (2008), os homens não foram tomados como um gênero de corpo reprodutor e não se constituiu, para eles, uma problemática de recuperação como sujeitos que demandam, em termos de direitos humanos, a assistência e atenção especiais em saúde e cuidados.

No final da década de 1970, nos EUA e no Brasil, surgiram as primeiras pesquisas voltadas à saúde do homem, mas, nessa época, pouco despertaram o interesse da sociedade, fato que tiveram dificuldades para ampla divulgação (SCHRAIBER E FIGUEIREDO, 2011; GOMES E NASCIMENTO, 2006). E do nível da sociedade civil organizada parece que também não se registrou algum movimento que se interessasse em pautar a temática em sua agenda de luta pelos direitos, e esse fato, talvez se deve a uma condição “politicamente correta”, segundo a crença de Keijzer (2003), reivindicar uma política pública de saúde voltada à população masculina poderia ser mal interpretada e, percebida como um movimento antagônico aos que se engajavam para a promoção da saúde da mulher. Outros autores (SCHRAIBER E FIGUEIREDO, 2011.) argumentam que a falta de difusão desses estudos pode ter ocorrido pelo fato de, em termos de grupo, como é que os homens poderiam ser projetados, quantitativamente em desvantagem, em relação às mulheres, no que tange ao acesso de serviços e melhores condições de saúde, enquanto, em contrapartida, concluía-se que eles detinham mais poder socioeconômico do que elas?

Porém, apesar dessa fraca divulgação, vale ressaltar que esses estudos não foram silenciados e, gradualmente, continuaram chamando a atenção de fazedores de políticas de saúde no âmbito universal. Para tal, destacam-se duas conferências internacionais que deram relevância e visibilidade ao debate sobre a saúde da população masculina. (i) A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, no Egito, em 1994; e (ii) a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, China, em 1995, que observaram a necessidade de incluir os homens e suas especificidades nas políticas de saúde. De lá foram “lançadas às bases para o consenso internacional de que melhores indicadores sociais e de saúde das mulheres e crianças podem ser alcançados se os homens estiverem envolvidos na esfera do cuidado, migrando da condição de sujeitos genéricos para a de sujeitos de cuidados e direitos” (COELHO,

et al., 2016, p. 38). Nessa ordem de ideias, as categorias “homens” e “masculinidades” se tornariam objetos de pesquisa de maneira focalizada, sob perspectiva relacional de gênero e como as ambas, ao serem socialmente construídas, desenvolvem, intrinsecamente, comportamentos determinantes aos índices de morbimortalidades.

Nesse sentido, a década de 1990 é considerada o período do “ressurgimento” do debate em torno da saúde dos homens, porque, foi nessa década em que pesquisas de campos epidemiológico e demográfico (GOMES, 2011), incorporaram a categoria “gênero”, demonstrando as diferenças em índices de morbimortalidade entre homens e mulheres, porque, cuidam de seus corpos e de sua saúde de maneiras diferentes. De acordo com Welzer-Lang (2001), as mulheres teriam, portanto, o hábito e o costume do autocuidado, desde os primeiros anos da socialização, procuram frequentemente os serviços de saúde, e os homens se consideram “invulneráveis” ao adoecimento e apresentam baixa aderência aos cuidados de saúde, e muitas vezes, procuram os cuidados médicos quando estão em estado de agravo.

A respeito disso, este trabalho tem como objetivo aprofundar a compreensão dos comportamentos e atitudes desenvolvidos pelos homens que demarcam essa diferença de procura por serviços de saúde entre eles e as mulheres, propiciando, conseqüentemente, pouco autocuidado e maiores índices de morbimortalidade entre os segmentos da população masculina. Ou seja, quais são os aspectos socioculturais que propiciam a reprodução de comportamentos, valores e crenças que impedem o autocuidado masculino e conduzem a fraca procura dos homens pelos serviços de saúde?

Para dar resposta a essa questão, esta pesquisa foi desenvolvida em dois campos empíricos: Campos dos Goytacazes e Maputo, duas cidades distintas geograficamente. Por via disso, a abordagem dos aspectos socioculturais associados aos homens e as masculinidades que podem ser considerados como principais fatores de os homens desenvolverem hábitos de pouca ou não procura por cuidados médicos, de se imaginarem invulneráveis ao adoecimento, foi discutida a partir da análise comparativa entre os dois campos empíricos.

Relativamente a estrutura desta pesquisa, apresento no capítulo I, a metodologia aplicada na sua construção, onde contextualizo os elementos norteadores do objeto em questão, relato as aventuras do campo empírico e justifico os caminhos seguidos na seleção dos entrevistados e na análise de dados.

No capítulo II, desenvolvo a abordagem teórica das principais categorias selecionadas para dar corpo a este estudo, tais como, conceitos de saúde a partir de

vertentes divergentes e convergentes elaboradas por diferentes autores de distintos campos de saber, refletindo sobre as múltiplas significações de ser “homem”, sobre masculinidade hegemônica, assim como analisando, de maneira sucinta, as mudanças institucionais ocorridas durante o século XX no campo da saúde que culminaram na definição de direitos de saúde a todos os cidadãos, mas por outro lado, tiveram como enfoque na medicalização da mulher, da criança e do idoso.

Relativamente ao capítulo III, discuto diversas contribuições teóricas que engendram a categoria “cultura”, cruzando apontamentos de alguns autores clássicos e contemporâneos, buscando perceber os tipos de práticas, comportamentos, valores, crenças e atitudes associados aos gêneros masculino e feminino, que propiciam as concepções objetivas e subjetivas na relação saúde-doença, onde os homens se imaginariam objetivamente invulneráveis ao adoecimento e as mulheres, as crianças e os idosos seriam associados à fragilidade, à vulnerabilidade e conseqüentemente sujeitados à medicalização social, sobretudo no decurso do século XX, e os homens entrariam nessa discussão a partir do início do século XXI, situando-se na centralidade de saberes e poderes das instituições envolvidas nos processos da medicalização da vida, da manutenção dos corpos e da gestão e controle da natalidade, fecundidade, morbidade e mortalidade.

O capítulo IV enfoca os contornos da saúde do homem no contexto brasileiro, abordando uma breve contextualização da organização do Sistema Único de Saúde, analisando o desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas aos homens e as masculinidades, tomando como um “caso ótimo” a problematização da constituição do corpo masculino como um objeto de estudo no campo de saúde, na perspectiva relacional de gênero e sob ponto de vista da saúde como um direito no exercício da cidadania, em que todos os indivíduos são assistidos de maneira equânime, e por outro lado, o capítulo discute as barreiras institucionais que permanecem como impeditivos para os homens terem maior acesso aos serviços de saúde.

No que concerne ao capítulo V, analiso a organização do Sistema Nacional de Saúde moçambicano, cujo princípio da provisão de cuidados e acesso aos serviços de saúde está assentado na universalização gratuita e na centralização da implementação e da gestão das ações assistenciais. Buscando perceber certos determinantes institucionais que têm impacto na implementação do Plano Estratégico do Setor da Saúde (2014-2019), tais como, determinantes ligados à alocação de fundos e ao financiamento externo. E

dentro dessa perspectiva perceber como é que os homens e as suas especificidades são tratados sob lógica de acesso, inclusão ou exclusão nos serviços de saúde.

Finalmente, no capítulo VI, desenvolvo a análise comparativa entre os comportamentos e as práticas socioculturais relacionadas à saúde dos homens nas cidades de Campos e de Maputo, refletindo sobre os processos de socialização masculino-infantil e da construção social da masculinidade hegemônica, buscando perceber como esses processos se desenvolvem e determinam na saúde/doença do gênero masculino. Para tal, são comparadas as narrativas de profissionais de saúde e usuários dos gêneros masculino e feminino.

CAPÍTULO I. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste primeiro capítulo apresento descritivamente os procedimentos metodológicos que nortearam o recorte do objeto da pesquisa, as aventuras do campo empírico no que concerne às técnicas de coleta de dados e o contato com os entrevistados nas cidades de Campos dos Goytacazes e de Maputo, os desafios, as dificuldades atravessadas e as experiências colhidas no campo empírico, que deram corpo a este trabalho, assim como apresento os processos de tratamento de dados.

a) Metodologia

Quanto à metodologia, adoto à abordagem qualitativa, por se ocupar com um nível de realidades que “não” podem ser e/ou que são de difícil quantificação, pois, ela “trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2013, p. 21) e dos comportamentos de atores sociais, imensuráveis estatisticamente, cujo tratamento metódico requer a aplicação de técnicas de compreensão e interpretação (WEBER, 1979). O método qualitativo, de acordo com Richardson, é o procedimento que tem como escopo:

Descrever a complexidade de um problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de um determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 80).

Nesse sentido, a metodologia qualitativa permite compreender e examinar comportamentos peculiares e típicos associados à masculinidade, cujos efeitos “colaterais” incidem sobre a saúde dos homens. Tais comportamentos são formas elementares de práticas socioculturais que geram uma série de interferências no funcionamento normal do estado biológico da população masculina. E para compreender e nomear os processos socioculturais que causam mudanças operacionais do corpo da população masculina, é necessário, analisar os significados que os homens atribuem ao estado funcional do seu próprio corpo, da sua saúde e como é que as instituições, os profissionais de saúde e os usuários, compreendem e lidam com as questões da saúde dos homens. Tal como postulam Deslandes e Romeu (2007), as diferentes formas de

interpretar os significados das ações humanas direcionam boa parte do investimento da pesquisa qualitativa, por isso, creio que, recorrendo a certos mecanismos de interpretação subjetiva, será possível capturar os sentidos que engendram a visão cognitiva dos homens em relação aos serviços de saúde e ao autocuidado.

Relativamente aos comportamentos associados à masculinidade, Weber (1973), afirma que o sentido da conduta só pode ser compreendido em função dos valores em que ele se inscreve. Tais sentidos encontram-se impressos nas dimensões cognitivas e nas crenças que os homens internalizam, resultantes da reprodução de práticas, hábitos e costumes do mundo da vida (SCHUTZ, 2012), cuja missão das ciências sociais consiste em compreender e interpretar a partir das interpretações dos atores sobre os fatos, práticas e concepções (DESLANDES E ROMEU, 2007) que eles produzem nas suas relações com seus semelhantes. Essa maneira de representar os sentidos das relações sujeito-objeto, ou seja, homens-saúde-doença, permanece intrigante, não porque as pesquisas mostram maior índice de morbimortalidade dos homens em comparação com as mulheres (BRASIL, 2008), mas justamente, pelo fato de transparecer que os homens “naturalizam” a sobrevivência de entidades estranhas dentro do próprio corpo: as enfermidades.

A antropologia da saúde oferece ricos subsídios teórico-conceituais para o campo da “pesquisa qualitativa no âmbito dos serviços de saúde por ter amadurecido inúmeros estudos que incluem os processos de: 1) reconhecer culturalmente a doença e o doente; 2) produzir explicações para as origens dessa doença ou do sofrimento físico ou mental; 3) escolher, buscar, receber, promover e avaliar as ações terapêuticas” (DESLANDES E ROMEU, 2007, pp. 110-111).

Tradicionalmente, a biomedicina toma o corpo, no binômio saúde-doença, como seu objeto inalienável no campo de investigação, diagnóstico, intervenção, cura e recuperação - como parte das disciplinas das ciências naturais -, ela encontra, na metodologia quantitativa, ferramentas indispensáveis para explicar o fenômeno saúde-doença-cura. O que é questionável nesse processo, é que, segundo as observações de Martínez e Bosi (2007), o modelo hegemônico da biomedicina relega a subjetividade a um plano secundário, apesar de esta produzir informações explicativas sobre a maneira, pela qual, o paciente traduz as significações culturais do que ele entende por saúde ou doença. Ainda segundo ambos os autores, a área científica da saúde é, ainda hoje, fortemente controlada por pesquisadores orientados pela tradição positivista. Estas conclusões são sustentadas pelo fato de o poder biomédico privilegiar obsessivamente a metodologia quantitativa.

E as ciências sociais entram “num embate direto com o positivismo [e], a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende-a como constitutiva do social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais” (MINAYO, 2013, p. 23). Por isso:

Trata-se de um domínio eminentemente interdisciplinar, a pesquisa qualitativa em saúde convive com a inevitável sobreposição entre as disciplinas e a conseqüente diversidade, [...] um conjunto de premissas de natureza epistemológica, ontológica e política, algumas já aqui indicadas: crítica e oposição ao modelo positivista de fazer ciência, entender a realidade e propor alternativas de solução. Nesse âmbito, identifica-se uma clara oposição a concepção positivista na qual se reconhece a existência de uma realidade única, objetiva e externa ao investigador a quem cabe desvendá-la. Na perspectiva daqueles que aderem à postura qualitativa, assume-se a inexistência de uma realidade postulando-se múltiplas realidades, produtos da forma como os indivíduos, grupos ou coletividades percebem, interpretam e atuam no mundo (MARTÍNEZ E BOSI, 2007, p. 38).

A sociologia compreensiva agrega ao campo da saúde do homem valores estatisticamente quantificáveis e não quantificáveis, advoga a relevância de valores subjetivos e socioculturais para melhor interpretação de fenômenos causais e de significações da representação da doença, dos sentimentos emotivos, da dor, de papéis relativos ao poder de gênero, da virilidade, da religiosidade e de outras crenças que orientam, direta ou indiretamente, a visão cognitiva dos homens sobre a própria saúde e os serviços oferecidos.

Como se trata de uma pesquisa que compreende dois campos empiricamente distintos (Maputo e Campos dos Goytacazes), com elos e contrastes socioculturais – como veremos - faz-se necessário, o uso do método comparativo, porque, ele permite trazer à tona, semelhanças e contrastes entre grupos sociais inseridos em contextos díspares. De acordo com Schneider e Schmitt (1998), o método comparativo permite ao pesquisador descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicitando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais.

A relevância do método comparativo, na sociologia, foi demonstrada também por Durkheim (2007), em “*As regras do método sociológico*”. Este autor examinou diversos métodos, tais como: dedução; indução; ideológico; dialético; experimental; comparativo; histórico. Apesar de ter destacado a validade científica de todos eles, defendeu o método comparativo para a apreensão explicativa de “fatos sociais”, da qual, ele, como sociólogo,

buscou estabelecer regras relativas à observação de fatos e tipos sociais. E ressaltou o seguinte:

Vimos que a explicação sociológica consiste exclusivamente em estabelecer relações de causalidade, quer se trate de ligar um fenômeno com sua causa, ou ao contrário, uma causa com os seus efeitos úteis. Como os fenômenos sociais escapam evidentemente à ação do operador, o método comparativo é o único que convém à Sociologia (DURKHEIM, 2019, p. 142)

Nesse sentido, o método comparativo permite identificar e tipificar semelhanças e diferenças de comportamentos entre homens profissionais de saúde, por exemplo, com usuários dos serviços de saúde, no que concerne ao autocuidado e aos níveis de frequência, em busca de possíveis causalidades. Tal como possibilita também comparar entre as narrativas de homens e de mulheres, sobre a saúde dos homens e as atitudes que eles tomam quando sentem que a própria saúde não se encontra em estado normal de funcionalidade, e isso implica compreender as causas do adoecimento relativas, principalmente, à condição da masculinidade. Pois, homens e mulheres são socializados, culturalmente, de maneiras diferentes, da mesma forma que profissionais e usuários dos serviços de saúde são duas categorias dotadas de instruções e formações acadêmicas que se distinguem em graus de percepção e interpretação da relação saúde/doença e seus efeitos. Por isso, compreender os comportamentos dessas categorias e compará-los nos leva a aprofundar as similitudes e as diferenças existentes entre elas, permitindo maior interpretação das causalidades que inibem os homens a procurarem os serviços de saúde com frequência.

1.1 Delimitação da pesquisa e justificativa

Compreender e comparar aspectos socioculturais relacionados à saúde dos homens, implica apreender as significações simbólicas do que é saúde-doença, significações essas, que são construídas, de formas variadas, dentro do mesmo grupo dos homens ou entre dois ou mais grupos sociais. Tais grupos podem ou não estar localizados em contextos geográficos e socioculturais semelhantes ou diferentes, o que justifica, entretanto, a análise comparativa.

A esse respeito, o escopo deste trabalho é centrado em análise comparativa de comportamentos socioculturais relacionados à saúde dos homens. Seu campo empírico compreende, entretanto, duas cidades diferentes, nomeadamente: Maputo, capital de Moçambique e Campos dos Goytacazes. A comparação entre uma cidade capital com outra do interior fluminense, justifica-se por seguintes motivos convergentes e divergentes:

a) **Gestão autônoma:** começando com o caso de Maputo, vale ressaltar que no âmbito constitucional, o Sistema Nacional de Saúde moçambicano é político-administrativamente centralizado, cabendo ao Poder Executivo a gestão de todo o sistema de saúde, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas, e assim como a execução de suas ações, com vista o combate às doenças, prevenção de riscos, promoção, proteção, recuperação e acesso igualitário aos serviços de saúde ao nível nacional, exceto no Município de Maputo¹, onde, parte da rede da saúde compete ao poder municipal sua gestão, de acordo com o chamado “Estatuto Especial”² estabelecido pela lei, art. 310, inciso 2, do Capítulo II da Constituição da República, que confere ao Município, a gestão plena do seu sistema de saúde, seus estabelecimentos e prestação de cuidados de saúde aos seus munícipes. E relativamente ao Município de Campos dos Goytacazes, a lei orgânica da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição Federal de 1988, confere aos Municípios brasileiros a gestão plena³ dos serviços e ações de saúde para os munícipes. Nesse contexto, ambos os Municípios convergem e se aproximam no que concerne à autonomia em gestão plena dos serviços de saúde.

b) **Elementos divergentes:** trata-se de dois países com diferentes modelos do sistema de saúde, no âmbito organizacional e prestação de serviços. Apesar das semelhanças existentes entre eles em nível jurídico e constitucional, no que concerne ao direito à saúde gratuita aos cidadãos e ao dever do Estado em garanti-la e provê-la, ambos divergem no tocante as políticas de saúde pública focalizadas e baseadas nas relações de gênero, nesse contexto, os dois municípios pesquisados apresentam diferenças consideráveis. Maputo não dispõe de política ou programa de saúde voltado aos homens a partir da perspectiva de gênero.

¹ Capital de Moçambique, situada na margem ocidental da Baía de Maputo, no extremo sul do país, perto da fronteira com a África do Sul e, da fronteira com a Suazilândia, com uma população de 1.101.170 habitantes.

² <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Governo/Funcao-Publica/Legislacao>. Acessado em 19/10/2019

³ Abordarei este assunto com mais detalhes no Capítulo IV onde apresentarei a organização do SUS.

c) Outros motivos que me levam a comparar as práticas socioculturais de sujeitos beneficiários dos serviços de saúde de ambas as cidades, são de cunho de intercâmbio de experiências que também têm a pretensão de immortalizar as minhas relações acadêmicas e sociais construídas a partir das terras dos Goytacazes, as quais, considero-as não menos importantes, porque são relações atreladas à própria minha condição como aluno estrangeiro. Partindo dessa perspectiva busco (i) colocar, em diálogo e em mútua reflexão, experiências e vivências socioculturais entre duas sociedades, geográfica, econômica e politicamente assimétricas; (ii) outro aspecto importante, seria, demonstrar a contribuição do conhecimento científico adquirido ao longo do curso e o lugar da universidade como instrumentos unívocos para a formação e produção de saberes capazes de oferecer novos caminhos e subsídios para o aperfeiçoamento das demandas da população masculina no âmbito de prestação de cuidados de saúde.

d) Vale lembrar que, Brasil e Moçambique são entre os países colonizados por Portugal. Essa relação histórica que remonta ao século XVI, época colonial, resultou, na contemporaneidade, em sociedades com semelhanças raciais e socioculturais. As aproximações, entre as sociedades brasileira e moçambicana, podem ser evocadas também em outros campos políticos, por exemplo, ambos os países são membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) com fortes relações bilaterais em diferentes áreas de desenvolvimento⁴.

No tocante ao recorte do grupo alvo, enfoco os homens, heteronormativos, entre 29 a 59 anos de idade - a chamada fase adulta. E a escolha deste universo justifica-se pelo fato de que após a revisão bibliográfica e documental sobre os modelos de sistemas de saúde brasileiro e moçambicano, observei que, são modelos que adotaram, historicamente, uma matriz de prestação de cuidados médicos mais voltada à saúde da mulher, materno-infantil e idoso. Por via disso, surgia a seguinte pergunta: e os homens na fase adulta, não necessitam de uma atenção especial?

Desta forma percebi que os programas de saúde prestam mais atenção aos homens nas chamadas “primeira” idade (infância e juventude); e “terceira” idade (idoso).

⁴ E no setor de saúde, ambos os países estabeleceram relações bilaterais, no chamado cooperação Sul-Sul, na década de 2000 e no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP. Entre as instituições brasileiras envolvidas nessa cooperação, destaca-se a Fiocruz (MITANO, et al., 2016). Nessa coordenada, foram identificadas cinco áreas de cooperação: pesquisa, ensino, vigilância, informação e comunicação, mais outro projeto para a criação de Banco de Leite no Hospital Central de Maputo (BRASIL, 2008d).

Enquanto que a “segunda” idade (fase adulta), teria suas especificidades e demandas, politicamente pouco problematizadas.

Brasil, ao lançar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2008, passa a problematizar institucionalmente a saúde integral dos homens ao lado de grupos sociais – mulher, criança, adolescente e idoso - considerados socioeconomicamente vulneráveis (NASCIMENTO, et al., 2011). A PNAISH reconheceu, não apenas as demandas e especificidades dos homens e das masculinidades, mas também o fato de eles representarem parte dos problemas da saúde pública. Com base nisso, essa política estabelece que, para prover melhor saúde à população, é necessário incluir os homens – na fase adulta – e as suas demandas nos programas de saúde. Desse modo, a PNAISH focaliza a faixa etária entre 20 a 59 anos de idade, que integram duas fases, a juventude e a adulta, as quais, suas demandas começaram a ser problematizadas de maneira focalizada e integral após a aprovação da PNAISH (BRASIL, 2009b). Assim sendo, a delimitação da faixa etária, de 29 a 59 anos de idade, como grupo alvo desta pesquisa, visa focar somente os homens na fase adulta.

No caso de **Moçambique**, no que diz respeito à definição de políticas de saúde pública com base na classificação da faixa etária e gênero, o Sistema Nacional de Saúde é estruturalmente verticalizado e prioriza quatro tipos de programas: (I) saúde materno-infantil, (II) saúde da mulher, (III) saúde da juventude e, (IV) saúde do idoso, de acordo com os objetivos dos Planos Estratégicos do Setor da Saúde (PESS I, 2001-2005; PESS II, 2007-2012; PESS III, 2014-2019). Em outras palavras, Moçambique não dispõe, até o presente momento, de algum programa ou política focalizada para atender integralmente as especificidades e demandas dos homens, exceto um programa voltado aos homens, subscrito na política de combate a HIV/AIDS, denominado: Programa Nacional de Circuncisão Masculina, aprovado em 2013 (IMASIDA, 2015).

Em suma, tanto em Moçambique como no Brasil, percebe-se que políticas e programas de saúde focalizados aos quatro grupos sociais – mulher, criança, adolescente e idoso - não são recentes e alcançaram patamar de referência em termos de promoção e implementação. Por estas motivações se justifica, neste trabalho, a seleção do objeto pesquisado: a saúde dos homens na fase adulta.

1.2 Técnicas de coleta de dados

Segundo Nunes (1978, p. 10), “enquanto estudante, o analista provavelmente acultura-se com concepções normativas do método científico na medida em que é introduzido nas técnicas pertinentes à investigação social enquanto corpo de referência normativo”, tais técnicas são consideradas imprescindíveis para a coleta de dados, à testagem das hipóteses, à análise das frequências dos fenômenos e à elaboração dos resultados. Seguindo esse trilha clássico, faz-se necessário, referir que, o desenvolvimento deste trabalho contou com as seguintes etapas estruturantes: (i) Análise bibliográfica; (ii) Trabalho de campo e; (iii) Análise/tratamento de dados.

A coleta de dados e a realização da pesquisa de campo precedeu, antes de tudo, com a elaboração do roteiro das entrevistas e o preparo de outros instrumentos auxiliares, tais como, o gravador de voz, o bloco das anotações e a descrição prévia das características dos entrevistados. No que diz respeito ao tipo de entrevistas, optei por estruturadas, com foco em duas categorias: profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Estas categorias apresentam diferenças óbvias, quanto à familiarização, ao conhecimento e à interpretação de políticas e sistemas de saúde; diferenças quanto à percepção sociocultural de significações representativas do binômio saúde-doença. Nessa ordem de ideias, o roteiro elaborado apresenta questões focalizadas, formuladas para atender as particularidades de cada categoria, de cada campo empírico e de acordo com as políticas de saúde de cada país, visando a obtenção de informações e respostas tecnicamente válidas por parte dos informantes.

O roteiro das entrevistas estruturadas apresenta dois tipos de questões: gerais e focalizadas. Essas questões focalizadas têm como objetivo a obtenção de informações sobre as políticas, os planos e os programas de saúde pública de cada país. Por exemplo, aos profissionais de saúde de Campos dos Goytacazes, formulei perguntas (1, 2, 3 e 4, ANEXO II) focalizadas sobre a PNAISH, enquanto que as perguntas específicas (1, 2, 3 e 4, ANEXO I) aplicadas aos profissionais de saúde de Maputo abordam questões sobre o Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS), que é um dos planos “pilotos” do Ministério da Saúde moçambicano. Esse tipo de perguntas, que exige do informante, certo grau de conhecimento, minimamente prévio, sobre políticas de saúde, não foi aplicado para os usuários e, para melhor explanação, eis que apresento as descrições do roteiro e suas devidas diferenças contextuais em três anexos.

- Roteiro - ANEXO I: composto por onze questões, sendo que sete são gerais e as quatro primeiras, formuladas especificamente para analisar o PESS de Moçambique, visando perceber a abordagem e a relação desse Plano com a prestação de cuidados de saúde na perspectiva da diferenciação de gênero e da inclusão. E entre os entrevistados-chave, consta uma das diretoras de um instituto público voltado à gestão de políticas de saúde pública (Quadro 1).
- Roteiro - ANEXO II: composto por onze questões, sendo que sete são gerais e as quatro primeiras voltadas à análise da PNAISH, no Brasil. Esse ajuste das questões dos roteiros justificam os objetivos que me levaram a entrevistar, por exemplo, o coordenador para a implementação da PNAISH, em Campos dos Goytacazes.
- Roteiro - ANEXO III: integra questões gerais, aplicadas aos profissionais de saúde e aos usuários, tanto aos de Maputo como aos de Campos. São questões referentes às dimensões socioculturais, comportamentais, hábitos, costumes, valores e crenças que buscam perceber o que propicia a fraca procura dos homens por serviços de saúde e o autocuidado.

No entanto, essa particularidade apresentada na elaboração do roteiro levou em consideração as diferenças existentes entre as políticas de saúde dos dois países. Por outro lado, visou perceber, de cada sistema, os impactos, fatores e determinantes institucionais que podem ser considerados colaboradores a fraca procura dos homens por serviços de saúde. O que permite fornecer elementos cabíveis a comparação.

Em relação à estratificação dos informantes foi com base em duas classificações que constituíram duas categorias. Classificação por área de formação acadêmica. Assim sendo, os da área de saúde compõem a categoria “profissionais de saúde”, e os com formação acadêmica em outras áreas constituem a categoria “usuários de serviços de saúde”.

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos entrevistados, durante a análise de dados, adoto (1) nomes fictícios, mas que revelam o tipo de gênero, (2) profissão ou especialidade, (3) categoria (usuário) e, (4) cidade do entrevistado. Estas descrições visam garantir o anonimato, comparar analiticamente as falas de acordo com o gênero ou origem dos entrevistados.

Os caminhos empreendidos nesta pesquisa para o acesso às instituições, assim como a coleta de informações e os primeiros contatos que possibilitaram a construção final do seu arcabouço reconhecem que se trata de um objeto que pode ser apreendido, observado e interpretado sob distintas óticas multifacetadas (VARGAS, 2017).

1.3. Seleção criteriosa dos entrevistados e o tratamento de dados

Em pesquisas qualitativas, os entrevistados podem ser selecionados com base em princípios de heterogeneidade ou homogeneidade (NICOLACI-DA-COSTA, 2007), com vista a atender os objetivos almejados. Neste caso, optei por selecioná-los com base em critério de heterogeneidade, porque, de acordo com Nicolaci-da-Costa (2007) e Maxwell (2005), esse critério permite ao pesquisador a maximização do alcance da pesquisa, dado que, informantes com diferentes perfis podem se identificar com ele. Além disso, o princípio de heterogeneidade adota a estratégia de “variação máxima”, que consiste na seleção propositada dos participantes por apresentarem características assimétricas, naquelas descrições que são relevantes para a pesquisa.

Nesse sentido, o critério da heterogeneidade responde tecnicamente os interesses desta pesquisa, que visaram captar percepções multidisciplinares; incorporar visões de sujeitos de diferentes perfis, profissões e lugares geográficos. Esse critério permite, mais uma vez, que o objeto de estudo não seja inferido, apenas, a partir de uma categoria analítica e nem fique reduzido às concepções de uma determinada classe ou gênero. Em outras palavras, ele - o critério - evita que a abordagem da saúde dos homens e a análise de seus comportamentos estejam enviesadas à uma única perspectiva ou apenas às interpretações subjetivas de uma categoria. Por isso, foram selecionados com base em características heterogêneas para deporem sobre o mesmo objeto.

Em relação ao tamanho da amostra, o quantitativo total dos entrevistados, nas duas cidades, não foi previamente fixado, pois, as condições de campo de pesquisas são, as vezes, imprevisíveis e adversas, e em pesquisas qualitativas “números de participantes são raramente estipulados, [preferindo-se a aplicação do critério da] saturação da informação” (NICOLACI-DA-COSTA, 2007, p. 68). Este critério é que pode determinar se as entrevistas realizadas são ou não suficientes para os efeitos da pesquisa. O ponto de saturação refere-se, segundo a autora, quando, após o alcance de uma certa quantidade de entrevistas, o pesquisador começa a perceber que os novos entrevistados fornecem informações quase semelhantes com as daqueles que depuseram anteriormente. Neste caso, as 83 entrevistas feitas nas duas cidades representaram o ponto de saturação.

Apresento a amostra de perfil dos entrevistados em dois Quadros (1 e 2), sendo que o Quadro 1 ilustra a descrição dos profissionais de saúde, suas especialidades, gênero e origem, e o Quadro 2 apresenta as mesmas descrições, mas referentes somente aos usuários. E relativamente a distribuição percentual, ela é baseada no quantitativo total de

cada categoria de acordo com o campo empírico. E vale salientar que, a distribuição desproporcional do quantitativo dos entrevistados, entre ambas as cidades, se deve ao fato de a banca examinadora ter deliberado, unanimemente, que a pesquisa fosse comparativa após a conclusão do trabalho do campo empírico.

Quadro 1. Amostra (%) de perfil de profissionais de saúde entrevistados nas duas cidades (Campos dos Goytacazes e Maputo)

Profissão		Campos dos Goytacazes				Maputo			
Descrição	Especialidade	Gênero		Total	(%)	Gênero		Total	(%)
		M	F			M	F		
Médico	Urologia	9	0	9	32,14%	0	0	0	0,00%
	Proctologia	1	0	1	3,57%	0	0	0	0,00%
	Cardiologia	0	0	0	0,00%	1	1	2	6,90%
	Clínico geral	3	0	3	10,71%	4	1	5	17,24%
	Psiquiatria	0	0	0	0,00%	2	0	2	6,90%
	Ortopedia	0	0	0	0,00%	1	1	2	6,90%
	Cirurgia	2	0	2	7,14%	1	0	1	3,45%
Enfermeiro	...	2	4	6	21,43%	5	6	11	37,93%
Psicólogo	...	1	1	2	7,14%	0	0	0	0,00%
Agente de saúde	...	0	3	3	10,71%	2	2	4	13,79%
Gestor	Saúde pública	0	0	0	0,00%	0	1	1	3,45%
Técnico de enfermagem	...	0	2	2	7,14%	0	1	1	3,45%
Total		18	10	28	100%	16	13	29	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2. Amostra (%) de perfil de usuários entrevistados nas duas cidades (Campos dos Goytacazes e Maputo)

Profissão		Campos dos Goytacazes				Maputo			
Descrição	Especialidade	Gênero		Total	(%)	Gênero		Total	(%)
		M	F			M	F		
Professor	Pedagogia	0	0	0	0,00%	3	5	8	44,44%
	Sociologia	0	0	0	0,00%	1	0	1	5,56%
	Educação	0	0	0	0,00%	6	3	9	50,00%
Comerciante	...	1	0	1	12,50%	0	0	0	0,00%
Mecânico	...	1	0	1	12,50%	0	0	0	0,00%
Assistente social	...	0	4	4	50,00%	0	0	0	0,00%
Motorista	...	1	0	1	12,50%	0	0	0	0,00%
Economista	...	1	0	1	12,50%	0	0	0	0,00%
Total		4	4	8	100%	10	8	18	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

A estratificação do grupo alvo (Quadros 1 e 2) obedeceu aos seguintes critérios: A) Formação acadêmica em área de saúde. Esta categoria classifico por profissional de saúde; B) usuário; C) gênero e; D) origem. Com isso, visei incorporar diferentes narrativas que permitam construir um texto etnologicamente polifônico e multidisciplinar, onde depoimentos da categoria B, por exemplo, serão comparados com os da A; narrativas da mesma categoria C serão confrontadas entre elas, dentro de seus subgrupos: Masculino e Feminino. Por isso, os informantes são sujeitos de diversas áreas de especialização. Essas características heterogêneas permitem diferenciar os entrevistados, situá-los no espaço, identificar o estilo de seus discursos em função de sua atuação ou especialização ou gênero e, cruzar suas falas analítica e comparativamente.

A amostra de perfil dos entrevistados (Quadros 1 e 2) apresenta descrições heterogêneas quanto a especialidade, ao gênero e ao lugar dos informantes, não sendo relevante, nesta pesquisa, a homogeneidade dos entrevistados, como por exemplo, combinações quanto a raça, etnia, gênero, classe, tipo de enfermidade, níveis de escolaridades, entre outras características comuns que os entrevistados devem reunir em casos de amostras por homogeneidade (NICOLACI-DA-COSTA, 2007). E eis que apresento as considerações explicativas das categorias que constituem as características dos entrevistados:

a) **Profissional de saúde**

Classifico como profissionais de saúde, neste trabalho de pesquisa, todos aqueles entrevistados que têm formação acadêmica em qualquer área de saúde, onde considero relevante a especialização, visto que a perspectiva analítica de um determinado especialista pode ser diferente com a de outro, de acordo com sua especialidade. Por exemplo, a visão de um urologista, em relação à saúde dos homens, pode ser diferente com a de um cirurgião ou com a de agente de saúde. E nessa classificação “profissional de saúde”, não incluí aquelas profissões, cuja área de atuação está vinculada aos serviços de saúde ou é exercida dentro de estabelecimentos de saúde ou desempenham funções complementares de prestação de serviços de saúde, em suas variadas formas, como por exemplo, os assistentes sociais, que foram entre os entrevistados e que exercem suas funções profissionais dentro de um hospital geral de Campos dos Goytacazes. Estes os classifico como usuários. E do total dos 83 entrevistados, 57 são profissionais de saúde,

representando 68,67%. Desse universo, 28 são de Campos dos Goytacazes e 29 de Maputo.

b) **Usuário**

Relativamente aos usuários, foram no total 26 dos 83, o que representa 31,33%, sendo 8 de Campos dos Goytacazes e 18 de Maputo. E quanto a classificação dos usuários, são todos aqueles interlocutores que não têm formação na área de saúde, mesmo que estejam exercendo funções num setor de saúde. E conforme descrito no Quadro 2, os usuários deveriam ser: a) indivíduos com ou sem formação acadêmica. Essa distinção entre as duas categorias – usuário e profissional de saúde – é justificada pelo fato de as ambas não gozarem dos mesmos privilégios no que concerne à interpretação dos significados do binômio saúde-doença. Porém, essa diferença interpretativa não pressupõe a causa de alta ou baixa procura dos homens por serviços de saúde; b) deveriam ser usuários de serviços de saúde da rede pública; c) para a participação dos entrevistados usuários não era relevante o estado de saúde deles – paciente ou não -, e nem era necessariamente que eles fossem pacientes de alguma unidade de saúde ou estivessem dentro de um estabelecimento de saúde, mas sim deveriam ser indivíduos adultos, sem formação acadêmica na área de saúde. Por isso, alguns eram pacientes, como os que entrevistei no ambulatório da urologia, de um hospital geral de Campos, e outros não se identificavam como pacientes no momento da entrevista, como por exemplo, os assistentes sociais e os servidores de uma Direção vinculada ao Ministério da Educação.

c) **Gênero**

Os entrevistados deveriam ser aqueles indivíduos, homens ou mulheres, adultos, que estabelecem suas relações afetivas com base nos padrões convencionais da heteronormatividade, ou seja, os critérios da seleção dos entrevistados incluem apenas os gêneros: masculino e feminino, não abrangendo outras orientações sexuais, tais como, grupos LGBT. E justifica-se pelo fato de a coleta de depoimentos daquelas – mulheres - que se relacionam afetivamente e observam os homens, dando-os assistência durante o processo de adoecimento, sobretudo na esfera doméstica, serem depoimentos que permitem analisar comparativamente as perspectivas relacionais de gênero, inscritas nos marcos regulatórios da heteronormatividade.

Nessa ordem de ideias, se os homens relatam suas próprias experiências sobre o cuidado de si mesmos, narram suas próprias interpretações cognitivas, percepções subjetivas, vivências e experiências cotidianas que representam, sócio e culturalmente, o binômio saúde-doença, quer dizer que, esses relatos são apreensões subscritas na lógica da autorreflexão discursiva. Porém, a representação dos mesmos relatos pode variar e agregar outros valores e significações se eles forem representados discursivamente por elas. Com base nisso, no domínio referencial de gênero/saúde, estudar os homens implica analisar seus comportamentos, também, a partir de suas exterioridades, de relatos de experiências de suas parceiras. O que permitiu, neste caso concreto, a captação descritiva de variáveis e comportamentos associados tipicamente à virilidade, que abordarei – tais comportamentos – no capítulo VI, onde busco perceber as narrativas das mulheres sobre as condutas dos homens no estado de saúde e doença, cuja sua documentação só foi possível através de depoentes femininos. Isto justifica-se, mais uma vez, porque, pretendo perceber visões antagônicas e perspectivas multidimensionais a partir de sujeitos que representam parte indivisível da vida socioeconômica e familiar dos homens e de sua saúde mental, sexual e reprodutiva.

Dos 83 informantes, foram no total 35 mulheres entrevistadas, 14 em Campos dos Goytacazes e 21 em Maputo. Esse universo representa 42,17%. Enquanto que os homens foram no total 48, o que representa 57,83%, e desse universo, 21 são de Maputo e 14 de Campos.

1.4. As experiências do campo empírico: o caso da cidade de Maputo

Cabe ao pesquisador identificar as oportunidades, as adversidades e os desafios que o campo de pesquisa apresenta para que ele saiba superá-los e em que instituição apresenta condições que podem permitir o acesso aos dados e aos informantes com características previamente estabelecidas, de acordo com os objetivos da pesquisa. Não obstante, quando os informantes são membros de instituições burocráticas, cabe ao pesquisador encontrar mecanismos que o permitam acessá-los.

Nesse sentido, quando comecei o trabalho de campo, na cidade de Maputo, o primeiro desafio foi: como conseguir o contato com os profissionais de saúde? E o primeiro estabelecimento de saúde que coloquei nas minhas prioridades foi o Hospital

Central de Maputo, mas não foi possível acessá-lo por conta de questões burocráticas. Foi motivo de “angústia”, “preocupação”, mas sobretudo, superação. Em busca de alternativas, tive que recorrer a outras instituições compostas por informantes que apresentavam as características preestabelecidas. Essas instituições foram: um Instituto público para a gestão de saúde pública; um Instituto superior voltado à formação de profissionais de saúde; uma Direção vinculada ao Ministério da Educação e; um posto de saúde.

Porém, mesmo assim, para poder acessá-las tive que montar estratégias e técnicas, tal como afirma Pinto (1996), o obstáculo que enfrenta o sociólogo, tem que ver, não tanto ao tipo de complexidade inerente ao objeto pesquisado, mas, sobretudo às condições em que se processa seu estudo, no campo empírico, diante das instituições ou do grupo observado. Por isso, Becker (1993, p. 95) sugere que “o pesquisador tem que experimentar, usando aquelas táticas que parecem ter maior probabilidade de trazer à tona o tipo de informação desejada”, principalmente quando se tem em conta que as informações estão e são protegidas por instituições burocráticas e/ou os informantes são funcionários cercados por medo de fornecer as informações.

Em Moçambique, a Lei de direito à informação foi aprovada em 2014, nove anos depois de a proposta ser submetida à câmara dos deputados, fato que até então, não se registrou mudanças concretas, prevalecendo ainda, dentro das instituições governamentais, a cultura de restrição de acesso à informação. E para superar essas barreiras institucionais, optei por aplicar duas técnicas, a partir das quais, consegui chegar aos entrevistados: “sistema de fiador” e “técnica de bola de neve”.

Em relação ao sistema de fiador, segundo Barros (1978), o “fiador” é um indivíduo que serve de ponte entre o pesquisador e o informante ou a instituição pesquisada. Ele exerce, tecnicamente, um papel preponderante que tem como objetivo facilitar ao pesquisador o acesso aos dados e aos informantes. E esta técnica foi muito útil para a obtenção das informações desta pesquisa, que foi realizada nos meses de julho e agosto de 2017. Ao fazer recurso a essa técnica, foi possível ter contato com um ex-ministro da saúde e com uma das diretoras de um instituto público para a gestão de saúde pública, e as demais instituições, das quais, apliquei as entrevistas, usei o mesmo instrumento técnico.

A segunda técnica versava na maximização dos novos contatos para a geração de outros, a chamada “técnica de bola de neve”, que consiste em os entrevistados selecionados convidarem novos participantes de suas redes de amizade. Juliana Vinuto

(2014) em “*A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto*”, salienta as vantagens e validades que a “técnica de bola de neve” tem para acessar determinados grupos de difícil contato. A autora afirma que, “a amostragem em bola de neve mostra-se como um processo de permanente coleta de informações” através das redes de relacionamento dos entrevistados identificados que vão gerando outros participantes, “sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação” (VINUTO, 2014, p. 204).

As duas técnicas: “sistema de fiador” e “bola de neve”, permitiram-me o acesso às instituições e aos entrevistados na cidade de Maputo, numa altura em que a minha preocupação era crescente diante de dificuldades que se amontoavam em cada tentativa. E eis que prossigo apresentando as experiências colhidas durante o trabalho de campo.

Após minha chegada a cidade de Maputo, no dia 05 de julho, o telefone toca. Era a secretária de uma das diretoras do Instituto público, que ligava para confirmar o agendamento da entrevista junto com a diretora, para o dia 10 de julho, pelas 14hr. Foi uma resposta dada a um pedido formal que eu tinha submetido àquela instituição, antes da minha viagem a Maputo. E no dia da entrevista, cheguei meia hora mais cedo, mas havia cinco pessoas na fila, aguardando pela mesma representante. Após ter passado duas horas de espera, fui chamado quando eram 16hr. A entrevista durou aproximadamente 40 minutos. E os objetivos, pelos quais, selecionei esta entrevistada, é que seria uma informante que possibilitaria a obtenção de informações, tanto sobre as questões relacionadas à política de saúde pública moçambicana, como também, sobre as práticas socioculturais.

O segundo grupo dos entrevistados foram alguns servidores públicos de uma Direção vinculada ao Ministério da Educação. Meu contato com eles foi através de um “fiador”, também funcionário da mesma Direção. O meu maior objetivo, ao acessar aqueles servidores, consistia em conseguir entrevistar maior número possível de informantes, na categoria de usuários de serviços de saúde, conforme os critérios de heterogeneidade. A Direção fica num edifício enorme, com grande fluxo de pessoas. Dois elevadores facilitam o acesso do público, mas somente um estava em operação, e para acessá-la era sempre necessário enfrentar uma fila.

Para chegar a um número razoável de informantes, servidores daquela Direção, foi a partir do sistema de bola de neve, que exige, *a priori*, o preparo prévio do “terreno” para jogar a “semente” inicial, e foi o que o “fiador” fizera antes de eu começar a ter o contato direto com os entrevistados. Primeiro, ele foi conversando com seus colegas e

alguns chefes de gabinetes sobre o trabalho que eu estava desenvolvendo e a relevância da participação deles. Feito isso, ele marcou o meu primeiro contato com alguns entrevistados, para o período da manhã do dia 10 de julho, entre 10 as 13hr, e neste dia consegui agendar com a maior parte deles para entrevistá-los nos dias seguintes. E no período da tarde desse mesmo dia, eu tinha a primeira entrevista confirmada com uma das diretoras do então Instituto público.

Em relação as entrevistas aplicadas aos servidores da Direção, na categoria de usuários, começaram no dia 12 de julho, quarta-feira, pelas 11hr da manhã, e eis que relato, de maneira sucinta, alguns episódios que marcaram a minha relação com os entrevistados.

A primeira entrevista que apliquei naquela Direção foi com uma servidora, pelas 9:30 da manhã do dia 12 de julho, a participante ficou receosa, apreensiva e preocupada. Logo sinalizou que estava indisposta a prestar qualquer depoimento atrelado a questões políticas da instituição e em seguida, pediu inteirar-se do conteúdo do roteiro das entrevistas (ANEXO III). Tive que tranquilizá-la acerca do teor da pesquisa. Introduzi a conversa abordando sobre a saúde pública e coloquei breves questões sobre a saúde dela, nesse momento percebeu que o assunto tinha como objetivo explorar sua experiência e visão no campo da saúde. Outra participante teve também uma exigência semelhante com a da primeira, estava preocupada com teor do roteiro e precisou, antes de entrevistá-la, saber o teor das questões.

Já na quinta-feira, 13 de julho, quando cheguei à Direção, pelas 12:30, o participante estava numa missão, tive que aguardá-lo durante duas horas. Era um dos chefes de um dos setores, e quando eram 14:45, começamos com a entrevista, mas não permitiu que fosse gravado. Para sexta-feira, 14 de julho, tinha agendado com três servidores, no 11º andar do mesmo edifício, a partir das 9hr da manhã, onde dois deles ocupavam cargos de chefia. Mas nem sempre os selecionados demonstravam disponibilidade e disposição para contribuir, foi no caso de um dos chefes que recusara de prestar qualquer depoimento. Outro participante, professor de sociologia e pesquisador, exigiu-me a apresentação de credencial, e eu, não sendo funcionário, não a portava. Naquele momento, vi a necessidade de “confrontá-lo” e contrapô-lo, fazendo-lhe lembrar dos efeitos da burocracia e da cultura institucional que dificultam o acesso à informação, mesmo sendo um direito do cidadão, garantido pela constituição, e isso impacta negativamente na produção científica. Depois de uma conversa de poucos minutos, ele entendeu e se colocou à disposição. No fim da entrevista, percebi que ele foi

o participante que se expressou com muita tranquilidade, sem medo, e chegou a abordar questões políticas e assuntos que me interessavam, mas sem que eu o tivesse perguntado.

A sensação de medo de prestar declarações a respeito de assuntos públicos e institucionais é o que caracterizava quase a maior parte dos entrevistados. Uma provável denúncia à falta de “liberdade de expressão” e ao controle “excessivo” da informação. Mas, mesmo assim, registro a colaboração positiva daqueles servidores, pois ela culminou com 16 entrevistas.

A terceira instituição acessada, foi um posto de saúde com ações voltadas ao ativismo e combate a HIV/AIDS, ofertando serviços assistenciais médico-medicamentosos e educação cívica.

Conforme mencionei, em epígrafe, o acesso a terceira instituição ocorreu sob as mesmas técnicas de “sistema de fiador” e “bola de neve”, por se adequarem as condições através, das quais, possibilitaram o acesso as instituições e aos informantes de difícil acesso – os profissionais de saúde. Conforme as constatações de Patrick Biernacki, sociólogo americano e professor da Universidade Estadual de San Francisco e Dan Waldorf, do Pacific Institute for Research and Evaluation, americano (1981) a técnica de bola de neve é adequada para uma série de fins de pesquisa e é particularmente aplicável quando o foco do estudo é uma questão sensível, e exige o conhecimento prévio de pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar e indicar pessoas para o estudo.

Com base nessas técnicas e métodos, foi possível entrevistar os profissionais do posto. O primeiro meu contato foi com a gestora de projetos, pelo telefone, no dia 13 de julho, e no dia 17 tive encontro direto com ela para lhe explicar sobre a pesquisa e os motivos, pelos quais, me levaram a contatá-la. A reação dela foi positiva, mas não foi possível entrevistá-la devido a outros compromissos, mas ela lançou a “semente” e pediu a outra colega, - uma senhora aparentemente da terceira idade, que a denomino por Angélica (nome fictício) - para que indicasse outros colegas profissionais de saúde para participarem da pesquisa. Ela fez a bola de neve crescer. A Angélica trabalhava nos recursos humanos e a disponibilidade dela se revelava através das memórias que ela guardava da sua neta que se formara no Brasil. Ela ia contando do pouco que se lembrava e dos presentes que ganhara da neta, situação que lhe causava muita alegria e desejo de um dia conhecer o Brasil.

Durante os dias de trabalho, a Angélica me apresentou a equipe dos profissionais, e como era dos recursos humanos, sabia o cronograma das atividades e da agenda dos

colegas. Quando algum profissional ficava disponível, ela me levava para sua sala e me apresentava. Em seguida agendávamos o melhor dia e horário que o profissional se dispunha para ser entrevistado. O meu contato com a equipe dos profissionais daquela instituição foi caracterizado por excelente receptividade e hospitalidade. Foi possível observar a rotina dos pacientes, entrevistar os profissionais e vivenciar algumas experiências do cotidiano das equipes. Foram cinco dias consecutivos, de 19 a 24 de julho, observando e entrevistando.

As primeiras entrevistas com a equipe daquele posto começaram numa quarta-feira, 19 de julho, pelas 10hr da manhã, com um grupo de ativistas⁵ de saúde, profissionais estes com vasta gama de experiência nos programas de promoção, mobilização e conscientização. Visto que o objeto da pesquisa estava voltado à saúde dos homens, aqueles ativistas não “hesitaram” em relatar suas experiências de campo de conscientização dos homens para a adesão aos serviços de saúde e do uso dos antirretrovirais. Eles contavam situações de resistência, por parte de alguns homens, ao uso de preservativo, resistência à testagem de HIV/AIDS e no combate a outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), evidenciando as dificuldades que eles atravessam para “convencer” os homens sobre a importância de cuidados em saúde.

Apesar de as entrevistas aplicadas junto com os ativistas (agentes) de saúde terem ocorrido de forma separada, eles narravam episódios semelhantes, segundo eles, os homens casados mandam as parceiras para fazerem os testes, e quando o resultado é positivo, a orientação que os ativistas dão, é que os parceiros devem fazer também os mesmos testes, mas eles, na maior dos casos, recusam, permanecem com medo, culpam as esposas e comprometem as relações afetivas, e as vezes, são situações que terminam em violência contra a mulher. Nessas situações os ativistas fazem rotinas de visitas às casas dos casais e um intenso trabalho de conscientização é feito. Segundo eles, a conscientização tem produzido resultados positivos na reconciliação das relações afetivas e baixos resultados na mobilização dos homens para aderirem o tratamento contínuo.

Durante os dias de trabalho observei que naquele posto, a maior parte dos pacientes homens, era idosa, enquanto que entre as mulheres era notável a presença de todas as faixas etárias. Os homens se apresentavam quase “sempre” acompanhados por algum membro da família, sobretudo do gênero feminino. Eles se comportavam discretamente, eram observadores, pensativos e de poucas conversas.

⁵ No Brasil: Agentes de saúde.

O acesso à quarta instituição – Instituto Superior especializado para a formação de profissionais de saúde - também seguiu a mesma estratégia. Foi através de um fiador, ex-representante do primeiro escalão do Ministério da Saúde, mas antes de tudo, tive que marcar encontro com ele, e para demonstrar a relevância do mesmo, falei do foco do meu trabalho e das prováveis contribuições acadêmicas e institucionais que eu esperava dele. Ele pediu para que eu lhe ligasse na segunda-feira, 17 de julho. Pelo telefone, consegui agendar o encontro para quarta-feira, 19 de julho, pelas 14hr, visto que naquele mesmo dia eu tinha agendado com os profissionais do posto da saúde, para o período da manhã.

Um dos principais objetivos que me levava a contatar aquele representante, é pelo fato de que, o meu objeto de pesquisa incorpora discussões analíticas focadas aos programas e planos estratégicos de saúde de Moçambique, e sempre tive a crença que um informante como ele deixaria contribuições enriquecedoras.

Na data e hora marcadas, fui recebido por ele, no seu escritório. Após uma breve introdução sobre a minha pesquisa, ele lamentou não poder me conceder entrevista por motivos profissionais, mas prometeu em contribuir. Ele chamou a diretora acadêmica, autorizou a aplicação da pesquisa junto da equipe do Instituto e ordenou para que ela me desse todo apoio necessário. Seguimos a sala dos professores, a diretora me apresentou os que ali estavam presentes, anotei os contatos de cada um para posteriormente agendar as entrevistas. A estratégia foi válida e a técnica de bola de neve se configurava sempre como tática compatível para ter acesso as instituições burocráticas. Era uma das formas de tentar entrar pelas “portas largas” de uma instituição e isso só ocorre quando o pesquisador consegue montar um “sistema de fiadores”.

A primeira entrevista agendada foi no dia 21 de julho, pelas 9:20 da manhã. A participante era uma professora. Naquele dia, fomos ocupar uma das salas da biblioteca, e depois seguiram outros professores, que também preferiram usar a mesma sala, como no caso dos professores que lecionava a disciplina de saúde e sexualidade, e o de políticas de saúde materno-infantil. Este último, descrevia os problemas de saúde pública moçambicana como uma realidade “relegada” a outros – referindo-se as instituições estrangeiras parceiras do governo, mas que ele não chegou a mencioná-las. Ele tomava o exemplo da malária, que continua sendo uma das doenças que tem dizimado milhares de moçambicanos, tem impactado negativamente no desenvolvimento social e econômico do país, mas que virou um “negócio” rentável. Era com essas palavras que o professor tecia suas críticas as políticas de saúde pública.

A última entrevista ocorreu no dia 31 de agosto. As condições do tempo não eram favoráveis para quem circulava na cidade atrás de informantes, mas foi possível entrevistar mais um profissional de saúde daquele Instituto Superior. Ele confirmara a disponibilidade por Email, após várias remarcações. No dia da entrevista, pelas 11hr da manhã, eu já estava aguardando no Instituto, ao lado da sala dos professores. Ele chegou trajado de roupa social, gravata e uma mala. A roupa clássica era o diferencial entre os professores e alunos daquela instituição. Além disso, as formalidades e tratamentos de cortesia que os alunos preservam e observam com maior rigor ao se dirigirem aos professores chamam outra atenção. Com essa entrevista atingia, entretanto, o referido “ponto de saturação” que colocava o fim do trabalho das entrevistas.

1.5. Entrando no campo de pesquisa na cidade de Campos dos Goytacazes

O trabalho de pesquisa de campo realizado na cidade de Campos seguiu os mesmos procedimentos técnicos, acima mencionados, apesar de o meu acesso a principal instituição - Hospital Geral -, na qual, realizei as entrevistas, ter ocorrido através de um pedido formal dirigido ao diretor geral, mas o acesso aos profissionais de saúde de diferentes especialidades foi possível através do sistema de bola de neve. A segunda instituição acessada foi uma Clínica, onde eu conseguira agendar, facilmente, as entrevistas com os profissionais da instituição, por conta de uma indicação, sendo esta uma das razões que me levou a procurar os agentes da clínica, pois, eram todos eles especializados em urologia. A Clínica fica localizada no centro da cidade. E a pesquisa empírica ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2017.

Foi no dia 17 de novembro, pelas 8hr da manhã, que me dirigia a recepção do Hospital, depois fui encaminhado para a secretaria. Submeti o pedido, e após uma breve conversa, a secretária me contou que o corpo diretivo e alguns profissionais estavam num auditório para a abertura da campanha “Novembro Azul”⁶. Ela me levou até ao auditório e me apresentou o coordenador para a implementação da PNAISH em Campos. Naquele momento o coordenador estava muito atarefado e não pôde me dar atenção. Depois da abertura oficial e das falas dos participantes, fui novamente ter com ele. Falei sobre meu objeto de pesquisa e o que causou a minha presença naquele lugar. Mostrei-lhe o

⁶ Abordarei sobre Novembro Azul com maior profundidade no capítulo III.

documento que eu trazia em mão que precisava de autorização do diretor para fins de pesquisa. Foi quando ele me levou diretamente ao escritório do diretor geral e este deferiu o documento.

Com aquele documento, parecia que eu andava com um “amuleto” em mãos, em forma de chave que abria “todas” as portas dos ambulatórios. Estava gravada nela uma expressão “mágica” que derrubava os obstáculos, que dizia: “*autorizado a realizar pesquisa no ambulatório do hospital geral*” assinado e carimbado. O dia 17 de novembro foi marcado por uma “luz verde” no fundo do túnel, que anunciava um “bom” começo, pelas conquistas daquele dia, tais como: deferimento do meu pedido para fazer pesquisa; contato com profissionais de saúde, entre eles, o coordenador para a implementação da PNAISH, informações relativas ao cronograma de consultas e exames médicos oferecidos exclusivamente ao público masculino, alusivos ao Novembro Azul.

Nesse mesmo dia, assisti a campanha organizada pelo hospital para a promoção e conscientização da saúde do homem, o chamado “Novembro Azul”, com o lema: “*Cuidar da Saúde também é Coisa de Homem. Aceita o desafio?*”. O evento acontecia em um dos auditórios do hospital, onde os equipamentos de som e o ar condicionado estavam com problemas, situação que acabou atrasando o início do evento. O Diretor Geral foi o primeiro a discursar, pedindo desculpas pelo imprevisto, depois seguiram a coordenadora do hospital, o coordenador da implementação da PNAISH em Campos e os demais palestrantes, constituídos por três urologistas e um médico clínico geral. Minhas observações diretas, naquele espaço e público, objetivavam em perceber o perfil profissional dos palestrantes, os temas apresentados, a metodologia aplicada, o discurso e a linguagem, objetivos gerais e específicos, lições e experiências das campanhas do Novembro Azul e o perfil dos usuários.

Depois de terminar a palestra, pelas 12hr, tive a oportunidade de conversar com os palestrantes e alguns usuários que formavam uma fila para a marcação da realização de vários exames urológicos, entre eles, o de rastreamento de câncer de próstata, para os dias 21, 25 e 29 de novembro, das 8hr às 14hr.

O meu trabalho de campo, naquele hospital, começaria logo, pelas 8hr da manhã de segunda-feira, 18 de novembro. E diante de várias entradas do hospital, procurei àquela que, comumente dá acesso ao público em geral. Na entrada o servidor do hospital exige a identidade e faz a triagem, orientando e fornecendo informações aos pacientes. Como a minha ida àquele hospital não era por motivos de saúde/doença, o servidor não sabia para

onde poderia direcionar o meu caso. Pedi-lhe que me direcionasse a qualquer ambulatório e de lá eu seria melhor encaminhado.

Fui atendido por uma assistente da unidade clínica geral. Apresentei-lhe o documento de autorização e ela me facultou algumas informações básicas referentes a localização de outras unidades ambulatoriais onde eu poderia ter acesso a outros profissionais de saúde e informações sobre o horário de funcionamento e de tratamento de assuntos não ligadas diretamente a questões de saúde, como o caso de aplicação de trabalho de pesquisa. Através dela, foi possível agendar com três clínicos gerais. E eis que prossigo apresentando, primeiro, os relatos registrados durante meu contato com os usuários e por último apresentarei os referentes aos profissionais de saúde.

Como tratava-se da primeira hora do dia, eu já previa a indisponibilidade dos profissionais para me atenderem, mas precisava também de investir no tempo, foi quando coloquei outra estratégia, que consistia em começar a entrevistar os usuários. O primeiro grupo alvo foi, entretanto, o do departamento de assistência social. Naquele dia 18 de novembro estavam três assistentes de plantão. Apresentei o documento de autorização de pesquisa e logo se dispuseram para participarem e contribuir no melhor possível. Uma das preocupações que emergia dentro de mim, como pesquisador, consistia em como conseguir ser aceito e ganhar a simpatia dos informantes. E consegui ultrapassar este obstáculo desde o primeiro dia e logo estabeleci uma relação saudável com a equipe, talvez pelo fato de eu ser um pesquisador “exótico”.

Antes de começar com o trabalho, a equipe teve o interesse de me conhecer melhor: minhas origens, motivo da minha presença no Brasil, meus sonhos, um pouco da cultura africana e moçambicana, sobre religião, língua, elos e contrastes entre o povo brasileiro e moçambicano, foram assuntos que preencheram o primeiro contato e que permitiram maior aceitabilidade e imersão no campo de pesquisa. Foram as assistentes sociais, que exercem suas funções naquele hospital, através das quais, a bola de neve foi crescendo. Elas indicavam outros profissionais.

Durante os dias 21, 25 e 29 de novembro, destinados à promoção de serviços especiais da saúde dos homens, de acordo com o cronograma preestabelecido das atividades da campanha “Novembro Azul”, fui interagindo com os usuários, atendidos no ambulatório da urologia, onde os exames e as consultas estavam agendados entre as 8hr às 14hr. Meu encontro com os usuários permitiu-me certo grau de imersão nas suas vidas cotidianas, quando mais eu estimulava a conversa nos assuntos que interessavam a pesquisa, mas nem todos demonstravam disposição para compartilhar suas experiências.

Alguns revelavam “timidez” em certos assuntos, sobretudo os relativos à sexualidade, ao toque retal, ao câncer de próstata, enquanto que outros relatavam momentos trágicos vivenciados por seus entes, membros da família que perderam a vida por causa do machismo e da masculinidade hegemônica que os impediam de procurar por serviços médicos. Outros afirmavam que tomaram decisões de mudar certos comportamentos que dizem respeito ao estilo de vida, a maneira de prestar atenção às doenças e ao autocuidado, como forma de enfrentar os tabus velados por trás da masculinidade como a visão preconceituosa que os homens têm a respeito do exame do toque retal.

Relativamente ao meu contato com os profissionais de saúde entrevistados naquele hospital, aonde eu não conhecia ninguém, se deu através das assistentes sociais. Minha relação com elas e a importância do papel delas para o sucesso das entrevistas, me lembravam das experiências de trabalho de campo registradas e vivenciadas pelo sociólogo americano, Willian Foote Whyte (2005), apresentadas em “*Sociedade de Esquina*”, obra publicada em 1943, da qual, Whyte revela a importância de Doc, um informante que lhe fora apresentado pela assistente social. O autor afirma que teoricamente começou sua pesquisa empírica quando conheceu Doc, que se tornou um “informante-chave” pela experiência e relação que Doc tinha com as lideranças e com os demais grupos sociais da comunidade de Cornerville. Ele se constituiu o “pontapé” de saída que permitiu a Whyte a constituição de cadeias de contatos iniciais que foram gerando outros contatos.

A técnica aplicada por Whyte, apesar de ele não ter denominado por “bola de neve”, demonstra a validade desta técnica para a sociologia e a pesquisa qualitativa, por possibilitar a imersão do pesquisador no seio do grupo ou categorias pesquisados, tal como fizeram as assistentes sociais do hospital onde desenvolvi o trabalho empírico, apresentando-me os profissionais de saúde dentro das características específicas de acordo com os objetivos da pesquisa, que foram indicando também outros profissionais.

A disponibilidade das assistentes sociais não era apenas imediata, mas também produtiva. A título de exemplo, no dia 22 de novembro foi possível entrevistar dois psicólogos, três enfermeiros e uma agente de saúde como resultado da colaboração delas, lembro que, quando eram 9hr da manhã, duas delas se dispuseram a verificar a lista de prontuário médico, e em seguida agendar as entrevistas com os que estavam de plantão. Fiquei aguardando na sala conversando com a terceira assistente social e de repente a primeira retorna, informando que conseguira agendar com os três enfermeiros e a agente de saúde para após a hora do almoço. O bloco da enfermaria se localizava na dianteira da

sala de assistência social. A segunda assistente voltou também após ter conseguido marcar com os psicólogos. Após a entrevista com os enfermeiros, um deles me apresentou o cirurgião, com qual marquei para entrevistá-lo no dia 25 de novembro.

Nos dias 21, 25 e 29 de novembro entrevistei os profissionais especializados em urologia. Um deles me indicou os especialistas do Centro Avançado de Urologia, localizado no centro da cidade, durante a primeira quinzena de dezembro de 2017, foi possível entrevistar quatro urologistas daquela instituição. Estes representavam o ponto de saturação, dado que os novos entrevistados revelavam interpretações que incorporavam semelhanças aos sentidos e percepções apresentadas pelos primeiros informantes.

1.6 Os desafios do campo da pesquisa

O ofício de realização de pesquisa de campo, envolvendo diferentes atores sociais, engendra imprevisibilidades, reações inadvertidas, antagonismos, afinidades, empatias ou condições adversas que podem colaborar na geração de facilidades ou dificuldades para o acesso aos dados, as instituições e aos informantes com características previamente estabelecidas.

Nesse sentido, mergulhando na abordagem das dificuldades e desafios que caracterizaram as fases desta pesquisa, devo salientar que, as técnicas de coleta de dados, o sistema de fiador e as técnicas de bola de neve aplicados durante o trabalho empírico se mostraram válidas ao trazer à tona fatos, histórias e experiências dos atores envolvidos, mas, por outro lado, não puderam evitar todos os obstáculos que enfrentei durante minha imersão sistemática no campo de ação. As dificuldades e os desafios fazem parte, por natureza, do percurso do pesquisador, e para contorná-los, Camargo postula que, faz-se necessário, “não perder o fio condutor que dará unidade e consistência informativa ao documento. Disso resulta o princípio de fixar para cada ator uma estratégia” (1978, p. 297) porque os indivíduos revelam visões diferentes e específicas que compõem o seu mundo e seu próprio estilo de percepção.

Prossigo, entretanto, apresentado alguns desses desafios e dificuldades que caracterizaram o trabalho realizado nas duas cidades.

a) Maputo

Começando pela primeira instituição – um Instituto público para a gestão de saúde pública - na qual, tive acesso e apliquei a primeira entrevista, onde a principal dificuldade estava relacionada à aquisição de dados públicos. Depois da entrevista, solicitei o fornecimento de dados referentes a saúde pública, sejam eles eletrônicos, estatísticos ou de outra natureza, e lembrei à entrevistada as dificuldades que um pesquisador enfrenta, em Moçambique, por falta de disponibilidade de informações em portais eletrônicos. A tarefa foi incumbida à secretária, que por sua vez, prometeu que entraria em contato comigo, assim que tivesse os dados separados, mas a promessa nunca foi cumprida.

Em relação aos desafios que enfrentei durante as entrevistas e, também, no contato com os servidores da Direção vinculada ao Ministério da Educação, foi concretamente a resistência de alguns entrevistados em depor sem que eu tivesse apresentado a credencial da instituição. Por isso, por mais que o pesquisador consiga construir uma cadeia de informantes previamente dispostos a deporem, como resultado da interferência do fiador, isso não garante a remoção de todas as barreiras. Neste caso concreto, um dos servidores que aceitara ser entrevistado, exigia a apresentação de credenciais por parte do pesquisador. Ele não escondeu seu desconforto e não hesitou em tecer críticas. Percebi que era um momento de teste do termómetro do pesquisador no uso de suas habilidades metódicas para a obtenção de informação “protegida” e de extrema importância, mas “tais dificuldades nada surpreendem pois simplesmente demarcam os limites do depoimento, seja em função de uma história de vida ou de uma inserção social” (CAMARGO, 1978, p. 298).

Portanto, nem sempre o sistema de fiador, garante ao pesquisador, credenciais de acesso a todos os informantes. Esta constatação surge depois de algumas tentativas fracassadas para acessar o Hospital Central de Maputo, aplicando ainda a mesma estratégia.

Um dos cenários que marcou profundamente a minha relação com os entrevistados do Instituto Superior, ocorreu no dia 21 de julho. O céu estava nublado e caía muita chuva. As entrevistas tinham sido agendadas para as 9hr da manhã, e eu cheguei 20 minutos depois da hora marcada, com a roupa do corpo parcialmente molhada. Sorte que a primeira profissional estava ainda disponível. Terminada a entrevista, pedi

para que me fornecesse qualquer dado eletrônico ou bibliografia nacional sobre o assunto em questão. E ela orientou-me a buscar no Google.

Minha preocupação era crescente porque já tinha feito vários pedidos, mas nenhum gestor ou professor ou profissional de saúde havia atendido favoravelmente e por incrível que pareça, mesmo depois de várias idas e voltas à própria secretaria do Instituto Superior - que havia prometido desde o primeiro dia da minha solicitação -, nada fizeram além de renovar a promessa, até o dia do meu retorno ao Brasil, sem resposta positiva. Mas, nem sempre uma experiência malsucedida representa a regra do jogo.

Dados disponíveis, por exemplo, no portal eletrônico do Ministério da Saúde⁷, sobre os inquéritos de saúde, que apresentam um panorama geral do perfil epidemiológico da população, eram referentes ao ano de 2011. Além disso, o portal dispunha de pouca informação atualizada. Apesar de o Ministério não ser a única instituição que produz, processa e divulga dados sobre a saúde pública, o acesso à informação e a esses dados continua representando um grande desafio.

As dificuldades e os desafios que enfrentei durante o trabalho de campo, nas instituições da cidade de Maputo, me permitiram chegar a seguintes observações.

A) Falta de aperfeiçoamento da lei do direito à informação impacta negativamente a realização de trabalhos de pesquisa. E as instituições protegem sistematicamente os dados enquanto permanecer a incerteza sobre que maneira o pesquisador relatará os fatos observados ou interpretará as informações coletadas.

B) As instituições têm maior receptividade e aceitabilidade daqueles pesquisadores que os denomino por “simpatizados”, cujo acesso a elas é feita através de fiadores. Parece que um pesquisador “simpatizado” entra pela “porta blindada”, ou seja, através de canais muito flexíveis, possibilitando-lhe o acesso facilitado. O fiador seria uma figura que estabelece uma ponte de acesso, concede ao pesquisador um magnífico instrumento “destruidor” de barreiras. Ele flexibiliza as formalidades e permite, às vezes, “furar fila” sem causar polémica. No entanto, quando me tratavam como pesquisador “simpatizado” sentia certo clima de conforto por parte de quem representa administrativamente a instituição. No entanto, vale ressaltar, que esta técnica de acessar as instituições burocráticas, usada nesta pesquisa, não representa como regra geral ou único meio para acessar as instituições moçambicanas, porém, as formalidades e o cumprimento da lei de

⁷ <http://www.misau.gov.mz/index.php>. Acessado em 25/04/2019.

acesso à informação continuam sendo dispositivos legais e funcionais para esta finalidade.

Olhando pelo perfil dos entrevistados - associado ao lugar de prestígio e “sacramento” dado a essas categorias e classes, em Moçambique -, seria difícil acessá-los (até essa quantidade de 47), por serem entre aqueles profissionais que seguem uma “vida nervosa da cidade”, como afirma Bourdieu (2008), muito compromissados e requisitados o tempo inteiro. Mas só foi possível acessá-los quando as instituições me recebiam como pesquisador “simpatizado”. Que se espera, dele, grau de corporativismo quanto ao tratamento de dados; é visto como familiar capaz de zelar a imagem da instituição. Isto, na minha análise, é o que as instituições idealizam, e nada interfere no trabalho do pesquisador quanto à interpretação sociológica dos dados coletados dentro da ética e dos métodos de pesquisa, uma vez que ele não é, neste caso, um simpatizante, mas simpatizado pelas instituições e que tem o ofício de compreender e interpretar os dados sem tecer juízos de valor.

Se o acesso à informação estiver condicionado, implicitamente, não apenas às leis e normas administrativas da “estrutura governada burocraticamente” (WEBER, 2010), as instituições estatais, como objetos de “conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos” (FOUCAULT, 2014, p. 145), acabam reduzindo o seu próprio papel como fontes insubstituíveis. Lembrando ainda que mesmo sendo tratado como pesquisador “simpatizado”, não tive acesso a dados acumulados por essas instituições. Consequentemente, alguns dados que apresentarei no capítulo V, sobre a análise da política de saúde pública moçambicana, apesar de refletirem a um passado não tão distante, poderiam ser substituídos – caso existam - pelos mais atualizados, mas que não foi possível acessá-los.

b) Campos dos Goytacazes

O meu percurso em busca de dados e informações necessários no campo empírico seguiu um trilha regular sem sobressaltos, sem “conflitos” ou desapontamentos. E esse sentimento comecei a registrar desde o primeiro dia que comecei o trabalho de campo junto com os informantes que constituíram os contatos iniciais para chegar aos demais entrevistados. Não obstante, quando consegui a autorização para fazer trabalho de campo no hospital geral, foi um momento de euforia, pois a conquista simbolizava a remoção de possíveis futuras dificuldades, e realmente ocorreu o esperado.

Uma das dificuldades relevante estava relacionada com a falta de base de dados sobre o contexto local da saúde dos homens com base os princípios e diretrizes da PNAISH. De acordo com o coordenador para a implementação da política em Campos dos Goytacazes, do qual, tive a oportunidade de entrevistar, os desafios que impedem a efetivação concreta das diretrizes daquela política são vários, entre eles, questões ligadas as próprias políticas públicas de saúde, problemas orçamentárias, e outros fatores que ele elencou e que não cabem mencioná-las ou discuti-las nesta seção.

2. ABORDAGEM TEÓRICA: SAÚDE, DIREITOS E HOMEM

O escopo deste segundo capítulo compreende a análise e discussão teóricas do conceito de saúde, a partir de vertentes divergentes e convergentes, produzidas por autores de diferentes campos de saber, refletindo sobre as múltiplas significações de ser “homem”, visando delimitar e nomear os padrões socioculturais que descrevem o tipo de ser “homem” que representa o foco desta pesquisa, assim como apresento as significações que engendram a categoria “masculinidade”, onde a hegemonia e a dominação se configuram como modelo do ser “homem” hetero e viril, àquele que nega os atributos associados à feminilidade e à homossexualidade. Demonstro, por outro lado, as relações que essas significações e padrões socioculturais têm com a saúde do homem. Por último apresento uma breve análise contextual do processo histórico de políticas de saúde pública que culminou com a socialização da medicina e da prática profissional em saúde, destacando as mudanças institucionais que ocorreram no século XX na definição e concessão de direitos à saúde para todos e como é que as demandas de alguns grupos sociais – mulher, criança e idoso – foram ganhando maior visibilidade e atenção das políticas de saúde pública.

2.1. O conceito de saúde em debate

Na contemporaneidade, as discussões teórico-conceituais elaboradas a respeito da definição de saúde⁸ apontam diversos paradigmas paradoxais que contrapõem as concepções clássicas (FOUCAULT, 1966, 2014; SCLIAR 2007). Se a saúde, nos tempos imemoriais, era concebida nos moldes mais simplificados e interpretada através de métodos empíricos clássicos, místicos e religiosos, o que permitia uma abordagem menos “complexa”, na contemporaneidade ela se tornou um fenômeno que desafia os atores sociais, pesquisadores e a ciência em geral. Mas tal complexidade não impede sua mensuração e nem pressupõe a impossibilidade de ser interpretada e conceituada de acordo com a visão racional, na qual, cada sociedade entende e vive a saúde.

O desenvolvimento das ciências sociais, no final do século XVIII, permitiu a elaboração de teoria social da medicina (BATISTELLA, 2007). O ambiente, origem das

⁸ A minha pretensão é discutir e analisar somente o processo dinâmico do conceito de saúde na contemporaneidade, sem objetivo de integrar nessa discussão, o aprofundamento de conceitos de outras dimensões relativas à saúde, tais como: doença, enfermidade, patologia e cura.

causas de doença, deixa de ser o único componente capaz de interpretar a gênese de vetores e a evolução de doenças, por isso, é preciso também entender a saúde nas condições de vida e trabalho do homem onde as causas das doenças podem também ocorrer (SANTOS E FAGUNDES, 2010). Na modernidade, a saúde é concebida como um direito humano fundamental e, o Estado de bem-estar social tem o dever de garanti-la, sendo uma das mais importantes metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM).

No decurso do século XX, observa-se uma mobilização política e econômica em busca de garantia de condições básicas da vida e do bem-estar da população e em defesa dos direitos humanos, onde a saúde e a educação se configuram no cúmulo dos objetivos do chamado “Estado do bem-estar social”, diante dessa realidade, nasce a necessidade de se estabelecer as estruturas e fronteiras conceituais de saúde. Nessa linha de pesquisa, em nível da abordagem institucional, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nesta ordem de ideias, a concepção de saúde é vinculada a certo estado implícito de estilo de vida determinado por condições adversas de cada indivíduo.

O conceito de saúde elaborado pela OMS foi largamente criticado, conforme veremos, por engendrar objetivos ambíguos, assim como por sua natureza utópica a respeito da sua praticidade e da sua concretização plena, vistas como paradoxais à práxis. Diante de diversas críticas, Batistella postulou a seguinte:

Foi apontado o seu caráter utópico, inalcançável. A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar –, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde (BATISTELLA, 2007, p. 57).

Esta observação crítica demonstra que o conceito de saúde deve ser ajustado entre o ideal e o real, em busca de um equilíbrio lógico baseado na conjugação de realidades minuciosas capazes de relacionar evidências empíricas com formulações racionalistas e “buscar sua gênese na fundamentação do paradigma biomédico” (BATISTELLA, idem, p, 52). Essa relação deve servir, *a priori*, como técnica de amostragem que busque examinar a natureza ontológica do corpo, da sua relação com as condições ambientais, sociais e com o seu processo evolutivo. Dessa forma, estaremos reduzindo os níveis do desconhecimento intrínseco a respeito de realidades tácitas, embutidas nas mais

complexas máquinas da natureza (corpo), que continuam desafiando pesquisadores e cientistas sociais, mas que obedece a certa lógica funcional e a estrutura dinâmica irreduzível à perspectiva positivista do conceito de saúde, no sentido formulado pela OMS.

Ainda na mesma linha crítica, Almeida Filho sustenta que:

Na prática clínica e na vida cotidiana, identificamos com frequência indivíduos ativos, social e profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento, auto e hétero-reconhecidos como saudáveis, que, no entanto, são portadores de doenças ou sofrem de agravos, sequelas e incapacidades parciais, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos. [...] Em uma perspectiva rigorosamente clínica, portanto, a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como “ausência de doença” (ALMEIDA FILHO, 2000, pp. 7-8).

Não obstante, o diagnóstico do estado de saúde-doença de um indivíduo não depende exclusivamente de sua submissão aos exames médicos ou clínicos. Porém, as evidências empíricas da relação saúde-doença nos podem revelar que a continuidade da prestação de serviços de saúde – em alguns casos - é determinada pelos resultados clínicos e laboratoriais relativos à condição sadia ou patológica do indivíduo, sendo que, há casos em que o sujeito é declarado clinicamente em “ótimo” estado funcional físico e mental, limitando-se e/ou interrompendo-se todo o processo terapêutico, enquanto o próprio sujeito se queixa por uma série de dores ou incapacidades. A avaliação de riscos e a mensuração da saúde de um sujeito se deparam com um dilema central, que busca combinar, paralelamente, entre a saúde objetiva e a saúde subjetiva. Por isso, face a um contexto paradoxal, onde se coloca em xeque a confiabilidade dos resultados clínicos em relação à própria capacidade interventiva e diagnóstica do estado de saúde real de um indivíduo que não se declara, por si só, estar em condições de funcionamento normativo, faz-se necessário, se interpretar a saúde através de outros campos de conhecimento científico, hermenêutico, cultural e das mais variadas formulas abstratas.

Por isso, Canguilhem (2009) contrapõe a “teoria da doença”, na qual elimina as possibilidades de o doente ter opiniões que influenciem no resultado clínico em relação à realidade de sua própria doença. O autor recupera as proposições de Leriche (1973) que vê a saúde como, a vida no silêncio dos órgãos e a doença sendo o estado de perturbação na execução normal das funções. Com efeito, Leriche percebe ainda, que o silêncio dos órgãos não significa ausência de doença, visto que no organismo existem lesões ou

perturbações latentes funcionais que podem perdurar um tempo bastante considerável, sem que sejam perceptíveis. E é a partir desta fundamentação teórica que leva Canguilhem a apontar que:

O estado de saúde, para o indivíduo, é a inconsciência de seu próprio corpo. Inversamente, tem-se a consciência do corpo pela sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde. Tomando essas afirmações em seu sentido pleno, elas significam que a noção de normal que se tem depende da possibilidade de infrações à norma. Estamos, enfim, diante de definições que não são absolutamente verbais, em que a relatividade dos termos opostos é correta. O termo primitivo nem por isso é positivo, e o termo negativo nem por isso é nulo. A saúde é positiva, mas não é primitiva; a doença é negativa, mas sob a forma de oposição (perturbação), e não de privação (CANGUILHEM, 2009, p. 30).

Outros autores (MACHADO, 2006; ALMEIDA FILHO, 2011; GAUDÊNCIO, 2011), partindo de uma perspectiva sanitária, apontam a polissemia do conceito de saúde e defendem que o fenômeno saúde-doença deve ser problematizado e abordado, não apenas pelo referencial biomédico, clínico e epidemiológico, mas também pela sua complexidade integral constituída por influências sociais, políticas, institucionais, ideológicas e culturais. Discutir o conceito de saúde, a partir do viés pluralista, implica integrar analiticamente todos os consideráveis elementos determinantes e condicionantes, entre eles, “enfermidade, normalidade, anormalidade, corpo, medicina, infinitos conceitos que se bifurcam nos mais diversos discursos e práticas discursivas, toda a vez que proferimos a palavra saúde” (GAUDÊNCIO, 2011, p. 129). Para enfatizar, de acordo com Almeida Filho, Coelho e Peres (1999, p. 103) “é preciso considerar modelos capazes de conceber a saúde e a enfermidade como resultados da interação complexa de múltiplos fatores, nos níveis biológico, psicológico e sociológico, com uma terminologia não limitada à biomedicina”.

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986⁹ (BRASÍLIA) postula esse paradigma e estabelece um conceito de saúde num cômputo mais amplo, ao integrar um conjunto de determinantes e condicionantes multidimensionais à noção de saúde. Segundo o relatório, a “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde, é assim, antes de

⁹ http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acessado em 15/11/2018.

tudo, o resultado das formas de organização social¹⁰”. O relatório, ao vincular saúde a um conjunto de direitos, políticas públicas, econômicas e socioculturais, estabeleceu uma abordagem dedutiva, na qual, integra estruturas multidimensionais, recupera a relevância indispensável da contribuição multidisciplinar e dissocia à saúde de uma perspectiva reducionista da biomedicina, que privilegia a tríade “diagnóstico-intervenção-cura” como processo normativo dos objetivos de saúde.

Nesta ordem de ideias, a abordagem teórica de saúde tende a se emancipar parcialmente da perspectiva monopolista da biomedicina, e a se tornar expressamente presente na pauta do debate multidisciplinar. O que significa uma profunda mudança no paradigma epistemológico e na ordem das demandas sociais. A abordagem de saúde implica atualmente, articular agendas política e econômica, demandas socioculturais, valores simbólicos institucionalizados e princípios ideológicos.

Boorse (1997), professor de filosofia da medicina e da biologia, na Universidade de Delaware, nos EUA, afirma que como a saúde não é um conceito valorativo, então o naturalismo na saúde não pode ser um tipo de *descriptivismo*. Este autor formulou o seguinte conceito: “Saúde teórica é a ausência de doença [...] então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor”.

A OMS e Boorse apresentam dois conceitos antagônicos que propiciaram a emergência de outras vertentes que buscam somar ambas as oposições, porque engendram contribuições plausíveis, dado o caráter dialético e multidimensional da díade saúde-doença. São vertentes que mobilizam percepções conjunturais e sociais em busca de uma noção de saúde que seja ideal e atingível. Refutar a interpretação unívoca para evitar privilegiar uma das dimensões, negativa ou positiva de saúde, constitui o trilha ideal da concepção de saúde como um fenômeno dinâmico, por isso, Berlinguer (2004) tece uma concepção equilibrada, na qual, saúde não é um estado pleno de funcionamento de um organismo ou de seu livramento total de doença e enfermidade, mas sim o estado de equilíbrio variável.

Portanto, analisando epistemologicamente o conceito de saúde, ele permanece numa definição fluida, variada e aberta a outros campos de saber. E diante de um conceito

¹⁰ Com base nas contribuições teórico-conceituais da Conferência, a saúde deixa de ser concebida como um fenômeno abstrato. Ela é associada ao exercício pleno da cidadania, aos direitos garantidos pelo Estado do bem-estar social e no princípio da universalidade dos serviços e de sua promoção, levando em consideração a desigualdade social e a diversidade cultural.

que permanece impregnado numa opacidade conjuntural, ele transcende os limites da concepção “tradicional” e do “senso comum” que tendem a reduzir a saúde à simples oposição entre a presença de doença e a possível perfeição. Almeida Filho, et al., evidenciam essa realidade:

Em consequência, o conceito não necessariamente se limita ao interior de uma única ciência, mas em geral segue distintas filiações conceituais em ciências diferentes. Além disso, pode nesse percurso ampliar suas relações com saberes não-científicos e com práticas sociais, políticas e ideológicas. A concepção da saúde enquanto ausência de doença continua a ser reafirmada pela prática da medicina contemporânea e pela antropologia médica. Ademais, como vimos, ela foi ampliada pela perspectiva da normalidade com doença defendida pela epistemologia canguilhemiana. Os modelos de doença e os modos de adoecer são relativamente pautados pela patologia e pelos processos sociais de normalização, contrastando com as inumeráveis e criativas maneiras de estar sadio. Conclusão provisória: a saúde deve ser tomada como um conceito aberto, no sentido de que os signos, significados e práticas mostram grande variação, pois não é possível um padrão unificado de normalidade para a saúde. A saúde não se reduz a um único modelo explanatório na medida em que diversas formas de viver, sejam histórica, cultural ou individualmente determinadas, apresentam-se como possibilidades distintas de normalidade. (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999, p.119).

Em síntese, as assimetrias teóricas que rodeiam os conceitos de saúde, abordadas até então, reiteram que se trata de uma realidade irreduzível a uma determinada perspectiva cultural ou científica. Por isso, as classificações do que é saúde-doença dependem do processo dinâmico de cada sociedade e indivíduo, justificado pela diversidade cultural e condições sociais desiguais entre sociedades contemporâneas. Com base nisso, o debate sobre o conceito de saúde permanece aberto, complexo e fluido.

2.2. Traçando as fronteiras teóricas do objeto: o ser homem e a masculinidade

As categorias “homem” e “masculinidade” representam múltiplas significações. Por isso, faz-se necessário, delimitá-las e tipificá-las de acordo com os objetivos da pesquisa. O recorte dessas categorias nos permitirá apreender melhor o tipo de homem e masculinidade que está em foco neste trabalho. E para tal, prossigo, primeiramente,

delineando as fronteiras e as abordagens teóricas do que se entende como o ser “homem” e por último, discutirei a categoria “masculinidade”.

Para Silva (2006), o ser “homem” continua sendo construído numa concepção polarizada de (1) negatividade: não chorar, não demonstrar seus sentimentos, não ser mulher ou homossexual, não amar as mulheres como elas amam os homens, não ser fraco, covarde, perdedor, passivo nas relações sexuais, etc; e (2) afirmativa: ser forte, corajoso, pai, heterossexual, macho, viril, provedor da família, dominador, destemido, determinado, autoconfiante, independente, agressivo, líder, etc. E a própria nomenclatura – homem - continua sendo usada, segundo Fernández (2001), para nomear a pessoa que possui determinadas características sexuais e se comporta de acordo com os padrões culturais que o fazem ser reconhecido como homem.

Nessa direção, autores como Nascimento, Segundo e Barker (2011), afirmam que “a concepção patriarcal de uma masculinidade atrelada a valores tradicionais não é a única possível e não representa os homens em sua totalidade” e existem corpos sexualmente masculinos que não se reconhecem como tal e se identificam avesso a adoção de uma *performance* de gênero convencional, da mesma forma que “todo o ser humano feminino não é, portanto, necessariamente mulher” (BEAUVOIR, 1970, p. 7), e estas concepções assimétricas geram complexidade quanto a delimitação das fronteiras do que é ser “homem” social e culturalmente falando, porque, segundo uma pesquisa desenvolvida por Porcino (2017), é possível observar que há homens transexuais que se declaram como heterossexuais, bissexuais, homossexuais e/ou assexuados. Por isso, as teorias contemporâneas demonstram a complexidade conceitual do que é ser “homem”, tanto para se aceitar a única forma de ser “homem” como para se conceber as dimensões da pluralidade e múltipla diversidade de sua *performance*.

Todavia, essa complexidade conceitual não implica a impossibilidade e nem impede o estabelecimento de fronteiras teóricas que vão ao encontro com os objetivos do objeto em questão. E nessa ordem de ideias, as postulações teóricas apresentadas acima, por Silva (2006), descrevem teoricamente as dimensões conceituais do que é ser “homem” de acordo com os objetivos desta pesquisa. A autora concebe o ser “homem” a partir de duas polarizações essenciais para o meu recorte: negativa e afirmativa. Sendo que a primeira engendra dimensões estruturais do patriarcado, tais como, “não ser mulher ou homossexual e nem demonstrar o choro” e, a segunda incorpora àquelas qualidades subscritas na ordem dos padrões convencionais e socioculturais, tais como, ser “heterossexual, macho, viril, provedor e agressor”.

Essa diferenciação entre o ser “homem” hetero, dominador, líder, arrimo da família e o ser “homem” homo, produz um discurso que governa as relações de poder e hierarquia, e sustenta a ideia da desconstrução do modelo hegemônico da masculinidade, cujas relações afetivas são estabelecidas de acordo com os padrões de heteronormatividade, o que difere com o discurso produzido quando as relações afetivas ocorrem entre dois homens. Em outras palavras, o ser “homem” heterossexual significa possuir comportamentos típicos que o fazem ser reconhecido como tal, e essa identidade se torna uma categoria útil para produzir discursivamente o sexo, para definir políticas sociais de saúde e educar os profissionais da área em matéria de provisão de cuidados aos diferentes formas de ser homem.

Portanto, ao falarmos de ser “homem”, dentro das relações de gênero, há que definirmos sua identidade, porque ela é relevante para a produção de políticas públicas de saúde. Por exemplo, o Brasil não aprovou somente a PNAISH, mas formulou também a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), aprovada em 2011. Visando a garantia de direitos de prestação de serviços de cuidados em saúde a uma parcela da população “estigmatizada” por não se identificar com os padrões convencionais hegemônicos do sexo biológico que determina a identidade de gênero¹¹.

Os contornos resultantes de estigma, da violência simbólica e de gênero por simplesmente assumir a identidade de ser “homem” homossexual, podem ser apreendidos, sobretudo, nas relações socioculturais, na relação médico-paciente e na sujeição de prescrições patológicas. No âmbito das relações socioculturais, Roque de

¹¹ O Ministério da Saúde brasileiro tem desenvolvido ações estratégicas e campanhas para assegurar a saúde daqueles homens e mulheres que não se identificam com a lógica binária do sexo biológico. Lê-se no seu portal eletrônico: O Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Direitos Humanos (SDH) e de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República, lançou a campanha ampla de conscientização sobre a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). O objetivo é valorizar a saúde como um direito humano de cidadania e ressaltar que a população LGBT tem direito a receber atendimento livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da orientação sexual e identidade de gênero. A campanha prevê a distribuição de materiais específicos sobre cada grupo populacional que compõem a sigla LGBT. Assim serão produzidos e lançados separadamente peças publicitárias sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, gays e homens bissexuais, travestis, mulheres transexuais e homens trans. As peças incluem cartazes para unidades de saúde do SUS, além de materiais informativos voltados para os profissionais de saúde e para movimentos sociais LGBT. Também serão veiculadas nas mídias sociais mensagens de sensibilização e informações sobre as necessidades de saúde dessa população. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/41380-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>. Acessado em 15/02/2020

Barros Laraia, lembra em sua obra “*Cultura: um conceito antropológico* (2001)”, que no Brasil, até na década de 1980, o homossexual era alvo de agressões físicas quando usasse as vias públicas e até hoje é vítima de preconceito e expressões depreciativas. Conseqüentemente, os homossexuais foram concebidos, ao longo da história, como “subvertidos”, “perversos”, perturbados psiquicamente e vistos como sujeitos de comportamentos avessos a tradição judaico-cristã, cuja cultura ocidental tem fortes raízes em seus primados teológicos e eclesiásticos, tradição essa, que foi e continua influenciando largamente diversas concepções do mundo da vida afetiva em relação a outras orientações sexuais, tal como era descrito, até em 1973, pela psicanálise ortodoxa: “A homossexualidade é uma doença. Toda a pessoa do homossexual é neurótica. O homossexual é um masoquista psíquico” (MULLER, 2000, p. 9). Como resultado, homens que não estabelecem relações heteronormativas passaram a ser categorizados, social e culturalmente, como anormais e associados à uma série de doenças sexualmente transmissíveis e a outros tipos de transtornos psicossociais, psicológicos e psiquiátricos. Não assumir a heteronormatividade e não se comportar de acordo com os padrões socioculturais determinantes do ser “homem” pode trazer conseqüências que vão desde a violência física e simbólica e a sujeição do estado patológico.

Uma pesquisa desenvolvida por Carrara e Saggese (2011), entre 2003 e 2006, que contou com um universo expressivo de 3.229 entrevistados, entre participantes das Paradas de Orgulho LGBT, em quatro cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Recife), apontou que 57% declarou ter sofrido uma das formas de discriminação apresentadas no questionário. A pesquisa revela que no plano social mais ampliado, homens que rompem com as convenções sociais de gênero e sexualidade estão expostos a situações de violência e discriminação, enquanto que no referente aos serviços de saúde, eles são vítimas de violência homofóbica e de gênero, preconizada por profissionais de saúde.

A magnitude do grau de preconceito e discriminação que pesa sobre os homossexuais e outras orientações sexuais é considerada entre as principais causas que os leva, implicitamente, a desenvolverem hábitos, costumes e estilo de vida próprio que lhes incumbe à cultura de autocuidado e da procura por serviços de saúde, apesar dos estereótipos por eles enfrentados nas instituições. De acordo com Melo (2012), os homossexuais são os que mais buscam os cuidados de saúde, quando comparados com os heterossexuais, dada a sua associação sociocultural a certas doenças, como por exemplo, o HIV/AIDS em gays. Uma associação reprodutora de estigma, preconceito,

discriminação e estimuladora de homofobia, tanto no contexto de relações sociais como no tratamento desigual protagonizado pelos profissionais de saúde. Por isso, o Ministério da Saúde do Brasil (2008) frisa que a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem.

Relativamente a categoria “masculinidade”, de acordo com Connell (1995b, pp. 188-200) é “uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”. Para esse autor há “mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade”, portanto, ele enuncia a existência de “masculinidades” – no plural, que seriam àquelas que tiveram sua hegemonia impugnada, àquelas construídas sobre as relações de “subordinação”, “cumplicidade” e “marginalização” em relação à hegemonia.

Para Almeida, o conceito da “masculinidade hegemônica” inaugurada por Connell, a partir do pressuposto da “análise relacional de gênero”, empreende uma abordagem antagônica, porque na civilização ocidental, a hegemonia masculina, prevalece como modelo privilegiado para legitimar as relações de dominação. Por esta razão, Almeida afirma que parece muito “delicado postular subordinação ou marginalização para as masculinidades, pois as mesmas são, e infelizmente continuam sendo, claramente dominantes” (ALMEIDA, 2001, p. 24). Ela observa ainda que em relação ao conceito gramsciano - apesar de responder, teoricamente, determinada porção das dimensões representativas da masculinidade - está enraizado no paradigma marxista da filosofia da práxis, que incorpora a ideia de sociedade das classes, que rompe com a autonomia do gênero. Por isso, a “adoção da perspectiva marxista acaba se transformando num problema, justamente para o caráter relacional entre os gêneros, pois esbarra em fronteiras politicamente complicadas” (ALMEIDA, *idem*, p. 25).

A abordagem teórico-conceitual da categoria “masculinidade” ressuscita quase “sempre” a ideia de hegemonia, da “sujeição de umas e dominação de outros, que é sempre construída pelo discurso que a funda e legitima” (CHARTIER, 1995, p. 43). Independentemente da posição hierárquica ocupada, ela permanece hegemônica e contrária aos comportamentos associados, culturalmente, à feminilidade e à homossexualidade. Ainda no mesmo eixo analítico, Bourdieu (2002) mobiliza diversas dimensões simbólicas que engendram as variadas formas de dominação masculina. Valores impregnados primordialmente no campo da cultura, da biologia e da linguagem, continuam vivificando a dominação masculina, da qual, ele classifica como violência

simbólica, que muitas vezes se manifesta de maneira implícita, perpetuando o dominado na posição inferior da cadeia das relações de gênero.

Para Bourdieu (2002), as práticas culturais, a divisão sexual do trabalho e o controle das manifestações do corpo são partes do processo de socialização e são determinantes na construção de valores e papéis sociais que reforçam as assimetrias entre o feminino e o masculino. Este processo edifica as diversas formas de sujeição feminina e mantém as estruturas do poder simbólico masculino e a virilidade. Ainda para o autor, a naturalização da visão androcêntrica legitima a dominação masculina e a sujeição feminina.

Nessa ordem de ideias, pode concluir-se que, epistemologicamente, estamos lidando com categorias “homem” e “masculinidade” que incorporam múltiplas possibilidades conceituais e por conta disso não representam uma categoria analítica, tanto no âmbito das práticas socioculturais como no campo da saúde, o que justifica a não observação, de ambas as categorias, de maneira homogênea. Por esta razão, o recorte da categoria “homem” que constitui objeto deste trabalho, refere-se àquela que se identifica sexualmente de acordo com os padrões heteronormativos, “tradicionalmente” reconhecidos como modelo ideal e prevalente; àquela categoria que não rompe, quando adulta, com os processos da socialização do modelo hegemônico construídos através da negação de atributos associados à feminilidade e à homossexualidade; àquela categoria que tem a “crença” de que o cuidado de si e a procura frequentemente por serviços de saúde não é “coisa de homem viril”.

2.3. O processo dinâmico da política e dos direitos à saúde

Nesta seção proponho iniciar com uma abordagem analiticamente dedutiva, a fim de ilustrar, sinteticamente, como se deu o processo dinâmico de políticas de saúde pública em prol da socialização da medicina. Um debate que permanece aberto e em constante dinamização, pois, é um processo que mexe com as relações entre a medicina, a sociedade e o Estado, assim como gera mudanças estruturais na prestação de serviços de saúde e na formação de seus profissionais sob ponto de vista de direitos à saúde e social. E para essa discussão, Foucault aparece como um dos cientistas sociais que deixou ricas contribuições capazes de subsidiar este trabalho.

De acordo com Foucault (2014, p. 144), “com o capitalismo, não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário”, pois, para ele, foi a sociedade capitalista que investiu suficientemente no corpo e por outro lado, a socialização da medicina permitiu aos Estados modernos fazerem controle da sociedade, das taxas de natalidade e mortalidade. Mas, o corpo como o lugar de saber e objeto de medicina, quanto à formação da medicina social, foi tratado sob três etapas fundamentais, segundo o autor: Medicina de Estado, urbana e da força do trabalho. Contudo, ao longo desse processo dinâmico, foi se definindo, o que ele chamou de “política do corpo”.

Os Estados modernos têm tomado, para si mesmos, o dever da provisão de cuidados e serviços de saúde para a população, estabelecendo-os como um direito de todos, e ao mesmo tempo, têm criado políticas e ações assistenciais focalizadas a determinados grupos sociais, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, como resultado do reconhecimento, de certa maneira, das desigualdades sociais e da contínua dinamização das sociedades no âmbito político, econômico e científico. Esse processo impulsionou, em grande medida, a socialização da medicina. Com efeito, a saúde não se torna apenas um problema individual, mas também coletivo, onde a ciência, a economia e a política se ocupam para dar respostas sobre questões ligadas à saúde pública, a partir de observações e experimentos científicos universais que ao longo de muitos séculos, sobretudo, durante a Idade Média, não encontravam campo de ação e autonomia que possibilitassem a geração de grandes mudanças na vida dos cidadãos como ocorreu no século XVIII com a revolução industrial da Europa.

Alguns autores (ROSEN, 1994; BATISTELLA, 2007) afirmam que na Idade Média, a Igreja orientava a sociedade a buscar soluções dos problemas de saúde em submissão à Deus através de rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos análogos à purificação da alma, porque o adoecimento era associado ao pecado. E com a falta de instrumentos biomédicos avançados para efeitos de diagnóstico e classificação de risco, a fé cristã oferecia conforto espiritual, onde morrer equivalia à libertação.

Em contrapartida, o abandono das leis Judaicas inaugurava uma nova era cristã. A título de exemplo, a observação das leis dietéticas prescritas nos primeiros cinco textos sagrados do Antigo Testamento (SCLIAR, 2007) não são mais recomendadas pela Igreja, assim como não as são: práticas de exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica (ROSEN, 1994; BATISTELLA, 2007), uma vez que a

doença era dita como o resultado da desobediência a Deus, e ela simbolizava o corpo tomado por demônio e ele foi amaldiçoado por Deus, então, a doença não era senão a consequência.

Scliar (op. cit.) aponta ainda, que durante a Idade Média europeia, o cristianismo influenciou fortemente na construção da noção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. Na mesma linha analítica, Batistella (2007) lembra que o mundo representava um espaço-temporal transitório para outra vida, a doença era interpretada como castigo divino, ação expiatória de pecados ou possessão de demônio. E a Igreja, por ser a maior instituição que se ocupava da interpretação da variação qualitativa do estado biológico, então, a atenção básica e os cuidados faziam parte das incumbências dela, pois, a Igreja administrava o hospital, instituição desenvolvida por ela, mas não como um lugar voltado à busca de diagnóstico e de cura (FOUCAULT, 2014), mas de acolhimento e de conforto para os doentes, cuja circulação deles no espaço público e seu contato direto com a sociedade representavam um perigo iminente à saúde pública. A concepção clássica de hospital não era, senão, uma instituição assistencial aos pobres e de segregação de corpos indesejáveis. Durante a época medieval não havia política de saúde voltada a ações preventivas e cuidados, pelo contrário, vigorava uma política de saúde ideologicamente proselitista.

A Igreja detinha o poder “hegemônico” que influenciava as esferas públicas e privadas em defesa da própria doutrina e dos preceitos das Escrituras Sagradas norteadoras e garantidoras de todos os valores hermenêuticos, morais e éticos que sustentavam a estrutura da instituição. O poder da Igreja não dava valor ao papel dos médicos em busca de cura e marginalizava “toda explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir de observação da natureza” (BATISTELLA, op. cit., p, 34). Mas, o agravamento de condições epidemiológicas dava, gradualmente, maior visibilidade a medicina intervencionista e a importância do médico no interior do hospital.

Com a reestruturação e reorganização do espaço hospital, no final do século XVIII, associada à introdução de técnicas de poder disciplinar e à triagem das doenças do próprio espaço e da individualização dos serviços oferecidos em função das exigências da própria doença, o hospital passa a se orientar pelo sistema da saúde e o médico se torna o principal agente (FOUCAULT, 2014).

Com a emergência da medicina de Estado, na Alemanha, se desenvolveu a noção de ciência do Estado, tanto na Alemanha, França como na Inglaterra. O Estado torna-se o objeto e o lugar da produção do conhecimento e da formação “desde o final do século

XVI e começo do século XVII”, numa época dominada pelo mercantilismo, de circulação de bens e de pessoas, situação que propiciava a proliferação de doenças contagiosas (FOUCAULT, idem, p. 147).

A política do mercantilismo enfocava o incremento da produção, da atividade produtiva da população, da quantidade e qualidade da população economicamente ativa. Por essa razão, a França e a Inglaterra começaram a monitorar os índices da taxa de natalidade e mortalidade populacional, mas sem criação de alguma política de saúde efetiva ou qualquer medida intervencionista em prol da saúde pública (FOUCAULT, idem).

Foi durante o século XVIII que a medicina foi socializada, passando-se de um modelo de medicina individualista para o modelo coletivo. O papel do Estado se tornava notório na promoção da ação médica na Alemanha e na distribuição de medicamentos e insumos clínicos, sobretudo na França. O Estado começa a policiar o saneamento urbano, a circulação do ar e a qualidade da água. O controle de espaços tais como cemitérios e matadouros passa a ganhar maior rigor por parte do Estado, um fenômeno que ocorria através do projeto de urbanização e organização territorial, o que acabou introduzindo, na medicina social, a noção de salubridade.

As mudanças introduzidas no campo sanitário e no âmbito do direito social não poderiam ser excludentes e voltadas somente à classe média e alta, pois, garantir a saúde do proletariado, do plebeu, significava também combater doenças contagiosas em prol da saúde da população em geral. Esse marco histórico pode ser observado na Inglaterra, com o processo da industrialização, onde o pobre torna-se objeto de pesquisa no campo da saúde e é problematizado como um perigo iminente à saúde pública (FOUCAULT, idem).

No século XIX, a classe dos pobres e trabalhadores foi abrangida pela medicina social, quando a França e a Inglaterra, perceberam que, a urbanização devia ocorrer com a devida atenção a outras classes que integravam a vida das cidades, evidenciando-se que a população pobre gerava um perigo para a saúde, tratou-se de uma atenção sanitária que ampliava a inclusão. Por outro lado, Homes e Sunstein (1999), salientam que a emergência de programas sanitários e das modernas políticas de saúde, foi impulsionada, pelo fato de, mesmo que a burguesia e os ricos custeassem os próprios cuidados, através de serviços especializados e particulares, não garantiriam efetivamente a proteção contra as doenças contagiosas, a que estavam sujeitos os pobres e os trabalhadores em geral, devido às más condições sociais.

A partir desse eixo analítico, a problemática dos cuidados de saúde é tematizada no âmbito mais global. O Estado assume a prerrogativa de produzir cidadãos sadios através de múltiplas ações educativas, maior acesso, disponibilidade e melhor qualidade dos serviços de saúde. Um dos grandes marcos do século XIX, destaca-se a Convenção de Genebra, em 1864, que culminou com a criação da Cruz Vermelha. No âmbito do sistema internacional, o século XX é o único, na história, que aprimorou a política social de saúde, por ter registrado a criação de diversos organismos internacionais e regionais, leis e diretrizes que enfatizaram a universalização de cuidados de saúde como direito humano e da cidadania (VILLAS-BOAS, 2014). Neste âmbito, a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) preceitua que:

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica e social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados¹².

A OMS estabelece o direito à saúde para todos e coloca a “responsabilidade” em todos os indivíduos e instituições, sejam elas, estatais ou privadas, a contribuírem e tomarem medidas de ações que colaboram para a garantia do estado da saúde da população.

Outro organismo de suma importância é a Organização das Nações Unidas (ONU, 1948) que enfatizou a relevância da instrumentalização da medicina social, estabelecendo a relação saúde-desenvolvimento e subscrevendo a saúde como um direito humano. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU) em seu artigo XXV.I consagra que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar¹³”.

No âmbito continental, compromissos importantes foram também assumidos pelos países das Américas, à luz da IX Conferência Internacional Americana, que teve lugar em Bogotá, em 1948, colocando em pauta a importância de os países assumirem o dever de provisão de cuidados de saúde para a população, e demonstraram que esse objetivo é possível alcançá-lo se for subordinado e associado a outras condições das necessidades básicas do ser humano, tais como, a garantia de habitação, educação,

¹² Disponível em :<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acessado em 30/08/2018.

¹³ Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm. Acessado em 01/09/2018.

saneamento básico, alimentação adequada e cuidados médicos. Esse compromisso vem sendo reafirmado através de nova jurisprudência no contexto da reiteração da saúde como direito social. A Organização dos Estados Americanos, reunida em San Salvador, em 1988, produziu o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos e declarou, mais uma vez, que “toda pessoa tem direito à saúde, entendida como gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas”: atendimento primário, imunização, educação, promoção, prevenção, expansão dos serviços e priorização das classes pobres e mais vulneráveis (VILLAS-BOAS, *op. cit.*).

Em nível do continente africano, a Organização da Unidade Africana¹⁴ (OUA), institui, no artigo 16, da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (BANJUL, 1981) que “toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir. Os Estados Partes na presente Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença”. Em abril de 2001, os chefes de Estado e de Governo africanos se reuniram na Nigéria e assinaram a Declaração de Abuja, onde assumiram vários compromissos, entre os quais, melhorar os investimentos da saúde alocando 15% do orçamento do Estado ao setor de saúde. Apesar de, até em 2010, dez anos depois, somente 6 países, dos 54, cumpriram as promessas da Declaração¹⁵.

No entanto, seria na segunda metade do século XX onde as mudanças estruturais de políticas sociais de saúde começariam a ampliar políticas de maior inclusão, abrangendo os estratos populacionais que tinham restrições ao acesso de serviços de saúde. Nesse período assinalou-se uma grande preocupação em nível institucional e continental pela criação de dispositivos jurídicos e legais para a socialização dos cuidados de saúde. Um compromisso assumido pelo Estado moderno para não só prover os cuidados, mas também criar mecanismos de controle e marcos regulatórios pela preservação do meio ambiente e dos direitos difusos.

Os Estados modernos, representados em organismos internacionais, continentais e regionais, ensejavam, durante a segunda metade do século XX, a adoção de políticas sociais efetivas de prevenção, promoção de saúde física e mental, educação e

¹⁴ Fundada a 25 de maio de 1963, em Addis Abeba, na Etiópia.

¹⁵ De acordo com a Aliança Africana para a Saúde Pública & Campanha 15%+, tais 6 países são: Ruanda 18,5%, Botsuana e Níger 17,8%; Malawi 17,1%; Zâmbia 16,4% e Burkina Faso 15,8%.

conscientização da população, controle de doenças infecciosas, saneamento básico, desenvolvimento de novas tecnologias e o acesso universal de cuidados de saúde. Por isso, o debate gerava em torno de políticas sociais de saúde universal como o direito de todos os cidadãos, sem discriminação.

No âmbito nacional, tomo o Brasil para analisar as mudanças introduzidas pelo país durante a segunda metade do século XX, de acordo com Paim (2009), depois de a OMS ter reconhecido o direito à saúde para todos cidadãos, em 1948, o Brasil reconheceu esse direito quarenta anos depois, concretamente com a aprovação da Constituição de 1988. Antes disso, somente os trabalhadores com carteira assinada, contribuintes da previdência social tinham garantia da assistência médica por lei, através dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Na década de 1980, durante o regime militar, Brasil atravessou uma profunda crise econômica. As reformas introduzidas nesse período agravavam a crise e geravam, conseqüentemente, críticas ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares emergentes, destacando-se o movimento da Reforma Sanitarista Brasileira que nascera na década de 1970. Instituições como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) fundada em 1979, foram entre as que desempenhavam um papel notório pela reforma, onde integravam nessa luta entidades comunitárias, sindicais e profissionais, formando um movimento social em defesa a democratização da saúde e a reestruturação do sistema dos serviços (PAIM, 2009).

As críticas ao modelo de saúde vigente se constituíram como objeto de aproximação e diálogo entre os movimentos sociais e o legislativo. Nessa relação institucional sucederam alguns marcos relevantes, a saber:

Em 1979 ocorre a 7ª Conferência Nacional de Saúde enfocando o debate sobre um sistema novo centrado na Atenção Primária de Saúde. No mesmo ano, é organizado, na Câmara dos Deputados, o 1º Simpósio Nacional sobre política de saúde. O movimento pela Reforma Sanitária apresentava um conjunto de reivindicações que incluíam a luta por políticas sociais, contra o autoritarismo do regime militar e em prol da liberdade e da democracia. No campo da saúde, as propostas do movimento enfocavam numa reforma de saúde democrática assentada em: descentralização, universalização e unificação. Dentre as propostas que tiveram o consenso foi a de criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), portaria Ministerial nº 3062/82, a

partir do Conselho, em 1982, foram implementados os Convênios das Ações Integrantes de Saúde entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Secretária Municipal da Saúde (SMS) e Secretária de Estado da Saúde (SES), ou seja, entre os governos federal, estadual e municipal, com objetivo de ampliar a articulação e coordenação institucional das ações (BRASIL, 2006).

Em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde considerada a mais importante na história do Brasil, no âmbito da definição e garantia dos direitos sociais em saúde, no estabelecimento do dever do Estado na provisão de saúde e na discussão sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela participaram forças políticas da área, profissionais, intelectuais e representantes de movimentos sociais. Após as discussões que nortearam a conferência, foram estabelecidos os princípios e diretrizes da reforma sanitária em três temas principais: saúde como direito de todos e dever do Estado; reformulação do sistema e; financiamento do setor. O relatório final inspirou o capítulo “saúde” da Constituição de 1988, que conduziu a implantação do SUS¹⁶ (PAIM, 2009).

Paim resume diacronicamente os antecedentes do sistema de saúde brasileiro em seguintes palavras:

Considerando o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS, podemos afirmar, de um modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a seguridade social a partir da qual foi concebido o SUS (PAIM, 2009, p. 41).

Diante desse cenário de mudanças políticas e do reconhecimento do direito à saúde para todos, em níveis nacionais e internacionais, surgiam novos desafios que englobavam, tanto o campo epistemológico sobre o conceito de saúde, como, o contexto prático sobre a capacidade de oferecer os cuidados e serviços de saúde para todos. Trata-se de uma questão relevante para analisarmos e problematizarmos as condições conjunturais que norteiam este debate e o grau da influência de forças políticas e de movimentos sociais organizados na tomada de decisões e na elaboração de políticas sociais. Esse debate visa perceber o lugar do sujeito central do objeto desta pesquisa, diante das mudanças institucionais ocorridas ao longo do século XX. Por outro lado,

¹⁶ No capítulo IV retomarei a discussão sobre SUS, analisando sua criação e organização.

reconheço os avanços alcançados por políticas sociais em saúde no rompimento com os modelos anteriores considerados excludentes e na implantação de sistemas de saúde de acesso universal sem restrições.

Para melhor aprofundamento desse debate, será necessário fazer um desvio do discurso, da perspectiva de uma política de saúde universal para a perspectiva relacional de gênero. A questão que levanto, nos remete a lembrar, que, a segunda metade do século XX foi marcada por lutas de resistências e reivindicações legítimas de movimentos sociais, sobretudo o feminista, nas décadas de 1960 a 1980, em prol do reconhecimento de direitos, entre eles, os ligados à saúde sexual e reprodutiva, à saúde materno-infantil e à saúde da mulher (MARTINS, et al. 2012). As elevadas taxas de índice de morbimortalidade materno-infantil se constituíam entre os fenômenos que mobilizavam a agenda do movimento feminista na relação entre saúde, sociedade e Estado. Por outro lado, os estudos de gênero no campo do feminismo ganhavam visibilidade e contornos que iam gerando transformações de ordem política e jurídica. Gênero, como categoria útil (SCOTT, 1995) para articular o poder e direcionar políticas de saúde pública, trouxe à tona, contribuições epistemológicas na relação do tripé: gênero-saúde-vulnerabilidade. Somou-se a esse tripé outras categorias sociais, tais como, raça/etnia e idade (MEDRADO, et al., 2011), e essa combinação discursiva produziu, em linhas gerais, a composição de grupos sociais classificados como os mais vulneráveis: mulher, criança e idoso. Essa classificação orientou e norteou, em parte, a definição desses grupos sociais como prioritários em questões de provisão de cuidados e serviços de saúde. De acordo com Martins et al. (2012, p, 75), “este cenário histórico, marcado pela luta das mulheres por sua autonomia, emancipação e direitos sexuais e reprodutivos”, logrou a atenção especial para esses grupos vulneráveis.

Conseqüentemente, produziu-se, durante a segunda metade do século XX, políticas sociais de saúde mais voltadas aos grupos acima referidos e a retórica do homem invulnerável ao adoecimento. Porque as altas taxas de índice de mortalidade masculina eram explicadas através de causas externas, tais como, acidentes automobilistas e de trabalho, consumo de drogas e entorpecentes, agressões e etc. (GOMES, 2008; MEDRADO, 2011), e não eram refletidas e abordadas a partir da perspectiva relacional de gênero e cultura. Por isso, para Schraiber (2008), as políticas de saúde não problematizaram as demandas da saúde do gênero masculino como sujeito que goza dos mesmos direitos concedidos a mulher, a criança e ao idoso.

Para uma reflexão teórica e aprofundada que caracterizou a formulação de políticas públicas de saúde mais voltadas aos grupos sociais, acima descritos, assim como para a melhor compreensão e apreensão das dimensões socioculturais e categorias políticas que sustentaram e justificaram a definição de programas e ações concretas no campo de saúde a partir da perspectiva relacional de gênero, que abordei na última parte desta seção de maneira sucinta, vou dedicar com exclusividade o capítulo III – *cultura, gênero e saúde: uma perspectiva relacional* -, para retomar este debate de forma sistemática e ampliada.

3. CULTURA, GÊNERO E SAÚDE: UMA PERSPECTIVA RELACIONAL

A relevância de percebermos os elementos e as significações de cultura para melhor apreendermos suas relações com a saúde dos homens se configura como um dos principais objetivos deste trabalho, para tal, este capítulo apresenta, analiticamente, os conceitos de cultura, de maneira sucinta, aprofundando suas diversas interpretações relativas ao gênero e à saúde. Procuo, perceber os tipos de práticas, comportamentos, valores, crenças e atitudes associados aos gêneros masculino e feminino que propiciam, as concepções objetivas e subjetivas em relação à saúde-doença, em que os homens se imaginariam sendo sujeitos invulneráveis ao adoecimento e as mulheres seriam sujeitadas à medicalização. Para essa análise recorro a alguns autores, tais como Ivan Illich (1975) e Tesser (2010), dos quais se ocuparam no aprofundamento crítico aos processos de medicalização da vida e por outro lado, me apoio com as produções de Zanello (2005), Perrot (2005) e Engel (2000) e Schraiber (2008) que trazem à tona as histórias das mulheres no campo da subjetividade e medicalização do corpo feminino, refletindo e analisando os marcos institucionais considerados determinantes na definição de políticas sociais em saúde que terminaram prestando maior atenção à saúde da mulher, materno-infantil e idoso. E por último enfoco minha atenção sobre as articulações, as negociações de saberes e poderes entre a Sociedade Brasileira de Urologia e as instituições governamentais envolvidas na elaboração de princípios e diretrizes norteadoras da PNAISH, assim como contextualizo e analiso as relações entre as campanhas Novembro Azul e o agir médico-urológico na constituição do corpo masculino como seu objeto central.

3.1. Revisitando as significações de cultura

Para dar início ao que é proposto neste capítulo, prossigo introduzindo as abordagens interpretativas da categoria “cultura” cruzando as concepções clássicas com as contemporâneas, e para tal, propus-me a apresentar breves noções teórico-conceituais do que é cultura, a partir de duas proposições: a primeira é àquela que considero descritivamente abstrata e polissêmica, por postular a cultura desde a formulação

genérica, cujos vários cientistas sociais a teorizaram, como veremos; e a segunda proposição, é referente à cultura de gênero.

Antropólogos divergem quanto à fixação de alguma definição fechada ou largamente incontestável do que é cultura, e reconhecem a complexidade de sua conceituação. Isto pode ser atestado quando em 1952, antropólogos norte-americanos, Alfred Kroeber da Universidade de Califórnia e Clyde Kluckhohn se ocuparam em levantamento, estudos e análise de definições de cultura, e concluíram que, até então, existiam cerca de 164 definições. Essa multiplicidade demonstra que se trata de uma categoria polissêmica que engendra valores, símbolos e normas concomitantemente dinâmicos e dicotômicos no tempo e no espaço. E diante dessa complexidade e polissemia, devo salientar, que não pretendo, aqui, discutir profundamente essas diversas vertentes, mas vale referenciar determinadas contribuições antropológicas de alguns cientistas sociais que deixaram consideráveis subsídios teóricos que nos ajudam a refletir sobre esta temática.

Prossigo abordando a primeira proposição, da qual, antropólogos e sociólogos, clássicos e contemporâneos, se empenharam em busca de conceitos capazes de nortear as aproximações da práxis, que possam representar múltiplas noções de cultura, dentre eles, Franz Boas (2009). Este autor afirma que a cultura não é uma adaptação, mas sim um modo de ser, de saber, de sentir, sendo que ela faz com que todos nós sejamos a expressão da nossa cultura e sem a qual o mundo não teria sentido. Ela integra todas as manifestações de hábitos e costumes sociais de uma comunidade. Enquanto que E. B. Taylor (1975, p. 29) define-a como um “todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, leis, moral, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade”. Por sua vez, Giddens (2005) diz que cultura se refere aos valores que comportam os membros de um determinado grupo, as normas pactuais e aos bens materiais que ele produz. Os valores são ideias abstratas, enquanto que as normas representam princípios estabelecidos ou regras, sobre as quais, os indivíduos devem cumpri-las.

Clifford Geertz, em sua obra intitulada “*A interpretação das culturas* (2008)”, se opõe ao conceito de E. B. Taylor; propõe a teoria interpretativa da cultura, defende o conceito semiótico de cultura e se aproxima teoricamente a Max Weber, ao assumir que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo cultura como essas teias e a sua análise; portanto, não como ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (p, 4).

Geertz concebe a cultura como um sistema simbólico de valores e significados presente em cada sociedade, de maneira particular; diversificado dentro dos padrões convencionais e implícitos de um grupo social; manifestado em práticas, realizações que podem ser transmitidas como produzidas entre os membros integrantes. Tais produções podem ser classificadas - mediante seu impacto e valor representativo político, econômico, social ou de classe -, em: cultura popular; cultura de massa; cultura subalterna; cultura marginal; subcultura ou outras classificações que tendem a repelir ou integrar qualquer outra manifestação cultural.

Os elementos da cultura, tais como, valores, leis, crenças, símbolos, significados, normas, hábitos, costumes, comportamentos, meios e condições de vida, por exemplo, podem estar subscritos na ordem do cânone religioso, como sistema cultural, tal como sustenta Geertz, no capítulo IV, em “*A interpretação das culturas*”; haja vista que, a cultura ocidental é profundamente assentada nas hermenêuticas judaico-cristãs, que oferecem caminhos não empíricos na interpretação do sofrimento e de doenças que acometem o corpo humano. Como mostra Foucault (2014), na Idade Média, o cristianismo influenciou fortemente na construção de uma visão cognitiva da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé (SCLIAR, 2007). O adoecimento era absorvido como um mal necessário, que, sem ele, o processo de purificação contra as iniquidades jamais seria constituído. Nesta primeira proposição, a cultura engendra significados abstratos e possivelmente mais abrangentes, sem exclusão de sexo, gênero, idade, classe, condição social ou política, pois ela molda a identidade da coletividade concreta.

A segunda proposição trata do que pode ser considerada prática sociocultural de um dos gêneros, como, por exemplo, a socialização diferenciada entre meninos e meninas em relação às formas de cuidar do próprio corpo e de expressar os próprios sentimentos. Essa forma de representar os aspectos socioculturais é denominada por cultura de gênero, pois, ela determina a divisão sexual do trabalho e as relações de poder. E de maneira sucinta, segundo a definição de Almeida, a cultura funda as linhas divisórias entre indivíduos e estabelece-lhes tarefas sociais com base na diferenciação de sexo, permitindo que cada gênero se caracterize com suas próprias significações culturais. A esse respeito:

A cultura de gênero se refere a um conjunto articulado e articulável de ideias, padrões de comportamento e valores que definam posições, lugares, papéis e funções que serão caracteristicamente atribuídos e ‘cultivados’ por um ou por outro sexo (ou ainda a ausência de alguma caracterização deste tipo), e que cumpririam a tarefa de marcar social,

situacional e historicamente (no tempo e no espaço) um determinado plano relacional de gênero (ALMEIDA, 1996, p. 170).

Nesse plano, a cultura de gênero é descrita como aquela que organiza, estrutura e direciona práticas, valores, crenças e significados objetificados rumo ao masculino ou feminino, impondo fronteiras simbólicas, padrões e sistemas de vida nas esferas privada e pública. Desse direcionamento, originam-se associações consideradas masculinas e femininas. Homens, mulheres e grupos LGBT representariam seus sentimentos e manifestações corporais de maneira assimétrica com vista a atenderem os padrões normativos da ordem de gênero que lhes incumbem papéis díspares enraizados na gênese da divisão sexual do trabalho. A cultura molda socialmente as formas, pelas quais, homens e mulheres concebem e constroem paradigmas subjetivos e objetivos de seus sentimentos emotivos, afetivos, biológicos e fisiológicos. E nesse sentido:

Gênero refere-se a atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos. Feminino e masculino assumiriam feições de acordo com as múltiplas culturas, sendo entendidos como construções culturais e não com base em alusões a um ativismo biológico. Assim a qualidade de ser homem e ser mulher só ocorre nos termos da cultura produzida/reproduzida/modelada em cada sociedade (GOMES, 2008, p. 65).

Com base nisso, no primeiro plano, homens e mulheres são homogêneos em significados socioculturais, como foi apresentado na primeira proposição, e no segundo plano, cada gênero se diferencia do outro. Analisada essa diferenciação e seus impactos no campo da saúde, observa-se que homens e mulheres apresentam crenças e comportamentos opostos quanto ao hábito de cuidar de si e da procura por serviços de saúde. E isto equacionado com o processo de produção e modelagem, conforme as sustentações de Gomes (op. cit) é possível encontrar as razões causais, das quais, os homens foram e são construídos, com o viés de autodeclaração à invulnerabilidade ao adoecimento, e é pelo fato de “o que o gênero é e o que homens e mulheres são e o tipo de relação que ocorre entre eles [serem] produtos de processos sociais e culturais” (ALMEIDA, 1995, p. 128), esses produtos são responsáveis pela maneira mística e metafórica, nas quais, ambos os grupos representam o binômio saúde-doença e cuidam de si mesmos.

Simmel (1971), em seus estudos, os elementos “masculino e feminino” aparecem como pedra angular que lhe permitem perceber como é que a cultura é cultivada e

representada de maneira dicotômica no interior e exterior do sujeito, de acordo com a sua identidade. Essa dicotomia, segundo o autor, emana do processo da vida e da forma, pela qual, as experiências masculina e feminina objetificam os conteúdos da cultura. Simmel é um dos sociólogos que cunhou a expressão “objetificações culturais” para descrever práticas e sistemas de relações sociais de uma sociedade complexa e hierarquizada com base na diferenciação de sexo. A esse respeito, ele define cultura a partir de duas dimensões: objetiva e subjetiva. E, posteriormente, essas dimensões viriam a ganhar outras significações epistemológicas, que são, no entanto, cultura objetiva e subjetiva dos gêneros feminino e masculino.

3.2. Cultura objetiva de gênero e saúde

A cultura objetiva de gênero masculino é, também, denominada por cultura objetiva fálica ou tradicional de gênero, que é aquela que se sobrepõe à cultura subjetiva e cujos valores simbólicos, crenças, normas, significados e sistemas, foram institucionalizados, são dominantes e prevaletentes. De acordo com Almeida:

A cultura objetiva fálica de gênero iria se referir a um tipo de configuração relativamente estável e duradouro (tradicional), presente nas relações pessoais e familiares tradicionais patriarcais ou do patriarcado. Essa cultura fálica de gênero daria suporte e sustentação a um estilo de relacionamento de gênero portanto tradicional/patriarcal, marcado por forte desequilíbrio e assimetria de forças e profunda hierarquização entre os papéis, lugares e funções masculinas e femininas, com a prevalência e a valorização do sexo masculino (ALMEIDA, 1996, p.171).

Essa valorização cultural, sobre o que é associado ao masculino, prevalece ainda nas nossas sociedades, o que explica o poder simbólico das significações da cultura, por isso, a cultura objetiva fálica, pode ser considerada como aquela que organiza e define os papéis, molda as estruturas, hierarquiza as relações sociais, nega atributos associados ao feminino e ao homossexual, impõe valores, domina e luta pela manutenção de sua hegemonia (BORDIEU, 2002; WELZER-LANG, 2001), o que implica, conseqüentemente, a manifestação de caráter e comportamentos típicos da masculinidade, ou seja, o gênero masculino se destaca, em parte, pela sua própria cultura que se materializa pela consolidação de papéis convencionais da virilidade, hegemonia,

dominação, heteronormatividade e agressividade. Estes aspectos socioculturais que sustentam as relações de gênero são determinantes para a saúde, morbidade e mortalidade dos homens.

De acordo com Badinter (1993), os estudos de gênero elaborados na metade do século XX apontam que é mais “fácil” fazer uma mulher do que um homem. O masculino se determina mais pela negação das qualidades atribuídas ao feminino. Por tanto, para o imaginário social masculino, desempenhar tarefas atribuídas socialmente ao universo feminino traz consigo um tipo de fragilidade, socialmente atribuído à figura da mulher (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007), e a fragilidade é associada à enfermidade (MARTINS et al. 2012). E ambas as qualidades são dissociadas à construção social da masculinidade. Numa relação de gênero, o homem, para ser reconhecido como tal, precisa demonstrar força física e simbólica, como forma reiterativa de negação a qualidades associadas ao feminino e como reafirmação dos papéis sociais, pelos quais, ele foi construído e socializado para desempenhá-los: produção e provisão. Nessa combinação entre a afirmação, negação e reiteração, pouco se pode esperar que ele reconheça seu estado de adoecimento e procure por serviços de saúde, exceto no estado de agravamento.

Em estudos voltados para a análise das relações de gênero e trabalho, apresentados por Michelle Perrot (2005), numa obra intitulada: “*O elogio da dona-de-casa no discurso dos operários franceses no século XIX. As mulheres ou os silêncios da História*”, durante o processo da industrialização da Europa, ela afirma que a sociedade francesa vivenciava um tipo de discurso sexista, com o objetivo de restringir a inserção das mulheres na indústria e para reforçar a dominação masculina. Tal discurso era reproduzido por atores sociais e pensadores clássicos mais renomados da época, tais como Proudhon, Cabet e Rousseau, e era reforçado pelas pesquisas conduzidas por médicos. O discurso alegava que a natureza da mulher é de uma ordem física frágil, sujeita às indisposições menstruais propiciadoras de mal-estar e consternação, assim sendo, o lugar da mulher era a casa e não a fábrica. Essa autora observa ainda, que havia todo um discurso social, que evocava, que as máquinas e o trabalho industrial deformavam a estética feminina, causavam doenças íntimas e ginecológicas, tais como, leucorreias e amenorreias, que colocavam em risco a saúde da mulher e o exercício da maternidade. Alegava-se que a permanência da mulher na produção ou na fábrica conduziria a sua incapacidade de reproduzir uma geração forte e saudável.

As relações de poder de gênero que sustentavam as diferentes instâncias sociais na França, durante o século XIX, associando culturalmente e sujeitando objetivamente o

estado patológico àqueles grupos sociais que não se identificam com os atributos da masculinidade, prevalecem nas nossas sociedades industrializadas. A noção do *habitus* e androcentrismo (BOURDIEU, 2002), sustentadora da dominação, dissocia o adoecimento aos homens. Realidade prevalecente ainda nas sociedades modernas justificada pelos processos de socialização e de relações de gênero baseadas em práticas socioculturais, pela manutenção da masculinidade hegemônica, em que os homens definiriam o que pode ou não ser classificado como patologia. Numa leitura objetiva de gênero, na relação saúde-doença, a masculinidade hegemônica se representa na ordem da invulnerabilidade ao adoecimento.

A cultura objetiva de gênero masculino se desenvolve rejeitando o reconhecimento da inerência do adoecimento a sua condição biológica, resiste à invasão e à medicalização do seu corpo, fato que torna os homens resistentes à procura por serviços de saúde, porque, em seu imaginário social, o tempo pode ser responsável pela “restauração” do funcionamento normativo do sistema biológico, e essa imaginação, os leva ao estado de resiliência, que ocorre quando o indivíduo posterga habitualmente o tratamento, esperando que o sistema biológico seja auto-recuperável, daí que, no meu entender, emana o sentimento de exteriorização do tratamento, conseqüentemente, o resultado gerado é, na maioria dos casos, o mau-prognóstico de doenças, que muitas vezes, poderiam ser evitados seus danos se fossem diagnosticadas precocemente.

Outro pilar sustentador da cultura objetiva de gênero masculino é a divisão social do trabalho, que tem hierarquizado, ainda hoje em dia, os papéis sociais, incumbindo às mulheres o papel da reprodução e, aos homens, o da produção e provisão. Essa responsabilização dos homens, pela manutenção do núcleo familiar, traz, intrinsecamente, o sentimento de independência e atribuição de uma das tarefas mais valorizada, cuja continuidade do exercício da hegemonia masculina, sobre os outros e as outras, fica diretamente vinculada ao permanente exercício de seus papéis sociais. As restrições produzidas pelo processo de adoecimento limitam ou impugnam o exercício pleno dos papéis sociais e da virilidade, gerando transtornos, preocupações e dificuldades na procura por serviços de saúde, em casos de necessidade. E nos casos em que a doença se sobrepõe a todas as forças da masculinidade hegemônica, nota-se que:

As alterações na rotina e o afastamento da vida social contribuem para que os homens assumam uma nova posição diante da sociedade. Nesse sentido, durante um longo período, o homem deverá ocupar uma nova e inesperada condição: a de doente (...). Essa nova condição mostra-se incoerente com a posição ocupada pelos homens na vida cotidiana,

caracterizada pela força, invencibilidade e reafirmação de poder, levando, então, a uma reconstrução e ressignificação dos sentidos atribuídos à masculinidade (MARTINS, et al., 2012, p. 78).

A redefinição de papéis, conforme demonstrado por Martins, et al., e as mudanças compulsórias geradas pela doença no interior do homem e no exercício de seu papel social podem mexer com sua saúde emocional e psicossocial, condição que reduz suas funções e as desloca a outros membros do núcleo familiar, conseqüentemente, “o afastamento do homem da centralidade da família e a redefinição de papéis propiciados pelo adoecimento desorganizam o sistema familiar, contribuindo para o surgimento de angústias, tanto para os homens quanto para as mulheres” (SILVA, 2009).

Outros atributos que compõem a cultura objetiva de gênero masculino, no sentido de seu caráter formativo e no exercício de sua *performance* são, a agressividade, a exibição da força física sobre o sexo oposto ou outros – homossexuais -, a exposição a riscos no ambiente de trabalho e a violência contra a mulher. A construção social da masculinidade pode ser descrita como a principal causa que induz os homens a praticarem violência contra aqueles que se encontram na posição inferior na relação de gênero. Os homens são, em parte, a causa da própria doença e morte por causas externas e internas (MEDRADO, et al., 2011) e são destacados também como a causa da morbimortalidade das mulheres. Essas “incursões” ocorridas no campo relacional de gênero levaram os autores como Gomes, Schraiber e Couto (2005) a postularem conclusões, que sugerem que os homens, na fase adulta, sofrem mais violência física, são propensos à violência relacionada ao trabalho e ao crime, e as mulheres são atingidas por violência física e sexual.

Segundo o Atlas da Violência (2019, p. 31), em 2017, no Brasil foram assassinadas um total de 4.936 mulheres, o que significa 13 assassinatos por dia. A taxa mais alta registrada desde 2007, apontando o crescimento de 30,7% no número de homicídios de mulheres entre 2007-2017. Há vários fatores apontados, entre eles, Gomes (2008) destaca que entre os fatores associados à violência contra as mulheres, é a recusa sexual por parte das mulheres e a ocorrência de conflitos conjugais que ameaçam a autoridade dos homens. Os diferentes tipos de violência ocorridos na perspectiva relacional de gênero têm uma profunda relação com a saúde mental, emocional e física das vítimas e são entre as formas de transmissão de doenças infecciosas para elas.

O reconhecimento do adoecimento depende das construções socioculturais embutidas na subjetividade e traduzidas em ação na objetividade do homem. Por isso,

faz-se necessário considerar a experiência do adoecimento e as narrativas masculinas sobre a doença na sua relação com as teias de significações culturais, isto porque, de acordo com Laraia (2001), a cultura condiciona a visão de mundo, interfere na existência física do ser humano, opera com uma lógica própria e se mantém dinâmica.

A contribuição antropológica da medicina social, no âmbito da percepção e interpretação do processo de adoecimento pode oferecer possíveis caminhos capazes de incutir no imaginário social dos homens, que as práticas socioculturais, mencionadas acima e outras não abordadas neste trabalho, mas que são consideradas constitutivas da cultura objetiva de gênero masculino, são construções que permanecem ainda conservadas nas veias da vida social, reproduzidas pelos processos de socialização, manifestando-se nas relações de gênero, a partir das representações e discursos masculinos que tendem a manter a subordinação das mulheres e a determinar seu estado de saúde ou doença.

Nesse plano de peso-contrapeso, a cultura objetiva de gênero masculino pode produzir o sentimento de (i) rejeição do reconhecimento do adoecimento sob argumento da invulnerabilidade, interpretando a doença a partir da perspectiva objetiva de relação de gênero: fragilidade e adoecimento não são aceites como atributos inerentes ao provedor; (ii) pode gerar o sentimento de resiliência; (iii) resistência ao tratamento e (iv) prever o mau-prognóstico. Em outras palavras, o reconhecimento ao adoecimento produz energia impulsora à procura de explicações que podem conduzir o sujeito ao acesso aos serviços de saúde, assim como pode auxiliar na constituição do processo de diagnóstico, e na relação médico-paciente advoga-se que, o saber biomédico reconheça que os parâmetros de “eficácia e eficiência”, do processo de prospecção de anomalias, devem considerar as múltiplas perspectivas ocasionadas pela objetividade e subjetividade do paciente, para a devida intervenção.

3.3. Cultura subjetiva de gênero e saúde

As experiências subjetivas formam-se a partir de representações culturais sobre a subjetividade, o corpo, o mundo e a vida, criadoras de significados que se expressam através de narrativas individuais (BIBEAU, 1993; BIBEAU E CORIN, 1994; ALMEIDA FILHO, et al., 2009). O mundo da vida caracterizado pelos seus elementos relacionais

entre si ordena a conexão de fenômenos numa cadeia causal e ao mesmo tempo conferem, particularmente, o desenvolvimento do sujeito que vai cultivando diversas práticas de interação e as formas aparecerem para moldar os conteúdos estruturantes da subjetividade. O sujeito transforma-se num personagem de uma pluralidade de conteúdos, sendo assim, as culturas representam parte reduzida da idealização de algum mundo onde o sujeito teria apenas realizações limitadas (SIMMEL 1921; ALMEIDA, 1996). Essas realizações são primordialmente determinadas pela dinâmica da história da humanidade geradora da cultura de gênero e, posteriormente, pela redução da autonomia interativa do sujeito rumo à construção de sua subjetividade a partir da diferenciação de gênero.

A representação subjetiva de gênero depende, *a priori*, de estruturas culturais responsáveis pela atribuição de diferentes significados aos fenômenos e à vida, a partir da diferenciação de sexo, produzindo práticas culturais consideradas, socialmente, inerentes à feminilidade, como o cuidar de si, dos filhos, dos idosos e dos que adoecem. Esta realidade pode ser determinante para o processo implícito da dependência da medicalização do próprio corpo.

A partir de valores, de crenças, de leis e de processos de socialização regulados pela cultura, alguns autores (GOMES, 2008; KLEINMAN, 1977; ALMEIDA FILHO, et al., 2009), destacam a importância da distinção entre dimensões biológica e cultural da doença. Eles defendem que o processo de adoecimento passa por uma série de significações culturais e o gênero condiciona as formas, pelas quais, o homem, a mulher, outras orientações sexuais (LGBT), atribuem significados à própria doença. Ou seja, como concluiu Kleinman, a enfermidade refere-se à maneira como o gênero percebe, pensa, expressa e lida com o processo de adoecimento. Por isso, de acordo com Almeida Filho, et al. (2009, p. 102), “além dos significados culturais, existem também significados pessoais, que abrangem tanto os significados simbólicos particulares, formadores da própria enfermidade, quanto os significados criados pelo paciente para poder lidar com a doença e controlá-la”. E estas constatações sugerem que (i) a doença é, também, socialmente construída, (ii) é objetiva e subjetivamente imputada ao gênero e expressada com base no paradigma cultural.

No plano cultural, tanto a objetividade quanto a subjetividade não se desenvolvem de maneira autônoma, apesar de se representarem assimetricamente nas relações sociais, elas formam, em certo grau, forte conjugabilidade e coexistência no tempo e no espaço, causando relações de interdependência positiva e negativa. E nesse processo constitutivo de ambas as culturas – objetiva e subjetiva de gênero - e de interdependência positiva e

negativa, o masculino se posicionaria numa independência e o feminino numa dependência, em que ele – o masculino - se designa e se determina com aqueles atributos considerados, sócio e culturalmente, “afirmativos” e valorizados, tal como demonstra Bourdieu em “*A dominação masculina*”, e sujeitaria os atributos da “negatividade” aos seus opostos sexualmente – as mulheres e os homossexuais. A cultura objetiva de gênero seria definida a partir de valores e crenças construídas pelo discurso masculino, determinando o que pode ou não ser descrito como patologia. Uma prática sociocultural de impugnação da autonomia do sexo oposto. O gênero masculino, ao se declarar forte, saudável, invulnerável, objetivo e viril, classifica os seus opostos, sexualmente, como, frágeis, insanos, vulneráveis, emotivos e destras e “doentes mentais”. Traços, sócio e culturalmente construídos, que, não só garantem a posição hegemônica e a valorização do que é associado ao masculino, mas que também visam subordinar e associar as mulheres e aos homossexuais àqueles atributos que denotam intervenções “clínicas”, ou disposição à medicalização.

A história da loucura e sua associação ao feminino é um dos exemplos que vou me ater, aqui, para refletirmos sobre os processos históricos e culturais de subjetivação e reificação do normal ao patológico, como construções socioculturais com forte influência dos campos do biopoder (FOUCAULT, 2014) e da psiquiatria, predominantemente masculinos em tomada de decisões.

Numa leitura de Foucault, em – *História da Loucura* -, a loucura era concebida como imoralidade, portadora de doenças sexualmente transmissíveis e, sobretudo, a não razão, mas entendida no interior da própria razão, pois, ela, segundo Foucault, não é um fato da natureza. Ela é uma produção social histórica, clássica, presente na civilização. O poder não é encontrado em uma única instituição ou no Estado, porque é um jogo de saberes e noções que advogam a hegemonia de uns sobre outros. Para Foucault, a medicina moderna passou a exercer o poder de controle e governação sobre o corpo, determinando com prescrições as formas da vida, interferindo na anatomia e transformando o normal ao anormal (ILLICH, 1975). A loucura foi adestrada e apossada pelo poder da medicina (FOUCAULT, 2014).

Pesquisa desenvolvida por Valeska Zanello, intitulada “*Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*” (2018), concluiu que na Idade Média, quando a loucura foi percebida e transformada em objeto de estudo, foi retratada a partir de uma perspectiva objetiva. O louco taxado, posteriormente, pela psiquiatria como “doente mental”, era internado e excluído da vida social. Pois, ele não se representava

discursivamente, sua voz foi retirada e sua capacidade de falar por si mesmo foi reduzida (FOUCAULT, 2014).

Para Zanello, com o surgimento de manicômios no Brasil, no fim do século XIX, para a internação de “alienados mentais”, a loucura foi contemplada a uma realidade abstrata:

Não é à toa, portanto, que a abundância de exemplos encontrados nos tratados e compilações históricas seja predominantemente feminina [...]. O manicômio, como casa do desespero, deve ser entendido como símbolo de todas as instituições criadas pelos homens, do casamento à lei, que confinaram e confinam as mulheres, e as deixam loucas (ZANELLO, 2018, pp. 20-21).

A loucura, tomada como um estado “psíquico”, em conflito com a ordem pública, foi criminalizada socialmente, tal como tece Mariane Junqueira (2017) em seu artigo “*Algumas considerações sobre gênero e saúde mental: as mulheres nos manicômios judiciários no Brasil*”. Essa autora, ao analisar os processos judiciais no Brasil, sobre as mulheres que eram julgadas e confinadas em manicômios, observou que as mulheres, na história do encarceramento da loucura, eram julgadas, não pelo crime que cometiam, mas por conduta moral e social. Na mesma linha analítica, Zanello postula que ao longo da história os homens foram identificados à racionalidade e as mulheres à figura da insana “nesse caso em dupla polaridade: a loucura como um dos erros das mulheres e, por outro lado, como a própria essência feminina” (ZANELLO, 2018, p. 21).

Magali Engel (2000), ao analisar as histórias das mulheres brasileiras que eram classificadas como delinquentes, no fim do século XIX, época em que se deu a institucionalização da psiquiatria como disciplina autônoma na produção do saber médico, afirma que determinados delitos perpetrados pelas mulheres, eram causados por distúrbio mental de acordo com a classificação médica. Pode-se afirmar que, o que estava em julgamento não era propriamente o delito, mas a anatomia-fisiológica feminina, o sexo, taxado como o berço de “doenças mentais”. Mulheres encarceradas em manicômios por ninfomania¹⁷ ou histero-epilepsia, dizia-se que sofriam de perturbações psíquicas causadas por distúrbios uterinos. De acordo com a autora, os comportamentos “imorais” das mulheres delinquentes tinham forte relação com a sua própria natureza biológica:

¹⁷ Desejo sexual exacerbado e anormal nas mulheres; furor uterino, histeromania, metromania, uteromania. Dicionário Michaelis.

histeria, maternidade, loucura, menstruação, que determinavam a predisposição às doenças mentais – discurso masculino e ambíguo-, ressalta Engel.

Magali Engel observou que, mulheres e homens, diagnosticados com os mesmos sintomas de distúrbio mental, eram classificados de maneira diferente. Para os homens, as doenças mentais eram causadas por irregularidades relativas aos papéis sociais atribuídos a eles, tais como, o de trabalhador, o de provedor, o de viril, e para as mulheres, os distúrbios mentais eram associados à sexualidade e imoralidade: “fora do casamento, não contida, com fins não produtivos” (ZANELLO, 2018, p. 21). Engel aponta sobre um cenário ambíguo carente de interpretação racional, pois, o poder médico, representado pelo discurso masculino, encontrava, no campo da psiquiatria, como “lugar de ambiguidades e espaços por excelência da loucura, o corpo e a sexualidade femininos inspirariam grande temor aos médicos e aos alienistas, constituindo-se em alvo prioritário das intervenções normalizadoras da medicina e da psiquiatria” (ENGEL, 2000, p. 339).

Retomando Zanello (2018), durante a década de 1950, surgiram os denominados Manuais de Transtornos Mentais. Se antes disso, o louco era confinado, como patológico, por transtorno mental, sua patologia passou, então, a ser naturalizada, ou seja, ocorreu a patologização da vida. O “discurso do sujeito em sofrimento passou a ser traduzido em termos de presença/ausência de sintomas” (p. 22), dado que os manuais apresentavam critérios de diagnóstico enviesados na perspectiva de gênero. “Destaca-se que ‘choro’ é o exemplo dado nos principais manuais de classificação diagnóstica para o sintoma ‘tristeza’ para diagnosticar o transtorno mental da ‘depressão’” (p. 23). Se os homens são socializados a não chorarem, desautorizados e repreendidos quando choram, em contrapartida, o choro “não apenas permitido, como até incentivado em mulheres, em culturas sexistas” (p. 23). Não restando sombras de “dúvidas” de que esse processo histórico justifica, em parte, o fato de os índices epidemiológicos mundiais sobre a depressão apresentarem alta prevalência em mulheres que em homens. Um levantamento conduzido no ano de 2018, pela OMS, constatou que em níveis globais o Brasil está no topo, com 9,3% da população manifestando a depressão e em termos de gênero, o sexo feminino é o que mais sente as consequências com 7,7%, enquanto que entre os homens, a porcentagem cai para 3,6%¹⁸. E são apontados entre os principais fatores, as diferenças hormonais e fisiológicas entre homens e mulheres, e produções socioculturais

¹⁸ Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1981576-brasil-lidera-ranking-de-transtorno-de-ansiedade-e-depressao-mulheres-sao-maioria>. Acessado em 21/02/2020.

(GONÇALVES, et al., 2018)¹⁹. Nesse sentido, estabelecer um critério de diagnóstico com base no sexo biológico acaba imputando o adoecimento sobre um determinado gênero (feminino), e invisibilizando no outro (masculino).

As autoras Engel (2000), Junqueira (2017) e Zanello (2018) tecem, paralelamente, abordagens convergentes, as quais, reiteram que, historicamente, tal como demonstrado por Perrot (2005), o corpo e a sexualidade feminina foram, sócio e culturalmente, “patologizados”, e construídos como objetos da medicina e psiquiatria, como alvos prioritários para a medicalização social²⁰, o controle da fecundidade, da natalidade, da fertilidade e da sexualidade. A medicina moderna capitalizou o corpo, apreendeu as patologias, não para desfalece-las, porém, para constitui-las como objeto de estudo, de estímulo do avanço científico e de pesquisas, em que determinados grupos sociais são eleitos para pleitear testes laboratoriais e de artefatos científicos em nome da saúde, da normalização do corpo e, conseqüentemente, da medicalização sistêmica. E conforme veremos, a medicalização da vida através dos processos, acima descritos, receberam duras críticas. Ivan Illich (1975) e Charles D. Tesser (2010), se destacam entre os principais críticos, dos quais, sigo recorrendo, analiticamente, suas contribuições e críticas à medicalização social.

As críticas de Illich são contundentes também ao biopoder e à biomedicina modernas. Em sua obra intitulada “*A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*”, o autor aborda os processos da cultura medicalizada a partir das dimensões social e política. Illich alude que a dependência do saber e agir médico resultaram, na modernidade, em extinção da autonomia do sujeito e, a medicina se tornou um campo de poder financeiro e da dominação, gerador daquilo que ela deveria combater. As ações médicas e programas sanitários são a causa de novas doenças, que o autor designa por “iatrogênese”²¹ ou seja, doenças inventadas ou resultantes de cuidados médicos que passaram a representar um

¹⁹ O fenômeno “depressão” e seus relativos fatores representam um vasto campo de debate em aberto entre os críticos ao enviesamento de dados epidemiológicos que permanecem ainda assentados em uma diferenciação de gênero, por isso, não vou me ater a este fenômeno, pois, seu aprofundamento se constitui num tema e objeto separados que não coadunam com os meus objetivos nesta pesquisa.

²⁰ De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012) a terminologia “medicalização” surge no início na década de 1960 no campo da sociologia da saúde, inicialmente, o foco dado à questão pelos sociólogos foi o da medicalização do desvio (Conrad, 1975), que incluía: o alcoolismo, as desordens mentais e alimentares, a homossexualidade, a delinquência, a disfunção sexual, as dificuldades de aprendizagem, os abusos sexuais e infantis. A questão fundamental dos principais trabalhos sobre a medicalização era mostrar como determinados comportamentos que, até então, eram considerados imorais, passaram a ser definidos como médicos (GAUDENZI E ORTEGA, 2012, pp. 24-25).

²¹ Iatros: médico; Gênese: origem.

perigo eminente à saúde, pois, “as medidas tomadas para neutralizar a iatrogênese continuarão a ter efeito paradoxal” (p. 15) da saúde da sociedade.

Ele explicita a iatrogênese a partir de três marcos: clínico, social e cultural. Esses marcos se articulam e se convergem concomitantemente, de acordo o autor, no campo acadêmico pela subordinação da saúde pública a uma ideologia terapêutica; pela redução da autonomia do sujeito e pelo uso de técnicas tecnológicas, um tripé sinérgico que invade a natureza anatômica reforçada pela ciência da medicina, pela lei de prevenção e pelos organismos que trabalham e protegem os interesses dos “produtores de saúde”.

A iatrogênese clínica, de acordo com Illich, alude as consequências colaterais ou doenças provocadas pelas técnicas médicas, cuja a soma excessiva de ações preventivas, diagnósticos, terapias, intervenções cirúrgicas, traumas psicológicos, negligências e etc., culminam em maiores danos e levam ao surgimento de novas doenças. O autor reitera que a empresa médica gera impactos negativos que se constituem em uma epidemia provocadora de dor, disfunção, invalidez e angústia por conta das intervenções técnicas.

A iatrogênese social ou medicalização social refere-se a implicações sociais não desejadas e danosas do impacto social da medicina, resultantes da permanente dependência da sociedade para com os cuidados médicos. Para melhor elucidar, o autor aponta três dimensões que formam o processo da medicalização social da sociedade.

A primeira delas se refere à *medicalização do orçamento*, que ocorre quando as despesas da saúde pública crescem e não se registram melhorias. De acordo com Illich, esse sentimento gerou, na década de 1970, nova onda designada “promoção de saúde” para reduzir os custos da saúde pública. O princípio da “promoção de saúde” acabou potencializando o consumo e a circulação de produtos farmacêuticos.

A segunda dimensão da *medicalização social* se refere à invasão farmacêutica que tem estimulado o consumismo exacerbado de medicamentos, em que o indivíduo passou a crer que a reposição do normal e da funcionalidade do corpo só se dá por meio de produtos farmacêuticos, abandonando modos de reparação tradicional e se transformando num indivíduo superdependente aos serviços médicos, e conseqüentemente, tornando-se paciente, como diz o autor:

O mal produzido por superconsumo de medicamentos é bem pior que o esbanjamento ou a iatrogênese clínica de tipo medicamentoso. O superconsumo é malsão pelo efeito social que produz e se reflete nas atitudes do médico e do doente. O médico pesquisa a eficácia do ato técnico ainda que à custa da saúde do doente e este submete seu

organismo à regulação heteronômica, o que quer dizer que ele se transforma em paciente (ILLICH, 1975, p. 52).

Illich tece críticas aos profissionais de saúde por terem se tornado atores ativos de um processo de subsunção dos doentes ao superconsumo de medicamentos.

E a terceira dimensão seria o *controle social pelo diagnóstico* como resultado da medicalização de categorias sociais. Neste caso o autor afirma que diferentes idades da vida são submetidas à medicalização. O que o autor designa por “etiquetagem iatrogênica”, processo que ocorre quando os indivíduos aceitam com “naturalidade” a ideia de que eles têm a necessidade de cuidados médicos de rotina “simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas” (ILLICH, 1975, p. 56), e quando o alcance da saúde passa a ser concebido do modo etiquetado, as pessoas passam a exigir modos específicos de consumo terapêutico. Elas são categorizadas em grupos sociais ou classes, problematizadas de acordo com as suas categorias e instruídas a acatarem as recomendações médicas especializadas. Se a velhice é uma condição normal da vida humana, nas sociedades modernas ela é medicalizada, exemplifica Illich (idem).

O autor, teceu críticas que me chamaram a atenção pelo fato de “profetizar” acerca dos impactos negativos da estrutura organizacional de políticas sociais de saúde que acabaram sujeitando os gêneros às necessidades de cuidados médicos, influenciando a vida social e cultural na “naturalização” do consumo de “drogas” farmacêuticas, gerando uma cultura objetiva de gênero que ganhou o hábito pela procura pelos serviços de saúde e a necessidade da medicalização do corpo, que faz com ele – o gênero – tenha (1) crença, de que deve medicalizar “todas” as fases da vida e qualquer alteração no funcionamento do organismo, por causas internas ou externas, por exemplo, ocasionadas por mudanças de temperatura ou alimento alérgico ao seu organismo ou pela própria natureza anátomo-fisiológica; imputa o gênero (2) ao reconhecimento da doença como se fosse uma “declaração de consentimento” para a invasão médico-farmacêutica; (3) gera o hábito de procurar por serviços de saúde, mesmo que o gênero não esteja necessariamente doente; (4) disposição a submissão às intervenções técnicas, entre elas, cirurgias que podem ocasionar traumas psicológicos e (5) geração do sentimento do bom-prognóstico e da recuperação da saúde, percebida como ausência de doença e, conseqüentemente, a emergência de outras doenças relacionadas à medicalização, mas não percebidas suas origens, por parte do paciente. A cultura objetiva de gênero feminino representa as ações

caracterizadas pela assimilação e “naturalização” dos processos de medicalização da vida com base em disposições instaladas na cultura subjetiva.

A cultura subjetiva de gênero assimilaria, no entanto, os discursos planejados e percebidos de duas forças: sendo a primeira institucional, formada pelo biopoder e biomedicina, acima descrita, resultantes do processo da industrialização da modernidade que recorre ao uso do poder para neutralizar, julgar, confinar, encarcerar e impor a medicalização do organismo em todas as fases da vida por razões políticas, sócio e culturalmente construídas, tais como o controle a fertilidade, a fecundidade, planejamento familiar, menstruação, histeria, gestação, pós-parto, loucura, distúrbio mental e uterino, menopausa, velhice, entre outras categorias associadas ao feminino que a impõem variadas formas de medicalização social contínua, por finalidades econômicas e políticas de controle. E a segunda força é a relacional de gênero, também construída sócio e culturalmente, objetivando a manutenção da masculinidade hegemônica, conforme apresentei no capítulo II²².

Illich recomenda que o caminho para obter uma “verdadeira” satisfação consiste na superação da sociedade sobre o imperativo da intervenção médica e medicamentosa para os cuidados de saúde, se mobilizar contra o superconsumo da medicina moderna e lutar pela autonomia do indivíduo em busca de saúde, porque “a medicalização da vida é apenas um aspecto da dominação destrutiva que o desenvolvimento industrial exerce sobre nossa sociedade” (ILLICH, 1975, p. 77).

As elaborações críticas apresentadas por Illich ao repercutirem na academia, ao enfocarem e problematizarem os malefícios gerados pela indústria médica sobre a vida social das pessoas, apontam outros possíveis caminhos de se pensar e se buscar a saúde, pois, percebe-se ainda a prevalência da supremacia do discurso e da cultura que incentivam a medicalização social. É o discurso que faz referência à desigualdade social e às variadas formas de vulnerabilidade socioeconômicas de grupos sociais, tais como, mulher, criança e idoso, para fomentar a medicalização social.

Tal como constatou Schraiber (2008), o corpo da mulher foi objeto de análise e problematização no campo da saúde, durante a segunda metade do século XX. O que se pode “questionar” não são propriamente os direitos sociais conquistados, no campo da saúde, em prol da garantia de cuidados, mas o fato de tais direitos se constituírem,

²² Cf. Item 2.2. Traçando as fronteiras teóricas do objeto: o ser homem e a masculinidade

concomitantemente, como dispositivos privilegiados de subjetivação (ZANELLO, 2018) e medicalização social.

3.4. Gênero e saúde no marco institucional: um olhar à segunda metade do século XX

Na seção anterior, enfoquei minhas análises nos grupos sociais que estiveram no centro de atenção de políticas públicas de saúde, demonstrando que a medicalização social incidiu mais, sobretudo, nas três categorias “mulher, criança e idoso”, processo que ocorreu por múltiplos fatores: políticos, econômicos, sociais, culturais e de caráter relacional de gênero, que levaram a institucionalização de demandas daquelas categorias. Em contrapartida, os homens, na fase adulta, não receberam a mesma atenção em cuidados de suas especificidades. Eles não se constituíram como objeto focal de políticas de saúde pública, ou seja, suas demandas foram problematizadas a partir de uma generalidade inscrita no direito social ao acesso de serviços de saúde, representados como categoria analítica, e não como sujeitos que representam uma pluralidade de identidade e demandas específicas (SCHRAIBER, 2008). Valendo lembrar que, as críticas endossadas neste trabalho sobre esse modelo de estrutura da política de saúde, apontam a desigualdade na oferta, menos inclusão dos homens nos serviços de cuidados e maior medicalização, sendo estes, três processos distintos.

Esta afirmação é atestada pelos esforços institucionais levados a cabo em prol dos direitos da saúde das três categorias, acima mencionadas, no âmbito nacional e internacional, no decurso da segunda metade do século XX, período, em que não se discutiu sobre a saúde dos homens. Esse fato, talvez se deve a uma condição “politicamente correta”, segundo a crença de Keijzer (2003), da qual, reivindicar uma política pública de saúde voltada à população masculina poderia ser mal interpretada e, percebida como um movimento antagônico aos que se engajavam para a promoção da saúde da mulher.

Nesse sentido, prossigo apresentando uma breve contextualização de esforços e mobilização institucionais registrados, em nível internacional, que enfocaram a saúde da mulher e materno-infantil. Ressaltando que a segunda metade do século pode ser considerada como um dos períodos que decorreram intensas transformações estruturais

no âmbito dos marcos institucionais, tal como constata Habermas (1984), a crescente socialização do Estado e estatização da sociedade verificada no século XX, no que se definiu como a sociedade do bem-estar social, as questões antes restritas à esfera privada, como o *modus vivendi* das famílias e das relações do trabalho, passaram a sofrer crescente interferência estatal na regulação dos constantes novos direitos. E nessa perspectiva me importa trazer à tona, aquelas mudanças, os esforços e as iniciativas que foram sustentados por relações de poder de gênero propiciando a promoção da saúde da mulher e materno-infantil.

Entre as mudanças estruturais a partir da perspectiva relacional de gênero, como categoria útil (SCOTT, 1990), são apontadas as conquistas do movimento feminista, da luta pelo reconhecimento da saúde como direito social. O movimento desempenhou um papel preponderante em nível internacional. Durante as décadas de 1960 a 1980, movimentos sociais lutaram pelos direitos da mulher à saúde reprodutiva (GOMES, 2011), uma luta justificada por elevados índices de mortalidade materno-infantil, violência contra a mulher e desigualdade social. Para conter esse quadro, foi necessário a mobilização internacional, em que o enfoque se voltaria aos direitos e às demandas da mulher em todas as arenas, fato que a Assembleia Geral da ONU reconheceu o ano de 1975 como ano Internacional das Mulheres, resultando na organização da Primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres, no México. Desde então, os esforços e as convenções internacionais tiveram lugar, sucessivamente, em prol da implementação de políticas inerentes a questões do gênero feminino e a progressão da execução de programas e planos estratégicos diversificados, dentre eles, a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança, mobilizando recursos para salvar as vidas deste grupo considerado mais vulnerável (FARAH, 2001).

De acordo com Pinheiro e Couto (2008), o movimento feminista endereçava suas críticas à esfera política dominante; reivindicava melhores condições sociais e ampliação de direitos que englobavam os da saúde sexual. Na década de 1990, essa reivindicação foi condicionada pela epidemia de HIV-AIDS, e a ela foi incorporada à violência contra a mulher como questão de saúde, em 1994. Esta última se configurava, anteriormente, na ordem de justiça e segurança. Por via disso, registra-se um *boom* de investimento tecnológico, científico, político, econômico e social na conscientização e promoção da saúde da mulher e materno-infantil (MEDRADO, et al., 2011).

Nesse enfoque relacional de gênero e saúde, a Global Health Initiative coloca como prioridade de seus princípios, direcionar suas ações de saúde à mulher. A instituição

estabelece seu “foco em mulheres, meninas e em equidade de gênero, visando a enfrentar desigualdades de gênero no tocante à saúde, a promover o empoderamento de mulheres e meninas” (RIBEIRO, 2016, p .25).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, no Egito, em 1994, pela ONU, destacou a assistência em saúde da mulher como prioridade dos países membros. A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, China, em 1995, colocou a saúde da mulher e a violência contra a mulher na centralidade do debate e como a terceira e quarta área de maior preocupação sobre os direitos da mulher²³. O relatório final da conferência exortou os países a criarem mecanismos financeiros, capacidade técnica, desenvolvimento de políticas públicas de saúde que garantam o acesso aos serviços de saúde, medicamentos e assistência integral à população feminina (ÁVILA, 2000).

Em nível nacional, os esforços e iniciativas institucionais do campo da saúde seguiram o mesmo enfoque: mulher, criança e idoso. No Brasil, por exemplo, o movimento feminista impulsionou a incorporação de propostas de direitos assistenciais à saúde reprodutiva nos objetivos do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) aprovado pelo Ministério da Saúde, em 1983. Pela primeira vez na história do país, as mulheres passaram a ter direitos à saúde integral - resultado de mobilizações nacionais e internacionais.

Os princípios e as diretrizes do PAISM estiveram ancorados na dimensão de gênero como categoria política institucionalizada, dotada de novos direitos irredutíveis a gênese da reprodução ou da sexualidade. As mulheres entraram na centralidade do debate numa década em que a saúde não era o direito de todos. O Ministério da Saúde desenvolveu o plano para a promoção da saúde pública, em que os objetivos estratégicos compreendem 16 pontos, e um dos mais fundamentais insta promover a atenção integral à saúde materno-infantil (FARAH, 2001).

A estratégia norteadora do PAISM tem como foco, alargar os serviços especiais concernentes à saúde reprodutiva da mulher que compreenda ações de planejamento, promoção, prevenção e remediação. Com base nisso, elaborou-se uma cadeia de classificação de doenças para melhor nortear as enfermidades e remediá-las com maior precisão (BRASIL.2005), sobretudo, aquelas doenças consideradas de maior prevalência entre as mulheres, sendo a saúde mental uma das maiores preocupações do programa.

²³ Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acessado em 28/01/2020.

Nessa premissa, o desdobramento focal à temática “Saúde Mental e Gênero” teve também atenção especial. Segundo o Ministério da Saúde (2004), trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas onde vivem. E no ano de 2003, quando o PAISM foi transformado em política nacional, a responsabilidade da continuidade de sua execução foi transferida ao SUS. Este deve proporcionar os cuidados integrados, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

O primeiro elemento que pode ser observado e destacado é referente a atenção especial de assistência à saúde dada à mulher, a criança e ao idoso, seja no âmbito nacional como internacional. Essa atenção assistencial não foi integral a todos os grupos sociais ou idades. Em outras palavras, os homens não estiveram na centralidade do debate, fato que evidencia que os primeiros grupos sociais que estiveram no foco da medicalização social foram as mulheres, as crianças e os idosos:

Os homens não tiveram seu corpo, como corpo reprodutor, tomado pelas estratégias biopolíticas de controle e disciplina reprodutiva; não se constituiu, para eles, uma problemática de recuperação de domínio de sujeito, que demandasse, em termos de direitos humanos uma reaproximação (SCHRAIBER, 2008, p. 14).

Este marco institucional enraizado na categoria de gênero, ao institucionalizar a atenção integral à saúde da mulher, à luz das reivindicações do movimento feminista, para além da Rede Cegonha que, em suas diretrizes, estabelece a promoção da atenção integral à saúde materno-infantil (FARAH, 2001), reforçam as constatações de Gomes (2008, 2011), Schraiber (2008), Couto (2005) as quais, apontam que, em nível institucional e acadêmica, as especificidades da saúde dos homens e os múltiplos fatores socioculturais considerados, atualmente, determinantes a saúde deles, não foram tomados como objeto de estudo durante a segunda metade do século XX. Por outro lado, refere-se que foi o movimento feminista que introduziu o debate sobre a saúde dos homens na pauta das preocupações institucionais no âmbito internacional.

Pela primeira vez, a saúde dos homens foi colocada na pauta de duas conferências internacionais, anteriormente mencionadas, a realizada na cidade do Cairo, em 1994 e a de Pequim, China, em 1995. Durante esses encontros foi observada a necessidade de incluir os homens e suas especificidades nas políticas de saúde. De lá foram “lançadas às bases para o consenso internacional de que melhores indicadores sociais e de saúde das mulheres e crianças podem ser alcançados se os homens estiverem envolvidos na esfera do cuidado, migrando da condição de sujeitos genéricos para a de sujeitos de cuidados e direitos” (COELHO, et al., 2016, p. 38).

A partir desse debate os homens e os comportamentos associados a masculinidade começam a ser constituídos como objetos de estudo e problematização em três níveis, internacional, nacional e acadêmico. De acordo com Schraiber:

De fato, há uma mudança substantiva no modo pelo qual o campo da saúde passa a tomar homens e mulheres como objetos de seu conhecimento e intervenção com base na presença, em seu interior, da noção de gênero. Esta noção, com a qualidade de categoria explicativa na perspectiva teórica e metodológica inaugurada pelas feministas, constitui-se fortemente como comparativa, histórica e construtiva. Tratou-se de contribuição específica do movimento social para a produção científica de conhecimentos, para as políticas públicas e para as propostas assistenciais em saúde (SCHRAIBER, 2008, p. 12).

O início do século XXI pode ser considerado como aquele que reinaugurou a problematização das relações dimensionais entre “masculinidades” e “saúde”, numa perspectiva relacional de gênero. Percepções institucionais e acadêmicas vêm enfatizando a necessidade do aprofundamento da discussão sobre as representações socioculturais associadas aos homens e seus devidos impactos na sua saúde e no cuidar de si, como sujeitos, cujo seu estado relativamente de saúde ou doença tem forte impacto sobre os seus semelhantes, seu trabalho e seu papel social.

A mudança substantiva apontada por Schraiber me parece preconizar ruptura ou descontinuidade dos moldes pelas quais os homens eram representados nas políticas de saúde. A modernidade continua rompendo com o tradicional (SPINK, 2010), dado que as sociedades modernas são dinâmicas e não estáticas. O sujeito se tornou um ator ativo e consciente na construção e representação de suas estruturas socioculturais que atribuem sentidos à sua existência. Refletir criticamente sobre os modelos tradicionais que sustentam uma masculinidade hegemônica e que são, ao mesmo tempo, apontados como

as causas do elevado índice de morbidade e mortalidade entre os homens, considero como um marco relevante no âmbito institucional para uma abordagem ampliada sobre o quadro epidemiológico da população masculina.

Para Schraiber, os homens passaram, atualmente, a questionar sobre seus direitos sexuais, reprodutivos e atenção integral em saúde, sem qualquer ensejo em desconstruir os direitos adquiridos pelas mulheres nesse campo. Nesse despertar de atenção, o século XXI tende a problematizar os direitos à saúde dos homens a partir da perspectiva de gênero, ampliando-se o enfoque a outras categorias sexuadas. O que revela que o atual enfoque institucional e da indústria médica tem como alvo prioritário o corpo masculino, ou seja, a medicalização da vida masculina, conforme veremos a seguir.

Para tal, certas críticas foram, plausivelmente, endereçadas ao modelo biopolítico e biomédico de saúde vigente, que medicalizou a vida, sobretudo da mulher, da criança e do idoso. O que está em “jogo”, em relação à saúde dos homens, na perspectiva institucional, pode ser evidentemente analisado a partir das críticas de Illich (1975), em outras palavras, a corrente abordagem institucional tende a consolidar um discurso condenatório ao hábito de os homens não procurarem os serviços de saúde com frequência, visando, noutro sentido, a materialização do “projeto”, na qual, de acordo com Tesser (2010) tudo tende ou pode ser considerado problema de saúde e medicalizado por um especialista – ironiza Tesser, um dos críticos a medicalização social. Este autor se opõe ao argumento que afirma de que a cultura dos homens à não procura ou a baixa adesão aos serviços de saúde é a principal responsável da morbimortalidade masculina.

Para Illich (op cit) cada cultura se caracteriza com seus próprios sentidos representativos e interpretativos do que é uma doença. O autor revela que há iatrogênese individual exacerbado e os malefícios de ordem social e cultural advindos da medicalização da cultura perpetrada pela indústria de remédios, tornando a sociedade mais pobre em saúde e mais dependente aos profissionais de saúde.

Questionar os motivos pelos quais levam os homens a procurar menos por serviços de saúde não é o mesmo que dizer que os homens não se cuidam. Percebe-se que há um discurso institucional que tende a associar o autocuidado com o hábito da procura por serviços de saúde. O autocuidado em saúde difere categoricamente com a cultura de medicalização e o superconsumo de produtos farmacêuticos que ocorrem, no nosso cotidiano, promovidos pelos canais de comunicação social, marketing e agir médico. Tesser aponta a multiplicidade de meios e instrumentos tecnológicos pela promoção da medicalização social no século XXI, tais como, a televisão, o rádio, o jornal, as redes

sociais e outras formas de comunicação social que têm transformado o conhecimento, as crenças e os valores em objetos sujeitos naturalmente à medicalização. Para ele:

Neste início do século XXI, a medicalização parece estar em ritmos aceleradíssimos. Apesar de algumas avaliações mais positivas, que reconhecem haver um movimento de crítica e de reflexividade na sociedade pós-industrial, com um aprendizado social e institucional a respeito do processo e de seus males, parece óbvio que a medicalização progride a passos largos (TESSER, 2010, p. 14).

Tesser converge analiticamente com Illich ao perceber que nossos corpos, nossa saúde e doença estão cada vez mais dependentes da medicalização. Talvez essa afirmação seja mais evidenciada se cruzarmos as linhas do debate e os objetivos das diferentes forças que participaram diretamente na elaboração da PNAISH, o que deixa claro que, sempre, os interesses econômicos tenderam a se sobrepor as propostas que incidiam na definição de uma política de saúde integral, desvincula da biomedicina e do biopolítico, mas mesmo assim, o sujeito em questão – o gênero masculino -, se tornou mais um novo alvo da indústria da medicalização e da medicina especializada. Esse gênero, como objeto dessas forças, foi problematizado no século XXI a fim de ser explorado, apreendido, aculturado e ressocializado a naturalização da medicalização da sua vida, em nome da crítica sistematicamente elaborada, sob a retórica que defende que os homens precisam mudar certos comportamentos e desenvolvam a cultura da medicalização.

Essa realidade cultural dos homens pela resistência à medicalização tem sido objeto de debate entre vários atores e setores envolvidos em defesa dos interesses do mercado. Tal como demonstrado por Illich (1975), a mulher, a criança e o idoso, foram medicalizados por razões de cunho econômico e político, parece ter chegado a vez dos homens e das masculinidades. Dessa ordem de ideias, eles não seriam apreendidos de maneira diferente daqueles que medicalizaram os três grupos sociais mencionados. Como veremos em diante, a urologia organizada defende a medicalização do aparelho urinário masculino, o que tende a reduzir a atenção integral à saúde do homem a próstata ou ao aparelho sexual masculino.

3.5. A urologia e o Novembro Azul: A objetivação da saúde do homem

Creio ser pertinente, nesta seção, recuar um pouco, no tempo e no espaço, para entendermos, de uma maneira bem breve, a história da urologia e do movimento Novembro Azul, assim como a relação existente entre ambos. Começando com a urologia²⁴, historicamente, a prática urológica remonta as civilizações da antiguidade (a.C.). Apesar disso, foi no século XIX que ela foi reconhecida como disciplina autônoma, voltada a um público específico, focalizando o aperfeiçoamento de estudos avançados de doenças e patologias de um gênero bem localizado – o masculino²⁵.

A urologia continuou se desenvolvendo durante a Idade Média, quando a medicina e as ciências naturais, se emancipavam gradativamente do aprisionamento da hegemonia de liturgias teológicas, de rituais místicos, exorcismo, intervenções espirituais dogmáticas, astrologia, superstição, entre outros métodos que impediam o progresso da medicina. Esta última resistiu à repreensão de instituições eclesiásticas que se opunham às inovações científicas, situação que condicionava e dificultava a aptidão intelectual dos cientistas para a apresentação de evidências empíricas contrárias aos modelos e regimes vigentes na época, (REQUIXA, 2002; SILVA, 2015). Por outro lado, esta constatação justifica-se pela natureza da estrutura das instituições daquela época medieval, cujos princípios antropomorfistas e de poder eclesiástico eram as únicas que organizavam as relações sociais, estabeleciam limites institucionais, impunham a moral, socializavam os desviantes, gozavam da prerrogativa de apresentar soluções para os problemas da saúde pública.

Segundo Cano (2012), a ciência subtraiu o poder físico e simbólico das instituições religiosas - que detinham a legitimidade absoluta e inquestionável de

²⁴ A urologia é uma disciplina das ciências naturais que visa, sobretudo, aprofundar os estudos médico-cirúrgicos e técnicas da biomedicina para o tratamento de doenças que acometem o aparelho urinário e sexual. Apesar de ser uma especialidade voltada à prestação de cuidados ao aparelho urinário, independentemente do gênero, ela se caracteriza com ações e maior foco em demandas dos homens. Ela acopla diversas especialidades e privilegia especificidades científicas, laboratoriais e intervenções preventivas, curativas e cirúrgicas (REQUIXA). Disponível em: www.apurologia.pt. Acessado 11/04/2018.

²⁵ A urologia, etimologicamente significa “ciência”, estudo (logos), da urina, do aparelho urinário (uro). O termo “Urologie” foi criado por Leroy d’Etoilles, em Paris, cerca de 1840. Mas, se a Urologia existe como especialidade médico-cirúrgica independente há menos de século e meio, desde tempos imemoriais que se conhecem vestígios de patologias urinárias e genitais em pedras urinárias, em múmias, em testemunhos em pinturas e, posteriormente, em escritos, descrevendo-as, ou então desenhos de cirurgias urológicas externas simples nos genitais, por motivos religiosos (circuncisão), ou de justiça, ou para “produzir” eunucos para haréns de poderosos (castração), na China, na Índia e em algumas civilizações médio orientais. Também existem representações de actos terapêuticos como sondagem da bexiga – chineses, punção da bexiga com agulhas – hindus, litotomia por talha – assírios e gregos. No antigo Egipto, os papiros de Ebers e de Smith descrevem várias doenças que hoje são do foro urológico. (SILVA, 2015, p. 79).

interpretar os fenômenos naturais e os fatos sociais. O conhecimento científico se emancipa dos princípios hermenêuticos e antropomorfistas, e começa a consolidar sua hegemonia incontestável através de evidências empíricas e universalistas. E essas contribuições floresciam da Europa²⁶ e do Médio Oriente²⁷.

Com a emergência do capitalismo no decurso do século XVIII; com a revolução industrial da Europa e com o desenvolvimento tecnológico, foram surgindo também novos problemas sociais e ambientais. O corpo humano começa a lidar com novas realidades sociais que vão expressando uma forte influência na sua mudança morfológica e na percepção fisiológica do estado biológico do homem, cuja razão se traduz pela transformação desenfreada dos meios clássicos de produção e da lógica da força do trabalho no uso de máquinas e artefatos laboratoriais modernos. Essa relação implicou, quase sempre, o incansável avanço tecnológico e as descobertas científicas capazes de responder as demandas da sociedade moderna e complexa, fato que incumbiu à medicina e às ciências relativas, a construir modelos de saúde mais racionais, cujo fundamento estivesse subordinado à lógica do estado de direito e do bem-estar social.

No final do século XX, com a postulação das questões de gênero na saúde, que propiciaram a criação de políticas e programas de atenção integral à saúde da mulher, no

²⁶ A Europa consolidava a aplicação da litotomia, sobretudo na Espanha, França e Alemanha. Segundo SILVA (2015, p. 81), no Renascimento (séc. XVI) aparece e realça-se a experimentação versus a tradição, a prática versus a teoria. Na Medicina, existem avanços significativos na Anatomia, com Vesálio, na Cirurgia, com Ambroise Paré e na renovação/revolução da Medicina clássica, (de Hipócrates, Galeno e Avicena), com Paracelso. Em relação à Urologia, realçamos uma curiosidade histórica que exemplifica as diferenças entre o séc. XV e o séc. XVI relativamente à próstata: no célebre desenho de Leonardo da Vinci “a cópula”, de 1492, não está referenciada a próstata, apenas a uretra e a bexiga masculina. Só em 1555 André Vesálio a representa e a descreve, como “carnosidades da verga”. Nesse rol do desenvolvimento científico, o médico inglês, Willian Harvey publica, em 1628, suas descobertas sobre os sistemas circulatórios do sangue. Suas descobertas baseadas em experimentos e secções anatômicas permitiram a introdução de novos procedimentos que sugeriam a transfusão de sangue e a injeção intravenosa (MARTENS, 2009). Seguiram-se outros revolucionários, tais como, Stephen Halles (1726) na definição da pressão sanguínea; Malpighi, Leeuwenhoeck e Morgagni desenvolveram e estabeleceram a teoria da anatomia (MARTENS, idem; SILVA, op. cit). Estas descobertas contribuíram bastante para o reconhecimento da autonomia da urologia como disciplina que se apropriou desta produção científica para descrever os próprios parâmetros de intervenção em doenças venéreas, efetuar diagnóstico e análise dos sistemas urinário e reprodutor (do gênero masculino) que integram os ureteres, rins, bexiga urinária, uretra e testículos, epidídimos, ducto deferente, vesículas seminais, próstata e pênis. Já na modernidade, o tratamento urológico recorre a técnicas mais sofisticadas, usa métodos cirúrgicos computadorizados, meios reparadores e diagnósticos terapêuticos avançados.

²⁷ Do Médio Oriente, a civilização Árabe impulsionava as inovações científicas em diversas áreas, com destaque, no campo da medicina. Alguns cientistas pioneiros continuam sendo destacados na contemporaneidade, tais como, Avicena, que em seu livro “Cânone de Medicina”, desenvolveu minuciosamente sondas uretrais, uma das intervenções cirúrgico-urológicas. Averroes e Rhazes desenvolveram também técnicas cirúrgicas e descrições anatômicas. Estes e outros cientistas da época foram inspirados nas contribuições científicas de Hipócrates e Galeno. Há que ressaltar igualmente, a relevância das descobertas e tratados medicinais desenvolvidos por gregos, chineses, hindus e persas, que estiveram em constante contato com a cultura Árabe.

âmbito internacional, e com o reconhecimento de direitos à saúde sexual e reprodutiva, associado ao enorme investimento em estudos feministas para homens e masculinidades (MEDRADO, LYRA E AZEVEDO, 2011) abriram-se vários caminhos favoráveis a uma ampla abordagem do lugar de gênero, seja no marco político, no âmbito conceitual teórico-metodológico, na perspectiva relacional afetiva e no marco construtivista multidisciplinar, onde, no campo da medicina, a urologia se destaca como uma resposta técnica para o diagnóstico e reparação do aparelho urinário masculino, mas com reduzido poder articulador e persuasivo para o alcance do público masculino. Por isso, em linhas gerais, as contribuições das ciências sociais, sobretudo no marco institucional de gênero, deram visibilidade e motor funcional que permitiram maior promoção de ações e serviços assistenciais oferecidos pela urologia.

Analisando a relação existente entre o movimento Novembro Azul²⁸ e a urologia, é que esta última faz uso do primeiro para alcançar os segmentos dos homens, para ampliar a promoção dos serviços urológicos, priorizando a lógica da tríade: Diagnóstico, intervenção e reparação, sobretudo no câncer de próstata. E esse método privilegia a objetividade para a formação dessa tríade. Enquanto que o Novembro Azul estimula ações interativas, o uso da linguagem, da imagem, de símbolos, do marketing e de outros meios de comunicação social para aproximar, promover, conscientizar e incentivar os homens a procurarem por serviços urológicos. Essa relação entre duas forças convergentes tende a fragmentar sistematicamente os objetivos principais da PNAISH, que visam à atenção integral à saúde da população masculina.

Em estudo desenvolvido por Muller e Birman (2016), intitulado: “*Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia*”, traz à tona o embate ocorrido durante a constituição dessa política. Segundo esses autores, a sociedade civil organizada, os movimentos sociais e as organizações de especialidades médicas brasileiras, em especial a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) travaram várias disputas (p. 707). E a participação de diversas forças com saberes e poderes divergentes propiciou a elaboração de uma política baseada no reconhecimento da diversidade, da heterogeneidade das possibilidades de ser homem e das masculinidades.

²⁸ Movimento originado na Austrália, em 2003, que se mobilizou em apoio à comemoração do dia 17 de novembro, Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata, e teve a ideia de criar bigode durante esse mês, razão pela qual, a campanha denominou-se desde então, de Movember, abreviação de “Moustache November”, em português “bigode e novembro”. A participação de mulheres mascaradas de bigodes falsos e trajadas de azul resultou na nomenclatura “Novembro Azul”.

A SBU, que já vinha se empenhando pela causa da saúde do homem, desde 2004, produziu forte pressão junto ao governo. Pois, o que estava em jogo colocava em constante tensão entre a SBU, por um lado, que propunha uma política de saúde do homem enviesada na perspectiva do sexo biológico – aparelho urinário -, e por outro, o Ministério da Saúde que defendia uma política de atenção integral à saúde do homem, no seu “todo”, ou seja, provisão de cuidados de saúde ao corpo masculino, sem estereótipos, homofobia, e desvinculada de qualquer visão ideológica ou política. Para elucidar essa disputa, recupero a fala de um dos gestores do Ministério da Saúde, citado por Muller e Birman (op. cit, p. 709), onde afirma que “se a gente for ver o homem como no passado se via a mulher, igual a útero, mulher igual à mama, então não preciso de uma política de atenção integral. É preciso fazer algo completamente diferente, completamente inovador”.

Nesse desequilíbrio de peso e contrapeso, percebe-se que a SBU buscava certo protagonismo político que lhe possibilitasse a prerrogativa da medicalização do corpo masculino como seu objeto unívoco e indivisível, o que para as outras forças antagônicas, representaria um “equivoco” no que se pretendia desenhar. Por isso, o Ministério da Saúde defendia uma política transversal que perpassasse por todas as especialidades, e que se evitasse construir uma política para especialistas fortalecerem seu poder e visibilizarem suas especialidades (em referência a urologia).

A objetivação da saúde integral do homem pela SBU, sob recurso à abordagem positivista, fragmentaria o corpo masculino e reduziria os objetivos da política, de caráter promocional e preventivo à mera medicalização do aparelho urinário masculino, sendo este o objeto central da urologia e suas subdivisões, tais como, a sexologia e a andrologia. Mas dado à importância da especialidade urológica representada pela SBU, na produção de saberes e na luta pela consolidação da PNAISH, o Ministério da Saúde assinou convênio, em 2008, com a SBU e nos termos firmados, incumbe a SBU capacitar os médicos do SUS “para o diagnóstico de doenças urológicas e auxiliar na promoção de campanhas dirigidas ao público masculino com foco na prevenção de doenças” (MULLER E BIRMAN, op. cit, p. 712).

Como resultado, a SBU consolidou seu objeto e passou a organizar e coordenar as campanhas para promoção da saúde integral do homem através do Novembro Azul, movimento que inscreve seu foco no combate ao câncer de próstata. Essa coesão estratégica entre dois movimentos complementares – Novembro Azul e SBU - levanta questionamentos e dúvidas sobre o que está sendo posto em prática e o que a PNAISH

propõe. Em outras palavras, durante o trabalho de campo observei que há certa “apropriação” ou “apoderação” da saúde integral do homem por ambos os movimentos, o que acaba esvaziando das campanhas da promoção e prevenção o discurso subjetivo sobre aspectos socioculturais e reduzindo a problemática desse público a visão objetiva da especialidade urológica, enquanto que, na minha análise, a questão da saúde dos homens deve ser pensada a partir de múltiplos fatores - internos e externos.

Os fatores internos são aqueles correlacionados à disfunção normativa de um determinado órgão ou mudança em sua estrutura fisionômica, exigindo certa intervenção técnica. A percepção ontológica do funcionamento sintomático conduz a produção de certa linguagem técnico-interpretativa que diferencia o discurso da medicina com o de outros campos científicos. A representação semiológica dos elementos constituintes do organismo humano situa-se em um campo avesso a linguagem do domínio cotidiano do paciente observado, ao ponto de ele ser incapaz de descrever, com exatidão, as manifestações opostas ao processo normativo do funcionamento natural do seu próprio organismo. Daí a objetividade biomédica exerce um importante papel técnico-científico para desvendar o lado oculto do corpo humano.

Na contemporaneidade, o uso de métodos computadorizados menos invasivos no orifício corporal; a utilização de laser no tratamento efetivo de cálculos renais e neoplasias são alguns exemplos que atestam, profundamente, as transformações e o desenvolvimento das técnicas atualmente aplicadas, que têm melhorado a qualidade descritiva do processo de diagnóstico de doenças e enfermidades, facilitando a identificação adequada dos tipos de intervenção cirúrgico-urológica do aparelho urinário e sexual necessários. Em tese, a observação qualitativa dos efeitos de fatores internos exige, na maioria dos casos, o uso de bioengenharia aplicada capaz de examinar e qualificar as mais complexas funções do organismo humano.

Analisando as campanhas que assisti, notei que a urologia representa discursivamente a saúde dos homens recorrendo a uma linguagem instrumentalizada, mecânica e voltada a uma filosofia intervencionista da biomedicina, cujo método mobiliza a persuasão e exposição de principais doenças consideradas comuns no corpo masculino, enfatizando nos riscos e nas consequências resultantes do descato das recomendações urológicas. A partir desse marco histórico da representação discursiva do corpo biológico, é possível observar que estamos lidando com uma disciplina das ciências naturais, baseada no positivismo metodológico que estuda o corpo masculino a partir de uma perspectiva de objetividade.

Durante o trabalho do campo empírico e nos últimos três anos, assisti algumas campanhas, na cidade do Rio de Janeiro e em Campos dos Goytacazes. Elas são atividades conjuntas que resultam de apoios e coordenação de instituições públicas e privadas. Elas focalizam explicitamente a abordagem do câncer de próstata, como tema central, promovendo e apelando a prevenção e ao diagnóstico precoce do mesmo. Conseqüentemente, as ciências urológicas, solitárias e menos procuradas ao longo de sua história -, não por irrelevância de seus serviços e profissionais - mas por estarem voltadas “quase” exclusivamente ao gênero masculino, se “apropriaram” do Novembro Azul para maior promoção dos objetivos do Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata. Esta constatação pode ser elucidada por três seguintes observações que deduzi durante a pesquisa empírica.

- (i) Importância simbólica dada ao dia 17 de novembro, com maior concentração em atividades mais relevantes, dado sua associação ao Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata.
- (ii) Perfil de promotores: São, na sua maioria, profissionais de saúde formados e especializados em urologia, o que esvazia uma abordagem multidisciplinar, onde a antropologia cultural, por exemplo, teria o preponderante papel articulador e descritivo do lugar da cultura de gênero e a relevância que ela tem na percepção de aspectos culturais que inibem os homens da procura pelos serviços urológicos.
- (iii) Linguagem: técnica e mecânica, ou seja, o discurso construído durante as palestras e as campanhas tende a abordar, com maior ênfase, as conseqüências (morbimortalidade) caso o homem se abstenha da realização do rastreamento de câncer de próstata, sobretudo ao atingir 45 anos de idade, para os negros e 55 para os brancos. A principal mensagem das campanhas enfoca, quase sempre, na tríade: diagnóstico-intervenção-cura, relegando outros fatores socioculturais indispensáveis para se explicar os problemas da saúde integral dos homens. Não obstante, o privilégio dado à observação objetiva no primeiro estágio e a relegação da visão subjetiva na relação saúde-doença dos homens para o último caso. Faz-se necessário, não problematizar apenas o que está dentro da caixa a partir de uma observação objetiva. Se os homens procuram menos pelos serviços urológicos não se pode pressupor que eles desconhecem totalmente os efeitos colaterais desse comportamento ou não dão crédito aos profissionais. Porém, eles – os homens – podem permanecer resistentes enquanto não for trabalhada sua subjetividade ou introduzida mudanças na maneira, pela qual, eles dão sentido e significado ao processo

de adoecimento. Por isso, no meu entender, uma linguagem técnica e maior exposição discursiva mecanizada, fragmentando o corpo e focando certas patologias tais como o câncer de próstata, o toque retal e o Antígeno Prostático Específico (PSA), sem romper, antes de tudo, as barreiras socioculturais produtoras de comportamentos que inibem o hábito dos homens na procura por serviços de saúde, seria um esforço avesso as aspirações da redução das desigualdades de gênero no campo da saúde, cujo princípio basilar da PNAISH é a saúde integral. Por isso, uma linguagem mais acessível pode se constituir numa das chaves para acessar e orientar os “aspectos simbólicos da subjetividade masculina” (MULLER E BIRMAN, 2016 p. 715). Em estudo realizado por Boltanski (2004), na França, onde o autor analisa as classes populares e superiores e como ambas as classes se relacionam com o médico, observou que a linguagem usada pelo médico se constitui elemento chave para a aproximação. Esse autor ao analisar o lugar do curandeiro, na relação doente-médico e comunicação, concluiu que, uma das atrações das classes populares ao curandeiro, é o fato de que ele “explica ao doente a doença que ele sofre. Além disso, o curandeiro utiliza uma linguagem imediatamente acessível aos membros das classes populares e fornece explicações que contêm representações da doença que despertam alguma coisa no espírito dos membros”. Para este autor, o curandeiro tem certo grau de proximidade com a vida social das classes populares e se caracteriza “pelo seu mais alto nível de elaboração e de verbalização” (BOLTANSKI, 2004, p. 49).

Voltando à análise do papel do Novembro Azul e de sua “apropriação da saúde do homem”, segundo a nota do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), sobre a integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul, esse mês deveria ser de reflexão, estratégias, conscientização sobre a relevância da prevenção e diagnóstico precoce de todas as doenças que acometem a população masculina. O Ministério recomenda uma abordagem integral dissociada ao tempo e ao espaço, e desaprova “toda” recomendação do rastreamento de câncer de próstata, como é disseminado durante as campanhas. Ainda na mesma linha crítica, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade emitiu um comunicado, em outubro de 2015, chamando atenção às instituições apoiadoras das ações de Novembro Azul, cuja mensagem da campanha diz que a única maneira de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce, recomendando-se que todos os homens, em idade acima mencionada, devem procurar anualmente pelos serviços urológicos para fazer os devidos exames de rastreamento. Em contrapartida, de acordo com o Ministério e a Sociedade, esta não é a recomendação de

prestigiadas instituições nacionais e internacionais²⁹ que contraindicam a realização de programas e campanhas para o rastreamento do câncer de próstata. Essas instituições defendem que há evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento produz mais danos do que benefícios:

Os estudos que levaram a essas recomendações acompanharam milhares de homens por mais de dez anos, e mostraram que fazer PSA com ou sem toque retal não diminui a mortalidade geral dos homens, e muda muito pouco a mortalidade específica por câncer de próstata. Em outras palavras, homens que fazem o exame não morrem mais velhos, e morrem muito pouco menos de câncer de próstata. Esse pequeno benefício não compensa os potenciais malefícios, quase sempre relacionados à realização desnecessária de biópsia prostática (um procedimento que pode provocar sangramentos, febre, infecção prostática e retenção urinária), o impacto psicológico causado por um resultado falso positivo, e as sequelas do tratamento – é muito comum que os homens tenham incontinência urinária ou impotência sexual após a retirada da próstata. Isso acontece porque o exame não consegue diferenciar cânceres graves e mortais de cânceres que cresceriam lentamente e não viriam a matar o homem – ou seja, muitos acabam tendo os malefícios desnecessariamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).³⁰

Trata-se de uma questão de “saberes e poderes” que “tem sua carne na medicalização do corpo masculino, obturado pelas disputas que indicam direções de ação divergentes” (MULLER E BIRMAN, 2016, p. 709). Este seria o embate institucional e científico vigente no campo da saúde. Portanto, essa incursão institucional permitiu-me perceber que a objetivação da saúde do homem pela urologia tende a promover estrategicamente doenças consideradas urológicas, o que eminentemente acaba reduzindo o universo dos problemas da saúde integral dos homens ao câncer de próstata. Por isso, as instituições anteriormente mencionadas defendem que os exames para o rastreamento do câncer de próstata devem resultar de uma orientação médica, após a confirmação de sinais de alerta e evidentes sintomas, e informado o paciente quanto aos riscos e benefícios. E não como recomendação genérica para todos os homens.

Outro aspecto a ressaltar, em relação as divergências de “saberes e poderes” entre as instituições envolvidas nessa “incursão”, é pelo fato de os princípios e diretrizes da

²⁹ Tais como: United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Instituto Nacional de Câncer (INCA), Canadian Task Force on Preventive Health Care, American Academy of Family Physicians e o United Kingdom National Screening Committee.

³⁰ Comunicado aos (às) apoiadores (as) da campanha Novembro Azul da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Novembro%20Azul.pdf>. Acessado em 08/05/2019.

própria PNAISH estejam alinhados ao SUS e apontarem a Atenção Básica como porta de entrada para a assistência integral e não a partir dos serviços urológicos que têm um objeto delimitado e bem localizado – aparelho urinário masculino. Vincular a PNAISH à urologia significaria reduzir a saúde do homem à perspectiva reprodutora e sexual, e deixaria de ser um “caso ótimo” teoricamente para pensarmos a saúde integral do homem, como veremos no próximo capítulo.

4. CAMPOS DOS GOYTACAZES - BRASIL: PENSANDO UM “CASO ÓTIMO”

O escopo deste capítulo compreende uma breve contextualização da organização do Sistema Único de Saúde brasileiro, a análise do desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas aos homens e às masculinidades, enfocando, principalmente, a constituição do corpo masculino como um objeto de estudo no campo de saúde, na perspectiva relacional de gênero e sob ponto de vista da saúde como um direito de cidadania, em que todos os indivíduos são assistidos de maneira equânime. A iniciativa para a criação de uma política de saúde para problematizar e focar as especificidades anátomo-fisiológicas e demandas dos homens e das masculinidades se configura como um “caso ótimo” para uma nova abordagem institucional, acadêmica e social sobre a situação de diferentes segmentos da população masculina, cujos estudos epidemiológicos os colocam no topo dos índices da morbimortalidade em todas suas faixas etárias. Nesse sentido, busquei, igualmente, perceber e interpretar as barreiras institucionais que podem ser consideradas como impeditivos a procura dos homens pelos serviços de saúde.

4.1. Organização do Sistema Único de Saúde (SUS)

Com a criação do SUS, em 1988, a saúde se torna um direito de todos, e não apenas direito dos trabalhadores contribuintes para a previdência social, que eram anteriormente assistidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1993. O SUS assegura o direito à saúde para todos sem discriminação. Quer seja ao cidadão contribuinte ou não, são todos cobertos por igualdade e equidade. A Constituição Federal de 1988 estabelece no art. 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, direito baseado em princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade nos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2006).

Com a extinção do INAMPS em 1993, foram criadas Comissões Intergestores Tripartites (CIT) e Bipartites (CIB) visando à criação de condições de diálogo para os gestores discutirem, negociarem, firmarem pactos e integrarem as ações. Foram criados também, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Fundos de Saúde, e as Condições de Gestão nos Municípios e Estados. O primeiro pacto foi a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) editada pela portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de

1993, que formalizou o objeto central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão do SUS.

O princípio da Universalidade estabelece que a saúde é direito de todos e é o dever do Estado garantir o acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (PAIM, 2009). A Equidade preconiza a redução das disparidades sociais e regionais existentes no território brasileiro, promovendo a igualdade da assistência à saúde sem discriminação. Todos os cidadãos gozam dos mesmos direitos de acesso aos serviços e ações do SUS. Enquanto que o princípio da Integralidade preconiza um conjunto de serviços e ações de saúde preventivos e curativos para todos e para cada grupo social específico em todos os níveis de complexidade. A Integralidade prevê ainda a necessidade da humanização dos serviços e das ações executadas no âmbito do SUS.

Relativamente as diretrizes que orientam o SUS, entre elas destacam-se as seguintes:

- 1) **Descentralização:** com direção única em cada esfera de governo. A assistência à saúde integra a iniciativa privada, de acordo com a Constituição, sendo a responsabilidade do poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 2000);
- 2) **Atendimento integral:** abrange atividades assistenciais curativas e, prioriza as atividades preventivas;
- 3) **Regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde:** faz parte das competências dos gestores estaduais e municipais articularem a melhor estratégia para garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS. Com objetivo de garantir o acesso das pessoas, os serviços devem ser organizados de maneira regionalizada e hierarquizada, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Os serviços devem ser integrados numa rede para evitar a fragmentação e garantir o atendimento integral. (PAIM, 2009);
- 4) **Participação e controle social:** é direito da comunidade participar e fazer o controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde. O exercício do controle social ocorre pela participação do cidadão na formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução, pelas Conferências e dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo.

Compete a cada ente federado determinadas responsabilidades para a prestação e desenvolvimento dos serviços e das ações de saúde, cabendo aos gestores do SUS a

responsabilidade de seu funcionamento conforme a lei. De acordo com Campos (2014), o Brasil se tornou o único país com sistema universal de saúde organizado com base na autonomia dos três entes federados. A ênfase é dada para os municípios, a quem cabe a maior parte da execução dos serviços e ações de saúde. No que diz respeito às responsabilidades de cada ente, referem-se as seguintes:

Municípios: são habilitados a assumirem dois níveis de responsabilidade. (1) a gestão plena da atenção básica, que consiste na transferência de recursos fundo a fundo para os Municípios e (2) a gestão plena do sistema municipal, que consiste na tomada total de responsabilidade para a gestão e prestação dos serviços pela criação de capacidade técnica e administrativa. Dependendo da realidade complexa e diferenciada de cada Município, os usuários do SUS podem ser encaminhados e assistidos noutros Municípios, conforme a relação pactual intergestores, integrada na CIB, em casos de um Município não reunir a capacidade necessária para garantir o atendimento de seus munícipes deve estabelecer pacto com outros Municípios que disponham dos serviços em outros níveis do sistema (BRASIL, 2006; PAIM, 2009).

Estados: têm a responsabilidade de exercer a gestão do SUS em nível estadual; de promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão de atenção básica à saúde de seus munícipes; de assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde daquelas populações habitantes em Municípios que ainda não tomaram para si a responsabilidade da gestão do SUS e; de promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais.

União: cabe a este órgão gerencial exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual com vista ao desenvolvimento dos sistemas municipais; promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas estaduais com vista à composição efetiva do SUS-nacional;

As Comissões Intergestores Tripartites (CIT) e Bipartites (CIB) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) exercem importante papel de viabilização das negociações entre os gestores dos entes federados. Cabendo a estes órgãos o desenvolvimento de negociações estratégicas e a ratificação das decisões.

No tocante à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, cabe ao SUS, por meio da CIT, CIB e CNS, desenvolver ações coordenadas e pactuadas para sua plena efetivação e funcionamento de acordo com os princípios e diretrizes da política que distribuem competências e responsabilidades para os três níveis da federação. Entre as suas diretrizes consta o seguinte:

- reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;
- incluir na educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados à Atenção Integral à Saúde do Homem;
- finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

4.2. Pensando um “caso ótimo”: política da saúde do homem no Brasil

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008), priorizando homens com idade entre 20 a 59 anos. A política resulta de trabalhos de pesquisa que buscaram perceber os principais problemas e determinantes relacionados à saúde da população masculina. Com efeito, ficou evidente que, era necessário sair-se do paradigma de saúde enraizado no campo da biologia e da medicina para uma abordagem multidimensional e multidisciplinar. Pois, para reiterarmos a relevância da PNAISH, podemos recorrer às variações de indicadores demográficos, com base no cruzamento analítico de dados quantitativos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005, 50,8% da população brasileira eram do sexo feminino e 49,2%, do sexo masculino (BRASIL, 2008, p. 14). Já em 2013 o número da população do sexo feminino cresceu para 51,4%. O levantamento de 2009 apontava que a percentagem da população masculina, de 20 a 59 anos de idade, representava quase um terço do total da população brasileira, o que quer dizer “negligenciar” as demandas de saúde dessa população representaria um caminho avesso ao bem-estar social e um “atentado” à saúde pública, em particular. Daí que a PNAISH reconhece que:

Na verdade, os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar

o país mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do que 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade que no Brasil são, neste ano de 2009 (BRASIL, 2009b, p. 8).

Este reconhecimento não significa que os homens foram deixados fora, no sentido de direito ou de não provisão de serviços de saúde para eles, por parte do Estado, mas o fato é que, foram, por muitos anos, negligenciadas suas demandas e especificidades anatomofisiológicas. Uma “negligência” biopolítica sobre o “saber do corpo” (FOUCAULT, 2014) masculino, sobre a “máquina” de produção. Aliás, esse reconhecimento produziu e introduziu nova linguagem nas ordens médica e política de saúde, linguagem essa menos ambígua - saúde do homem – na relação médico-paciente, pois “a doença fala a mesma língua a uns e a outros” (FOUCAULT, 2018, p. 121). A partir desse marco biopolítico – de fora para dentro – os homens entrariam da porta da Atenção Básica (AB) do SUS como sujeitos dotados de novos direitos sociais.

A elaboração da PNAISH buscou alinhar seus princípios e diretrizes com outras políticas de saúde³¹. O eixo estruturante é a integração transversal que reconhece o princípio imprescindível da interdependência e necessária cooperação de todos, visando somar experiências e discutir exaustivamente diretrizes, que possibilitem as melhores opções de construção e operacionalização dessa política, o que dará a cada segmento, gestor ou executor, a corresponsabilidade pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida (BRASIL, 2009b), sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) a porta de entrada para a execução.

Neste sentido, a PNAISH estabelece como objetivo geral “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade 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, 2009b, p. 53).

Relativamente aos objetivos específicos da PNAISH, de maneira sucinta, ressaltam, estruturalmente, a importância da organização, implantação, qualificação e humanização da saúde do homem em todo o país, em conformidade com os princípios norteadores do SUS. Para tal, a estratégia traçada para o alcance desse público consiste em priorizar a AB e qualificar os profissionais de saúde, de modo que, diferentes grupos sociais, tais como: as populações indígenas, os negros, os quilombolas, os LGBTs, os

³¹ Como a Política Nacional de Humanização (PNH); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

trabalhadores rurais, os homens com deficiência possam ser assistidos equitativamente, reconhecendo a pluralidade e a heterogeneidade do que é ser homem.

No âmbito das diretrizes, a política invoca linhas de ações que visam estimular a promoção, prevenção, assistência e recuperação. Portanto, para que os homens possam aderir e acionar a AB, a política afirma que é preciso “ampliar, através da educação, o acesso dos homens as informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem” (BRASIL, idem, p. 54).

Analisando os objetivos e as diretrizes da PNAISH constatei que as estratégias apresentadas foram assentadas a partir de questões fundamentais que visam reduzir a morbimortalidade dos homens por causas evitáveis, estimular e aumentar a adesão deles aos serviços de saúde, reorganizar a estrutura e educar os profissionais de saúde para ampliação das possibilidades do acesso. Para dar resposta a estas questões é necessário analisar os determinantes institucionais, ou seja, reconhecer que existem valores institucionalizados que definem as variadas formas de representação de gênero e, há demandas de caráter político e econômico que podem ou não influenciar negativamente na implantação e no alcance dos objetivos da PNAISH.

A PNAISH traz à tona questões legítimas e plausíveis que me levam a pensar e refletir a saúde do homem como teoricamente um “caso ótimo”. Uma iniciativa que vem chamando a atenção sobre as condições da saúde do homem e a necessidade do envolvimento de todas as esferas públicas, privadas e a comunidade para a efetivação da PNAISH e a introdução de mudanças de comportamentos entre os segmentos da população masculina e os profissionais de saúde no que concerne às relações paciente-médico. Trata-se, a princípio, de uma questão político-administrativo que visa colocar em pauta, a ideia de maior inclusão ao acesso aos serviços de saúde pelos homens.

De acordo com Dutra (2020), com a emergência do chamado “estado de bem-estar social”, o poder político faz uso de dois modelos de inclusão política, o denominado *input* eleitoral e *output* administrativo. Este último consiste na mediação de inclusão dos indivíduos em sistemas funcionais. Tanto a inclusão quanto a exclusão produzem efeitos e geram irritações ao sistema, no seu todo. Pois, trata-se de processos de implementação de políticas públicas que perpassam por “burocracias de nível de rua” (LIPSKY, 2010) que exigem definição de processos regimentais, negociações institucionais, transformações organizacionais e interações. O *output* administrativo, ao incluir determinados grupos em sistemas funcionais, tais como, educação, saúde, e etc., depara-se com formas de atuação dos agentes implementadores, como afirma Dutra,

caracterizadas por poder discriminatório, que engendram categorias como gênero, etnia, classe, por exemplo. Nesse sentido, a ideia do “super-homem ou do homem invulnerável” ao adoecimento, prevalentemente difundido e quase “naturalizados na sociedade”, até mesmo, no seio dos profissionais de saúde, “tornem-se premissas de decisão das organizações implementadoras” (DUTRA, 2020).

Os burocratas do nível da rua constituem, igualmente, ferramentas importantes para a produção de saberes orientadores no campo da saúde. O primeiro elemento apontado pelos profissionais de saúde entrevistados, com vista a mudança de comportamentos do homem para se cuidar mais e para procurar frequentemente os serviços de saúde durante o adoecimento, é referente ao trabalho de conscientização dirigido aos homens e às famílias, à ampliação das redes de informação, incluindo propagandas e outros meios de divulgação digital ou manual sobre a importância dos cuidados em saúde. Profissionais como Cidreira sugere que:

[...] Toda propaganda acaba ajudando a conscientização dos homens, principalmente, a propaganda através dos meios de comunicação como jornais, internet, e principalmente programas passados na televisão, então é a conscientização das famílias e dos homens. O homem é um pouquinho arredio para procurar a saúde por falta de tempo e por medo da masculinidade e a virilidade, essa campanha conscientiza essas pessoas a procurarem tratamento, e conscientiza elas de que o diagnóstico precoce é importante, já vai trazer a cura para esses pacientes. Hoje a gente sabe que um câncer de próstata diagnosticado no começo consegue chegar a uma taxa de cura de 90%. Se não fizer a prevenção e deixar esse câncer progredir é perdida essa oportunidade de cura (Cidreira, cirurgiã, Campos).

Cidreira reitera o valor da promoção da informação. Ela usa frequentemente a terminologia “conscientização” para reafirmar, que esse processo tira o medo que os homens têm de perder a masculinidade e a virilidade, transforma o pensamento “mágico” da invulnerabilidade para a procura de prevenção primária. Cidreira cita o exemplo do diagnóstico precoce do câncer de próstata e as chances que o homem tem sob ponto de vista de cura. Na mesma linha de abordagem, Aromo aponta também a importância da PNAISH no que diz respeito à conscientização da população masculina. Para este profissional, é preciso conscientizar para romper os impedimentos que atravessam a mente do homem, tal como ocorreu institucionalmente para o caso da saúde da mulher:

[...] Eu acho que o mais importante, quando você divulga mais, quebra os tabus nas mentes das pessoas, desde sempre você percebe a saúde da mulher em ênfase, e por isso a mulher vive muito mais, porque se cuida

desde cedo e não tem esse bloqueio com médico tão grande quanto o homem. Então eu acho que essas políticas públicas, elas ajudam muito nessa questão da conscientização (Aromo, urologista, Campos).

A conscientização pode ser a ação chave e primordial para quebrar os tabus que os homens têm em relação aos serviços e cuidados de saúde. Na medida em que eles ganham a consciência de que o hábito de procura por serviços de saúde não interfere negativa ou positivamente na masculinidade hegemônica e nem causa a perda da virilidade ou caracteriza fraqueza, vão rompendo certos aspectos socioculturais, sobretudo aqueles que fundam a cultura objetiva do gênero que tende a exteriorizar os hábitos da procura, e aqueles que constituem os modelos da masculinidade. Em pesquisa realizada por Romeu Gomes “*A construção da masculinidade como fator impeditivo do cuidar de si*” (2006) revela que a fraca procura está associada à cultura do gênero masculino e aos padrões de sua construção sociocultural. A conscientização combate o medo, a ideia da invulnerabilidade, o machismo, os estereótipos de gênero, por exemplo, com relação ao exame de toque retal. E o depoimento de Valter reforça ainda essa realidade:

[...] Os homens ainda têm um tabu do exame retal, a mulher como já vai ao ginecologista e está educada nisso há muito tempo, ela não tem problema, mas o homem, quando faz o toque retal, acha que vai perder a sua masculinidade, isso é coisa cultural (Valter, clínico-geral, Campos).

A conscientização é sugerida, neste caso - pelos profissionais de saúde, que lidam diretamente com os comportamentos dos homens – como ferramenta importante com o poder de quebrar os tabus, romper certas práticas culturais objetivas do gênero masculino a fim de introduzir no imaginário social dos homens, de que, o corpo é uma matéria vulnerável que precisa de cuidados e de ações preventivas, e dessa forma, pode-se atrair e estimular os homens a procurarem pelos serviços de saúde. Tal como, enfatizam os depoimentos de Andorinho e Domingos:

[...] A possibilidade é de atrair o público, que não tinha a menor possibilidade do ponto de vista médico. Esse programa vem atender uma população que não tinha costume, cultura, nem serviço voltado para eles. Realmente são homens que não iam ao médico, não procuravam o centro de saúde. A intenção do Programa é botar e conscientizar os homens que não vinham fazendo o acompanhamento preventivo, prevenindo doenças que possam ser piores quando a gente for tratar lá na frente, quando tiver com os sintomas. Para a gente economizar nisso também, porque a gente acaba tratando doenças mais avançadas e que gera mais custo. Então o programa é inclusivo e com intenção de

economia dos custos, acho que isso é a possibilidade que vai acontecer se ele começar a ser efetivamente implementado e praticado (Andorinho, urologista, Campos).

[...] Se você for analisar aí nos últimos, 5, 10 anos você percebe um interesse muito maior do homem em se prevenir, em buscar medidas preventivas de sua saúde do que antes. Então, essas campanhas de conscientização têm feito efeito, têm mudado a maneira de pensar do homem de buscar em se cuidar, de buscar em se prevenir, em buscar uma qualidade de vida melhor (Domingos, urologista, Campos).

Os entrevistados olham para o “caso” da saúde dos homens com otimismo e é notável que a PNAISH trouxe à tona questões de grande relevância, mas que eram muito pouco abordadas em um nível mais ampliado, e ela revitalizou o debate da saúde dos homens em muitos segmentos sociais, para além de ter ampliado a visibilidade da magnitude do problema e o “alcance ético e político da constituição dos problemas públicos (...) que a política tentará realizar, não decorrem de princípios abstratos, mas da experiência coletiva como indagação e experimentação” (CEFAI, 2017, p. 131). Esses problemas se constituem por meio da informação, da propaganda, da publicidade e dos meios de comunicação até serem percebidos como tal, nas esferas públicas e privadas, gerando, concomitantemente, certa consciência.

E nesse processo de conscientização, os problemas públicos de saúde relativos à fraca procura impõem certa cogestão entre a família e a política. A família desempenha outro importante papel para encorajar e incentivar o homem a procurar por cuidados médicos. Tal como enfatiza a profissional de saúde, Cidreira:

[...] A propaganda é importante para conscientizar a família (Cidreira, cirurgiã, Campos).

Portanto, se a entrada dos homens aos serviços de saúde é a partir da Atenção Básica do SUS, visando à prevenção, os depoimentos revelam que o ponto de partida e as ações de promoção devem focar, primeiro, na criação de mecanismos de incentivo a procura capazes de quebrar os tabus e essas ações é que poderão facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Analisando ainda os depoimentos dos profissionais de saúde, pude observar que eles defendem a procura por serviços como o possível caminho imprescindível para a apreensão dos problemas da saúde dos homens. Mas a situação que chamou a minha atenção, e que creio ser de suma importância, é o simples fato de eles – os profissionais -

pouco abordarem sobre o acesso, o que demonstra que a procura e o acesso representam duas faces e etapas diferentes. O acesso está relacionado à disponibilidade e à qualidade dos serviços oferecidos, e os homens sempre tiveram o direito ao acesso garantido pela Constituição³², mas constatou-se que eles procuram com baixa frequência. Por isso, a procura constitui a primeira etapa que deve ser trabalhada estrategicamente e organizacionalmente para enfrentar o “arredio dos homens”, pois este comportamento constitui um dos principais fatores de risco, porque eles procuram os serviços de saúde, na maior parte dos casos, quando estão no estado de agravo, o que não pressupõe garantia de acesso aos serviços procurados no mesmo espaço temporal.

O segundo elemento apontado pelos entrevistados é referente à socialização das ações e dos serviços de saúde, assim como à preparação profissional e à disponibilidade de condições financeiras para a implementação de ações assistenciais para melhor atender às demandas da população masculina. Uma vez que essa política foi criada e está em curso, deve, obviamente, alcançar alguns resultados e atravessar desafios na sua implementação. Os desafios da PNAISH estão relacionados com questões políticas, organizacionais, operacionais e estruturais que impactam quanto a implementação como a promoção mínima de seus princípios e objetivos, onde a conscientização é considerada como estratégia funcional para o maior alcance do grupo alvo. Como política, ela é um “ótimo caso” ideal e “sensacional”, mas que precisa de se refletir no real, tal como demonstram os depoimentos de Carlão e Domingos:

[...] Na prática é difícil falar em contribuição efetiva. Porque uma coisa é a teoria e a outra é a realidade, a teoria da política do homem é sensacional se realmente ela fosse posta em prática (Carlão, urologista, Campos).

[...] Infelizmente a gente vive hoje no Brasil uma crise social e econômica muito grande, a política de saúde do homem funciona de forma muito diferente de acordo com os centros que você vai observar, você tem grandes centros nas cidades bem estruturadas em que isso funciona, se pegar a nossa região na prática você não tem um centro de referência do homem, de saúde do homem, de abordagem do homem, a gente luta por situações básicas, a nossa realidade é muito crítica de saúde pública, a gente luta pelo básico para na hora que o básico estiver estabilizado a gente ter algumas diretrizes com a saúde específica, como a saúde do homem. Existe na teoria a intenção, mas eu vejo que na prática são poucos lugares onde isso existe (Domingos, urologista, Campos).

³² Constituição Federal (artigos 196 a 200) art. 196. A saúde é 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.

Estes profissionais atestam que a implementação da PNAISH precisa ainda de ações concretas que possam conduzir aos resultados esperados na melhoria das condições de saúde da população masculina. E entre os principais desafios, são elencados os problemas de alocação de fundos, falta de infraestrutura adequada e a insuficiência de recursos humanos especializados para atender esse público, de acordo com as declarações dos próprios profissionais:

[...] O primeiro desafio de todos é a questão de organização de verba, de campanhas. Porque assim, por exemplo, quando implementaram a Política eles tiveram várias portarias de implementação de verbas, de centros de atenção, de equipe, de material educacional que hoje foram minguando, então essa Política tem vários braços. Por exemplo, tem braços que tenho certeza que você nem ouviu falar ou talvez porque você não esteja estudando exatamente isso, mas, por exemplo, você sabia que tem um pré-natal masculino? Ou seja, que é a parte do homem acompanhando a mulher. Por exemplo, no Brasil agora está se notando uma volta muito forte de sífilis. Quem leva sífilis para casa? O homem. Você tá entendendo? Então assim, o pré-natal masculino é para avisar isso também, (...) então os desafios hoje da saúde do homem é, primeiro, você difundir essa visão, é, segundo, você conseguir investimento para fazer acontecer, fazer acontecer que eu digo em tudo, educacional por exemplo (Josemar, clínico-geral, Campos).

Para Josemar, é preciso a criação de condições financeiras que permitam a efetivação coordenada das ações promocionais e assistenciais em saúde do homem, compreendendo a educação e conscientização. Esse trabalho exige suficiência de verba e, sem ela, os desafios serão reflexivos nos centros de atenção e até nos hospitais. Com base nesses desafios apontados por Josemar, faz-se necessário multiplicar as ações de promoção à informação a respeito da existência da PNAISH. Para ele, os homens podem enfrentar dificuldades para se orientarem ou encaminharem suas demandas em saúde por falta de estruturas de referências voltadas somente à oferta de serviços integrais e assistenciais da população masculina do Município de Campos, tal como o que foi feito para as mulheres. Ele afirma que:

Hoje a gente tem um Centro Integrado de Saúde da Mulher é um Centro inteiro que cuida e acolhe a saúde da mulher. Por exemplo, se a mulher chegar lá hoje com uma patologia qualquer, aborto retido, uma gravidez de risco, ela vai ser plenamente encaminhada porque ela sabe onde procurar. E o homem? As pessoas nem sabem que existe a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, entendeu? Esses são os desafios que se passam (Josemar, clínico-geral, Campos).

Outro profissional, Carlão, sustenta quase as mesmas observações apontadas por Josemar, as quais, ressaltam problemas ligados a questões financeiras, reconhecem que a PNAISH foi mais visível nos grandes centros urbanos:

Aqui na nossa Cidade têm uns quatro anos que a gente está tentando implantar efetivamente a política e não consegue, falta verba, falta estrutura, falta um monte de coisas, em cidades maiores a gente sabe que ela funcionou bem, só se ouvia em falar em hospital da mulher em hospital da criança, agora não, você escuta falar em clínica do homem coloca um pouco mais fácil para o homem. E, já que a ideia era facilitar a entrada do homem na saúde, porque antes ele disputava espaço com a mulher, com a criança em consulta (...), mas em termos práticos a gente vê pouca eficiência (Carlão, urologista, Campos).

Por exemplo, o Município de Campos dos Goytacazes dispõe de um conjunto de estabelecimentos (Quadro 3), para um total de 503.424 habitantes (IBGE, 2018), mas aparece como referência quanto à falta da execução da PNAISH. Segundo a coordenação para a implementação da política, o Município não dispõe de banco de dados e nem trabalhos de pesquisa conduzidos pela coordenação, por isso pouco se sabe, estatisticamente, sobre o perfil epidemiológico e o nível de consciência da população masculina em relação à existência de uma política de saúde voltada à ela.

Quadro 3- Estabelecimentos de saúde em Campos dos Goytacazes, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Quantidade	(%)
Academia de saúde	1	0,66%
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	4	2,65%
Unidade Básica de Saúde	72 (18 UBSF e 54 UBS)	47,68%
Clínica especializada/Ambulatório especializado	20	13,25%
Consultório	13	8,61%
Hospital especializado	1	0,66%
Hospital geral	7	4,64%
Policlínica	13	8,61%
Posto de Saúde	3	1,99%
Pronto atendimento	7	4,64%
Secretaria de Saúde	1	0,66%
Unidade de Serviço de apoio de diagnose e terapia	7	4,64%
Unidade móvel terrestre	1	0,66%
Centro Avançado de Urologia	1	0,66%
Total	154	100,00%

Fonte: Com base em dados do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2017.

Analisando o Quadro 3, deste universo de 154, o Município dispõe cerca de 72 Unidades Básicas, que representam 47,68%, quase a metade dos estabelecimentos são classificados como porta de entrada para a execução das ações assistenciais da saúde do homem. Passado uma década após o lançamento da política, de acordo com a coordenação para a implementação, a quem tive contato, afirma que estão sendo levado a cabo esforços para execução integral da PNAISH há mais de quatro anos, mas sem sucesso. De acordo com as diretrizes do SUS alinhadas às da PNAISH, as Unidades Básicas devem cobrir 80% dos casos, mas os profissionais de saúde entrevistados revelam fraca execução ou falta de ampliação de todos os serviços necessários para garantir a integralidade:

[...] Desafio é o oferecimento mais amplo, porque, por exemplo, a gente infelizmente temos um serviço de saúde no Hospital Geral, mas eu acho que isso tinha que ser feito, nos postos de saúde, mais pulverizado, o desafio é aumentar e estender isso para a comunidade e não centralizar. Infelizmente é assim que funciona, as pessoas têm que vir até aqui na área central para poder buscar esse atendimento. O ideal, era que isso fosse pulverizado, fosse massificado, com um urologista para cada bairro (Andorinho, urologista, Campos).

[...] Você tem vários lugares onde tem o centro da mulher, dificilmente você encontra na cidade o centro do homem, em Campos, por exemplo, o centro da mulher tem há anos, o centro do homem começou recentemente no HGG. (...) Isso aqui é um centro do homem, por exemplo, mas privado, para quem tem plano de saúde, particular (Aromo, urologista, Campos).

São apontados problemas relacionados à falta de recursos financeiros, à centralização da oferta dos serviços em um hospital geral, à insuficiência de recursos, o que é apontado como impedimento à socialização dos serviços e a falta da capacitação dos profissionais para melhor lidarem com as demandas dos homens, sobretudo na Atenção Básica, o que para eles – os entrevistados – é uma realidade que se configura em ações incongruentes, que estariam em oposição entre o real e o ideal, do que a política propõe. Contudo, a PNAISH não deixa de ser um “caso ótimo” não apenas por ter reconhecido que os homens tinham sido “deixados fora”, mas também por ter redistribuído a responsabilidade a outras políticas preexistentes³³.

Não foi possível apurar se a origem dos desafios elencados por aqueles profissionais está relacionada com o próprio gênero masculino, dada a percepção cultural

³³ Política Nacional de Humanização (PNH); Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

prevalente no seio dos profissionais de saúde, que pressupõe a invulnerabilidade dos homens e a fraca procura por serviços, mesmo com a existência de uma política voltada para eles. De acordo com Coelho et al., (2016, p. 28), é possível perceber que as diretrizes da PNAISH “não destoam dos princípios estruturantes do SUS e utilizam na verdade da mesma lógica empregada para o atendimento aos outros grupos populacionais. Trata-se de uma compreensão ainda fragmentada, que reforça a ideia da existência de grupos populacionais tidos como mais vulneráveis do que outros”. Para esses autores, no âmbito do SUS, a lógica organizacional continua priorizando o atendimento, por meio de ações programáticas destinadas, sobretudo, à saúde das mulheres, das crianças e das pessoas idosas.

4.3. Barreiras institucionais: um olhar aos impeditivos da procura do homem pelos serviços de saúde.

As barreiras institucionais são valores simbólicos socioculturais que demarcam as relações institucionais com base na diferenciação de gênero, raça ou origem, propiciando a divisão sexual do trabalho, potencializando diferentes formas de negociação entre os indivíduos dentro das instituições de saúde e variadas maneiras de prestação de serviços, como por exemplo, disposição em maior prestação de atenção por parte dos profissionais de saúde às questões da mulher; diferença salarial entre homens e mulheres; valorização de tarefas executadas por homens; a ocupação de cargos de chefias, e como é que homens, mulheres e grupos LGBT negociam seus interesses, são tratados e como recebem os cuidados de saúde.

As barreiras institucionais condicionam o direcionamento de políticas de saúde pública e podem ser responsáveis, pela inclusão ou exclusão, de certos grupos sociais a partir da perspectiva de gênero. Podem influenciar positiva ou negativamente na implementação, expansão e promoção da PNAISH e podem impedir, de alguma forma, que os homens tenham maior acesso aos serviços de saúde.

Antes de tudo, quero reconhecer, aqui, a multiplicidade e multidimensionalidade desses determinantes institucionais, por isso, a dificuldade de agrupá-los ou elucidá-los na totalidade, mas eis que abordo alguns, dos quais, tenho crença em sua relevância, e em

busca de certa contribuição disciplinar que vise ressuscitar uma reflexão sociológica sobre os graus de representação de certos valores socioculturais.

A instrumentalização desses valores, nas instituições, pode produzir equívocos quanto à interpretação dos procedimentos regimentais e conseqüentemente reproduzirem tratamento desigual entre os gêneros. Esta afirmação surge para suscitar o debate sobre questões relacionadas ao trabalho, à produção, à família e à vida, por onde devemos procurar e questionar os impactos das barreiras institucionais: será que homens, mulheres e grupos LGBT são tratados de igual modo e conseguem negociar facilmente com seus superiores ou patronatos quando precisam de se ausentar para a realização de exames de rotina ou de prevenção ou para cuidar de uma leve lesão, por exemplo? Como é que as instituições lidam com os alertas de prováveis anomalias do funcionamento do corpo antes do estado de agravo? Isto permite-nos examinar se as demandas dos homens são ou não “encaminhadas” institucionalmente.

Nesse plano regulatório vou iniciar com a análise comparativa de dois grupos sociais – homens e mulheres. Após ter evidenciado que homens procuram pouco por serviços de saúde, uma das razões ou barreiras apresentada por eles é o trabalho e a falta de tempo. E este argumento pressupõe que as relações do trabalho podem ser consideradas como parte dos impedimentos institucionais à procura por serviços de saúde. Alguns fatores podem estar por detrás dessa realidade: medo de perder o emprego, longa duração na espera pelo atendimento médico, priorização do trabalho em detrimento à saúde ou medo de baixa produtividade. Como conferem os entrevistados:

[...] Médico? deixa para depois! Tenho que trabalhar, não posso perder meu emprego! Então, isso é cultural mesmo. Eu trabalho no ambulatório, os homens quando aparecem para um exame médico, ou para uma consulta, eles chegam lá e ficam procurando atestado, provas, declaração de que eu vim mesmo! (Joana, técnica de enfermagem, Campos).

[...] Os homens quando chegam aqui, você vê eles muito preocupados com o tempo, eu não sei, eles querem tudo, tudo rápido, aí você conversa direitinho com ele, aí ele fala que tem que voltar pra trabalhar. Ele fica mais preocupado com medo de perder o emprego e a gente vê isso (Luís, clínico-geral, Campos).

[...] Eu acho que é a luta. A vontade de você lutar, e não estar sentindo nada, e só trabalhar, e conquista, conquista. Faz com que você se relaxe no médico. Como estou agora conversando com você, estou com a mente no trabalho (Tito, mecânico, usuário, Campos).

[...] Interessante. Então, a mulher, por mais que a mulher hoje seja economicamente ativa e participe do orçamento da casa, a mulher ainda não é a maior parte da população economicamente ativa. Continua sendo o homem, geralmente na grande maioria das famílias o homem ainda é o provedor da família, então na realidade o que acontece muito, é que o homem não pode parar de trabalhar. Porque se ele parar de trabalhar ele para de ganhar (Fátima, assistente social, usuária, Campos).

A representação do homem como provedor, como arrimo da família, é uma questão historicamente cultural baseada na divisão sexual do trabalho, ou seja, no “senso comum”, o homem tem de trabalhar para o mantimento da família, como demonstram os entrevistados. E estes revelam ainda que os homens preferem trabalhar, muitas vezes, mesmo em detrimento da própria saúde e o trabalho é usado como argumento para justificar a fraca procura deles por serviços de saúde. Dessa forma, o trabalho, o emprego, a ocupação, sejam eles remunerados ou não, formal ou informal, podem se constituir como barreiras institucionais que impedem a procura pelos serviços de saúde, uma vez que eles valorizam mais atividades econômicas que os cuidados de saúde, como reafirma Florbela:

[...] O trabalho. O homem valoriza mais o trabalho. A saúde fica até em segundo plano. Porque é o seguinte, se não trabalhar, não vou manter minha família, então eu vou trabalhar (Fátima, assistente social, usuária, Campos).

Para Fátima e Pedro, há dois grupos de homens, quando o assunto é a procura. Grupo que enfrenta barreiras institucionais porque tem dificuldades de negociar com seus superiores e outro grupo -, por conta da responsabilidade que pesa sobre ele, como provedor, e por estar inserido no mercado de trabalho informal ou por ser autônomo - prioriza mais o trabalho em detrimento à sua própria saúde, isto porque seu ganho e sustento dependem do tempo trabalhado:

[...] A gente fala das instituições, você está se referindo ao cidadão que é empregado com carteira assinada, mas tem uma grande parte da população que é trabalho informal, é o sujeito que é autônomo, o camelô, ambulante, que se não trabalhar não ganha, tá entendendo? Esse já tá impedido. (...) Em relação especificamente àquele que tem carteira assinada, que é o que você está se referindo, você tem sim uma dificuldade, é difícil até de analisar, porque você tem que fazer uma análise psicológica até do empregador. Por que é difícil dizer não para a mulher? É estranho se você parar para pensar. A mulher grávida, ela tá grávida, é um absurdo você não deixar ela ir ao pré-natal, e o homem

ele não pode ir na consulta? (Fátima, assistente social, usuária, Campos).

[...] O homem tem mais responsabilidade que a mulher e por causa desta responsabilidade, que é real, que não é uma coisa que idealizamos, é uma coisa verídica, o homem é obrigado a suportar alguma doença, porque, se a qualquer momento aparece isto e ele tem que deixar os seus haveres e ir atender a doença, por mínima que seja, isso pode implicar a redução do seu tempo de trabalho e conseqüentemente a redução daquilo que é seu sustento (Pedro, economista, usuário, Campos).

Se compararmos os dois grupos – homens e mulheres - com base nesses argumentos e mesmo reconhecendo a posição dos homens dentro do núcleo familiar, a realidade atual impõe um contra-argumento. Se o trabalho representasse o maior impeditivo, a incidência da procura poderia ser equilibrada entre ambos os grupos, apesar de que o paradigma da divisão sexual do trabalho, socialmente construído, hierarquiza os papéis entre os sexos, discrimina as tarefas e valoriza atividades associadas à masculinidade e/ou executadas por homens (BOURDIEU, 2002. SORJ, 2004), cabendo à mulher as atividades domésticas, onde não apenas cuida da família e da educação dos filhos, mas também dos idosos e dos doentes (SILVA E ABREU, 2016), o atual cenário demonstra mudanças graduais nessa lógica e estrutura das relações do trabalho.

De acordo com Jane Lewis (2003), no âmbito da luta pela igualdade de gênero, na perspectiva das políticas sociais na época do pós-guerra, uma das mudanças ocorridas foi o crescimento da participação das mulheres casadas no mercado de trabalho. Com base nisso e nas pesquisas empíricas do IBGE (2018)³⁴, as mulheres exercem dupla jornada. Elas “continuam sendo as principais responsáveis pelo serviço doméstico e cuidados com os filhos e demais familiares, o que representa uma sobrecarga para aquelas que também realizam atividades econômicas” (BRUSCHINI, 2007, p. 5), e mesmo assim, quando comparadas com os homens, elas se cuidam, procuram por serviços de Atenção Básica, fazem exames de rotina e de prevenção, e buscam os serviços de saúde em todos os seus níveis, representando cerca de 40,3%, enquanto os homens representam 28,4% (GOMES, 2008, p. 52).

³⁴ Segundo IBGE, no Brasil, as mulheres trabalham, em média, três horas por semana a mais do que os homens, combinando trabalhos remunerados, afazeres domésticos e cuidados de pessoas. Mesmo assim, e ainda contando com um nível educacional mais alto, elas ganham, em média, 76,5% do rendimento dos homens. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20234-mulher-estuda-mais-trabalha-mais-e-ganha-menos-do-que-o-homem>. Acessado em 01/10/2018.

Estes estudos evidenciam que o argumento que justifica a fraca procura dos homens por serviços de saúde não é suficiente para explicar esse comportamento masculino, dado que as mulheres também participam, quantitativamente, da produção e quase “exclusivamente” da reprodução. Conforme a Tabela 1, a inserção das mulheres no mercado de trabalho tem registrado crescimento, estabilidade e redução em alguns setores devido à crise financeira que o Brasil atravessou nos últimos anos (LEITE, 2017).

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores na ocupação por sexo (em %)

Quantidade de ocupados por setor X sexo										
Setores de atividade	2004		2012		2013		2014		2015	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Agrícola	24,7%	16,2%	17,9%	10,0%	17,7%	10,1%	17,5%	10,7%	17,4%	9,7%
Outras atividades industriais	1,2%	0,2%	1,1%	0,2%	1,2%	0,2%	1,2%	0,3%	1,1%	0,2%
Indústria de transformação	14,9%	12,3%	14,3%	11,7%	13,8%	11,1%	13,4%	10,9%	12,8%	10,5%
Construção	10,6%	0,4%	14,7%	0,6%	15,5%	0,7%	15,6%	0,7%	15,1%	0,7%
Comércio e reparação	18,3%	15,8%	18,0%	17,4%	18,0%	17,4%	18,6%	17,5%	18,7%	17,5%
Alojamento e alimentação	3,1%	4,3%	3,6%	6,3%	3,5%	6,2%	3,5%	6,2%	3,8%	6,4%
Transporte, armazenagem e comunicação	6,9%	1,3%	8,4%	1,7%	8,5%	1,7%	8,3%	1,7%	8,5%	1,6%
Administração pública	5,3%	4,4%	5,6%	5,3%	5,8%	5,2%	5,3%	5,0%	5,5%	4,9%
Educação, saúde e serviços sociais	3,4%	16,2%	3,8%	17,5%	4,2%	18,4%	4,3%	18,2%	4,5%	19,4%
Serviços domésticos	0,9%	17,1%	0,9%	14,8%	0,9%	14,6%	0,9%	13,9%	1,0%	14,2%
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	2,9%	5,8%	2,5%	6,0%	2,5%	5,9%	2,7%	6,2%	2,7%	6,3%
Outras atividades	7,3%	6,0%	9,0%	8,4%	8,5%	8,4%	8,6%	8,7%	8,8%	8,5%
Atividades mal definidas	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: PNAD 2004, 2012, 2013, 2014 e 2015

Por exemplo, o setor agrícola apresenta estabilidade dos trabalhadores do gênero masculino entre 2004 a 2015 e o decréscimo do número das mulheres, de 16,2% em 2004 para 9,7%. De acordo com a segunda causa que justifica essa redução é a precariedade do trabalho agrícola para o segmento das mulheres. Na indústria de

transformação, comércio e reparação a diferença percentual entre homens e mulheres durante os dez anos (2004-2015) oscila entre 2%, o que representa uma participação equilibrada. Na construção civil, transporte, armazenagem e comunicação, a participação das mulheres continua muito baixa comparativamente com a dos homens, talvez por se considerar entre aqueles setores que exige maior uso de força física, porém, apesar disso, registram também ligeiro crescimento das mulheres nesses setores. Já na administração pública, as mulheres representam a maioria. Setores como educação, saúde e serviços sociais o número das mulheres é três vezes maior que o dos homens. Finalmente a tabela 1 demonstra diferença substancial entre homens e mulheres nos serviços domésticos, uma concentração expressiva delas nas atividades domésticas. O que pode reforçar a fraqueza do argumento dos homens em não procurar os serviços de saúde por causa do trabalho, dito noutro sentido, o problema não deveria estar restrito aos homens, mas a toda classe trabalhadora.

A segunda barreira institucional é relativa ao pertencimento e sentimento dos homens quando estão dentro de unidades sanitárias. Em pesquisa desenvolvida por Nascimento, et al. (2011), revelou que vários homens levantam a preocupação pelo fato de os postos de saúde serem lugares de maior predominância feminina, tanto dos seus profissionais como dos seus usuários. Eles se sentem estar ocupando espaços que não lhes pertencem. Para estes autores, os serviços de saúde mantêm tradicionalmente uma visão mais atenta para as questões das mulheres, muitas vezes sem considerar as especificidades do gênero que os homens têm. E nessa linha de raciocínio, busquei perceber se os homens, usuários, sentem algum “constrangimento” ou manifestam preocupação quando são atendidos por profissionais de saúde do gênero feminino e se isso interfere de alguma maneira, na relação médico-paciente.

Os resultados desta questão indicam que, o fato de eles serem atendidos por profissionais do sexo oposto, nem sempre constitui fator de barreira ou interferência na exposição de certas doenças e na relação médico-paciente, em alguns casos e serviços, porém, a situação tende a mudar, sobretudo, quando se trata de serviços urológicos, que mexem mais com o aparelho urinário masculino, os homens tendem a preferir o atendimento de um profissional do gênero masculino. Eis que as declarações das profissionais de saúde demonstram essa tendência:

[...] Interfere sim, eu acho que principalmente para mulher, ele não quer mostrar fragilidade não. Realmente é um dos fatores mais

complicadores, ainda bem que a gente tem a maior parte de urologistas do sexo masculino. Essa parte é muito explorada pelo homem. Mas na verdade, com certeza, ele não quer se mostrar fraco diante de uma mulher (Marta, agente de saúde, Campos).

[...] Quando eles chegam sentindo alguma coisa têm coisas muito íntimas que às vezes ele prefere falar para um médico (Florabela, enfermeira, Campos).

[...] Acho que contribui, porque ele com a cabeça machista ‘vou falar o que com ela?’. Eu tenho vergonha. Isso contribui, por ser mulher (Sandra, enfermeira, Campos).

[...] O homem é um cara cabeça dura, poucas vezes procura os cuidados médicos, e graças a Deus quando ele chega aqui, aí você precisa ver e diagnosticar a saúde sexual dele, ele fica sem jeito, você vê que ele tá com vergonha, não se expõe, ele resiste mostrar as coisas, é complicado sim, e eu acho que eles não teriam esse comportamento, que não ajuda, se fosse atendido por um homem, médico que nem ele (Cidreira, cirurgiã, Campos).

As falas de Marta, Cidreira, Sandra e Florabela evidenciam que os homens têm certas preferências quanto ao gênero do profissional de saúde; sentem constrangimento e vergonha para falar de sua sexualidade e mostrar partes íntimas de seu corpo; são propensos a ocultarem seus sentimentos diante de uma profissional, mesmo se tratando de uma relação não recíproca, onde o paciente é o total beneficiário. Esse comportamento está ligado à maneira pela qual o corpo masculino foi socializado. Bourdieu (2002) diz que o corpo tem fronteiras simbólicas, “que podem instaurar demarcações de zonas proibidas” (GOMES, 2008, p. 80).

As tensões entre o poder do saber médico e os valores simbólicos da masculinidade hegemônica se chocam nas fronteiras das denominadas “zonas proibidas” àquelas que representam a virilidade, a força, a resistência, o coração do ser “homem”. São zonas de acesso restrito, tal como descreve Cidreira, o homem “não se expõe, ele resiste mostrar as coisas, é complicado sim”.

O machismo³⁵ aparece também elencado ao comportamento dos homens quando procuram os serviços de saúde, configurando-se uma das barreiras para eles utilizarem os recursos humanos disponíveis, sob o medo de perder a masculinidade. As profissionais de saúde revelam que o machismo internalizado nos homens os leva a imaginar e “crer” que ser analisado clinicamente por profissional do sexo oposto ou submeter-se a certos

³⁵ Voltarei a abordar as relações entre homens e machismo com maior profundidade no capítulo VI.

exames operacionalizados por elas representa a fragilidade, atributo incompatível com a masculinidade.

Ainda na mesma linha de sentimento, desta vez analisando as declarações de usuários, revelam as mesmas preocupações que reiteram, em parte, que a diferença de gênero, na relação médico-paciente, gera interferências que menos contribuem para que os homens não sejam propensos a omitir seus sentimentos, numa situação em que o agir do poder e do saber médico depende, em parte, da cooperação do paciente e das informações que ele deve confidenciar ao médico. Os usuários atestam essa realidade:

[...] Eu acho que sim interfere (ZÉ, usuário, Campos).

[...] Muitos dos homens têm este complexo. Achem que, quem pode cuidar ou conhecer seu corpo é a pessoa que tem uma relação afetiva, amorosa com ele, não é qualquer pessoa, e muitas das vezes quando vai ter com o médico, chegam lá e é uma médica, então muitas das vezes os homens começam a omitir o que sentem, ela pode dizer assim: deixa eu observar, e o homem não gosta destas coisas de ser observado de qualquer maneira, isso já aconteceu comigo. Eu a primeira vez que tive o contato com uma médica, foi muito difícil, mas eu acho se calhar, a questão de eu ser professor acabou me ajudando muito. (...) Fui me deitando ali. Ela viu o que queria ver, foi difícil, mas acabei me entregando porque eu estava doente. Mas não tem sido fácil. (...) Nós, os homens temos muitos complexos (Pedro, economista, usuário, Campos).

O depoimento de Pedro sugere que, as ditas “zonas proibidas” são reservadas para determinadas pessoas que desenvolvem relações afetivas com o homem. Em determinadas situações que exigem a invasão a essas zonas, por uma causa legítima como o exercício profissional, a masculinidade hegemônica pode se sobrepor ao poder médico. A expressão de Pedro: “foi difícil, mas acabei me entregando”, revela o sentimento de alguém que abdicou seus poderes, sua hegemonia, sua honra que a cultura lhe confere.

Outro usuário, Alberto, reafirma igualmente o lugar do machismo e de sua interferência nas relações de gênero e paciente-médico:

[...] Eu acho que sim. Eu mesmo trabalhei na casa de uma doutora e falei com ela que jamais iria a um urologista mulher. Ela falou que eu não sabia o que estava falando, ela começou falando pelos dedos, que a mulher é mais delicada e o homem é mais ignorante, nessa parte se todo homem pensasse assim, procuraria uma médica doutora porque ela faz com mais carinho e não um homem. Mas quem encara? Quem vai

encarar uma mulher num negócio desse? É complicado! (Alberto, motorista, usuário, Campos).

Em serviços nos quais o saber médico coloniza e invade o corpo e a sexualidade, tal como denomina Foucault (2014) “as instituições do corpo social (médicos e políticos)” têm sobre o corpo masculino o desafio de colocá-lo sob seu poder; de “domesticá-lo”, de exercer sobre ele uma pedagogia integral, porque o acesso ao corpo e ao sexo masculino está atrelado à honra, ao valor simbólico que mexe com o coração da masculinidade, à hegemonia, que essas instituições precisam garantir aos homens de que vão preservá-las, pois, trata-se do saber e do lugar da produção de discurso velados no cotidiano da virilidade e restritos ao campo das relações afetivas, por isso, reprimir o acesso às partes íntimas revela o seu potencial valor que se sobrepõe ao poder médico, mesmo em busca de cuidados.

A relação médico-paciente exige certa “compatibilidade”, para que o exercício do poder médico possa alcançar seus objetivos. Como diz Foucault (2019, p. 12) “se o sexo é reprimido com tanto rigor, é por ser incompatível com uma colocação no trabalho”, pois falar da sexualidade significa confidenciar, legitimar o proibido e quebrar o tabu; e a relação médico-paciente ou saúde-doença é uma relação de dominação que reduz a liberdade do homem diante de quem tem a vontade do saber para exercer o seu conhecimento e poder. O autor afirma ainda que o sexo “está ligado às honras de uma causa política”. A política do corpo masculino que resiste a invasão. Mas o que está em jogo não é a invasão como tal, mas o gênero de quem invade. Por isso, 79% dos entrevistados demonstraram preferências, quanto ao atendimento, por profissionais do mesmo sexo.

Nesse sentido, os depoimentos dos entrevistados, independentemente do perfil do profissional ou do gênero do usuário, sugerem que as barreiras institucionais envolvem também a aplicação de recursos humanos desajustados com as necessidades particulares dos homens, sobretudo àquelas atreladas à sexualidade. Ainda na mesma linha de análise, Gomes, Nascimento e Araújo (2007), observaram que os serviços da Atenção Primária de Saúde (APS) são considerados pouco aptos para absorver e lidar com as demandas apresentadas pelos homens, pelo fato de sua organização pouco contribuir para o maior acesso e seus serviços estarem preconcebidos para priorizar as demandas do gênero feminino, o que torna, na nossa concepção, um espaço meio “excludente” por oferecer os serviços de maneira desigual e menos equitativa.

A terceira barreira institucional é referente ao tempo de espera pelo atendimento e ao horário de funcionamento das instituições de saúde. O tempo é um fator crucial para o homem. Ele prefere procurar os serviços mais flexíveis e menos burocráticos, capazes de somar demandas e resultados sem interferir na sua rotina laboral e produtiva. A humanização da AB preceituada nos objetivos da PNAISH não define estratégias ou plano de ação primária para a flexibilização do atendimento. E no tocante ao horário de funcionamento, as instituições reconhecem o grau de incompatibilidade do horário dos serviços oferecidos com as demandas laborais dos homens, mas, mesmo diante dessa incontestável realidade, os serviços de saúde continuam ainda desarmonizados entre o tempo de oferta com o período pós-laboral (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

O Brasil, apesar de registrar avanços consideráveis em comparação com outros países da região, a execução e expansão da PNAISH representa um grande desafio à estrutura organizacional do SUS. Com efeito, os desafios emergem, sobretudo, na elaboração de uma matriz de planejamento e alocação de recursos financeiros capazes de impulsionar a materialização dos planos pilotos. Apesar dessa análise, Gomes (2011; 2013) empreendeu dois estudos que objetivavam avaliar as ações iniciais da implementação e o fortalecimento da PNAISH.

Esses estudos revelaram que os entrevistados tinham pouco conhecimento das diretrizes da PNAISH e apontaram falta de capacitação, fraca promoção e falta de condições financeiras e mecanismos necessários que possibilitam a execução da política. Associa-se ainda a estes problemas, de acordo com Coelho et al. (2016), a falta de clareza e de instrumentos de monitoramento, de coleta e de processamento de dados para a construção dos indicadores. Estes são apontados como alguns dos constrangimentos que têm corroborado para a permanência de barreiras institucionais. Consequentemente, limitando o acesso, reduzindo a oferta e a disponibilidade dos serviços de saúde para a população masculina. A partir deste pragmatismo institucional do marco regulatório, percebe-se que o processo da implantação da política prossegue em um campo discursivo idealista, que ainda não se traduziu efetivamente em ações concretas, no âmbito da política e do financiamento estratégico, com vista a reduzir significativamente os efeitos negativos dos determinantes institucionais e a ampliar os mecanismos da inclusão e adesão. É paradoxo advogar-se a melhoria da qualidade das ações voltadas a esse segmento enquanto as bases e os pilares sustentadores das próprias diretrizes permanecem frágeis.

5. MAPUTO - MOÇAMBIQUE: SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO MASCULINO

A política do sistema de saúde moçambicano estabelece a centralização da gestão da saúde pública, cabendo ao governo central toda a responsabilidade de prover os serviços de cuidado. No entanto, neste capítulo, contextualizo e analiso a organização desse sistema, cujo princípio da provisão de cuidados e acesso aos serviços de saúde está assentado ao direito social. Busco perceber certos determinantes institucionais que têm impacto na implementação do Plano Estratégico do Setor da Saúde (2014-2019), tais como, determinantes ligados à alocação de fundos e ao financiamento externo. Em seguida, discuto analiticamente o Sistema Nacional de Saúde visando perceber como é que o atual sistema trata os diferentes grupos sociais, a partir da perspectiva do gênero e da vulnerabilidade social, e dentro dessa perspectiva como é que os homens e as suas especificidades são tratados de acordo com os princípios de acesso, inclusão ou exclusão, levando em consideração que eles representam maiores índices de morbimortalidade que as mulheres. E para tal, prossigo apresentando um breve perfil demográfico e epidemiológico do país.

5.1. Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS)

Moçambique é um país democraticamente jovem, independente em 1975, depois de cinco séculos sob colonização portuguesa. Tem uma população, segundo o censo demográfico de 2017, realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2017), estimada em cerca de 27.909.798 habitantes, sendo 13.348.446 (48%) são homens e 14.561.352 (52%) mulheres. A recente história do país ficou marcada pela guerra civil de 16 anos (1977-1992), que eclodiu depois da independência, e conduziu o país ao extremo nível da miséria. A fome, a desnutrição infantil, a precarização do sistema e serviços de saúde e, a combinação entre desastres ambientais³⁶, desigualdade social e subdesenvolvimento socioeconômico justificam, ainda hoje, a elevada taxa de morbimortalidade em todos os estratos populacionais, com maior incidência em crianças

³⁶ Por ser um país situado geograficamente na costa sul oriental de África, com uma superfície total de 799,380 km², registrando um clima tropical úmido no Norte e na região costeira, e seco no Sul e interior do país. A época chuvosa se estende de outubro a abril e seca de maio a setembro. Esta variação climática é considerada determinante para o desenvolvimento de certas doenças endêmicas, tais como, malária, cólera, diarreia e meningite.

de zero a cinco anos de idade, as quais, de acordo com o INE (2013) são consideradas como importantes indicadores sociais que servem para avaliar e monitorar os programas de desenvolvimento socioeconômico dentro dos países.

O artigo 89 do capítulo V da Constituição da República de Moçambique estabelece que “todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública”. E nas alíneas do artigo 116, do terceiro capítulo, referente à organização social, prevê que “os cuidados médicos e sanitários para todos os cidadãos devem ser organizados através de um sistema nacional de saúde, o qual deve beneficiar todo o povo Moçambicano; o Estado deve promover a expansão dos cuidados médicos e sanitários e igual acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito”.

É a partir destes instrumentos legais que o governo criou, em 1991, o Sistema Nacional de Saúde que efetiva e coordena diversos planos estratégicos, nomeadamente (i) Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS I, 2001-2005) que integrou os ODM³⁷, os protocolos da Declaração de Abuja (2001), e as recomendações da OMS. (ii) PESS II, cobriu o período de 2007 a 2012, propondo novas soluções; (iii) PESS III, 2014-2019, que alinha a política da saúde pública com os objetivos estratégicos do desenvolvimento social consagrados no Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA I, 2001-2005; PARPA II, 2006-2009).

A estratégia adotada pelo governo, para a consolidação do PARPA, foi de construir uma abordagem setorial no que concerne ao combate contra a pobreza. A estratégia levou em consideração a perspectiva de uma política participativa, envolvendo o setor privado e as instituições da sociedade civil, tanto na elaboração dos princípios, na discussão das diretrizes como na introdução de novas reformas nos setores chaves, tais como: educação; saúde; agricultura e desenvolvimento rural; infraestrutura básica; boa governação; e política macroeconômica e gestão financeira do e pelo Estado.

Depois da educação, o setor da saúde representa a segunda prioridade do PARPA. Este classifica a saúde como um dos setores prioritários, dado o seu inestimável contributo para o desenvolvimento social e humano. As diretrizes do PARPA apontam que melhorar os cuidados básicos da saúde e alocar consideráveis fundos de investimento

³⁷ Até no fim da década de 1990, a taxa da mortalidade de crianças moçambicanas, menores de cinco anos, se situava em cerca de 226 por 1000 habitantes (Inquérito Demográfico e de Saúde – IDS 1993; PESS I), e no âmbito dos ODM, Moçambique havia estabelecido como meta reduzir a taxa da mortalidade infantil para 67 por 1000 habitantes, com a implementação do PESS I, 2001-2005.

no setor contribui significativamente no crescimento econômico, no aumento da expectativa de vida e é fundamental para o desenvolvimento sustentável e o bem-estar social. A partir do PARPA, a busca pela qualidade da saúde pública se tornou o foco central para a reversão do atual perfil epidemiológico, a redução das iniquidades de saúde, objetivos esses que devem estar alinhados com o desenvolvimento econômico almejado, visto que:

O subdesenvolvimento desempenha um papel nefasto na produção de doenças para a população, e, conseqüentemente, um grave problema sanitário para a população. Ao contrário, quando o desenvolvimento é equitativo entre as populações, também se espera a melhoria da vida das pessoas por meio de acesso à água potável, habitação condigna e supressão de outras necessidades básicas (MITANO, et al., 2016, pp. 905-906).

No âmbito da criação do SNS, representa a primeira política de saúde pública assentada no princípio do direito universal de acesso à saúde por todos os cidadãos, inspirada nos preâmbulos da Declaração dos Direitos do Homem da ONU (1948) e baseada no conceito positivista da Organização Mundial de Saúde (1946). O SNS estrutura hierarquicamente os níveis de prestação de serviços de saúde. Sendo o Ministério da Saúde (MISAU) o principal coordenador, provedor e executor das ações do SNS, com a missão de expandir a rede sanitária em nível nacional, em cooperação com o setor privado e com outros atores internacionais.

O SNS é centralizado e organizado em três níveis hierárquicos:

1. **Nível central:** Órgão orientador, definição de políticas, normas, regulamentos, planejamento estratégico do setor como um todo, gestão financeira e controle. Os níveis provinciais³⁸ e distritais são subordinados financeira, política e administrativamente pelo nível Central (Ministério da Saúde);
2. **Nível provincial:** planejamento provincial em conformidade com as decisões e agenda político-administrativa do nível central. Este nível coordena as ações do nível distrital e distribui os recursos, materiais, equipamentos, medicamentos e outros instrumentos necessários para a garantia do exercício das atividades do nível distrital;
3. **Nível distrital:** implementação dos planos e dependência em nível provincial.

³⁸ Província equivale a Estado (no Brasil). Moçambique está geograficamente dividido em 11 Províncias/Estados e estas em 154 distritos, que são pequenas cidades, e destes, 53 foram declarados municípios com representantes político-executivos eleitos, enquanto que os distritos que ainda não subiram de categoria são administrados por governos indicados pelos órgãos centrais.

Relativamente à prestação de serviços por nível de complexidade e competência, o SNS está estruturado em quatro níveis verticais, como está ilustrado no Quadro 4.

Quadro 4: Divisão vertical da estrutura do SNS por competência

Níveis	Competências
Primário	Corresponde aos centros e postos de saúde e têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas unidades de saúde constituem o primeiro contato da população com os serviços de saúde.
Secundário	É composto pelos hospitais distritais, rurais e gerais e têm como função prestar cuidados de saúde e constitui o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram resposta nos centros e postos de saúde.
Terciário	É composto pelos hospitais provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções em nível dos hospitais distritais, rurais e gerais bem como dos doentes provenientes de centros de saúde que se situam nas imediações de hospital provincial e que não têm hospital rural nem geral para onde possam ser transferidos.
Quaternário	É composto por hospitais centrais para tratamento de doenças de maior complexidade, e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções nos três níveis acima mencionados.

Fonte: PESS I (2001-2005). MISAU.

Até em 2006 o país contava com três hospitais centrais do nível quaternário, com uma distribuição geográfica racional, com vista a cobrir as três regiões, pelas quais, o país se divide geograficamente. A região Norte contava com um hospital central na cidade de Nampula para cobrir mais duas províncias (Niassa e Cabo Delgado); a província de Sofala, região Central do país, também com um hospital central para atender mais três províncias (Tete, Zambézia e Manica) e a região Sul, na cidade de Maputo, também tinha um hospital central, e passou para dois, em 2012, atendendo províncias de Inhambane, Gaza e Maputo (ALBASINI, 2013; MISAU-PESS III).

De 2013 a 2017 foram implantados hospitais centrais de nível quaternário em todas as cidades capitais das províncias que não os tinham (Quadro 5). Assim sendo,

Moçambique tinha, até em 2012, quatro hospitais centrais e em 2017, esse número passou para 15. Este crescimento reduziu a dependência de outras províncias e desafogou os serviços oferecidos, aumentando os níveis de disponibilidade e acesso (INE, 2017).

Quadro 5- Hospitais centrais do nível quaternário do SNS (2013 – 2017)

Descrição	Ano	Distribuição por Província											
		Total (Nacional)	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo província	Maputo cidade
Total	2013	13	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	3
	2014	14	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
	2015	14	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
	2016	15	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3
	2017	15	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3

Fonte: Dados extraídos do anuário estatístico de 2017 (INE, 2017).

No ano de 2013 eram no total 13 hospitais e a província de Nampula, a mais populosa do país, recebeu mais um, somando dois hospitais e Maputo cidade, capital do país passou de um para três hospitais. Em 2014, o país construiu apenas um hospital central na província de Maputo, passando de 13 para 14 e em 2016 foi implantado mais um hospital central na província de Zambézia que passou a contar com dois. Ainda nesse mesmo período, de 2013 a 2017, o país construiu um total de 171 unidades sanitárias. De um modo geral, Moçambique registrou um ligeiro crescimento da rede sanitária nos últimos dez anos, que passou de 1338 em 2006, para um total de 1454 unidades, até em 2012 (MISAU-PESS II; PESS III), e de 1468 a 1639 entre 2013 a 2017, respectivamente (INE, 2017).

5.2. Determinantes institucionais e seus impactos na execução do Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS III, 2014-2019)

A implementação das diretrizes do SNS é determinada por fatores institucionais, tais como, transferência de fundos do Orçamento Geral do Estado e financiamento externo. Para o período quinquenal, 2014-2019, o Ministério da Saúde (Direção de

Planificação e Cooperação), Direções do Ministério, Direções Provinciais de Saúde (DPS), parceiros técnicos, financiadores e Organizações da Sociedade Civil produziram um Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS), cabendo ao SNS implementar e direcionar suas ações. Foram identificados e priorizados alguns setores considerados chaves em relação à distribuição dos recursos. Para a execução do plano foram estimados cerca de US\$ 7.81 bilhões. Na Tabela 2 são apresentadas as principais áreas prioritárias quanto à distribuição dos fundos esperados.

Tabela 2 - Distribuição dos fundos para a execução do PESS 2014-2019

Setores estratégicos	Custo em dólar americano	Porcentagem
Assistência médica	US\$ 2.7 bilhões	35%
Saúde pública	US\$2.1 bilhões	27%
Sistema de saúde, infraestrutura e equipamento	US\$887 milhões	11%
Logística para os medicamentos e consumíveis	US\$566 milhões	7.2%
Sistemas de governação	US\$106 milhões	1.4%

Fonte: MISAU-PESS 2014-2019.

A assistência médica e a saúde pública representam os mais prioritários, somando cerca de 62% dos fundos necessários. E a disponibilidade desses fundos depende de dois poderes: público e privado.

Do público se refere aos fundos do orçamento geral do Estado resultantes das receitas ordinárias, de fundos e apoio orçamental direto de parceiros internacionais. Segundo a Declaração de Abuja (2001) o Estado deve aplicar 15% do Orçamento Geral do Estado no setor da saúde, e no âmbito internacional a média da despesa recomendável é de 15,3% de acordo com o relatório das Contas Nacionais de Saúde (2010).

Enquanto a dependência do setor privado se refere ao financiamento externo que compõe o PROSAÚDE, denominado também por Fundo Comum, destinado exclusivamente para a aplicação e implementação das ações do setor da saúde, projetos planejados e executados por próprias agências financiadoras com a participação direta do Estado na gestão dos fundos através do Sistema Integrado de Administração Financeira dos Órgãos e Instituições do Estado (eSISTAFE), criado pela lei n.º 9/2002, de 12 de fevereiro, sendo regulamentado pelo decreto n.º 23/2004, de 20 de agosto, onde estão

contidas as principais normas de gestão orçamental, financeira, patrimonial, contabilística e de controle interno do Estado.

Até em 2011, Moçambique tinha cerca de 26 parceiros entre financiadores e doadores internacionais do setor da saúde. Os EUA, União Europeia, PEPFAR, ONU, lideravam essa lista, representando uma contribuição muito acima dos fundos alocados do Orçamento Geral do Estado. Para elucidarmos, em 2008, 73% dos recursos alocados à saúde resultaram de parceiros externos (MOÇAMBIQUE, 2011) e, em 2010, mais de 70% do financiamento foi externo, já para o ano de 2011, esse valor aumentou para 76% conforme consta na Tabela 3, e o orçamento do Estado cobriu apenas 24% (WEIMER, 2012).

Tabela 3 -Dependência do financiamento e diversidade de gestão (setor de saúde)

Fonte de financiamento	Volume de financiamento (cálculo para 2011)		Dentro/fora do orçamento, CUT*, CGE**	Gestão via eSISTAFE
	Em milhões de USD	em %		
Orçamento do Estado (incl. DBS)	160	24	Dentro	Sim
PROSAUDE	100	15	Dentro	Sim
Governo dos EUA	340	52		
-PEPFAR via CDC	80		Fora	Não
-PEPFAR via USAID	180		Fora	Não
-Via ONGs, em espécie	80		Fora	Não
Fundo Global (FG)	50	8	Parcialmente até 2008	Até 2008
Outros (incl. ONU)	10	2	Fora	Não
Total	660	100		

Fonte: Weimer-2012

Nesse ano de 2011, a despesa do setor da saúde foi de 660 milhões de dólares norte-americanos, deste valor, 24% saíram do Orçamento Geral do Estado, 52% foram financiados pelos EUA e outros parceiros financiaram os restantes 24% dos fundos necessários. A partir desse ano (Tabela 3) ocorrem mudanças estruturais na transferência e gestão dos fundos do PROSAÚDE. A Tabela 3 demonstra que os fundos do Estado (24%) e da PROSAÚDE (15%) são administrados e aplicados pelas próprias instituições do Estado através do eSISTAFE e os restantes 61% dos fundos foram geridos e aplicados pelos órgãos financiadores: EUA, PEP FAR, ONU, Fundo Global e Outras ONGs.

Esses parceiros financiadores externos decidiram suspender a transferência direta de seus financiamentos ao PROSAÚDE e tomaram para si a responsabilidade da execução de seus próprios fundos, da fiscalização, do controle e do recrutamento dos recursos humanos. Tal como ilustrado na Tabela 3, os fundos desses financiadores deixaram de ser geridos pelo eSISTAFE do Estado. A participação do Estado nesse processo ocorre através do SNS, onde, em parte, são usados os estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde do Estado para a execução das ações assistenciais em saúde protagonizadas pelos programas desses financiadores.

O Estado deixou de receber e gerenciar integralmente os financiamentos do setor da saúde e os parceiros externos se viram obrigados a tomar a responsabilidade da execução das ações assistenciais por dois fatores: corrupção no setor da saúde³⁹, falta de transparência na gestão dos fundos e problemas ligados à prestação de contas (MOOSE, 2006). Consequentemente ocorreram três impactos. O primeiro levou a verticalização dos programas e das ações assistenciais da PROSAÚDE⁴⁰, o segundo foi a suspensão do financiamento e apoio direto da União Europeia e do Canadá ao Orçamento do Estado destinado ao setor da saúde (MISAU, 2012), enquanto que o terceiro impacto se refletiu negativamente ao orçamento previsto para a implementação do Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS III, 2014-2019) estimado em 7.81 bilhões de dólares norte-americanos. O Estado previa um déficit financeiro em cerca de 1.47 bilhões. De acordo com Dutta, et al., (2014) em um estudo intitulado “*Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique, 2014–2019*”, os fatores e cenários acima mencionados tiveram impacto negativo para a implementação plena do PESS III 2014- 2019.

Analisando o impacto da verticalização do PROSAÚDE observa-se que os parceiros externos ganharam maior autonomia na definição e orientação de programas, projetos e ações assistenciais em saúde. Permitiu a eles, também, a definição dos critérios e a priorização de grupos sociais, tais como, a mulher, a criança e o idoso. Grupos esses, considerados “tradicionalmente” como os mais vulneráveis socioeconomicamente e mais propensos ao adoecimento, conforme demonstrei nos capítulos anteriores.

No entanto, o financiamento externo (PROSAÚDE) tem como foco reduzir as iniquidades, tais como, morbimortalidade, doenças transmissíveis (HIV/AIDS e

³⁹ O Índice de Percepção da Corrupção de 2016 da Transparency International classificou o país na 142ª posição entre um total de 176, como um dos países mais corruptos do mundo (The Global Fund, 2017).

⁴⁰ Mais adiante voltarei a abordagem da verticalização dos programas da saúde.

Tuberculose), não-transmissíveis e tropicais (malária, diarreias e desnutrição crônica) que atingem com maior intensidade nos três grupos referidos, e isso levou, conseqüentemente, a redução do papel do Estado no gerenciamento e provisão dos cuidados de saúde e ampliou as ações assistenciais prestadas pelos parceiros externos, assim como levou a não problematização do corpo masculino. Dito em outras palavras, o PROSAÚDE não “inclui” os homens dentro do foco de suas ações como sujeitos que demandam, igualmente, a atenção especial.

Nessa perspectiva da “inclusão” e/ou relacional de gênero propus-me a analisar e a perceber se o Plano Estratégico do Setor da Saúde 2014–2019 incorpora dentro de suas diretrizes e ações a noção da saúde dos homens e das masculinidades, e quais seriam as prioridades do plano no que concerne a prestação de cuidados e serviços de saúde a partir da diferenciação de gênero e idade.

Durante a pesquisa empírica, essa questão foi dirigida exclusivamente aos profissionais de saúde (Anexo I), dada a familiaridade e a noção dos planos e programas de saúde que eles têm durante o exercício de suas atividades profissionais. Os depoimentos dos entrevistados indicam que os homens não foram ainda problematizados para que sejam incorporadas suas demandas e abrangidas suas especificidades nos programas de saúde vigentes, onde a verticalização desses programas é apontada como um dos fatores determinantes para a hierarquização dos cuidados e definição de grupos prioritários:

[...] Eu acho que o desafio seria não verticalizar esses programas, por exemplo, têm programas que só atende as mulheres, outro só atende as crianças. Eu acho que o desafio seria termos uma política, que de alguma forma seja ele o programa que for implementado, possa incorporar o homem dentro desse programa, porque se nós incorporarmos o homem nessas políticas seria mais fácil eles compreenderem sobre a saúde. (...) Os programas são todos verticalizados e muitas vezes, essa verticalização depende muito de quem financia esse programa e muitas vezes as políticas são distorcidas por causa disso. Chega um financiador e diz: eu quero só trabalhar com a malária e depois a malária é mais para as crianças e vai havendo esta verticalização em termos de programas de saúde (Rui, enfermeiro, Maputo).

A fala do Rui sugere que a verticalização dos programas da saúde pública moçambicana não enfoca todos os grupos sociais e idades, porém, há sempre aqueles que são priorizados de acordo com os interesses dos financiadores, ou seja, os parceiros externos detêm a autonomia e poder de decisão sobre quais grupos podem ser

beneficiados por determinados cuidados e serviços de saúde. Para Rui, a verticalização não se configura como principal problema, mas a falta da incorporação dos homens nesses programas.

Para Júnior, há descontinuidade na promoção dos cuidados e serviços da saúde de acordo com as relações de gênero ou grau de vulnerabilidade. Ele reitera o enfoque dado à medicalização da mulher, criança e idoso por serem os grupos que mais preocupam as políticas de saúde pública pelo seu elevado índice de mortalidade:

[...] Realmente o que vemos no dia a dia o homem não é abrangido na saúde, é só saúde da mulher, da infância e do idoso e realmente existe uma quebra de contacto ou de um programa que esteja atendo à saúde do homem, mas acho que é a política que presta mais atenção àqueles assuntos que despertam mais preocupação da própria população, como por exemplo, a mortalidade materna e acabou-se, de forma subjetiva, priorizando a mulher, e o homem ficou de fora (Júnior, clínico-geral, Maputo).

Outro elemento desvendado por Júnior é referente à verticalização subjetiva dos programas de saúde que acaba concebendo os homens como se fossem sujeitos que menos precisam de uma atenção especial, talvez por motivos socioculturais que tendem a expor os homens como invulneráveis ao adoecimento.

Retomando a análise do PESS 2014-2019, observei que seus objetivos e suas diretrizes, foram norteados com base nessa verticalização, talvez por razões econômicas ou políticas que visam alinhar as ações do Sistema Nacional de Saúde com os planos e programas dos parceiros externos. No que concerne as relações de gênero, o PESS enfoca quatro grupos sociais (mulher, criança, jovem e idoso) sem qualquer menção dos homens na fase adulta. Para o profissional de saúde, o nosso entrevistado, Júnior, “*realmente existe uma quebra de contacto*” entre a juventude e o idoso: o homem na fase adulta.

5.3. Os “invulneráveis” na dianteira e a “exclusão” do gênero masculino dos serviços de saúde

Analisando o contexto atual em comparação com as décadas de 1990 e 2000 observam-se progressos consideráveis na redução das elevadas taxas de morbimortalidade sofridas por todas as faixas etárias. Mas comparadas as diferenças entre

homens e mulheres, os inquéritos demográficos mostram que Moçambique não é diferente de outros países da região, ou seja, os homens morrem mais, e mais cedo que as mulheres, assim sendo a esperança de vida média geral era de 53 anos de idade até em 2013, 52 anos para os homens e 54 para as mulheres. “Expressando em termos de probabilidades, as probabilidades de morrer entre os homens e mulheres de 15 e 49 anos de idade são de 241 por mil nos homens e de 199 nas mulheres” (INE, 2013, p. 121). E os dados mais recentes (INE, 2017) registraram pequeno crescimento médio geral em 0,7. Ou seja, de 53 para 53,7 com uma redução nos homens e aumento nas mulheres, de 52 para 51 anos de esperança de vida para eles e de 54 para 56.5 para as mulheres.

E entre as crianças de zero a cinco anos, as do sexo masculino apresentam maiores índices de mortalidade que as do feminino (IDS, 2003; ENPS, 2015). Mas também houve redução tangível, apesar de se situar ainda longe das metas dos ODM. As estatísticas do INE (2013) apontam que, uma em cada dez crianças morre antes do quinto aniversário, mas a situação da mortalidade na infância melhorou visivelmente nos últimos anos, quando comparada com a do período 1996-2001 e período 2006-2011, a mortalidade infantil diminuiu de 106% para 64%. Consequentemente, ainda durante esse mesmo período a mortalidade infanto-juvenil reduziu de 158% para 97%.

O último censo demográfico (INE, 2017) apresenta resultados positivos e o alcance das metas dos ODM. A taxa da mortalidade infantil em cada 1000 nados vivos caiu para 70,9% em crianças do sexo masculino e 63,7% do sexo feminino. Estes indicadores do estado de mortalidade são amplamente propiciados pelo padrão epidemiológico vicioso, ou seja, por doenças historicamente conhecidas. Consequentemente, o fardo da morbimortalidade, em Moçambique, é fortemente determinado pelas denominadas doenças transmissíveis, não-transmissíveis e tropicais, principalmente a malária, o HIV/AIDS, a tuberculose, diarreias e a desnutrição crônica que afetam, com grande magnitude, os homens em todas as faixas etárias. Olhando para os efeitos negativos, destas doenças, sobre o perfil epidemiológico do país e sua prevalência na população masculina constata-se que:

a) Malária

A malária continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade, sendo responsável por cerca de 26% das mortes hospitalares (ENPS, 2015). Até em 2011, cerca de 6 milhões de casos de malária eram registrados anualmente e, em 2012, houve forte

tendência de queda para 3.2 milhões casos notificados, e este número representa 29% das causas das mortes da população em geral (MISAU-PESS II, op. cit, p. 9). E de acordo com o Plano Estratégico da Malária 2012 – 2016 (p. 12) são apontados como principais fatores colaboradores à persistência ou crescimento de casos da malária, os seguintes: (i) condições climáticas e ambientais; (ii) situação sociocultural e econômica das populações relacionadas com a vulnerabilidade, habitações inapropriadas e acesso limitado aos meios de prevenção; (iii) fraca adesão à pulverização intradomiciliária; (iv) fraca cobertura de distribuição de redes mosquiteiras e (v) fraco envolvimento comunitário no desenvolvimento de ações concretas de prevenção e controle da malária (IMASIDA, 2015).

b) HIV/AIDS

O HIV/AIDS continua sendo também uma das epidemias que tem forte peso na taxa de mortalidade da população masculina moçambicana. O governo reconhece o aumento de esforços da prevenção, mas ainda em escalas insuficientes para conter a alta prevalência desta doença, que até em 2009 afetava cerca de 11,5% da população adulta, e em 2015, aumentou para 13,2% infetados, colocando o país, em nível mundial, no oitavo lugar com mais elevada taxa de prevalência de HIV/AIDS. Analisando estes indicadores na perspectiva de gênero, os homens aparecem em desvantagem, sendo que apenas 38% dos homens alguma vez fizeram um teste de HIV e receberam o resultado, enquanto que as mulheres apresentam um percentual considerável, de 61%, na idade compreendida entre 15 a 50 anos (IMASIDA, 2015; MISAU-PESS III).

Relativamente aos fatores que influenciam a propagação do HIV/AIDS em Moçambique, são destacados os seguintes (i) relações sexuais (múltiplas) não seguras; (ii) fraca adoção do uso do preservativo; (iii) início precoce de atividade sexual e práticas tradicionais que trazem riscos de infecção pelo HIV; (iv) práticas culturais que favorecem o abuso sexual incluindo consumo do álcool; (v) procura tardia por serviços para testagem e tratamento; (vi) abandono ao tratamento antirretroviral (ENPS, 2015; CNSC, 2016).

Analisando esses fatores, a partir da perspectiva de gênero, visando perceber a abordagem epidemiológica dos elevados índices da morbimortalidade dos homens, pode-se observar que a explicação dada por nossa informante, Pérola, gestora de políticas de saúde pública, se inscreve na lógica da saúde sexual e reprodutiva, o estado de agravamento das doenças sexualmente transmissíveis é apontado como entre as principais

causas que levaram os homens a procurarem pelos serviços de saúde. Segundo a fala dessa gestora:

[...] O homem se vai a uma consulta é porque deve estar numa situação de contração completa de HIV/SIDA, os homens fazem pouca testagem, inicia o tratamento muito tarde e só quando está no estado de agravamento, tem tendência de desistir o tratamento, porque não tem uma cultura de ligação com a unidade sanitária (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

Para ela, a frequência dos homens nos serviços de saúde é justificada, muitas vezes, pelas doenças que acometem o aparelho sexual masculino ou por àquelas doenças relativas à ele. O quinto e o sexto fator da propagação do HIV, acima mencionado, indicam a procura tardia por serviços para testagem e tratamento, e abandono ao tratamento antirretroviral. Conforme o depoimento de Pérola, essas práticas são frequentemente registradas entre segmentos dos homens, os quais, apresentam uma taxa de testagem duas vezes menor que a das mulheres; começam o tratamento muito tarde ou após o agravamento da doença, para além de desenvolverem hábitos do abandono ou desistência do tratamento.

Em seguida, Pérola, ressalta a existência de lacunas em nível das políticas de saúde pública no âmbito da prestação de cuidados assistenciais e serviços de saúde com base na diferenciação de gênero. Ela relembra que os serviços são do Estado para todos os cidadãos, reconhece a necessidade da atualização e reflexão das estratégias e ações dos programas vigentes para sensibilizar os fazeres das políticas no tocante a ampliação da abordagem e problematização do gênero masculino para maior inclusão. Ela afirma que:

[...] E quando falamos dos serviços, são do Estado, por isso há uma lacuna grande no Ministério, indiscutivelmente uma lacuna muito grande, mas nós já nos habituamos da lacuna e estamos a tentar, em termos estratégicos, a atualizar a estratégia de gênero e saúde com vista a sensibilizarmos a nós próprios sobre a situação (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

Ela demonstra que a situação contextual da morbimortalidade dos homens pelos fatores mencionados exige uma abordagem institucional de gênero capaz de encontrar métodos e estratégias eficazes e eficientes no combate ao HIV/AIDS, na conscientização e mobilização dos homens para aderirem as recomendações médicas sobre os cuidados em saúde, entre essas recomendações o uso do preservativo:

[...] Nós distribuimos preservativos masculinos, essa é uma das nossas grandes intervenções e distribuimos também as carteiras⁴¹ de consultas pré-natais e pode imaginar quem vai para as consultas pré-natais, só as mulheres, nas consultas da criança onde se faz a vacinação da criança, da mãe, dá-se suplementos, controla-se a gravidez, e damos preservativos masculinos também e a nossa taxa de distribuição de preservativo masculino aumentou muito, mas por outro lado temos informação de que devido às desigualdades de gênero, as mulheres não conseguem propiciar a utilização do preservativo porque são conotadas por vários motivos, temos vários estudos mostrando que a mulher não é capaz de propiciar o uso de preservativo ao seu parceiro. Trabalhadoras do sexo talvez, mas mulheres que estejam numa relação contínua, mesmo que seja poligâmica, mas fixa que não tem problemas aparentemente, não conseguem propiciar o uso do preservativo nos homens, mas nós continuamos todos os dias a distribuir preservativos para as mulheres, achamos que esses preservativos são usados pela mulher? Antes de tudo nós abrimos a carteira dela para observar se ela leva preservativo. Nós perdemos o foco, que devia ser o homem, é a pessoa que nós não temos dentro da unidade sanitária, devíamos trabalhar com o homem, o jovem, mas não, damos as meninas, é verdade que as meninas precisam saber, mas de facto quem deve receber o preservativo é quem usa também (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

O uso da mulher como sujeito metódico ou ferramenta chave para trazer os homens ou estimulá-los a aderirem, em massa, aos serviços de saúde e a adotarem estilo de vida sexual de prevenção contra HIV/AIDS é questionável e não se configura como estratégia bem sucedida conforme atesta o depoimento, isto porque, na relação de poder de gênero, ela detém menos poderes de tomada de decisão. Este fenômeno pode ser considerado transnacional. Reinaldo Ortiz (1995) em seu trabalho sobre a conduta dos homens em relação à prevenção do vírus HIV/AIDS observou, em pesquisa realizada entre porto-riquenhos, o que ele denomina de “auto-opressão do homem”. Muitos deles relacionavam a prática do sexo seguro (uso de preservativo) como a perda do poder na relação sexual, principalmente, se a proposta dessa realização viesse da parceira. Muitos, segundo esse autor, diziam que “a camisinha não é coisa de homem”, ou ainda, que ela diminuiria o prazer sexual.

Recuperando Bourdieu (2002) e Gomes (2008), o preservativo é um instrumento criado para ser aplicado nas chamadas “zonas proibidas”, onde as fronteiras simbólicas do corpo masculino “guardam” os sentidos da masculinidade. São zonas com significações simbólicas negociáveis dentro das relações de poder de gênero, onde aqueles que se encontram na posição inferior ou de desvantagem teriam dificuldades de

⁴¹ Caderneta da gestante.

influenciarem as negociações em defesas de seus próprios benefícios. Pérola evidencia as dificuldades que as mulheres enfrentam no momento da negociação para o uso do preservativo masculino e ressalta que “*devido às desigualdades de gênero, as mulheres não conseguem propiciar a utilização do preservativo porque são conotadas por vários motivos*”, realidade que torna os homens propensos à propagação das doenças sexualmente transmissíveis, aumenta os níveis de sua vulnerabilidade e alimenta os elevados índices da morbimortalidade.

Um dos elementos relevantes desvelado por Pérola diz respeito à perda do objeto focal, ou seja, se as mulheres não conseguem propiciar o uso do preservativo masculino é um indicador da ineficiência da estratégia das políticas de saúde pública sobre como lidar com a saúde dos homens e como mudar o comportamento deles no tocante a não procura por serviços de saúde e a resistência das orientações médicas.

Outro elemento perceptível na abordagem discursiva de Pérola, é o viés enraizado na visão “tradicional” que tende a vincular os problemas da saúde do gênero masculino à saúde sexual e reprodutiva. Se analisarmos o perfil epidemiológico do país em relação à alta da morbimortalidade masculina em todas as faixas etárias, o INE (2017) aponta a malária, o HIV/AIDS, a tuberculose, as diarreias, a desnutrição, a cólera e outras doenças tropicais não transmissíveis, mas observa-se que os exemplos apresentados por ela para sustentar suas percepções em relação aos comportamentos dos homens tende a vincular a saúde deles com a sexualidade – HIV/AIDS -, em nenhum momento ela problematiza os comportamentos dos homens em relação aos cuidados preventivos ou curativos das outras doenças. Talvez seja pelo fato de a única medida interventiva das políticas de saúde pública para incentivar os homens a se cuidarem e procurarem por serviços de saúde seja por meio da mulher e do uso do preservativo.

Esses relatos de pesquisa de campo e dados estatísticos, em epígrafe, subsidiam a tese, na qual, a vulnerabilidade masculina, na relação gênero-saúde-doença-cuidados está atrelada à manutenção de valores simbólicos sustentadores da masculinidade hegemônica e creio que ela (a vulnerabilidade) não é justificada pela condição socioeconômica dos homens. Por isso, eles podem permanecer sócio e culturalmente se vendo como invulneráveis e apresentados epidemiológico-estatisticamente na dianteira da morbimortalidade, enquanto não se adotar políticas ajustadas com um viés que rompa com a visão “tradicional” que esvazia a abordagem integrada e multidimensional sobre as barreiras institucionais e socioculturais que impedem os homens a mudarem de comportamento.

c) Tuberculose

O país é desafiado pela propagação da tuberculose em níveis consideráveis altos pelos protocolos da OMS, e neste âmbito, Moçambique ocupa o 19º lugar, numa lista mundial de 22 países com alta incidência de doença causada pela tuberculose, com prevalência estimada em 559/100,000 habitantes e baixíssima taxa de sucesso no enfrentamento, situada em 49%, longe dos padrões recomendáveis pela OMS, que estabelece a meta de 85% da cobertura e acesso ao tratamento. Este cenário levou o país a desenhar e lançar a Política Nacional de Combate contra a Tuberculose, que estabelecia como objetivo, ampliar, até 2015, cerca de 89% do nível de acesso ao tratamento, mas foram atingidos somente 54% (CNSC, 2015, p. 31). E em relação às consequências causadas pela tuberculose, são apontadas mortes estimadas em 69 por cada 100.000 habitantes em pacientes HIV negativos e se agrava para 148/100.000 habitantes quando se incluem pacientes HIV positivos. De acordo com os indicadores apresentados pelo Plano Estratégico e Operacional de Controle de Tuberculose (2014 – 2018) e o Plano de Envolvimento Comunitário em Tuberculose (2014-2018).

d) Doenças não-transmissíveis e tropicais negligenciadas

Nos países em desenvolvimento, como Moçambique, as doenças não-transmissíveis (DNT) são consideradas responsáveis por 80% de todas as mortes e com forte impacto nos serviços de saúde, nos recursos humanos e econômicos. As mudanças climáticas e as condições ambientais favorecem ainda a persistência de outras doenças consideradas endêmicas⁴². Com efeito, influenciam negativamente no desenvolvimento físico e mental das crianças, afetam a produtividade da classe trabalhadora e o perfil epidemiológico da população em geral.

O enfrentamento das principais doenças epidêmicas ocorre de maneira focalizada à luz da política do SNS assentada na verticalização de prestação de serviços. Ela prioriza os planos e os programas da saúde voltados às especificidades do gênero feminino e das crianças.

⁴² Doenças tais como: tracoma, parasitoses intestinais, schistosomiase, filaríase linfática, Oncocercose, Lepra, Raiva, kongo, tunguáse, cólera, tínha, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, cancro do colo do útero e câncer da próstata. Plano Nacional Integrado de Controlo das DTN (2013-2017).

Nesse sentido, o gênero e a vulnerabilidade social são determinantes para a seleção de grupos beneficiários, onde grupos sociais, tais como, mulheres e crianças, são os privilegiados. Por exemplo, o Canadá, um dos maiores apoiadores que, em 2011, suspendeu sua participação no setor de saúde, manteve seu apoio aos programas de saúde materno-infantil, sexual e reprodutiva. Outro relevante parceiro é o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)⁴³ que visa, entre outros objetivos, a melhoria de vida de grupos considerados socioeconomicamente mais vulneráveis (mulheres e crianças), defendendo o financiamento sustentável para a saúde, o apoio a recolha de dados sobre a saúde sexual e reprodutiva e a garantia de qualidade, especialmente na prevalência dos contraceptivos, gravidez na adolescência e a mortalidade materna.

Desse modo, ao analisar os três Planos Estratégicos do Setor da Saúde, 2001-2005; 2007-2012; 2014-2019, respectivamente, a partir da perspectiva relacional de gênero, inclusão e vulnerabilidade, concluímos que os índices da morbimortalidade masculina superam os da feminina, mas observa-se que esse indicador epidemiológico não foi ainda trabalhado, aliás, foi relegado e pouco preocupa aos fazedores das políticas de saúde; esta constatação traduz a realidade de uma política de saúde menos inclusiva quanto às demandas e especificidades de gênero. Para elucidar esta constatação, lê-se nos objetivos gerais da PESS II o seguinte:

Desenvolver e intensificar amplos programas de Educação para a Saúde, que tratem toda a gama alargada de questões de saúde e de Orientação Nutricional (Promoção de hábitos alimentares adequados, educação nutricional e prevenção de doenças nutricionais) nas comunidades, nas Unidades Sanitárias e nas escolas, de modo a abranger equitativamente todos os sectores da população, com atenção especial às crianças e adolescentes (em particular as do sexo feminino), às mulheres grávidas e lactantes, aos idosos e aos trabalhadores (PESS II, 2007-2012, p. 59).

Isto é a respeito de grupos sociais abrangidos, e em relação aos programas constatei que as atenções e as ações estratégicas estão voltadas, prioritariamente, aos seguintes programas: saúde da criança e da mulher; saúde sexual e reprodutiva, com objetivo de reduzir a morbimortalidade através da expansão e melhoria da qualidade dos

⁴³ Agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões populacionais, sendo responsável por ampliar as possibilidades de mulheres e jovens levarem uma vida sexual e reprodutiva saudável. O UNFPA trabalha para acelerar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar voluntário e a maternidade segura; e busca a efetivação dos direitos e oportunidades para as pessoas jovens. Disponível em: <https://mozambique.unfpa.org/pt/content/about-us>. Acessado em 05/06/2019.

cuidados e serviços de saúde materna; saúde infantil e nutricional, programa focalizado às crianças e visando reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos; saúde do adolescente com especial atenção ao gênero feminino; combate ao HIV/AIDS; saúde escolar; e saúde do idoso.

Esses dados permitem, de maneira crítica, suscitar o debate relativo à representação do gênero nas políticas de saúde, o que possibilitará, por um lado, a identificação das demandas específicas dos homens e sua inclusão nos critérios de avaliação e controle do estado epidemiológico da população em geral, de maneira mais detalhada. Aliás, leva-me a crer que em nível das ações da política de saúde, o “estatuto” de vulnerabilidade não é efetivamente abrangente ao gênero masculino, apesar de os dados estatísticos dos inquéritos demográficos e de saúde demonstrarem que os homens são mais vulneráveis que as mulheres e morrem precocemente, independentemente da faixa etária, mas pouco tem sido feito, em nível das políticas de saúde, para reduzir as assimetrias e ampliar a equidade.

Nossa entrevistada, Pérola, citou anteriormente a existência de lacunas na abordagem relacional entre saúde e gênero; outro profissional sugere que há falhas na maneira pela qual as políticas de saúde pública direcionam suas ações assistenciais:

[...] Eu acho que tendo a política de saúde falhado, por não ser abrangente, deveria estar voltada à família e não à mulher e criança. Então, o facto de o homem sentir-se excluído deste processo influencia negativamente para ele aceder os cuidados de saúde assim como influencia no resto da família, porque ele é o decisor, muitas vezes nas nossas sociedades, sobretudo africanas, o homem é que decide o que deve ser feito. E muitas vezes como ele não tem essas facilidades, sente-se excluído, quando se sente doente acha que não é o hospital que vai resolver seu problema, provavelmente possa resolver assuntos da mulher, mas do homem não, tem pouco para se fazer, então ele fica doente prefere ficar resiliente ou ser levado ao curandeiro. Então é por falta da incorporação do homem (Rui, enfermeiro, Maputo).

Para Rui e Pérola, existe certo grau de sentimento de fraca inclusão das especificidades e demandas dos homens devido à verticalização das ações assistenciais e de cuidados em saúde, o que pode levar alguns segmentos a imaginarem, de acordo com Rui, de que o hospital é um espaço feminino onde somente as mulheres encontram cuidados e soluções para seus problemas de saúde, e pouco se pode fazer para eles, situação que promove a resiliência dos homens quando estão no estado de adoecimento.

Os depoimentos dos gestores e profissionais de saúde (Rui; Júnior; Pérola) evidenciam que a alta prevalência de morbimortalidade dos homens está associada, em parte, à falta de uma abordagem política institucional sobre as questões da saúde de gênero masculino, o que representa uma das lacunas do SNS moçambicano, no seu todo. E parece-me ser um dilema concomitantemente de explicação complexa e controversa. A resposta dada por Pérola, como gestora de políticas de saúde pública, com vasta gama de experiência na área, ironiza essa complexidade, quando lhe questionei sobre a atuação do Ministério em relação aos indicadores acima descritos que colocam os homens no topo da cadeia da prevalência da morbimortalidade e ao mesmo tempo verifica-se que as atenções das ações e cuidados preventivos e assistenciais de saúde são menos voltados aos homens. Ela disse:

[...] E quem faz as políticas públicas? São os homens! (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

A resposta da Pérola exprime a ideia de “autoexclusão”. No entanto, a ausência de programas de saúde voltados às especificidades dos homens, sejam eles financiados pelas instituições parceiras ou não, não é uma demanda de iniciativa externa e não apurei, durante esta pesquisa, qualquer indício, em nível do órgão central, que sinaliza a possibilidade da elaboração de um projeto ou plano ou programa específico para atender os homens e as demandas da masculinidade, e creio que não é por causa de financiamento ou apoio, mas pela falta de iniciativa do próprio órgão central, isto porque, quando se desenhou o programa nacional da circuncisão masculina, o único dirigido aos homens, sob ótica da prevenção de HIV/AIDS, teve apoio de várias instituições parceiras, entre elas, o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA); OMS; UNICEF; EcoSIDA; John Snow, Inc (MOÇAMBIQUE-CNCS, 2016).

5.4. Acesso e disponibilidade de serviços do Sistema Nacional de Saúde

O relatório do Observatório da equidade, avaliação do progresso da equidade na saúde (MISAU, 2010) salienta, que, com a aprovação do PARPA I (2001-2005) e do PESS I (2001-2005), paralelamente, o Estado tinha como principais objetivos reduzir a pobreza absoluta para menos de 50%, até em 2010, e universalizar o acesso aos serviços

de saúde, reduzindo os principais determinantes sociais e as iniquidades em saúde. Porém, os mecanismos político-administrativos e estratégicos para o alcance dessas metas foram vinculados a dimensões políticas, baseadas na lógica do financiamento externo e desalinhadas a abordagem dimensional dos componentes estruturais que engendram as noções teóricas e práticas do que se percebe por acesso aos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde não é uma mera agenda política, mas uma combinação de ações multidisciplinares que envolvem, não somente determinantes político-institucionais, mas também aspectos socioeconômicos, culturais, simbólicos, organizacionais, técnicos e mecanismos democráticos na gestão e avaliação do desempenho e prestação de contas. Autores como Aday e Anderson (1974) nortearam as noções conceituais relativas ao acesso aos serviços de saúde, a partir das características demográficas populacionais, da disponibilidade organizacional e da distribuição geográfica. Definir o acesso a partir de um paradigma integrado e universalizado, incorporando o princípio da equidade, para atender as demandas de grupos específicos, pode reduzir os impactos de determinantes sociais relativos aos fatores socioeconômicos, às barreiras geográficas e às causas de baixa utilização.

No tocante ao acesso integrado e universalizado, no âmbito nacional, o Estado reconhece, segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2011) que o acesso às unidades de saúde constitui ainda um grande desafio:

Os serviços de saúde disponíveis e acessíveis continuam ainda insuficientes para fazer face às necessidades da população, pois apenas 50% tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde e somente 36% da população têm acesso a cuidados de saúde num raio de 30 minutos das suas casas. No entanto, é de referir que cerca de 30% da população não tem possibilidade de aceder a qualquer tipo de serviços de saúde (MISAU-PESS II, 2007-2012, p, 36).

Por um lado, os dados apresentados por este IDS revelam uma avaliação negativa quanto ao progresso e alcance dos objetivos do PESS I (2001-2006) e os do PARPA. Tanto estes, como os posteriores planos estratégicos do setor da saúde aprovados pelo Ministério da Saúde de Moçambique, em análise, apresentam forte conotação de uma abordagem política do que uma perspectiva mais operacional e organizacional, reforçando a permanência de um modelo de saúde de gestão deficitário. Porém, talvez, uma política de saúde assentada no princípio da equidade, responsabilização, transparência, controle e prestação de contas, constituiria um caminho, talvez, ajustado à realidade de um país como Moçambique, dado o grau das atuais desigualdades sociais, o

que não está em curso atualmente, conforme os depoimentos dos entrevistados. Fato que se configura como um grande desafio, e isso:

[...] Tem mais a ver com o nível central, como se desenha a política, talvez seja o erro das nossas políticas. Quem faz a política, muitas vezes, tem noção da realidade muito superficial, então acaba fazendo políticas que muitas vezes não correspondem à realidade, eu acho que é preciso uma revisão da própria política (Rui, enfermeiro, Maputo).

[...] Eu acho que quem faz as políticas públicas de saúde deveria buscar mais a realidade de cada comunidade e do país para que possam harmonizar a capacidade de disponibilizar os serviços para todos (Júlio, enfermeiro, Maputo).

[...] Apesar de que é um sistema de prestação de cuidados até aos 14 anos, mas quando tu vais ver a organização dos serviços, tu não tens serviços para rapazes, não tem, porque até aos cinco anos não se conhecem menino e menina, mas a partir de seis, sete anos começam a manifestar diferenciação pessoal e fisiológica normal, de que eu sou do sexo feminino e o meu colega do sexo masculino, no entanto, nós não temos serviços para atender de acordo com a evolução fisiológica normal, apesar dos nossos serviços serem oferecidos aos jovens até aos 14 anos de idade, mas vamos olhar aqui ao nível do ministério de saúde, não tem ninguém que saiba lidar com a criação da personalidade, com os problemas da sexualidade e da saúde sexual ativa masculinas que possam esclarecer as inquietações, orientar os indivíduos do sexo masculino. Nós temos serviços, mas são para as mulheres, são para as mulheres por quê? Porque é uma enfermeira que está lá e ela é treinada para a acção de saúde positiva feminina, obviamente não tem como orientar um menino que está na fase de adolescência e que tem a necessidade de abordar sobre a sua inquietação evolutiva sexual, ninguém tem essa formação [...], depois vamos ver que nós temos um serviço que se chama jovem e adolescente, no programa do planeamento familiar, então achamos que esses serviços são para jovens do sexo masculino, mas na verdade não, eles não vão, e quando vão, vão acompanhar a amiga deles. Como é que ele vai falar dos transtornos da sexualidade dele a uma senhora [enfermeira ou médica]? Eu falo isso porque tenho filhos, porque até uma certa altura somos amigos, mas eles dizem que esse tipo de assunto, ah, só posso falar com o pai (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

Jesus e Assis (2010, p. 164) defendem que as dimensões de análise da categoria “acesso” na procura de uma “totalidade concreta”, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção básica, regionalização racional, hierarquização e participação popular. Para ambos os autores, é imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que se materializa na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade: em

relação à oferta/demanda; em maior aproximação da realidade, na organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde.

O PESS III 2014-2019 aborda a equidade na perspectiva da desigualdade demográfica e distribuição de infraestrutura e não incorpora, em seus objetivos, a atenção básica aos homens na fase adulta. Nessa ordem de ideias, projeta-se reduzir os níveis de desigualdades regionais, porque as regiões norte e centro de Moçambique registram maior índice de pobreza; concentram considerável densidade populacional e são as mais desfavorecidas em graus de oferta e em níveis de acesso aos serviços de saúde, comparativamente a região Sul. O Ministério da Saúde, através do PESS III, projeta ampliar a abordagem da dimensão “equidade” e reconhece que o progresso da cobertura com equidade constitui um dos principais desafios dos programas do setor da saúde, mas as demandas dos homens não são integradas nem referenciadas, exceto a circuncisão.

As regiões mais afetadas são as zonas rurais, onde registram-se baixos níveis de acesso e utilização dos serviços de saúde, devido a fraca acessibilidade, disponibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade (JESUS E ASSIS, 2012; SANCHEZ E CICONELLI, 2012), que são componentes concretamente mais reduzidos do que nas regiões urbanas. Por isso temos, em Moçambique, um modelo de política de saúde “elitizado” e menos voltado à população mais vulnerável. Para elucidar, o IDS (2011) revela que os partos assistidos nas unidades sanitárias representavam 52% nas regiões urbanas, e 40% nas zonas rurais. Este cenário explica a fraca acessibilidade, condicionada pela relação entre a localização da oferta e a do paciente, entre meio de transporte e o custo (UNGLERT, 1990).

Um dos componentes atinentes ao acesso à saúde em Moçambique é a educação. Melhorar o acesso e a qualidade da educação podem resultar em melhoria da qualidade de vida e contribuir pela melhoria da saúde da população. É a partir da educação que uma determinada sociedade desenvolve subjetivamente as percepções relativas à saúde e à doença. Alguns autores (MITANO, et al., 2016) observaram que o subdesenvolvimento da saúde em Moçambique é pela má qualidade de vida e pela falta de educação básica capaz de permitir a população a reconhecer e encontrar minimamente medidas preventivas de determinadas doenças. O nível de instrução e o grau de escolaridade da população permitem que a informação processada entre várias entidades da área – instituições, profissionais de saúde e usuário – alcance resultados preestabelecidos, sobretudo no que concerne a programas de promoção e conscientização. Por isso, o Estado moçambicano reconhece que “as pessoas com nível educacional mais elevado têm

baixas taxas de morbidade por doenças agudas e crônicas mais comuns, independentemente dos fatores básicos demográficos e do mercado de trabalho” (MISAU-PESS III, op. cit, p. 13). Mas não cabe nesta pesquisa auferir empiricamente essa causalidade, mas importa ressaltar que ela – causalidade – é, aqui, apresentada em termos comparativos entre a população alfabetizada *versus* a analfabeta, sem qualquer diferenciação de gênero.

Analisando a realidade do país, há grandes desafios na área da educação que justificam, em parte, o baixo nível de esperança de vida da população em geral, uma vez que a taxa total de analfabetismo em Moçambique se situa em 44,9%⁴⁴. Mas quando comparadas as diferenças do nível da escolaridade na ordem de gênero, os resultados vão em direção oposta a essa lógica causal. As mulheres apresentam uma taxa de analfabetismo muito elevada, situando-se em 54,6% e 26,7% para os homens, segundo o levantamento de 2017⁴⁵, o que significaria maior acesso deles aos serviços de saúde, mas paradoxalmente, as pesquisas empíricas mostram uma realidade oposta.

Em estudos desenvolvidos por Mckinlay (2005) e Barata (2009) em países Latino-americanos – que mencionei anteriormente -, em um nível de análise mais ampliado, homens e mulheres, comparados dentro de condições sociais relativamente desiguais, em que os homens são quantitativamente mais alfabetizados que as mulheres, e historicamente mais ricos em relação a elas, eles apresentam, mesmo assim, baixo nível de acesso aos serviços de saúde e são mais vulneráveis. Portanto, a lógica que explica o aumento dos níveis de acesso aos serviços de saúde devido ao aumento do nível de escolaridade do indivíduo pode ser válida, quando as variáveis analisadas e comparadas descrevem membros do mesmo grupo homogêneo, buscando-se perceber a diferença dos níveis de acesso e procura. Por exemplo, entre grupos de mulheres de duas zonas distintas: urbana e periférica ou entre homens: casados e solteiros ou entre classes: baixa e alta.

Estudo feito por Boltanski (2004), sobre o corpo e as classes sociais, na França, corroboram com as constatações de Mckinlay e Barata, nas quais, os autores afirmam que o nível de instrução acadêmica permite medir a amplitude das relações médico-paciente. As classes superiores, consideradas bem instruídas preferem acessar serviços de saúde particulares e eles “avaliam a competência, o valor e a qualidade profissional do médico”

⁴⁴ Disponível em: <https://africa21digital.com/2017/09/09/mocambique-quer-reduzir-analfabetismo>. Acessado em 12/08/2018.

⁴⁵ Disponível em: https://www.indexmundi.com/pt/mocambique/taxa_de_alfabetizacao.html. Acessado em 12/08/2018.

(p. 54), enquanto que as classes populares procuram mais pelos serviços públicos. As boas condições sociais e maior grau de escolaridade permitem às classes superiores acessarem serviços de boa qualidade, sejam eles privados como públicos. Boltanski buscou perceber o acesso aos serviços de saúde a partir da categoria “classe” e não da diferenciação de gênero. Pois, quando a procura e o acesso são analisados a partir do gênero constata-se que independentemente da classe, pela qual, os homens pertencem, eles procuram menos por serviços de saúde que as mulheres.

Relativamente à dimensão disponibilidade, refere-se à relação entre aspectos políticos de alocação de fundos e de financiamento, sendo o Estado o sujeito maioritário em provisão de serviços básicos de atenção primária e de cuidados. A disponibilidade engendra a existência de serviços de saúde em tempo real a necessidade para gerar qualidade e resultados. Este objetivo pode ser alcançado quando são combinados, organizacionalmente, a quantidade necessária de profissionais e sua disposição, a suficiência de insumos clínicos, o horário de funcionamento, a qualidade de atendimento, as técnicas de operacionalidade e uso de tecnologia de baixa, média e alta complexidade. Porém, essa combinação é “influenciada pelas políticas adotadas pelos serviços de saúde, pelo número, competência e experiência dos profissionais [...], pelas regulações que regem as interações de saúde e pela existência de equipamentos e insumos médicos, entre outros” (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 261). Neste âmbito, o Estado tem a incumbência de garantir a disponibilidade para que o acesso seja abrangente e integrado. Para tal, um dos quesitos indispensáveis consiste na formulação de políticas de saúde concretas, voltadas à educação e à formação de recursos humanos com vista à garantia da qualidade e quantidade necessárias de profissionais de saúde numa determinada unidade sanitária, objetivando a prestação de serviços de qualidade, a ampliação da utilização, do acesso e melhoria da eficiência.

No entanto, notam-se “desconexões” perceptíveis entre os objetivos do SNS, as projeções reflexivas a realidade do estado da saúde da população e de suas necessidades e, os níveis de cumprimento das responsabilidades do Estado, devido a verticalização do PROSAÚDE. Sabe-se que o Estado é o principal provedor dos serviços da saúde e do bem-estar social, mas me parece que tem tomado um caminho inverso, por causa da desaceleração do crescimento econômico e da redução da despesa e do investimento do Orçamento Geral do Estado ao setor de saúde. A esse despeito, o investimento do Estado continua ainda longe das expectativas de geração de mudanças significativas, visto que, a despesa média *per capita* para a prestação de cuidados básicos de saúde, a cada cidadão,

é de 34 dólares americanos, investimento mínimo esperado de acordo com os padrões e protocolos internacionais, e Moçambique investe 18 dólares americanos, o que o torna um dos países do mundo que apresenta a mais baixa despesa *per capita*, representando amplamente um entrave na relação disponibilidade e oferta.

Em tese, o SNS está estruturado num modelo de provisão de saúde que oferece condições insuficientes para reduzir os níveis do distanciamento entre o gênero masculino e as unidades sanitárias, e criou-se, implicitamente, um sistema de saúde que reúne todos os tipos de determinantes institucionais que “barram” a procura de cuidados básicos por parte dos homens. Porém, eles têm, socialmente, enormes dificuldades para assimilar o funcionamento situacional dos serviços de saúde, sobretudo quando são caracterizados – os serviços - pela fraca disponibilidade, baixo nível de oferta e longo tempo de espera pelo atendimento. Estes determinantes são cruciais para a produtividade dos homens.

Face a esta realidade, o trabalho empírico revela que a estratégia encontrada pelo Ministério da Saúde para ampliar o acesso dos homens a alguns serviços e cuidados de saúde, é a intermediação da mulher: ela serve para estabelecer uma ponte de contato entre os homens e os serviços de saúde, conforme atesta o depoimento de Laura:

[...] É preciso envolver cada vez mais o homem, quer pela via dos programas da saúde da mulher para nós podermos ter contacto com ele, e essa é uma das formas que nós encontramos. Recorremos à família para chamar a ele e aproveitamos ele ali para tirarmos mais informações sobre as condições de saúde. Pedimos as mulheres para trazerem seus parceiros, e começamos por aí tentando chamar, mas não é fácil o homem ir ao hospital. A minha recomendação seria usarmos todos os meios possíveis para trazeremos o homem ao hospital sem deixar de lado a divulgação e que a saúde masculina seja divulgada para eles começarem a sentir que há atenção também para eles. Só para dar um exemplo da questão da circuncisão masculina, parecia o assunto não muito tomado em conta e quando o programa começou a visão era menor, mas hoje em dia a visão é maior, já ouvimos até nas ruas as pessoas a falarem do programa de circuncisão. Então eu acho que tudo passa primeiro em desenhar, divulgar e como isso leva tempo para eles aderirem, vamos utilizando outros meios (Laura, agente de saúde, Maputo).

A estratégia mencionada por Laura, sobre a importância do papel da mulher para o acesso dos homens aos cuidados de saúde foi também enfatizada por outros profissionais de saúde, em depoimentos apresentados nas seções anteriores, o que reforça a afirmação de Pérola, de que o SNS dispõe somente de uma única estratégia para promover o acesso dos homens aos serviços de saúde. Laura sugere ainda que é preciso

incluir os homens naqueles programas de saúde voltados à mulher, ampliar as ações de promoção e conscientização, usar todos os meios possíveis para incentivar o acesso deles.

Laura lembra que não tem sido fácil convencer os homens a buscarem os serviços de saúde mesmo em situações de maior necessidade. Porém, há fatores que podem explicar, em parte, as causas que contribuem para o baixo nível de acesso deles, a partir das seguintes declarações de Pérola, Júlio e Rui, que indicam os princípios norteadores das ações assistenciais e da organização da estrutura dos serviços de saúde:

[...] Quando nós estamos a falar da saúde positiva que é uma das grandes áreas da nossa política, estamos a falar da saúde positiva na perspectiva meramente feminina e não falamos da saúde positiva na perspectiva masculina, porque não temos informação para falar de positiva primária num nível mais abrangente, então, há necessidade sim, de melhorarmos o sistema a todos os níveis para que de facto haja melhores processos de acessibilidade de saúde aos homens (Pérola, gestora em saúde pública, Maputo).

[...] Não temos políticas que favorecem o acesso à saúde dos homens, mas podemos mudar esta situação conscientizando a eles que os serviços de saúde não só são para as mulheres e as crianças, mas sim para todos (Júlio, enfermeiro, Maputo).

[...] Se nós garantíssemos que esse homem fosse incluso nesses cuidados, seja qual for, aí haveria mais acesso, mais equidade, e não se trataria a saúde como se fosse apenas para as mulheres e não estariam os serviços de saúde apenas a beneficiar a mulher e a criança, e achamos que são os grupos mais vulneráveis, na verdade todos nós corremos o mesmo risco de vulnerabilidade. Eu acho que precisamos de uma política mais abrangente (Rui, enfermeiro, Maputo).

De acordo com Pérola, no âmbito do Plano Estratégico do Setor da Saúde, o foco da política está direcionado à saúde positiva feminina, cujas diretrizes destacam a saúde da mulher, da criança e do idoso. Ela postula ainda a inexistência de políticas ou planos estratégicos para a conscientização dos homens sobre ações preventivas e acesso aos serviços de saúde devido a falta de informação por parte dos fazedores das políticas de saúde pública. E nesse sentido, a estrutura organizacional do SNS pode ser pensada como menos inclusiva, apesar de o documento do Ministério do Género, Criança e Ação Social sobre o Perfil do Género de Moçambique (2016), no tocante ao acesso e direitos à saúde, reconhecer e ressaltar que os entraves socioculturais atravessados por homens impactam na saúde de suas parceiras, mas esse documento não aprofunda essa discussão e nem apresenta algum tipo de proposta.

A fala de Júlio evidencia, igualmente, que a ausência de políticas voltadas às especificidades e às demandas dos homens, se configura como um dos fatores do baixo acesso dos homens aos serviços de saúde dada sua relação com ações de promoção e conscientização. Além disso, Rui aponta outro fator adicional ligado à garantia da inclusão dos homens aos cuidados de saúde. Se o sistema tende a prestar mais atenção às mulheres e crianças, sob pretexto de vulnerabilidade, para esse profissional, todos os homens são também vulneráveis. E essa condição de vulnerabilidade deles pode refletir-se negativamente nos resultados dos esforços e planos do PESS na garantia de uma população cada vez mais saudável, dada à influência que os homens representam nos indicadores demográficos e de saúde, tais como, ações de planejamento familiar, aplicação de métodos contraceptivos, controle de taxas de natalidade, combate a gravidez precoce, infecções por transmissão sexual e HIV/AIDS, que são dentre os objetivos do PESS (2014-2019), dos quais, os homens não são parte do foco e os governos “não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um ‘povo’, porém com uma ‘população’, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e habitat” (FOUCAULT, 2019, p. 31). Essa perspectiva inclusiva garante não só a equidade, mas também a melhoria das condições de vida de homens e mulheres.

6. ANÁLISE COMPARATIVA: SAÚDE DO HOMEM E PRÁTICAS SOCIOCULTURAIS

O presente capítulo versa analisar e comparar práticas socioculturais, partindo da reflexão dos processos de socialização masculino-infantil e da construção social da masculinidade hegemônica, buscando perceber como esses processos se desenvolvem e determinam na saúde/doença do gênero masculino. Essa análise comparativa compreende o cruzamento de narrativas dos sujeitos entrevistados nos campos empíricos de Maputo e Campos dos Goytacazes, enfocando os comportamentos e atitudes dos homens e da masculinidade hegemônica ligados ao hábito do cuidar de si, da procura por serviços de saúde e os “custos” sociais gerados por tais comportamentos.

6.1. Saúde e processos de socialização masculino-infantil: não chora não, você é homem

Entender sócio e culturalmente os processos de socialização masculino-infantil se configura como o porto de partida para percebermos como é que os homens desenvolvem comportamentos do pouco autocuidado e o hábito da fraca procura por serviços de saúde. A respeito disso, nesta seção, enfoco apreender as similitudes e as convergências encontradas nesses dois lugares geograficamente diferentes.

De acordo com Grigorowitschs (2008), em seu artigo intitulado “*O conceito ‘socialização’ caiu em desuso? uma análise dos processos de socialização na infância com base em Georg Simmel e George H. Mead*”, a socialização compreende a conjugação de estruturas e processos que reúnem, simultaneamente, juízos de valor, esquemas emocionais, orientações do agir e prontidões do desenvolvimento de crianças e adultos, desde que estejam integrados num grupo ou cultura de interesses coletivos. Ela é moldada pela consciência coletiva e tem como caráter basilar formar para integrar na própria sociedade.

Na perspectiva da “sociologia à escala individual”, proposta por Bernard Lahire (2015, p. 1395), para a apreensão das noções de socialização, deve-se pautar, com maior rigor, por pesquisa empírica, para se evitar tomar a “noção de socialização [como] um conceito ‘amorfo’”. Para essa missão científica, faz-se necessário, descrever e analisar

com “precisão”, o que ele denomina por quadros⁴⁶, modalidades⁴⁷, tempos⁴⁸ e efeitos de socialização⁴⁹. Para Lahire, é preciso situar e determinar os mecanismos de socialização, analisando-os e descrevendo-os, a fim de compreendermos e melhor falarmos sobre os patrimônios das disposições. Por exemplo, uma distinção entre os quadros: “escolar, profissional, lúdico, esportivo, político, religioso etc”, com vista a estudar e interpretar, dentro de cada quadro, as formas pelas quais, “se organiza e se desenvolve o processo de socialização” (p.1396).

A criança é instrumentalizada com normas, leis, regras, crenças, valores, comportamentos, saberes, limitações e um conjunto de sentidos e estruturas sociais que caracterizam os sistemas do mundo da vida social onde ela integra e vive. A socialização infantil é um processo educativo por meio de métodos e transmissão de saberes para a constituição do indivíduo de acordo com os padrões convencionais da sociedade. Transmissão essa, exercida pelos adultos, de acordo com Durkheim:

A educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre aquelas que não estão ainda maduras para a vida social. Tem por objeto suscitar e desenvolver na criança um certo número de estados físicos, intelectuais e morais, que requerem dela, tanto a sociedade política em seu conjunto, quanto o meio especial ao qual ela é mais particularmente destinada. (...) A educação consiste em uma socialização metódica das novas gerações (DURKHEIM, 2011, pp. 53-54).

Este autor postula que a criança é socializada do modo que ela seja aceita pela sua própria sociedade. Ela é desenvolvida moral, física e intelectualmente de maneira que possa atender as exigências institucionais e sociais. É o processo de construção de identidade.

Para autores como Berger e Luckmann (2014), a sociedade é composta por três momentos dialéticos: interiorização, objetivação e exteriorização, ou seja, o indivíduo assimila a identidade e as atitudes de seu grupo social, interiorizando-as, participando e exteriorizando-as. Ambos os autores propõem a diferenciação dos processos de socialização em duas etapas: primária (infantil), a qual vou me ater nesta seção, e secundária (adulta).

⁴⁶ As relações das realidades entre universo, instâncias e instituições.

⁴⁷ Desenvolvimento de maneiras, formas, técnicas e etc.

⁴⁸ Momento em um percurso individual, duração das ações socializadoras, grau de intensidade e ritmo dessas ações.

⁴⁹ Disposições a acreditar, a sentir, a julgar, a se representar, a agir, mais ou menos duradouras.

A distinção entre as fases, primária e secundária, pelas quais, os processos de socialização atravessam, é de caráter metodológico e de suma importância porque resgata, antes de tudo, o papel da família na constituição dos valores incorporados pela criança nas primeiras fases da socialização (LAHIRE, 2015).

A socialização primária implica a formação cognoscitiva, ela ocorre em situações de alto grau de emoção que estabelece elos com outros significativos, por isso, uma criança se identifica com outros significativos através de uma multiplicidade de modos emocionais. A socialização primária possibilita, a uma criança, absorver valores, crenças, normas e papéis produzidos por outros. Esse processo de interiorização de significativos concretos e de exteriorização de sua própria identidade gera o “outro generalizado” (BERGER E LUCKMANN, 2014).

Cada sociedade ou grupo social desenvolve seus próprios processos de socialização masculino-infantil, baseados na diferenciação de sexo e na divisão social de trabalho, que são modelos explicativos daquilo que o grupo determina para a formação do ser “homem” e do ser “mulher”, em termos comportamentais. Na fase primária - diz Lahire - os processos de socialização familiar ocorrem de maneira precoce, intensa, sem comparações e duradoura no tempo e espaço. Quando a segunda instituição – escola – entra em cena e participa, em parte, no quadro da socialização, ocorre a redução gradual do monopólio familiar sobre a criança (LAHIRE, 2015), em processos educativos metódicos (DURKHAIM, 2011), mas ela – a família – “nunca fica inerte com relação aos outros quadros socializadores potenciais” (LAHIRE, op. cit, p. 1398).

Comparando esses processos de socialização masculino-infantil entre as duas regiões geográficas, Maputo e Campos dos Goytacazes, será possível observar convergências e divergências socioculturais.

As apreensões do campo empírico permitiram-me perceber que durante a infância, pais, parentes e educadores encontram, na linguagem, instrumentos simbólicos para repreender as crianças do sexo masculino em algumas manifestações de seus sentimentos, principalmente, quando esses sentimentos são representados por meio de choro. Observei, também, que o choro é uma das manifestações de sentimentos proibida para os segmentos dos homens, recorrendo-se expressões de negatividade, culturalmente, reproduzidas na ordem dos processos de socialização, tais como: “*não chora não, você é homem*”, como forma de desautorizar as crianças do sexo masculino a não expor seus sentimentos e emoções. Nessa fase da socialização primária os meninos começam a perceber que precisam e “devem” ser e se comportar conforme os padrões convencionais da

masculinidade, diferenciando-se da mulher. Nesse processo de diferenciação, a repreensão do choro passa-lhes a ideia que presume que devem evitar – o choro – para se tornarem “verdadeiramente” homens, situação que pode ocasionar o desenvolvimento do “medo” de chorar para que não lhes seja revogado o “estatuto” da masculinidade.

Expressões de negatividade: “*não chora, você não é homem?*” são alguns dos exemplos, dentre vários, recorrentes no nosso cotidiano, como método e prática cultural para a socialização de meninos. Aliás, o uso metafórico dessas expressões pode ser observado em sociedades ou grupos sociais localizados em lugares distantes uns dos outros, como Campos dos Goytacazes e Maputo, tal como demonstram, a seguir, os depoimentos dos entrevistados, quando questionados sobre os padrões socioculturais pela socialização dos meninos, como aqueles que não podem chorar ou mostrar fraqueza ou tristeza ou medo.

Analisando o depoimento de Florbela pode-se deduzir alguns modelos vigentes:

[...] Eu acho que desde o princípio o homem sempre foi o genitor da família, sempre foi o cabeça da família, então, se for *molenga* não vai muito para frente não. Eu falo isso para os meus netos! Qualquer coisinha ‘ééé’. Digo: ‘você é homem, é guerreiro!’ o homem ele é macho pela própria natureza, ele é o provedor, ele é o cabeça da família. O homem tem que ser forte. Diz que homem não chora? Chora porque é ser humano, mas chorar por coisas sérias, com a doença de um filho, pela perda de um ente querido, pela perda de uma mãe, entendeu? Coisas sérias. Homem se debulhar em lágrimas? Isso é coisa de mulherzinha! Me poupe! Não aceito (Florbela, enfermeira, Campos).

A fala de Florbela incorpora vários elementos primários constitutivos dos modelos predominantes da masculinidade hegemônica, mas o que chamou a minha atenção, é o fato de esse processo constitutivo do que se deve ser homem ocorrer por meio de linguagem carregada de traços de violência simbólica e psíquica, tal como se pode observar na seguinte expressão: “*Qualquer coisinha ‘ééé’. Digo: ‘você é homem, é guerreiro!’*”. Homens ou mulheres, educadores, podem perpetrar violência psíquica ou física, de maneira consciente ou inconsciente, ao observarem que um menino não se comporta como um dominador de seus próprios sentimentos, ou uma menina não se comporta de forma submissa, isso, “se o modelo predominante é aquele que associa o masculino ao poder e o feminino à submissão, tanto o homem como a mulher exercerão esses papéis para serem vistos como homem ou como mulher. Assim há a internalização e a reprodução da violência por ambos” (GOMES, 2010, p. 74). E outro aspecto presente na fala de Florbela é o machismo, cuja discussão farei nas próximas seções.

A nossa entrevistada revela e reitera a construção social da masculinidade, pela qual, “*o homem tem que ser forte*”, não apenas fisicamente, mas também emocionalmente, salvo em algumas situações, segundo ela, em que se trate de assuntos de maior seriedade: “*Diz que homem não chora? Chora porque é ser humano, mas chorar por coisas sérias*”. No entanto, nota-se que é, dessa forma, que ela interage e socializa os netos, reafirmando a eles, de que, pelo fato de não serem meninas, então, o choro não lhes convém.

Portanto, percebe-se que os padrões convencionais da construção social da masculinidade são arranjos socioculturais que sustentam o alicerce dos processos de socialização dos meninos. Os depoimentos dos profissionais de saúde apontam comportamentos-chaves para a análise de aspectos socioculturais e suas relações com a saúde dos homens. Eles revelam que o comportamento “*machista e sexista*” se faz presente com maior predominância nos processos educativos socioculturais, em que, as crianças do sexo masculino vão crescendo internalizando. São valores e crenças que podem explicar a imaginação masculina, da qual, os homens são invulneráveis ao adoecimento e a razão da fraca procura por serviços de saúde durante a fase adulta. Nossa entrevistada, Joana relata que:

[...] As mães, as vezes, são mais muito machistas do que os pais, elas vão amar o filho delas, mas vai crescendo com essa ideia de que não pode chorar, não poder sentir dor. Os pais também cobram isso dos filhos, que isso é coisa de mulherzinha. Que história é essa! Então, dá no que dá! (Joana, técnica de enfermagem, Campos).

Para Joana, por mais que os pais amem seus filhos não os permitiriam manifestar seus sentimentos emotivos pelo choro. Essa maneira de socializar as crianças do sexo masculino se caracteriza como a origem do desenvolvimento de comportamentos típicos da masculinidade: o “*super-homem*”, o herói de “*todos os tempos*” que aguenta o sofrimento, não derrama lágrima, não demonstra a fraqueza e nem exterioriza suas dores porque é homem.

Outros profissionais de saúde, Andorinho e Sandra, vão chamar a atenção sobre alguns problemas ligados à saúde e à doença dos homens, na fase adulta, atrelados aos processos de socialização primária. Para eles, o hábito da pouca procura por serviços de saúde e do pouco reconhecimento do adoecimento está ligado aos modelos convencionais da construção social da masculinidade, desde a infância. Esses modelos convencionais geram efeitos colaterais para os homens, na fase adulta, porque, a princípio, não foram

ou não são equacionados com os determinantes da morbimortalidade, por isso, para Keijzer (1998; 2003), a construção sociocultural do gênero é o principal processo capaz de explicar as questões ligadas à saúde e à doença dos homens, e é nesse sentido, em que, Andorinho e Sandra ressaltam em seus depoimentos:

[...] Eu acho que a mudança tem que vir, além do ponto de vista educacional, mas ela vem da cultura, de como você passa isso para os seus filhos e muitas vezes a referência masculina, a maneira como as crianças tiveram referência do ponto de vista masculino, não estou falando que as mães criaram errado, mas estou falando que a cabeça das pessoas, elas passam certas informações e as crianças vão absorvendo inconscientemente, e aí forma-se uma população que mantém um certo preconceito, carrega uns valores que atrapalham o movimento da saúde do homem, como um todo. Atrapalha sim de maneira substancial (Andorinho, urologista, Campos).

[...] É daí que vem isso, o que o homem sente hoje em relação a não tocar etc. O homem que reconhece que está doente é reconhecer a fraqueza. Que vem daí desde quando incute na cabeça da criança que não pode chorar, não pode isso, não pode tantas coisas né? Infelizmente vem daí (...), como a gente está falando lá na infância, e quem está com essa criança em casa? É a mãe, geralmente, a maior parte do tempo, porque o pai está trabalhando, então, nas escolas, as pedagogas, as assistentes sociais, psicólogos, falarem para as mães: cuidado em relação a isso, terem esse cuidado ao falar né? Quem sabe teremos uma geração de homens procurando fazer exame de rotina. (...) O homem não tem esse hábito, não quer ter o hábito porque aquela criança que foi, e hoje é um adulto, que veio de um lar, onde infelizmente a mãe cresceu numa cultura machista (Sandra, enfermeira, Campos).

Andorinho sugere que é necessário trabalhar-se em busca de algumas mudanças socioculturais nos processos de socialização masculino-infantil e a Sandra vai também na mesma direção, aludindo que é necessário problematizar a saúde dos homens a partir de duas instituições: a família e a escola.

Esses dois entrevistados (Andorinho e Sandra) revelam que os processos de socialização masculino-infantil são responsáveis pelo desenvolvimento de certos comportamentos que inibem o hábito do autocuidado e a procura por serviços de saúde entre os segmentos masculinos, visto que estes crescem associando o choro e a fragilidade à perda da masculinidade, tal como como reconhecer o adoecimento equivale aceitar a fragilidade, atributos dissociados ao tipo de gênero que os homens devem assumir.

Pesquisa realizada na década de 1980, por Sócrates Nolasco (1993), intitulada “*O mito da masculinidade*”, observou que na sociedade brasileira, os meninos se desenvolvem segregados do universo feminino, “esta segregação define os limites das

modalidades tanto afetivas quanto sociais. Brincadeiras, expressões e comportamentos são observados e vigiados pela família, escola e demais instituições, a fim de mantê-los sintonizados com os códigos do modelo patriarcal” (p. 45).

Consequentemente, para Andorinho, é nesses processos de socialização primária em que “*as crianças vão absorvendo inconscientemente*” informações, e daí “*forma-se uma população que mantém um certo preconceito, carrega uns valores que atrapalham o movimento da saúde do homem, como um todo*”. Esses valores constituem parte de aqueles que Silva (2006) denominou por concepções polarizadas da construção social da masculinidade, apontadas, igualmente pela nossa entrevistada, Sandra, ao afirmar que “*o homem que reconhece que está doente é reconhecer a fraqueza. Que vem daí desde quando incute na cabeça da criança que não pode chorar, não pode isso, não pode tantas coisas*”, constituindo-se numa polarização negativa e produzindo, na fase adulta, efeitos colaterais contra a própria saúde.

A família desempenha o primeiro papel em nível dos processos de socialização masculino-infantil por se destacar como a primeira instituição, com a qual, a criança começa a interagir, incorporando dela valores, crenças, atitudes, comportamentos, normas, linguagem, leis ou preceitos religiosos que vão constituindo sua identidade individual e coletiva. A família é a instituição que introduz aos meninos e às meninas signos de diferenciação. Os objetos, os pensamentos, os indivíduos, a linguagem, os sentimentos, os espaços, as cores, são concomitantemente classificados pela família para as crianças se tornarem masculinas ou femininas, em conformidade com o sexo biológico que elas portam.

A família seria a primeira instituição responsável pelo desenvolvimento psíquico da infância, como tal, as constantes interdições ou expressões de negatividade, “*não chora, você é homem*”, por exemplo, interfere nas percepções cognitivas, nos sentimentos e nas emoções dos meninos, ampliando, sócio e culturalmente, as assimetrias comportamentais do que é descrito como masculino ou feminino. E as crianças, diz Badinter (1993) não só percebem essas expressões para compreender o mundo, mas principalmente para compreender a si próprias. Os meninos começam a entender o que parece com eles, o que devem ser, como devem ser, quando e quais são suas oposições que não devem assimilar. Bourdieu (2002) assinala que é na família onde estão inscritas as experiências precoces para a constituição da masculinidade.

Em relação ao papel da escola, nos processos de socialização masculino-infantil, da qual, os profissionais de saúde, Andorinho e Sandra, sugerem que as mudanças

socioculturais devem ser incorporadas nos sistemas educativos. Bourdieu (idem, p. 104), postula que “a escola, mesmo quando liberta da tutela da igreja, continua a transmitir os pressupostos da representação patriarcal (baseada na homologia entre a relação homem/mulher e a relação adulto/criança), o que reforça a relevância dessas instituições – família e escola – para a problematização da saúde dos homens, dado a sua participação explícita nos processos de mutilação dos sentimentos emotivos e de dor manifestados pelos homens, desde a infância.

Essas foram algumas apreensões dos entrevistados do campo empírico da cidade de Campos dos Goytacazes. E em seguida, prossigo analisando comparativamente as da cidade de Maputo, ainda sob a ótica dos processos de socialização masculino-infantil.

Nessa direção, pode-se observar da fala de Artur, de que há certos comportamentos masculinos menos aceitos pela sociedade, e os homens são, em muitos casos, pré-concebidos, sócio e culturalmente, como aqueles que não podem chorar. Eles precisam de se comportar de acordo com os padrões da masculinidade. Esses aspectos apontam similitudes socioculturais entre ambas as sociedades, como se pode observar no depoimento de Artur:

[...] Homem é homem, bem eu sei que existem estas teorias, mas também são teorias que existem, as pessoas no passado sempre pensaram assim, o homem não chora (...) costume a ver homens a chorarem quando há um falecimento, chorarem mesmo, ele sente uma dor e ele chora. Mas também há homens que não choram, da mesma maneira encontramos mulheres que não choram sim, o problema é que quando o homem chora de qualquer maneira as pessoas dizem que é *matreco*, mas ele arranja uma maneira de exteriorizar o que sente (Artur, educador, usuário, Maputo).

Duas expressões coloquiais que merecem a atenção: “*molenga*” e “*matreco*” usadas por Florbela (Campos) e Artur (Maputo), respectivamente, descrevem profundas significações socioculturais e representações discursivas que incorrem sobre aqueles que “rompem” com os padrões convencionais da masculinidade. O termo “*molenga*” que carrega o significado do que é “mole, frágil”, e “*matreco*” do que é fraco, são sinônimos e expressões que representam traços simbolicamente convergentes. O recurso a gíria parece que agrega outros valores semióticos que só podem ser transmitidos, percebidos e representados no seu sentido integral somente com o uso desses termos, ao invés de aplicação de expressões clássicas diluídas, tais como, “fraco ou mole” que aparentemente diminuiriam seu peso e sentido integrais semióticos.

Outra entrevistada de Maputo, Lília, reforça as semelhanças socioculturais vivenciadas no cotidiano maputense e campista pela formação e socialização masculina, conforme atesta o depoimento dela:

[...] Quando a gente diz que ele não pode chorar é porque ele deve ser forte perante as pessoas, mas não porque ele não pode chorar. Tem um sítio onde quando as coisas apertam ele vai, uma forma de aliviar a dor. E quando está doente e chega a ser algo grave, grita, porque sente dor. É um indivíduo como qualquer um que deve parecer forte enquanto não é, para proteger os outros, neste caso a família, (Lília, pedagoga, usuária, Maputo).

Lília, assinala que a proibição do choro, para o homem, não é senão uma forma de torná-lo sólido perante a sociedade que espera dele a representação metafórica da força física e emocional, “*mas não porque ele não pode chorar*” quando sente dor. Ela revela ainda que, como o ato de chorar é repreendido, então, ele exterioriza seus sentimentos de dor, de preferência, em espaços latentes, em “*um sítio onde quando as coisas apertam ele vai, uma forma de aliviar a dor*”, mas sem demonstrar sua fragilidade para aqueles que precisam de sua proteção: a família⁵⁰.

Essa afirmação é constatada também por Florbela (Campos) ao apontar que o homem tem de demonstrar a força, em todos os aspectos, e não a moleza ou a fragilidade, porque ele foi concebido, desde a Antiguidade, como o cabeça da família, o provedor, caso contrário ele não conseguirá desempenhar seus papéis sociais. A fala de Florbela converge com as de Artur e Lília (Maputo) que demonstram, igualmente, que os homens foram representados, desde os tempos primordiais, como aqueles que não podem chorar.

Essas crenças e valores, pelas quais, se fazem presente, tanto em Campos como em Maputo, subsidiam os processos de socialização masculino-infantil. Por exemplo, Florbela (Campos) demonstra que recorre ao discurso de negatividade quando quer repreender os netos, quando eles choram ou demonstram comportamentos não associados, culturalmente, à masculinidade. Comportamentos esses que podem ser expressos e manifestados, segundo os entrevistados, em ocasiões específicas, em que, o ato de chorar ou de expor sentimentos ou emoções, pode ser “tolerado”.

Cruzando comparativamente os depoimentos de Andorinho e Sandra (Campos) com o de Chissano (Maputo), é possível deduzir a transversalidade de práticas

⁵⁰ Nas próximas seções aprofundi as relações entre a proibição do choro, a demonstração da fragilidade e da força, os sentimentos de dor e emoção, e seus efeitos pela manutenção da masculinidade hegemônica, da família e da saúde.

socioculturais “androcêntricas”, como confere (Bourdieu, 2002), introduzidas às crianças do sexo masculino, como parte dos processos de socialização, com vista a se tornarem e a agirem, quando adultas, de maneira hegemônica, e a desenvolverem habilidades de um provedor viril.

Para esses entrevistados, a socialização primária é a fase ideal para demarcar as fronteiras simbólicas estabelecidas e impostas pelas práticas socioculturais, que têm a prerrogativa de compartilhar as experiências do cotidiano pela formação subjetiva e objetiva das crianças. É um processo imprescindível para toda criança, mas, vale ressaltar, que ele obedece a práticas socioculturais de cada grupo social, e elas são dinâmicas, variadas, complexas, locais e algumas tendem a ser transversais, como o caso da interdição do ato de chorar nos processos de socialização masculino-infantil. Essa transversalidade pode ser reafirmada ao analisar o depoimento de Chissano:

[...] O homem tem que ser forte porque é ele que suporta a família, cujo em caso em que ele não mostre esta força, ele será rejeitado pela sociedade, então ele tem que crescer desde criança como homem, já imaginou um homem que chora, chora que né...! se nós não ensinarmos isso desde menino, então vai ser fraco no futuro, ele tem que aguentar e engolir, o choro não é para ele (Chissano, pedagogo, usuário, Maputo).

Chissano explica que o ato de chorar pode levar a exclusão social⁵¹, por isso, os meninos devem ser socializados de tal maneira que venham a ser aceitos pela sociedade, essa pedagogia deve ser elementar desde a infância, caso contrário, “*se nós não ensinarmos isso desde menino, então vai ser fraco no futuro, ele tem que aguentar e engolir, o choro não é para ele*”, porque representa a fraqueza e o homem não pode ser frágil. Se a construção consolidada da masculinidade hegemônica representa o apogeu de “todas” as formas de poderes e de dominação, então, o choro, representaria o seu flagrante declínio. O gênero masculino, apesar de ser associado à violência, mas é também apresentado como o sinônimo de proteção, sobretudo naquelas relações em que ele representa o arrimo da família, devendo proporcionar segurança, refúgio e garantia da provisão. Proteção essa, segundo Saffioti (2015), inscrita no “contrato sexual”. Nesse sentido, o pranto se torna uma manifestação avessa ao protetor, “*porque é ele que suporta a família*”, reafirma Chissano, nosso entrevistado.

⁵¹ Abordarei a exclusão social na próxima seção 6.2.

Em síntese, o Quadro 6, apresenta alguns comportamentos comparativos entre Maputo e Campos dos Goytacazes, principalmente no tocante aos processos de socialização masculino-infantil, dos quais, demonstrando que ambas as sociedades se aproximam, de alguma forma, em certos aspectos socioculturais.

Quadro 6 - Socialização masculina: dimensões socioculturais convergentes entre Campos dos Goytacazes e Maputo

Aspectos socioculturais	Campos dos Goytacazes	Maputo
Expressões de negatividade	Não chora	Não chora
Linguagem coloquial/gíria	Molenga	Matreco
Sexismo	Coisa de mulherzinha	Coisa de mulher
Machismo	Construção social da masculinidade	Construção social da masculinidade
Antiguidade/ambiguidade	Desde o princípio	Desde o passado
Excepcionalidade	Nostalgia	Infortúnio
Determinantes de saúde/doença	Processos de socialização	Processos de socialização

Fonte: elaborado pelo autor

O Quadro 6 agrupa as principais dimensões discursivas recorrentes no cotidiano de ambos os grupos sociais entrevistados, demonstrando semelhanças e convergências em algumas práticas socioculturais, tais como:

Expressões de negatividade: a frequência do termo “não”, revela que os meninos são menos autorizados a manifestarem seus sentimentos, dores ou emoções. Eles se tornam “verdadeiramente” homens se desse modo forem educados e socializados. De acordo com Castañeda (2006) expressões como “você é homem”, “você é medroso, até parece uma mulher” incutem no imaginário social dos meninos, de que eles, por natureza, detêm um *status* valorizado e valores subjetivos de superação que precisam defendê-los. Os meninos são notificados a não perderem o poder hegemônico, são incentivados a mostrarem firmeza em prol de sua construção. Esse processo ocorre mediante a emissão e o uso de expressões de negatividade, tais como: “você não é homem?”, “homem não faz isso”, “seja homem, rapaz”, acompanhadas por um tom de voz ativa, assertiva e imperativa;

Linguagem coloquial/gíria: tanto em Campos como em Maputo as pessoas podem recorrer a expressões efêmeras que exprimem significações fluidas visando agregar ou desintegrar o indivíduo a uma determinada categoria ou grupo social. Expressões como “*molenga*” e “*matreco*” denotam o poder semiótico de “palavras”

enraizadas na denominada “cultura popular”, por exercer forte influência na construção social e na educação elementar masculino-infantil;

Sexismo e machismo: comportamentos produzidos e reproduzidos dentro do núcleo familiar, como parte dos processos de socialização primária, em que, a manifestação de sentimentos, dores e emoções, é reprimida ou não, de acordo com o sexo biológico. O que é considerado “coisa de mulher” é desautorizada para os homens e vice-versa;

Antiguidade/ambiguidade: recurso a representações discursivas “culturalmente” ambíguas para justificar a distribuição de papéis sociais ou atributos masculinos e femininos. Crenças, tais como, “*o homem não chora porque foi assim concebido desde o passado*”, continuam sustentando essa ambiguidade.

Excepcionalidade: o choro é “tolerado” sócio e culturalmente ao homem quando ocorrem fenômenos naturais indesejados: nostalgia (perda de ente querido), por exemplo.

Determinantes de saúde/doença: a construção social da masculinidade e as relações de poder de gênero, seja em Campos como em Maputo, se demonstram, de acordo com os entrevistados, como processos explicativos para o desenvolvimento de comportamentos responsáveis da produção de disposição do homem a procurar ou não, frequentemente, por serviços de saúde e a desenvolver ou não, o hábito de se cuidar, durante a fase adulta, resultado duma combinação de padrões convencionais que compõem os processos de socialização masculino-infantil, caracterizados por expressões de negatividade para desautorizar certos aspectos, reprovando a compartilha de sentimentos, ato descrito como inerente ao feminino, fazendo-se recurso a uma linguagem “sexista” e ambígua, conseqüentemente, a infância é uma das fases em que os homens são nutridos um tipo de gênero que vai determinar sua relação com os cuidados da saúde do seu próprio corpo, assim como observou Nolasco:

A educação de um menino, tal como concebida por nossa cultura, desenvolve-se valorizando mais o esfacelamento das características emotivas da dinâmica subjetiva da criança do que propriamente um modelo de homem que transcenda as fronteiras de seu sexo e do uso que deve fazer do mesmo. Ao longo de sua vida, um menino vai aprendendo a sufocar e a não revelar o que sente. Com isto, sutilmente vai abandonando a si mesmo, e deste abandono nasce a ilusão de que a incorporação do estereótipo do macho lhe concederá, quando adulto, o resgate do paraíso perdido na infância (NOLASCO, 1993, p. 45).

Em síntese, os achados da pesquisa empírica aludem que as questões atreladas à saúde dos homens, na fase adulta, devem ser tratadas, aprofundadas, problematizadas, *a priori*, a partir dos processos de socialização masculino-infantil. Porém, a fase adulta, para qual, estão voltadas as políticas de atenção à saúde dos homens não se revela como a fonte do problema. O hábito de cuidar de si não é um comportamento súbito, nem pode ser desenvolvido facilmente sob aspectos, das quais, o próprio sujeito não os considera como parte de suas necessidades, em contrapartida, se as mulheres procuram frequentemente por serviços de saúde e se cuidam mais que os homens não significa que elas desenvolveram essas disposições na fase adulta, por isso, sugere-se que os problemas ligados à saúde dos homens devem ser analisados e abordados a partir dos processos de socialização masculino-infantil.

6.2. A manutenção da masculinidade: entre a dor e o olhar social

Conforme apresentei na seção anterior, os determinantes socioculturais, relativos à saúde dos homens, estão atrelados, primeiramente, aos processos de “socialização primária”. Após a constituição dessa primeira etapa, segue a denominada “socialização secundária” (BERGER E LUCKMANN, 2014), que se refere ao processo de interação social na fase adulta.

Durante a socialização secundária os homens tendem a se comportar de acordo com os valores e as crenças que interiorizaram ao longo da socialização primária. Dito em outras palavras, eles lutam pela manutenção da masculinidade hegemônica, pelo mantimento de suas posições e papéis sociais. A aceitação deles, dentro da sociedade ou do grupo social, exige a manifestação de comportamentos e atributos associados, sócio e culturalmente, à masculinidade, tais como, a permanente demonstração da força física, a garantia da provisão, a liderança familiar, a não demonstração de fraqueza, o não chorar, o não adoecer, entre outras características mencionadas nos capítulos anteriores.

Apesar de esses atributos e comportamentos sustentarem, sócio e culturalmente, a masculinidade hegemônica, nem sempre todos os homens se representam como tal, e aqueles que expõem publicamente seus sentimentos e emoções, quando adultos, podem incorrer uma série de classificações e atributos indesejados que não coadunam com o ser “homem” ou com o que a sociedade ou a família esperam dele, conseqüentemente, se

tornando vítimas de “exclusão” simbólica ou social ou recebendo tratamento indesejado e diferenciado.

Nesse sentido, prossigo analisando e comparando aqueles aspectos socioculturais que podem descrever, de maneira ampliada, comportamentos vivenciados por membros das duas sociedades em questão, no tocante ao tratamento das famílias para com aqueles homens, que, ocasionalmente, podem demonstrar comportamentos dissociados a eles, sócio e culturalmente, tais como, o choro (por felicidade ou sentimento de dor), a fraqueza, o pranto, a emoção e o *pathos* (sofrimento, paixão, afeto).

A fala de Florbela descreve um dos tratamentos que pode ser submetido àqueles que rompem, eventualmente, com os padrões convencionais da masculinidade, na lógica da interpretação dos papéis sociais atribuídos aos homens e sua relação com os limites da exposição de seus sentimentos emotivos ou de dor. Para ela, parece que o choro representa uma clara renúncia da posição e características do “verdadeiro” homem protetor e viril:

[...] Para mim não dá certo, eu tive um namorado que larguei, porque ele chorava, eu odeio homem que chora. Tudo ele escorria a lágrima do olho, eu detesto homem que chora. Chorou pra mim a coisa fica por aí (Florbela, enfermeira, Campos).

O ato de chorar pode representar, em certos momentos, sentidos de emoção ou euforia, não necessariamente estado de nostalgia, mas o que está em jogo é o denominado homem afeminado. Dimen (1997), citada também por Zanello (2018) afirma que em sociedades patriarcais, há uma divisão do trabalho emocional enraizada na posição naturalizada do ser homem, o poderoso, o dominador, por via disso, essa divisão pressupõe que o homem é interpelada a individualização, a autonomia e a independência, enquanto que para a mulher, a ligação, o cuidado, a submissão e a interdependência:

Aqui é necessário pensar nos processos por meio dos quais a cultura participa e configura certos traços, *perfumances* e afetos, socialmente valorizados, inibindo outros que, quando expressos, causam conflitos sociais para o sujeito. Trata-se de uma pedagogia dos afetos ou colonização afetiva, pois os contextos culturais provêm também as pessoas com *script* sobre como devem sentir e expressar emoções (ZANELLO, 2018, p. 32).

O depoimento de Florbela não revela apenas a colonização afetiva, mas indica também que em sociedades patriarcais, segundo Nolasco (1993), Bourdieu (2002), e Gomes (2010), homens e mulheres agirão de maneira a legitimar a autonomia e a

dominação deles, e a submissão delas. Ou seja, homem que chora estaria assumindo atributos daquelas que ocupam a posição inferior, a da submissão. Nesses casos, a família se torna vigilante para sincronizar o homem a manter seus atributos. O exemplo demonstrado por Florbela, em ter se separado do homem por conta da exteriorização de seus sentimentos revela que a falta da manutenção das características e dos atributos da masculinidade hegemônica pode acarretar consequências imprevisíveis ou incalculáveis, por se tratar de questões ligadas a crenças e a valores socioculturais, neste caso concreto, se o choro representava euforia transformou-se em “verdadeira” nostalgia, pelo rompimento das relações afetivas.

O tratamento dado àqueles homens que demonstram ou expõem publicamente seus sentimentos biológicos, emotivos e de dor varia de acordo com o tipo das relações que eles estabelecem com o grupo social ou suas parceiras. De acordo com Castañeda (2006) expor sentimentos emotivos lubrifica a convivência humana. Para ela, se o machismo for considerado como um código cultural que integra um modelo do preconcebido “verdadeiro homem” e os comportamentos associados a ele, perceberemos que esse código permite certas emoções e proíbe outras. A desaprovação do choro ou da demonstração da fraqueza parece recorrente em todas as fases da vida dos homens, e quando esses sentimentos são, por eles, expostos, correm o risco de perder alguma porção de sua hegemonia, e quando são repreendidos, as vezes com um tom autoritário, “engole o choro” por exemplo, acabam desenvolvendo comportamentos prejudiciais à própria saúde. Ainda de acordo com Castañeda, as emoções têm efeito na saúde física e psicológica.

As dimensões interpretativas do tratamento social dado àqueles homens que podem demonstrar comportamentos atípicos a masculinidade hegemônica, sugerem que, as qualidades “fragilidade” e “adoecimento” são sinônimos que carregam valores simbólicos convergentes, aproximando-se em sentidos e em significados socioculturais, em que a primeira pode representar a segunda, e ambas as qualidades não são associadas ao gênero masculino. A feminilização do homem, ou melhor, o homem afeminado, por demonstrar feições dissociadas à masculinidade, provocaria, para a Florbela, a sensação de seu deslocamento da centralidade do núcleo familiar ou da redução de seus papéis sociais. Conseqüentemente, percebe-se que, se o choro é interdito na socialização primária, acarreta “custo” e “exclusão” social ou simbólica durante a socialização secundária.

Outra profissional de saúde, Sandra, enfermeira, valoriza o choro, diferentemente da Florbela que demonstrou que o ato de exteriorizar emoções por meio de choro “não cabe” aos homens, sobretudo aqueles que devem exercer os papéis sociais. Já para Sandra, é saudável libertar as lágrimas emocionais em resposta a uma série de sentimentos. Durante a entrevista, ela compartilhou comigo suas experiências de vida profissional e familiar que revelavam sua ternura e espírito solidário no que concerne ao ato de cuidar dos outros. Ela demonstrava, em seus gestos, que o agir profissional tem de levar em consideração a empatia na relação com a dor, evitando que as ações médicas sejam, em parte, interpretadas como proscricões que objetivam ressocializar os corpos patológicos.

Sandra não repreende aqueles homens que encontram, no ato de chorar, benefícios para o seu bem-estar físico e emocional, em contrapartida, ela os incentiva a exteriorizarem seus sentimentos, como forma de buscar algum estado de autoconsolação. Ela nos conta uma das experiências que teve com um dos seus pacientes do gênero masculino, que atravessava momentos nostálgicos, por perda de seu único filho, jovem, que o acompanhava e o auxiliava na vida profissional. O jovem perdera a vida por causa de câncer de próstata, que se desenvolveu de maneira assintomática e subitamente levou ao óbito. Ela fala na primeira pessoa:

[...] Hoje eu estava falando com um rapaz que perdeu o filho e ele não aguenta, e diz que chora muito quando lembra dele! Eu falei chora, é importante chorar, é importante passar no luto. Aí ele: é, eu choro escondido! Olha só! Chora escondido! O homem tem vergonha de chorar, ele sabe que tem hora que o choro vem. A mulher não, ela é mais emoção, o homem é mais razão. Não creio que seja genético isso não, é a construção mesmo. Uma mulher é emoção pura! Eu adoro chorar eu gosto. E o homem segura. Para você ver que quando estou falando coisas para o meu marido que ele vai se emocionar, ele engole o choro, segura! Parece que é vergonha, e não é vergonha chorar. Eu choro perto de paciente sabia? Eu como profissional! (Sandra, enfermeira, Campos).

O depoimento da Sandra desvenda quatro elementos que chamou a minha atenção, mas que não cabe discuti-los com maior profundidade neste trabalho.

o primeiro elemento diz respeito a surpresa que ela teve das revelações do paciente, ao afirmar que ele só chorava escondido⁵², longe das pessoas, uma evidente demonstração de que a sociedade tem um olhar “julgador” em relação a masculinidade

⁵² Voltarei a abordar esta questão na próxima seção.

afeminada, julgamento esse, que pode levar a exclusão, ao preconceito ou a perda simbólica da masculinidade hegemônica, pelo fato de ter exteriorizado a dor.

O segundo e o terceiro elemento é referente a vergonha que os homens sentem com o ato de chorar, diferentemente das mulheres. Sandra diz que, quando ao choro, como forma de liberar as emoções, a dor, o desabafo e as crises de angústia, as mulheres tendem a manifestar o pranto porque são mais emotivas, enquanto os homens não, porque tendem a ser mais racionais.

O quarto elemento explica as diferenciações dadas por ela mesma, sobre mulheres e homens, as quais, confere a elas o agir emotivo e a eles, o racional. Ela diz não acreditar “*que seja genético*”, mas sim “*é a construção mesmo*” social. Para ela, as mulheres não são emotivas nem os homens são racionais por razões anátomo-fisiológicas, mas sim por conta da construção social do gênero, onde ambos os gêneros são socializados a lidarem com seus sentimentos e dores de maneiras diferentes. Para melhor elucidar, a nossa entrevistada conta como tem sido a reação do marido diante de episódios ou cenários que se espera a exteriorização de emoções por meio de choro: “*Para você ver que quando estou falando coisas para o meu marido que ele vai se emocionar, ele engole o choro, segura!*”.

Em ambas as experiências vivenciadas por Sandra, nota-se que o ato de chorar não é assumido com toda “naturalidade”. No caso do paciente que chora escondido, ele assim se comporta porque tem ciência que o olhar social resiste absorver certos comportamentos masculinos, além disso, emite juízo de valor “estereotipado” e para escapar, ele precisa encontrar alguma saída capaz de lhe proporcionar os dois benefícios, o de exteriorizar a dor por meio do choro, e o de chorar sem colocar em xeque sua masculinidade hegemônica. E em relação a segunda experiência, apesar de se tratar de seu marido, mesmo com o incentivo dela, ele engole o choro, resiste exteriorizá-lo, mesmo sabendo que não incorre qualquer “cobrança ou exclusão” por parte da família, mas ele prefere mutilar seus sentimentos, pois, para se manter homem, diz Gomes (2010, p.15) “é preciso ser forte, ou melhor, ‘durão’, sem se deixar levar pelas emoções. Assim, se um homem se emocionar e demonstrar isso chorando, ainda que seus olhos apenas lacrimejem, ele poderá ser considerado por outros homens ou por algumas mulheres um fraco, uma ‘mulherzinha’”.

Nesses momentos, o olhar social exerce a “jurisdição” entre a manifestação de sentimentos de dor e da emoção para emitir o “veredito” que pode manter ou não, a masculinidade. O olhar social prescreve aos homens atitudes e comportamentos próprios,

em que as vezes, eles se sentem obrigados a sacrificar suas demandas anátomo-fisiológicas pela manutenção da sua masculinidade.

Outra entrevistada, Nira, demonstra o quanto a família se preocupa quando o homem interrompe suas funções por conta do adoecimento ou demonstração de fraqueza, descrevendo os limites que cercam esse homem para a manutenção das relações afetivas ou do poder de gênero. O tipo de tratamento dado aos homens quando não se comportam de acordo com os modelos convencionais da masculinidade hegemônica pode variar de família, de grupo e de sociedade em que eles estão inseridos, por isso, não são tipos lineares ou padronizados. A agente de saúde, Nira, afirma que as parceiras dos homens participam dos processos da vida, tanto para dar força como para encorajá-los, principalmente, objetivando mantê-los aptos, hábeis e capazes para exercerem suas funções, como atesta o depoimento dela:

[...] Olha, no primeiro momento a gente fica com pena, né! Mas depois vai incentivando ele a ser homem, ter força, coragem, porque no mundo de hoje, não dá para ninguém adoecer, principalmente os homens. Se ele ficar com alguma dor, quando faltar água quem vai carregar? a gente tenta ajudar, mas se ver que tá de safadeza despacha logo (Nira, agente de saúde, Campos).

A fala de Nira revela a idealização sociocultural de um sujeito “super-homem” que deve manter os atributos da masculinidade hegemônica, caso contrário, se torna incapaz de encabeçar a família, situação que pode custar “caro” a manutenção das suas relações afetivas. Nesse sentido, o olhar social impõe o mantimento de comportamentos masculinos a qualquer “preço”, em que, a manifestação de dor ou o reconhecimento do adoecimento podem não ser “tolerados”. De acordo com Tesser (2010, p, 57) “a dor objetiva vir a ser o sofrimento apenas através do olhar de uma pessoa, mas é o olhar profissional que mais determina a relação do paciente com a sua experiência, hoje em dia”. O olhar social pode produzir aspectos que impedem o exercício do olhar profissional médico quando a sociedade confina a dor no interior do corpo.

O olhar social impõe, culturalmente, o exercício permanente dos papéis sociais nos homens: a produção, a provisão, a proteção e a manutenção da estrutura familiar. Por conseguinte, aqueles homens que não estão à altura de exercer e garantir esses papéis podem ser vítimas de exclusão. Badinter (1993) revela que “os homens estão numa encruzilhada, que assume com frequência a forma de um dilema insuportável: mutilação de sua feminidade ou mutilação de sua virilidade”, em outras palavras, ou eles

reconhecem a fragilidade, a dor e o adoecimento, atributos associados ao feminino, situação que pode levar à impugnação de sua masculinidade hegemônica, ou eles mantêm a virilidade “camuflada” (não chorar, não adoecer, ser forte, macho, não expor a dor ou os sentimentos emotivos) com vista a se perpetrarem em suas posições mesmo em detrimento a própria saúde.

Nessa ordem de ideias, o olhar social, refere-se a um tipo de relações de poder de gênero que impõe comportamentos, confina sentimentos e emoções, emite juízo de valores excludentes ou integradores, e quanto ao exercício da masculinidade outorga a não assunção do adoecimento, incentiva o trabalho e a produção para a manutenção das condições sociais e a contenção da invulnerabilidade econômica da família, realidade essa que tem corroborado para que os homens priorizem o trabalho, não procurem frequentemente os serviços de saúde e desenvolvam o hábito do pouco autocuidado.

Dessa perspectiva prosigo trazendo os achados do campo empírico de Maputo com vista a assinalar comparativamente os elementos divergentes ou convergentes com aqueles observados em Campos dos Goytacazes, no tocante ao tratamento dado aos homens que, eventualmente, expõem seus sentimentos e emoções de dor, tristeza, angústia ou medo.

Em Maputo, os entrevistados enunciam elementos similares com os de Campos dos Goytacazes. Eles enfatizam o valor da contenção do choro e das emoções por meio da representação da força, em todos os aspectos da vida social, caso contrário o homem pode ser classificado como frágil, incapaz ou imprestável e, conseqüentemente, ser alvo de exclusão simbólica ou social, tal como atestam as falas de Artur, Francisco, Jamila e Filomena:

[...] Em geral, diz-se que aquele homem é muito fraco, qualquer coisa chora. Ele é fraco. Então, quando o homem não chora, pensam que ele é forte, mas pode não ser forte em relação a aquele que chora. Mas a ideia é que, por causa destes pensamentos que existiam há muito tempo. A sociedade é assim mesmo, é fraco quando ele chora (Artur, educador, usuário, Maputo).

[...] As famílias e a sociedade em geral, eles excluem este homem, olham como um fraco, olham o homem como um homem incapaz de enfrentar qualquer desafio então, assim sendo, eles até não delegam certas actividades, praticamente, ele fica excluído (Francisco, pedagogo, usuário, Maputo).

[...] Mas por causa dessa questão cultural, eles tentam manter, no sentido de que tem que fazer valer o seu ser macho, o seu ser homem que é para não ser visto como fraco na sociedade, onde se encontra (...). infelizmente este homem é tratado mal, muito mal, o facto de ele não poder fazer algo já é interpretado mal, se ele não mostra o ser macho. Por exemplo, temos homens que são casados, o simples facto de carregar uma sacola, estar com a sua mulher ao lado e ajudar a mulher a carregar a sacola, e ela estar com as mãos a abanar, já é regulado e visto como o tal *matreco* na nossa gíria, *matreco* para dizer fraco. E muitas vezes fazem com que aquele homem não ajude a mulher ou não faça certas coisas boas por receio que as pessoas o discriminem (Jamila, educação, usuária, Maputo).

[...] Lhes identificam como mulher, porque é muito fraco e não devia ser assim e na nossa linguagem lhe chamam de *dzawanwa* porque é muito fraco e não deveria ser assim, até chegam a dizer que ele é uma criança (Filomena, educação, usuária, Maputo).

As falas dos interlocutores de Maputo, sejam elas, de homens ou de mulheres, assinalam, frequentemente, categorias socioculturais apreendidas igualmente em Campos dos Goytacazes, tais como: fraqueza, exclusão, incapacidade, associação à feminilidade ou à infância, reforçando as semelhanças existentes entre ambas as sociedades no que diz respeito aos modelos de socioculturais para o tratamento daqueles homens que não se comportam de acordo com os padrões da masculinidade hegemônica.

Florbela (Campos), ao expressar o sentimento de recusa na manutenção de sua relação afetiva com o homem que expressava suas emoções e as representava por meio do choro, ela revela uma das formas de exclusão afetivo-emocional, que pode progredir a exclusão social. Esse aspecto não é um caso isolado, pois, foi possível observar também, que em Maputo, esse tipo de comportamento não é tanto esperado que venha da parte dos homens, assim como atesta a declaração de Francisco. Este, afirma que aquele homem que demonstra o choro “*as famílias e a sociedade em geral, eles excluem este homem, olham como um fraco*”, as lágrimas, a melancolia, as emoções e outras formas de exteriorização de sentimentos de dor ou alegria, por meio de choro, são associados à fraqueza e os homens frágeis podem ser vítimas de exclusão social ou simbólica.

Ao comparar entre a fala de Nira (Campos) com as dos entrevistados de Maputo, Artur e Jamila evidenciam a transversalidade de um fenômeno sociocultural em sociedades geograficamente distantes, uma da outra, a que alude que, quando um homem não exterioriza sentimentos por meio de choro, sejam de dor ou felicidade ou por incapacidade física, é socialmente considerado “verdadeiro” homem. Na sociedade maputense, diz Artur, “*quando o homem não chora, pensam que ele é forte*”, caso

contrário, diz Francisco - outro entrevistado de Maputo – “*olham o homem como um homem incapaz de enfrentar qualquer desafio então, assim sendo, eles até não delegam certas actividades, praticamente, ele fica excluído*” socialmente.

Em tese, a partir dessa comparação analítica, percebe-se que, tanto em Maputo como em Campos, o homem que chora pode ser vítima de exclusão social ou de preconceito. No olhar social, esse tipo de homem não só é taxado como fraco, mas também associado ao feminino ou à infância, tal como revela Filomena (Maputo). O olhar social pode se configurar num modelo gerador de “intolerância” contra aqueles que assumem manifestações proibidas para a masculinidade. Segundo esse modelo, o “verdadeiro” homem aceito pela sociedade é aquele que não demonstra suas limitações e nem assume feições associadas ao feminino, pois, isso representaria incapacidade e dependência, motivando seu deslocamento simbólico da categoria da masculinidade para a feminilidade, situação que equivale vulnerabilidade e dependência de outros e de outras. Castañeda (2006) vai dizer que ser independente das mulheres é um requisito para alcançar a identidade masculina, os homens podem manifestar seus sentimentos, mas desde que não possam ser vistos ou interpretados como femininos ou acriançados.

As significações socioculturais apreendidas em ambos os campos empíricos revelam que a ação do olhar social estigmatiza a fraqueza masculina, repreende a exteriorização de sentimentos pelo choro, afemina aqueles que não mantêm os traços convencionais da masculinidade hegemônica e os exclui.

No que diz respeito ao estigma, um autor que merece a menção na análise de suas representações discursivas e significações, impregnadas nas sociedades, é o Erving Goffman (2013). Este autor assinala que o estigma social se refere a “atributo profundamente depreciativo” (p. 13) marca que designa seu portador como desqualificado, inabilitado para ser aceito no seu meio social. Nesse sentido “um estigma é, então, na realidade, um tipo de especial de relação entre atributo e estereotipo” (p. 13). Homem que chora ou demonstra fraqueza coloca em xeque sua própria identidade social, podendo ser qualificado com termos depreciativos, tais como, “*molenga*” expressão presente e recorrente na cidade de Campos que equivale ao “*matreco e dzawanwa*” em Maputo, como representações que demarcam os traços simbólicos entre homem masculino e homem afeminado. Este último, considerado como inabilitado para se manter “macho” e exercer seus papéis sociais esperados da masculinidade hegemônica, é, conseqüentemente, inabilitado é excluído.

Em relação à exclusão social, curiosamente, uma pesquisa etnográfica desenvolvida pelo antropólogo Pierre Clastres, intitulada “*A sociedade contra o Estado*”, publicada em 1974, concluiu que entre os índios Guaiáqui, a oposição entre mulheres e homens era bem definida e organizava as relações sociais do grupo. Os homens caçavam com o arco e as mulheres produziam o cesto que era usado para a guarda e o transporte dos mantimentos e objetos. A oposição entre homens e mulheres consistia num sistema de interdições recíprocas. Para elas era proibido tocar no arco dos caçadores e para eles, proibido tocar no cesto. Qualquer violação dessas interdições acarretaria o “*panê*”, ou seja, a má sorte no trabalho da caça, o que colocaria em crise a cadeia produtiva do grupo. O homem incapaz na atividade da caça era desqualificado, obrigado a abandonar o arco, inútil para ele, e, impugnada a sua masculinidade, conseqüentemente, era afeminado e atribuído a ele um cesto, instrumento das mulheres para as mulheres, e era excluído, inabilitado e considerado fraco. A exclusão social ou simbólica transcende as ditas sociedades tradicionais, pois, ela se faz presente ainda nas sociedades modernas industrializadas.

O olho, a ação de olhar e as lágrimas são instrumentos que traduzem e transmitem o *pathos*. Esses instrumentos são, por natureza anatômica, usados pelo próprio corpo para exteriorizar sentimentos, sem justa relação com o sexo biológico. Silva e Cavalcante (2010, p. 285), analisando as funções sociais do olhar e da lágrima, a partir da perspectiva platônica, postulam que “o olho assiste à alma em sua tarefa de vigilância do corpo e do mundo. Em tempos de metáforas corporais políticas, o olho serve como vigia e juiz” sociais. A manifestação do *pathos* é submetida a uma perpétua vigilância, ao ponto de, em nossas sociedades, homens e mulheres, reproduzirem práticas de confinamento de emoções, em que, para o caso dos homens, como demonstram os achados do campo empírico, são sentenciados para não exprimirem seus *pathos*.

Hodson (1987), ao aprofundar analiticamente os efeitos da emoção, a partir da perspectiva psicossomática, como ciência interdisciplinar, que se ocupa em compreender todo o sistema orgânico do corpo e suas transações psíquicas, sociais e culturais, concluiu que “os processos psicológicos são fenômenos fisiológicos que são transmitidos verbalmente e que todas as funções corporais são afetadas por estados psicológicos” (pp, 34-35), de tal maneira que, qualquer ação externa que interfere nesses processos causa o que Hodson denomina por “silogismos emocionais”, que significa a ação de vetar a entrada e a saída de *pathos*. Esse autor observou que repreender emoções de maneira disfarçada ou oculta ou aberta gera distúrbios no corpo:

As emoções são sempre associadas com concomitantes ações padronizadas, que se expressam através de uma parte do sistema nervoso autônomo e seus enervados órgãos. As emoções reprimidas de uma expressão indissimulada e aberta conduzem a tenções crônicas que, assim, intensificam em grau e prolongam em tempo a enervação vegetativa concomitante. A excessiva enervação orgânica, disso resultante, provoca distúrbios de função que podem, eventualmente, terminar em mudanças morfológicas dos tecidos (HODSON, 1987, p. 36).

Nas observações desse autor, a enervação provoca moléstia e enfermidades por conta da carga energética acumulada gradualmente no sistema nervoso pelo processo dos silogismos emocionais. Hodson (1987), apoiando-se de conceitos de Saul (1939), concluiu que quando o nível emocional de energia é obstruído por uma inibição voluntária, a descarga ocorre por meio do sistema nervoso vegetativo.

Aqui evoca-se o poder da cultura na interpretação da dor e dos efeitos psicológicos do olhar social que produzem hábitos que governam os processos da manutenção da masculinidade. Em tese, pode-se observar que as sociedades de Campos e de Maputo apresentam semelhanças socioculturais que denotam a continuidade de práticas e comportamentos repressivos que sustentam crenças, valores, normas e significações pela manutenção da masculinidade hegemônica, as quais, justificam, em parte, que, o hábito de não procurar por serviços de saúde está relacionado à essa cultura de repreensão do *pathos*, do pranto, dos sentimentos emotivos entre os segmentos dos homens, principalmente, na fase adulta.

A manutenção da masculinidade se esbarra nas fronteiras entre o olhar social e a dor. Nessas fronteiras se localizam os denominados “agravos em saúde”, ou seja, a dor é manifestada pelo homem quando uma doença alcança seus limites de distúrbio e domina na “totalidade” o corpo, neutraliza as forças e a hegemonia masculina, esse estado de agravo já foi apontado, nos capítulos anteriores, sendo aquele que, leva a maior parte dos homens a procurarem por cuidados médicos, em sua complexidade e grau implosivo, após seu prolongado confinamento. O depoimento de Júlio atesta essa realidade:

[...] O homem quando diz: eu estou doente, lembre-se que ele está numa situação grave, porque ele foi construído para ser resiliente, não se abalar por qualquer coisa como uma dor de cabeça, uma dor de estômago e etc, então, quando um homem chega e diz: eu estou doente, você tem que se preocupar porque ele realmente está doente. Ele fica com a dor uma semana, duas semanas, eu tenho um exemplo do meu tio que já estava há dois, três meses com a dor até que um dia ele caiu

no meio da estrada, então, mas por que é que não disse? Ah, pensei que ia passar. Quer dizer quando ele cai significa que a gravidade era maior. Então essas práticas culturais de alguma forma, elas são parte da barreira para que o homem tenha acesso a saúde (Júlio, enfermeiro, Maputo).

No entanto, as apreensões do trabalho de campo empírico, analisadas comparativamente entre os dois contextos distintos, revelam que a manutenção da masculinidade hegemônica ocorre num processo de opressão por meio de interdições, inabilitações, valores estereotipados, desqualificações e afeminação, essa combinação leva os homens a desenvolverem comportamentos e práticas socioculturais que impedem o autocuidado e a procura pelos serviços de saúde.

6.3. Comportamentos de homens quando não se sentem bem de saúde

Foucault (2014), um dos autores que se dedicou e aprofundou os sentidos de cuidar de si, em sua obra *“história da sexualidade”*, desvenda a arte do saber sobre o corpo e a sexualidade na era do capitalismo e nas sociedades modernas, demonstrando que a vontade do saber incidiu sobre o corpo, a sexualidade e o prazer. Nessa relação, a medicina definiria os modos de saber viver, de se relacionar com o próprio corpo, com o alimento, com os prazeres e uma série de condutas e normas empregadas sobre a vida.

Em sua crítica a medicalização social, Foucault (2014), cita Celso, um personagem que acreditava na racionalidade da medicina, mas defendia a desnecessidade de se submeter a um médico quando se achava num bom estado de saúde. Para Foucault, essa percepção de saúde conduziria a não procura por consulta médica com frequência, não só por sua indisponibilidade em todos os momentos, mas por ser também indesejável. O autor se apoia e se inspira nas abordagens de Areteu que defendia que o indivíduo deveria, desde jovem, adquirir conhecimentos suficientes para se tornar, no decorrer da vida, conselheiro de si mesmo em matéria de saúde.

Foucault (op. cit, p. 128), apoiando-se nas produções de Areteu, afirma que é necessário, para todo o indivíduo compreender e ter noção sobre os objetos de todas as ciências essenciais do ensino, entre elas a medicina, e escutar os preceitos dessa arte, para que cada um seja frequentemente conselheiro de si mesmo, “conselheiros perfeitos em relação às coisas úteis para a saúde”. Ainda para esses dois autores, em tudo que fizemos

na vida, experimentamos a necessidade da medicina, ou seja, “qualquer coisa que façamos durante todo decorrer da vida e no meio das diversas ocupações que a ela se ligam, temos necessidade de conselhos para um uso dessa vida” de medicalização, “é cansativo e impossível sempre dirigir-se ao médico para todos esses detalhes” (idem, p. 129).

A abordagem foucaultiana aponta dois cenários distintos. Primeiro, a crítica que o autor faz a medicalização da vida e, o segundo cenário, é referente ao cuidar de si, que não pressupõe o superconsumo de produtos farmacêuticos, mas a inclusão em um sistema social específico, no qual o cuidado de si é programado e codificado com base na diferença entre doença e saúde. Nesse sentido, como alude o subtítulo desta seção, conviver com dor é uma situação indesejada, e quando o homem não se sente bem de saúde, espera-se dele alguma atitude ou ação.

Para apreender essa realidade propus-me a analisar os comportamentos e as atitudes dos homens quando sentem algum mal-estar ou distúrbio do funcionamento normal anátomo-fisiológico. Para tal, faço a comparação entre as narrativas dos entrevistados de acordo com a distribuição das categorias (profissional de saúde e usuário) e suas subdivisões (gênero feminino *versus* masculino), ou seja, de seguinte forma:

- Categoria (a) profissional de saúde: comparação entre narrativas dos gêneros feminino e masculino (o que as mulheres e homens profissionais de saúde dizem em relação aos comportamentos masculinos quando sentem algum mal-estar);
 - Categoria (b) usuário: comparação entre narrativas dos gêneros feminino e masculino (o que as mulheres e homens usuários dizem em relação aos comportamentos masculinos quando sentem algum mal-estar);
- a) Análise comparativa entre narrativas dos profissionais de saúde sobre comportamentos dos homens em cuidados de saúde (Campos dos Goytacazes)

Conforme demonstrado nas seções anteriores, para os homens que vivem sob égide da masculinidade hegemônica, assumir a fraqueza e o choro são comportamentos inaceitáveis, logo, procurar médico para resolver um problema relacionado à saúde significaria admitir esses atributos (SILVIA, 2006; FIGUEIREDO, et al., 2017) apesar de o adoecimento ser uma realidade que acomete os homens mais que as mulheres. Nessa encruzilhada entre o cultural e o biológico, proponho prosseguir analisando

comparativamente as narrativas do gênero feminino sob ótica de observador em relação aos comportamentos dos homens. As narradoras, principalmente, aquelas que são mães e profissionais de saúde podem oferecer ricos subsídios para a percepção e interpretação discursiva dos comportamentos e atitudes dos homens no tocante à necessidade de cuidados ou ajuda.

Para a enfermeira Sandra, a primeira atitude que os homens tomam quando sentem alguma dor ou mal-estar consiste em velamento dos sentimentos e em não compartilhamento de informação sobre seus estados de saúde, salvo em situações de agravamento:

[...] Ele não manifesta dor, não compartilha, ele compartilha quando está bem adiantado. Eu tenho dois homens em casa, o meu filho, ele já tem 30 anos e o meu esposo com a idade mais avançada, eu vejo o comportamento deles. Tá sentindo alguma coisa, logo toma remédio, passa a dor de cabeça, chamo para o médico, e diz, não agora não. Deixa ver se vai piorar, se passa sozinho. Então só vai tomar o remédio se precisar muito, e assim é com outras questões também, quando sente alguma coisa, não falam, não buscam, comigo, eles não falam, porque se falar já sabe que estou buscando alguma coisa. Só vai falar a hora que não está aguentando mais de dor (Sandra, enfermeira, Campos).

Três elementos apontados por Sandra: “não manifestar a dor”, “não compartilhar os sentimentos desde o início do problema” e “compartilhar em situação de agravo”, são fundamentais para a percepção e produção de saberes sobre o que está em jogo. Não se trata de um assunto secreto entre os membros da família, lembrando ainda que ao longo do trabalho empírico, não observei dos entrevistados, qualquer menção que remete a ideia de que, o não compartilhamento de sentimentos de dor ou do estado da saúde dos homens com suas companheiras ou familiares tenha sido pelo fato de se tratar de um assunto sigiloso. Sandra é uma mulher que estabelece suas relações familiares numa dualidade bem distinta. Como mãe, observando seu filho dentro dos limites convencionais, e como esposa gozando todas as prerrogativas de acompanhar e observar diretamente os comportamentos do marido, em ambas as situações de proximidade, ela aponta indiferenças nos dois quando o assunto tem que ver com a saúde. Essa profissional admite as dificuldades que atravessa para lidar com o cenário e para prover cuidados a eles.

Em relação à visão do próprio gênero masculino, os homens, profissionais de saúde, questionados sobre os seus próprios comportamentos e primeiras atitudes que tomam quando sentem alguma dor, o primeiro elemento apontado destaca a ideia de

autossuficiência masculina. Os homens demonstram resistência em procurar ajuda daqueles que se encontram na posição inferior dentro das relações de gênero, visto que a dependência ao feminino só pode ocorrer em última instância. A primeira atitude consiste no ocultamento da dor e a segunda compreende em “*segurar muito as coisas*” – revela o nosso entrevistado, Domingos, médico e especialista em urologia. Para ele, um dos comportamentos “genéricos” entre os homens é a procura dos serviços e cuidados de saúde quando a dor é insuportável ou começa a interferir nas vidas produtiva e sexual, mas antes de tudo, eles tentam solucionar o problema sem contar com a ajuda de outros, o que os torna mais propenso a não se cuidarem nem procurarem pelos serviços de saúde. Nessa mesma linha de abordagem, outro profissional de gênero masculino, Carlão, reafirma as declarações de Domingos, assim como atestam as falas dos dois.

Domingos, declara que:

[...] Na prática o homem tende a segurar muito as coisas, ele tende a buscar menos apoio, ajuda, seja ela médica, pessoal, interpessoal, familiar. Então, o homem, ele tem um problema, mas na prática ele só vai procurar ajuda quando aquilo começa a se tornar insuportável ou atrapalhá-lo no dia a dia, ou atrapalhar a sua função. Acho uma peculiaridade muito grande onde afasta o homem do cuidado dele mesmo de se cuidar ou de ele procurar ajuda. Então a primeira coisa ele tende a resolver sozinho, segurar a onda e depois procura ajuda (Domingos, urologista, Campos).

Carlão reitera que:

[...] A maioria é postergar, a maioria não quer tomar atitude nenhuma, acha que vai passar, a gente, mesmo com formação, a primeira coisa que passa na cabeça é: nada demais. E quando o negócio não passa, ele ainda dá mais tempo e diz que o negócio vai passar. É porque ontem eu trabalhei, eu fiz isso, fiz aquilo, para ele procurar um médico demora, acho que isso é de todo homem, não só aqui no Brasil. O negócio tem que complicar bastante, tem que mexer com uma parte muito importante dele, para realmente ele procurar atendimento. No caso na vida sexual, aí o homem se preocupa, ou por exemplo, não conseguir ir trabalhar, ameaçar o emprego dele e a sua estabilidade, aí ele vai procurar uma maneira de resolver. Alguns pacientes meus chegam com queixa na vida sexual, quando você vai ver aquilo dele, era por conta de uma diabetes descontrolada, uma doença cardíaca descontrolada, aí eu brinco com ele: “papai do céu é muito bonzinho, mexeu logo com a parte que te preocupou!” antes de você enfartar, antes de ficar cego, senão nem procurava. Então mexe em uma área que o preocupa, então vem procurar atendimento (Carlão, urologista, Campos).

Domingos afirma que os homens seguram a “onda” até a última instância e evitam buscar “*ajuda, seja ela médica, pessoal, interpessoal, familiar*”, o mesmo comportamento

relatado por Sandra em relação a seu filho e marido. Outro profissional, Carlão, diz que muitas vezes eles postergam a procura por cuidados médicos e não tomam nenhuma atitude de prevenção.

Carlão, explica que os homens não adotam atitudes de prevenção porque têm a crença de que o problema vai passar, de que não precisa de consulta médica e nem compartilhar a situação com as pessoas mais próximas. Como resultado, essa crença gera o sentimento de resiliência, que consiste na imaginação psicológica de que o próprio corpo tem a suficiente capacidade de auto-restauração normativa, superando simultaneamente dores leves, distúrbios e pequenas lesões, a semelhança da cicatrização de feridas leves, as quais, o próprio corpo, em alguns casos, se encarrega dessa função sem a aplicação de qualquer substância medicamentosa ou intervenção médica.

O sentimento de resiliência masculino se desenvolve na tentativa de vencer obstáculos e resistir às coações adversas que tendem a interferir no funcionamento normal do sistema anátomo-fisiológico pela demonstração da força física e psicológica, e sem tomada de qualquer medida preventiva. Comportamento esse, que justifica, em certo grau, a razão pela qual, a maior parte dos homens acessam os serviços de saúde em busca de ações curativas e menos preventivas⁵³.

No entanto, analisando as falas de ambos os profissionais de saúde, Carlão e Domingos, percebe-se o corpo é uma unidade composto por subdivisões com valores diversificados, onde algumas partes seriam mais estimadas que outras, em termos de cuidados. Essas partes dividem o corpo masculino em duas zonas centrais.

A primeira seria aquela que quando é acometida por alguma patologia faz com que os homens não “enganem a si” mesmos, não posterguem a procura por ajuda e por serviços de saúde, essa é a que denomino por zona do “coração da masculinidade” hegemônica, composta por duas forças complementares: sexualidade (contrato afetivo) e produção (relações de poder de gênero).

A sexualidade seria, no entanto, a zona muito valorizada por incorporar uma série de funções, cuja sua ação normativa justifica o estabelecimento das relações homossexuais ou heteronormativas, sua disfunção ou anomalia provocada, por doenças, tais como, por exemplo, o câncer de próstata, disfunção erétil, impotência e doenças sexualmente transmissíveis, causam motivos de maior preocupação. Quando a doença

⁵³ De acordo com Czeresnia (2013), a proposta de medicina preventiva surgiu entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, em um contexto de crítica à clínica curativa, caracterizada pelo uso intensivo de tecnologias de alto custos, e à chamada ‘desumanização’ do atendimento em saúde.

interfere negativamente no funcionamento do aparelho sexual, a virilidade fica ameaçada, aliás, os homens se preocupam tanto com a saúde sexual porque nela reside o seu poder anátomo-fisiológico e cultural.

Gomes (2008) assinala que, ao interpretarmos a sexualidade acabamos enredando questões relacionadas com o que é considerado “natural” e “cultural”, suscitando discussões que exigem a distinção entre dimensões anátomo-fisiológicas e socioculturais, impregnadas de aspectos simbólicos e políticos. Gomes, logo antecipa suas conclusões nos dizendo que “as tensões entre esses polos são inevitáveis” (p. 60).

Castañeda (2006), ao aprofundar o machismo na sociedade mexicana, constatou que essas tensões são solidificadas pela confusão entre o que define a sexualidade masculina e o machismo. Essa autora postula que a primeira – sexualidade - define o desejo natural e inato que quase todos sentem: o prazer erótico, e a segunda – machismo - “corresponde ao que se faz com esse desejo: a interpretação que se dá a ele, as crenças, expectativas, regras tácitas associadas a ele” (p. 207). A autora apresenta alguns exemplos reproduzidos no senso comum, que demonstram essa confusão, ela ressalta que, dizer “gosto de você” não é o mesmo que dizer “você é minha e está proibida de falar com outros homens”. Com base nisso, ela afirma que “muitos homens associam o desejo ao controle e à posse, que não dependem diretamente do sexo, mas sim da visão machista que se tem dele” (idem, p. 207).

Nessa ordem de ideias, o poder e a dominação emanam da sexualidade, e o gênero masculino, ao descobrir que o seu poder somente faz sentido quando seu aparelho sexual está em condições normais de funcionamento, ele se preocupa em provê-lo a saúde e o maior cuidado e mantê-lo. É nesse sentido que os entrevistados, Carlão e Domingos, profissionais de saúde, nos fazem perceber que o gênero masculino tende a procurar por serviços de saúde e a se preocupar com os cuidados quando a patologia ataca a zona central, o “coração da masculinidade”, a mais valorizada:

[...] O negócio tem que complicar bastante, tem que mexer com uma parte muito importante dele, para realmente ele procurar atendimento. No caso na vida sexual, aí o homem se preocupa (Carlão, urologista, Campos).

[...] Mas na prática ele só vai procurar ajuda quando aquilo começa a se tornar insuportável (...) ou atrapalhar a sua função (Domingos, urologista, Campos).

Estes entrevistados evidenciam a relação direta que o gênero masculino estabelece entre sua sexualidade e o exercício da hegemonia, apontando-se como um dos principais fatores que levam os homens a se preocuparem com a saúde sexual. A manutenção da masculinidade hegemônica e a sua identidade estão vinculadas ao desempenho sexual, diz Castañeda:

O verdadeiro homem define-se, antes de tudo, por seu desempenho sexual; e além disso, nos termos mais grosseiramente quantitativos, que vão desde o tamanho de seu membro até a quantidade de suas conquistas e a frequência de suas relações. É curiosa a importância que os números têm, nessa área, para muitos homens, ao passo que raramente alguém ouvirá uma mulher se vangloriar do número de orgasmos que teve ou do tamanho do seu clitóris, por exemplo” (CASTAÑEDA, *idem*, p. 207).

Conseqüentemente, esse vínculo – entre sexualidade e masculinidade hegemônica – acaba reduzindo a saúde dos homens ao aparelho urinário, e que a procura por cuidados médicos, principalmente os urológicos, é propiciada pela busca da manutenção do poder, da posição e do modelo hegemônico.

A outra parte mais valorizada da primeira zona, na sua relação com a saúde, é a produção. Conforme atestam os entrevistados, os comportamentos dos homens em relação a procura por serviços de saúde e aos cuidados diferem de acordo com a zona, na qual, for acometida pela doença e o grau de sua influência. Nesse sentido, os homens se preocupam mais com a saúde quando a doença interfere no exercício de seus papéis sociais, na sua vida produtiva, na provisão, na garantia das condições socioeconômicas:

[...] Então, o homem, ele tem um problema, mas na prática ele só vai procurar ajuda quando aquilo começa a se tornar insuportável ou atrapalhá-lo no dia a dia (Domingos, urologista, Campos).

[...] O negócio tem que complicar bastante, tem que mexer com uma parte muito importante dele, para realmente ele procurar atendimento (...) por exemplo, não conseguir ir trabalhar, ameaçar o emprego dele e a sua estabilidade, aí ele vai procurar uma maneira de resolver (Carlão, urologista, Campos).

Quer dizer, se a doença não interromper o desempenho sexual e a produtividade, então, os homens, encontrariam pouca razão capaz de justificar sua procura por serviços e cuidados em saúde.

A segunda zona seria aquela que quando é acometida por alguma doença, pouco preocupam aos homens, tomando atitudes, tais como, velamento de sentimentos de dor, autoengano, negação e postergação. Para estes entrevistados, os homens teriam paciência em ocultar seus sentimentos emotivos e conviveriam com a dor desde que não atrapalhasse sua saúde sexual e trabalho.

- b) Análise comparativa entre narrativas dos usuários sobre comportamentos dos homens em cuidados de saúde (Campos dos Goytacazes)

No início desta seção, foram analisadas as narrativas de profissionais de saúde, cruzando as observações do gênero feminino com as do masculino. Nesta subdivisão são analisadas as narrativas dos gêneros femininos e masculinos, mas na categoria “usuário”.

Nossa entrevistada, Marta, usuária, desvela três comportamentos dos homens: a negação do reconhecimento da doença, velamento dos sentimentos de dor e da doença e o autoengano:

[...] Uma das primeiras atitudes que ele tem é a de negação, ele tende a esconder, a se iludir, a enganar a si mesmo de que não está doente. Para manter essa posse essa postura. Ele nega para si mesmo (Marta, Assistente social, usuária, Campos).

Os homens negam ou resistem reconhecer o estado de adoecimento e ocultam seus sentimentos diante daqueles ou daquelas que poderiam prestá-los os cuidados assistenciais porque trata-se de questões atreladas à estrutura da masculinidade, na qual, reside no imaginário social de que reconhecer e expor a doença equivale assumir a fraqueza, comportamento esse, que tende a aprisionar os homens em amarras culturais de objetividade. Scott (2002), Figueiredo e Silva (2017) observaram que assumir problemas é sinal de fraqueza, comportamento não aceitável aos segmentos masculinos, nessa concepção, procurar por cuidados médicos para resolver problemas de saúde significa admitir a fragilidade e para não cruzar essa linha, eles adotam a postura de resistência e negação ao reconhecimento de sentimento de dor ou doença. Nesse sentido, o tipo de comportamento desenvolvido pelos homens pode se configurar em um dos fatores de risco a morbimortalidade.

O segundo comportamento apontado por Marta é a autoconsolação. Ela acredita que é uma forma de “enganar a si mesmo” para continuar sendo visto como “verdadeiro” homem, forte e viril, o que muitas vezes leva a doença ao estado de agravamento. Recusar em admitir para si mesmo de que está acometido por uma patologia pode pressupor que a mentira se sobrepõe a verdade, mas no fundo, no fundo, o homem não está querendo se enganar, mas enganar o outro que poderia ajudá-lo na busca de solução de seu problema de saúde, mas ele vela seus sentimentos de dor como forma de afirmar sua masculinidade hegemônica.

Para Robert Trivers, biólogo norte-americano, da Universidade de Rutgers, um dos autores que se ocupou em análise de comportamentos humanos, escreveu sobre a “Lógica do engano e do autoengano na vida humana”, ele afirma que, temos uma tendência irresistível para enganar a nós mesmos, e enganar outras pessoas nos proporciona vantagens enquanto não formos descobertos. Mas que vantagens tiramos quando enganamos a nós próprios? Para ele o autoengano está presente em toda vida do ser humano, mas tem um preço muito elevado, somente ganhamos dele a destruição da verdade. Mentirmos a nós mesmos serve para enganar os outros de forma mais sofisticada como pretexto de proteger a felicidade e reforçar o otimismo. Por outro lado, se ao mentir, inconscientemente, o cérebro fica livre dessa carga, em suma, enganar a si próprio torna a mentira credível⁵⁴ e um atentado a própria saúde.

Essas foram algumas observações de uma das usuárias, e olhando para o caso de usuários, constata-se que os homens pouco relatam sobre seus sentimentos de dor, salvo nas últimas instâncias, uma postura reiterativa dos modelos da construção social da masculinidade: não demonstrar a fraqueza, negando reconhecer o adoecimento ou o mal-estar:

[...] A primeira reação de qualquer patologia, qualquer problema é: não estou com isso não, não estou com isso. Você está conversando com seu inconsciente e falando: Cara, ele está falando para você, que você tem, mas eu não tenho. É uma briga interna. É a primeira reação. Ele vai negar. Eu não tenho. Aí o problema bate, bate, e fica batendo na porta dele, vai ter uma hora que ele vai ter que encontrar o problema, dar a mão a ele e resolver. Mas a primeira reação é fechar a porta para o problema, entendeu? (Cezar, usuário, Campos).

⁵⁴ Disponível em: <https://duplofoco.com.br/a-ciencia-da-mentira-tese-do-auto-engano>. Acessado aos 14/02/2020.

O usuário, Cezar, explica que os homens têm a capacidade inexplicável de desenvolver a auto-comunicação, uma forma de negar uma realidade que eles mesmos sentem e têm certeza de que é real, para não demonstrar a fragilidade nem perder sua masculinidade, conseqüentemente, esse comportamento propicia a progressão da patologia ao estado de alta complexidade.

De um modo geral, as narrativas desses entrevistados, usuários, de ambos os gêneros aludem a quatro tipos de comportamentos tomados pelos homens quando sentem algum mal-estar ou dor: (1) negação do reconhecimento da dor, (2) autoengano, (3) postergação da procura por ajuda e, (4) procura indesejada pela interrupção de atividades cotidianas.

As apreensões acima apresentadas retrataram somente as observações e os achados do campo empírico da cidade de Campos dos Goytacazes, e as que se seguem estarão voltadas à cidade de Maputo, obedecendo ainda ao mesmo enredo discursivo e estrutura do quadro comparativo.

- c) Análise comparativa entre narrativas dos profissionais de saúde sobre comportamentos dos homens em cuidados de saúde (Maputo)

Na categoria “profissional de saúde” e na perspectiva comparativa entre as experiências femininas e masculinas a respeito das atitudes e comportamentos dos homens, prossigo abordando as apreensões do campo empírico a partir da cidade de Maputo. As narrativas do gênero feminino trazem à tona enredos socioculturais que descrevem as primeiras atitudes e comportamentos dos homens quando sentem mal-estar ou alguma dor que nos levam a refletir sobre os sentidos que cada sociedade atribui aos seus próprios modelos das masculinidades aceitos por ela mesma. Nessa ordem de ideias, o depoimento de Antônia, enfermeira, na categoria de profissional de saúde expõe essa realidade:

[...] Tu vêes que ele não está bem e quando lhe perguntas, ele tenta minimizar. Ah, estou cansado porque ontem bebi muito ou trabalhei muito. Ele tenta justificar e tu vais pensar que é aquilo mesmo, mas na verdade não é, ele está doente e não quer parar de trabalhar, esse tipo de comportamento tu vêes na maioria dos homens. Eles não levam a sério uma doença, por isso, quando chegam aqui, descobrimos que ele tem mais de uma doença porque ele andou a esconder (Antônia, enfermeira, Maputo).

A fala desta narradora alude aos elementos anteriormente mencionados por outros entrevistados, enfatizando que os homens tendem a ocultar seus sentimentos emotivos ou suas dores. Um comportamento dito como tipicamente masculino, dado que, segundo a literatura apresentada nos capítulos anteriores, as mulheres têm o hábito de expor seus sentimentos emotivos e procuram mais por serviços de saúde para exames preventivos, enquanto que os homens tendem a ocultá-los e quando procuram os cuidados de saúde, na maioria dos casos, é para curar as doenças. De acordo com Couto, et al., (2010) os homens acessam os serviços de saúde muitas vezes motivados por acidentes, lesões, patologias já instaladas, problemas odontológicos ou acesso aos produtos farmacêuticos, e poucos fazem exames preventivos de rotina.

Para Antônia, os homens não levam a sério os primeiros sintomas de uma doença, não se preocupam e quando suas parceiras ou familiares observam algumas alterações comportamentais e os questionam, eles tentam “minimizar”, ou seja, dificilmente eles contam o que realmente sentem antes de piorar a situação. Ainda para esta narradora, os homens são propensos a desenvolverem várias doenças simultaneamente porque não se cuidam e nem procuram ajuda logo no início do problema, conseqüentemente, uma doença vai gerando outra.

Ainda na categoria “profissional de saúde”, numa análise comparativa, os homens descrevem os próprios comportamentos e atitudes quando sentem alguma dor ou mal-estar, através de experiências vivenciadas por eles mesmos ou por seus semelhantes no tocante aos cuidados de saúde. A ideia é tornar o sujeito a exteriorizar o seu interior como referem Schraiber e Figueiredo (2011), em busca de apreensões carregadas de sentidos de “Nós” homens. Talvez seja “desafiador” para qualquer homem exteriorizar suas próprias experiências, conforme ilustrado nas seções anteriores, apesar de ser uma realidade que não impede o narrador representar-se por meio do outro. Como atesta a fala de Júlio:

[...] Volto a falar do caso do meu tio como um bom exemplo, quer dizer, qual foi a atitude dele quando começou a sentir dor aqui, dor acola, ele não falou comigo e nem falou com a mulher dele, o que ele fez? Achou que ia passar, ficou três meses a achar que vai passar até o dia que caiu na estrada. Então é assim, a primeira coisa que o homem faz é não revelar para ninguém e achar que é uma dor passageira, mas isso tem a ver também com nossos próprios serviços, só por ele pensar ir ao hospital e ficar na bicha horas e horas é difícil (Júlio, enfermeiro, Maputo).

Júlio, reafirma o que foi apontado por outros entrevistados, como a Antônia (Maputo), de que os homens têm hábito de “não revelar a ninguém”, considerando este, entre os primeiros comportamentos e atitudes tomadas por muitos homens quando sentem algum mal-estar ou dor. O velamento dos sentimentos e dos problemas relacionados à saúde caracteriza, na maior parte dos casos, como forma encontrada pelos homens para reafirmar os modelos da masculinidade hegemônica que a sociedade lhes impõe. Por outro lado, Júlio salienta que a organização das ações e serviços de saúde, tem, em parte, contribuído para que os homens desenvolvam o hábito de não procura por cuidados.

O “*achar que é uma dor passageira*” pode estar ligado a “dinâmica dos encontros das representações sociais de saúde-doença portados pelos sujeitos (...), um dos pontos de referência é o processo pelo qual uma representação social é um modo de pensamento à ação, à conduta individual” (TESSER, 2010, p. 75), como estratégia de limitar as interferências externas sobre o gerenciamento dos fenômenos biológicos avessos à saúde do próprio sujeito. A ideia de sentimento de resiliência pode estar por trás do desenvolvimento e da domesticação de patologias no interior do corpo masculino, sem que isso leve, necessariamente, a um reconhecimento intrínseco ao ponto de representar uma necessidade de ação terapêutica.

Nessa ordem de ideias, a masculinidade hegemônica se localiza entre dois polos divergentes, o primeiro se refere ao olhar social, caracterizado por estigma no sentido goffmaniano, que desqualifica os que não se comportam de acordo com os padrões convencionais das disposições hegemônicas e o segundo polo é referente a verticalização da prestação de cuidados de saúde em Moçambique, estruturados sistematicamente para atender as demandas daqueles grupos sociais considerados mais vulneráveis, o que pode caracterizar (a verticalização) como um dos fatores impeditivos da procura dos homens por serviços de saúde. Entre as pesquisas que apontam esse cenário, Barker, et al., (2011, p. 117) citam as desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (2000) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (2002) que mostraram que os homens resistem o uso de serviços de saúde por não se sentirem à vontade. Esses estudos, observaram ainda que os profissionais de saúde estão mais orientados para prestarem cuidados à mulher e à criança, e os homens não contam com profissionais sensibilizados para as suas demandas.

- d) Análise comparativa entre narrativas dos usuários sobre comportamentos dos homens em cuidados de saúde (Maputo)

Outro comportamento apontado como característico das atitudes dos homens quando não estão bem de saúde, de acordo a usuária, Lídia, é referente à ocultação das verdadeiras intenções para não demonstrar a fragilidade e se comportar de acordo com as formas prescritas para a masculinidade hegemônica. Os homens dissimulam seus sentimentos pela manutenção de seus papéis e posições sociais, tal como afirma Abidi (2006) citado também por Gomes (2008) que a masculinidade diz respeito às instituições, à economia e à vida cotidiana, representando, em parte, a história doméstica e pública. Na mesma direção, Connell (1995) confere que ela – a masculinidade – expressa ideias, fantasias e desejos fluidos diante das relações de gênero para se manter na posição cultural de autoridade e liderança. Por isso, ele procura “fingir” que está tudo bem, mergulhando-se numa zona de tensão entre o reconhecimento do seu estado real de sentimento de dor ou adoecimento, por um lado, e a manutenção de sua posição masculina, de seu poder, por outro lado, conforme atesta a usuária, Lídia:

[...] Automaticamente ele vai procurar fingir, em como se não estivesse a sentir dor, porque se manifestar que esteja a sentir dor, vão dizer, pois é, este sempre foi um indivíduo que não ajuda em nada. Deve procurar fingir para que não se note que ele está com dor, mas no fundo ele pode estar a passar mal, muito mal, mas não pode se revelar por causa deste medo de perder este poder da masculinidade (Lídia, pedagoga, usuária, Maputo).

Lídia (Maputo) e Marta (Campos) convergem na mesma linha interpretativa ao aludirem a “auto-ilusão masculina”, demonstrando o quão os sentidos e as vivências socioculturais, que caracterizam as atitudes dos homens quando sentem algum mal-estar ou dor, são relativamente semelhantes com altos graus de influência nas formas pelas quais eles representam os sentidos do adoecimento.

Em relação aos depoimentos do gênero masculino, o Artur, na categoria “usuário”, aponta a um comportamento que emana por meio de papéis sociais impostos à masculinidade: a provisão, que exige o contínuo trabalho, seja ele remunerado ou não. Para o nosso entrevistado, o homem não expõe seus sentimentos de dor e não prioriza os cuidados de saúde por conta do trabalho, e a mulher tem o hábito de se expor e buscar mais pelos serviços de saúde, mesmo ela se encontrando na produção. Ele faz uso da

própria experiência do ambiente de trabalho em que se encontra inserido, para demonstrar que os homens e as mulheres se diferem em comportamentos, no que diz respeito aos cuidados:

[...] Não, eu tenho que ser forte, tenho que fazer esforço de ir trabalhar. Para ele, vai ao trabalho, só depois, vai ao hospital. Ele pode fazer um tratamento ambulatorio por aí, mas ele tem que ir ao trabalho. Mas mulher já não é assim, uma mulher, doeu um pouco, está a dizer ao chefe: chefe, eu não me sinto bem, eu tenho que ir ao hospital. É normal encontrar aqui no serviço. Está a se falar muito por causa da mulher. Esse aí, está sempre a faltar, semanalmente tem que ir ao hospital. Mas o homem não, o homem diz: não, eu primeiro tenho que ir ao trabalho. Depois hei de ir ao hospital. Por isso, morremos cedo (Artur, educador, usuário, Maputo).

Em relação aqueles homens que estão inseridos no mercado de trabalho, suas ações equacionais tendem a priorizar o trabalho, comportamento esse observado por outros estudos feitos por autores como Gomes, Couto, Figueiredo, Schraiber, Nascimento, Barker (2008; 2011), Artur, servidor público, diz que o hábito de as colegas procurarem frequentemente por serviços de saúde, principalmente, no horário de expediente, tem se tornado objeto de conversa e comentário. Durante a entrevista, Artur, não hesitou em demonstrar que algumas colegas de trabalho registram semanalmente ausências que deixam margem de “dúvidas” ou geram certo impacto sobre as relações laborais entre os colegas, comportamento esse que é aparentemente menos agradável aos olhos daqueles que não desenvolvem esse hábito, conseqüentemente, nosso entrevistado afirma que:

[...] Está a se falar muito por causa da mulher. Esse aí, está sempre a faltar, semanalmente tem que ir ao hospital (Artur, educador, usuário, Maputo).

O que chama a atenção na fala de Artur é o fato da demonstração da valorização do trabalho em detrimento à própria saúde e quanto aquelas colegas que desenvolvem o hábito da procura por serviços de saúde e por cuidados não servirem como “melhor” exemplo a ser seguido na mudança de comportamentos em prol à manutenção da saúde e ao aperfeiçoamento dos dispositivos pedagógicos da saúde do trabalhador como um direito constitucional, garantido e efetivado pelo Plano Estratégico do Setor da Saúde. O nosso entrevistado, ao descrever o impacto do hábito das colegas, com a expressão, “*está a se falar muito por causa da mulher*”, expõe, por um lado, o machismo

“institucionalizado”, em que, a cultura objetiva de gênero masculino tende, quase “sempre”, a ganhar protagonismo em oposição àqueles comportamentos associados ao gênero feminino, entre eles o hábito de cuidar de si e da procura por serviços de saúde.

Com base nos relatos apresentados neste estudo, pode-se afirmar que os comportamentos dos homens pouco se diferem com os de muitos brasileiros, no que concerne ao hábito de pouca procura por serviços de saúde e do cuidar de si. Essa constatação e realidade moçambicana é reafirmada ainda pelas narrativas de Francisco, quando questionado sobre os primeiros comportamentos e atitudes que os homens tomam quando sentem alguma dor ou mal-estar, ele diz:

[...] Ele tenta resistir, o homem certas vezes se aproxima aos serviços de saúde quando ele vê que está numa situação grave em que até ele não consegue levantar-se sozinho, as pessoas é que pensam que ele está mal de verdade ou o homem na verdade precisa, então ele acaba por morrendo aos poucos (Francisco, usuário, Maputo).

Francisco tece críticas as atitudes dos homens quando resistem reconhecer o adoecimento e não procuram os serviços médicos, razão pela qual, o homem “*acaba por morrendo aos poucos*”, convergindo, em suas conclusões com as de Artur ao reconhecer que “*o homem diz: não, eu primeiro tenho que ir ao trabalho. Depois hei de ir ao hospital. Por isso, morremos cedo*”.

Os achados da pesquisa empírica, apresentados até este momento, evidenciam que as aproximações socioculturais, entre Campos dos Goytacazes e Maputo, no tocante ao objeto em questão, caminham num eixo paralelo que dificulta, até mesmo, identificar as diferenças mais relevantes. No Quadro 7 estão agrupados as principais práticas socioculturais apreendidas em ambas as regiões, as quais, foram mencionadas como as primeiras atitudes e comportamentos que os homens tendem a tomar quando sentem alguma dor ou mal-estar.

Quadro 7. Comparativo entre comportamentos dos homens quando sentem alguma dor ou mal-estar (Campos dos Goytacazes vs Maputo).

Práticas socioculturais	Campos dos Goytacazes	Maputo
Velamento de sentimentos de dor	x	x
Não compartilhamento da informação	x	x
Autossuficiência masculina	x	x
Não demonstração de fraqueza	x	-

Não reconhecimento da doença	x	x
postergação e resiliência	x	x
Autoengano	x	x
Negação e postergação	x	-
Auto comunicação	x	-
Acesso motivado pela manutenção do poder e dominação (sexualidade e trabalho)	x	x
Fingimento	-	x
Resiliência	x	x

Elaborado pelo autor.

O quadro 7 ilustra os principais comportamentos que demarcam as aproximações socioculturais que explicam os determinantes de saúde dos homens. Em tese, essas práticas me permitiram a observar que há uma forte associação binária entre as dimensões socioculturais e as concepções biológicas.

As dimensões socioculturais (Quadro 7) descrevem a cultura objetiva do gênero masculino, que explicam, em parte, as razões pelas quais, os homens desenvolvem o hábito de pouca procura por serviços de saúde e assim como as causas de maior exposição aos riscos, baixo autocuidado, altas taxas de morbidade e de mortalidade. Com base nisso, as diferenças epidemiológicas entre homens e mulheres são resultantes de condições sócio e culturalmente construídas e não biologicamente fundamentadas.

As concepções biológicas se referem ao sexo. Este, ao ser associado ao poder e à dominação, gerou no imaginário social masculino que o adoecimento não é inerente à condição biológica dos homens e a busca por cuidados médicos está vinculada a manutenção da posição hegemônica masculina, e nessa lógica, manter a saúde sexual vivifica potencialmente a virilidade.

A diferenciação entre associações biológicas e o socioculturais abre o caminho para a redução das desigualdades de gênero no campo de saúde, visto que essa desigualdade está fundamentada por práticas, comportamentos e atitudes não biológicas, presentes nas estruturas institucionais e religiosas, na escola, na família e nas relações de poder de gênero que podem ser mudadas e reconstruídas.

O quadro 7 evidencia também que essas práticas socioculturais dos homens, com forte impacto no campo da saúde, estão associadas ao machismo que reside no interior masculino e se expressa na ordem social das relações de gênero. Nesse sentido, homens e mulheres alimentam as estruturas do machismo, onde a combinação entre o olhar social, a construção social da masculinidade e a sua manutenção hegemônica gera a repreensão

social, cultural, intrafamiliar e extrafamiliar dos sentimentos emotivos, da dor e do *pathos* dos homens em todas as fases da vida. De acordo com Castañeda:

A repreensão dos sentimentos tem custos muito altos, tanto para a saúde física como para a psicológica. As pessoas que, por sua educação machista, não se permitem sentir ou expressar certas emoções universais perdem uma parte importante da experiência humana. Seu repositório emocional é limitado diante das vicissitudes da vida, e isso significa que terão frequentemente respostas inadequadas. Quando deveriam sentir medo, os homens reagirão com raiva; em vez de sentir raiva, as mulheres afundarão na depressão; em vez de expressar sua alegria, os jovens exibirão uma indiferença simulada (CASTAÑEDA, 2006, p. 159).

Castañeda, é uma das autoras que merece algum destaque quanto o assunto é o machismo e seus impactos na saúde, na economia, na política e nas relações de gênero. Por isso, na próxima seção, farei uso de suas contribuições teóricas apresentadas em sua obra “*o machismo invisível*” publicada em 2006. Nessa obra, a autora aprofunda diferentes dilemas ligados ao machismo.

6.4. Saúde e o “custo” da virilidade: o cuidador que menos se cuida

A terminologia “virilidade” origina das seguintes palavras latinas: “vir”, “virilitas” e “virtus” referindo ao varão (na fase adulta) e seus órgãos sexuais (BOURDIEU, 2002; ZANELLO, 2018) e o termo “custo” é usado aqui, como forma de classificar as “vantagens” e “desvantagens” sociais e simbólicas relacionadas à saúde/doença geradas pela virilidade.

As apreensões do campo empírico deste trabalho apontam que há duas proposições capazes de explicar, primeiramente, as causas dessas (des)vantagens. (i) A construção social da masculinidade hegemônica: modelo explicativo da fraca procura dos homens pelos serviços de saúde pela sua estreita ligação com o poder, com a dominação e com a produção e, (ii) a feminilização social do cuidado do corpo, seria a segunda explicação, para elucidar essa afirmação recupero novamente as constatações de Welzer-Lang (2004), o autor concluiu que em nossa sociedade, o “cuidado” é um papel considerado feminino, e as mulheres são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por essa atividade. O homem desconsidera tanto o autocuidado como

o cuidar do outro, como inerente à sua própria condição biológica. Esta crença equivocada acarreta elevado custo para a manutenção da saúde do homem, visto que ela produz, intrinsecamente, ações de resistência quanto à busca do tratamento e da realização de exames de rotina, o que propicia a evolução e o agravamento de doenças evitáveis caso diagnosticadas mais cedo.

A construção social da masculinidade acarreta “custos” ao homem pelo seu atrelamento à posição social e aos atributos da virilidade. Em outras palavras, como a doença simboliza a fraqueza, e esta é associada ao corpo feminino e a dominação masculina consiste na negação de atributos e tarefas associadas à mulher - conforme ilustrado anteriormente-, então, assumir o adoecimento implica perda da masculinidade e da virilidade. Estes dois últimos atributos do homem representam os graus valorativos socialmente mais altos que ele deve defendê-los e mantê-los para salvaguardar sua dominação e seus poderes.

A virilidade consiste na dominação masculina, sustentada, diz Zanello (2018, 179), por quatro pilares: (i) o mundo social, (ii) contra si mesmo: comportamentos de violência, de brutalidade que afetam o próprio corpo pelo exercício excessivo de controle sobre seus sentimentos emotivos e afetivos (iii) contra as mulheres: consideradas como inferiores ou com qualidades incomparavelmente menos nobres e, (iv) contra outros homens.

A virilidade é afirmada no campo da sexualidade, formador da identidade masculina, nesse sentido, para Zanello (idem) “o comportamento sexual ativo e o pênis em ereção se fizeram pilares” da virilidade. Na Grécia antiga, a virilidade era associada à força, ao imperativo de superioridade, à guerra, à bravura, ao heroísmo, à dominação sexual, à supervalorização do pênis, à proeza cruel, comportamentos esses, ainda presentes, em certo grau, nas nossas sociedades (BADINTER, 1993; ZANELLO, 2018).

Consequentemente, os elementos socioculturais constitutivos da virilidade continuam, hoje em dia, direcionando formas e estilo de vida dispendiosos e custosos para o corpo e a saúde dos homens. Curiosamente, o mais intrigante, é o fato de esses elementos constitutivos e as proposições, acima mencionadas, permanecerem inscritos no imaginário social dos homens, sejam eles profissionais ou usuários de saúde, como veremos, e independentemente de classe, grau de instrução educacional, etnia, raça ou cultura, visto que, as similitudes socioculturais, entre Campos e Maputo, no tocante ao objeto em questão, reveladas a partir dos achados do campo empírico, evidenciam que apesar das diferenças raciais ou educacionais e etc., existentes entre ambas as sociedades,

a masculinidade é construída e socializada de maneira muito similar. Essas semelhanças aludem a uma masculinidade isomorfista: quando diferentes indivíduos raciais desenvolvem aspectos e comportamentos simétricos (Quadro 7).

Nesse caso específico faço o recorte de analisar comparativamente os comportamentos de profissionais de saúde, no que diz respeito aos cuidados e à procura por serviços de saúde. A questão colocada a essa categoria buscou perceber, se ela, sendo a “mais” instruída em matéria de saúde-doença, formada cientificamente para cuidar de outros, desenvolve o hábito de se cuidar e de fazer exames preventivos de rotina.

Em busca dessas percepções, prossigo analisando os depoimentos dos profissionais de saúde de Campos dos Goytacazes e por último trabalharei com os de Maputo. Trata-se de uma questão “provocadora” e carregada de múltiplos sentidos, mas que no fundo pode suscitar a autocrítica: o “por que não fiz?” se podia, o “por que não fui exemplo das minhas palavras e conselheiro de mim mesmo?” no sentido foucaultiano (2014), ou seja, cuidar-se antes de ser “vítima” da política de medicalização.

Trata-se de uma questão “provocadora” porque ela é direta: o senhor como profissional de saúde busca frequentemente os serviços de saúde e tem hábito de se cuidar? – deixemos que os próprios profissionais respondam. O Valter, clínico-geral, e o Carlão, médico urologista, relatam suas próprias experiências:

[...] Não, não vou. Não faço exames com frequência. Tive um problema de saúde, há um tempo atrás, calculo renal, fiz vários exames, aí parei. Não fiz mais nada. Se eu não sinto eu não faço. Eu sou igual a qualquer homem. Eu tento mudar aí a gente acaba colocando a culpa nas nossas ocupações, não vou ter tempo, estou cansado, estou morto, como vou sair daqui, fazer jejum para colher sangue? Tá louco! Vou tomar meu café (Valter, clínico-geral, Campos).

A fala de Valter, “*Eu sou igual a qualquer homem*”, descreve culturalmente o isomorfismo masculino, a construção social da masculinidade hegemônica, a figura do dominador, o ser “homem” como o antônimo do ser “mulher”, e dissociar-se aos atributos ditos como femininos, em outras palavras, ele, apesar de ser profissional de saúde e cuidador de outros, pouco se cuida e não procura por serviços de saúde com frequência porque deve se diferenciar da mulher. Ele deve demonstrar que é forte e viril, conseqüentemente, acarretando “custos” para ele mesmo e para os outros. Nesse sentido, “o modelo do homem hiperviril, desmatriciado, desfeminizado, é fonte de uma verdadeira

doença da identidade que está na origem de uma dupla violência: aquela que agride os outros e aquela que se volta contra o próprio indivíduo” (BADINTER, 1993, p. 145).

Essa afirmação de Valter reforça a ideia de que ser “homem” significa não se preocupar com a própria saúde e com os próprios cuidados, porque são tarefas associadas às mulheres. Ele, por mais que tenha formação superior, instruído para prestar cuidados a outros, não se vê como sujeito que necessita também do cuidar de si mesmo, como consequência, a lógica da ação cognitiva imputa no imaginário social masculino a concepção do adoecimento como sinônimo de fragilidade e a busca do tratamento como renúncia voluntária da virilidade. Submeter-se ao exame urológico, como o toque retal, por exemplo, não só pode significar mexer drasticamente com as estruturas subjetivas da masculinidade hegemônica heteronormativa, mas também pode implicar ruptura intrínseca da manutenção de práticas culturais típicas da virilidade, cujas construções sociais, representadas na linguagem, na arte, na literatura e na história, idealizam, não apenas um homem que “não chora”, que “não adocece”, mas também livre da submissão de qualquer invasão contra seu corpo, interna ou externamente, análoga à “sodomia”.

Por exemplo, o câncer de próstata é considerado o segundo maior causador de mortalidade masculina (BRASIL, 2008), mas o exame de toque retal é cercado, culturalmente, por preconceitos que podem justificar uma série de resistências e conflitos intrínsecos quando à procura do homem pelos cuidados de saúde. Tal comportamento masculino, muitas vezes, não é equacionado com os graus da gravidade patológica e com os impactos socioeconômicos, cujo peso é negativamente reflexivo à própria virilidade e de alto custo à estrutura familiar, sobretudo nas sociedades, em que, “tradicionalmente” o homem é o arrimo da família.

Autores como Sáez e Carrascosa (2016), citados por Zanello (2018) afirmam que uma das marcações do homem viril contemporâneo, para além da hegemonia e heterossexualidade, é ter o seu “ânus fechado”, ou seja, ser o “penetrador” e nunca ser penetrado. Quero, nesse sentido, abrir um parêntese, para recuperar a fala de Alberto, usuário, entrevistado em Campos, que conta sua própria experiência numa conversa entre ele e uma “doutora”, ao afirmar que ele nunca permitiria uma médica urologista que tocasse em seus órgãos e nem lhe fizesse o toque retal. A “doutora” lhe responde: *“a mulher é mais ‘delicada’ e o homem é mais ‘ignorante’, nessa parte se todo homem pensasse assim, procuraria uma médica doutora, porque ela faz com mais carinho e não um homem”*. Alberto, manifesta o sentimento de complexidade dessa situação e entende que a ideia, por mais que seja nobre, é desafiadora à virilidade. Ele se questiona: *“mas*

quem encara? Quem vai encarar uma mulher num negócio desse? É complicado!". Esse sentimento dominador e comportamento machista acarreta custos a própria saúde dos homens pelo pretexto da manutenção da sua masculinidade.

Reinaldo Ortiz (1995), ao observar um grupo de homens, sobre a prevenção contra HIV/AIDS, em Porto-Rico, revelou que alguns chegavam a dizer que a AIDS vitimaria a outros, mas nunca a si próprios. Essa visão e comportamento negacionistas e de sexismo, segundo Ortiz, oprimem os próprios homens e põem em risco a vida deles mesmos e de seus parceiros e parceiras sexuais. Esse autor aduz também que segundo suas observações, os homens muito mais que as mulheres mentiriam sobre sua condição de soropositividade ao HIV a um parceiro ou parceira.

A expressão de Valter *“Eu sou igual a qualquer homem”* pressupõe, também, que, as instruções científicas adquiridas ao longo das experiências acadêmica e profissional podem não se constituir como determinantes para a mudança de comportamentos associados culturalmente à masculinidade, o fato de um homem ser médico ou urologista ou enfermeiro ou cientista social, por exemplo, não o faz e nem pressupõe, necessariamente, assimilar comportamentos e hábitos associados ao feminino, mesmo que isso lhe proporcione vantagens à própria saúde.

Outro elemento que parece intrigante, que se pode perceber da fala de Valter, é pelo fato de ela transmitir, implicitamente, sentidos do machismo impregnado no interior da masculinidade hegemônica, uma intuição carente de explicações lógicas, mas que permanece permeando a imaginação sutil do homem invulnerável ao adoecimento. O machismo, diz Castañeda (2006) gera “custos” para as relações de gênero, tanto para o homem como para a mulher, até as vezes diante de situações lógicas das coisas. Essa autora, relata uma relação médico-paciente, em que uma ginecologista conta que, naqueles casos que exigem a prescrição de um tratamento para a infecção vaginal, normalmente ela faz uma receita para a paciente e outra para o parceiro, “porque se ela tem uma doença sexualmente transmitida, ele também a tem, com certeza. Aí as mulheres se assustam e dizem: ‘você acha que o meu marido vai tomar isto? Não vai querer!’. [a ginecologista instrui]: sendo assim, você terá de dormir de meia-calça (p. 217). Para essa autora, a masculinidade é um veto à saúde.

Outro profissional de saúde, Carlão, é um médico urologista. É comum, quando se fala da saúde, ouvir o termo “prevenção”, sobretudo durante as campanhas para a promoção de saúde, dada sua inestimável relação com quase “todas” as ações assistenciais que objetivam conter a ocorrência ou desenvolvimento de alguma doença. Essa prática

de prevenção pode ser um exemplo que se espera, principalmente, daqueles que são conselheiros e cuidadores em saúde, mas nem sempre o homem se transforma em objeto de seus próprios princípios. Talvez seja esse o caso de Valter e Carlão, este último profissional admite:

[...] Não! Preventivos não. Eu tenho trinta e seis anos, dentro das preconizações que eu deveria fazer, e tal, até eu fiz uns exames de rotina e tudo, mas depois de algum problema maior, foi depois que um dia eu não consegui trabalhar por problemas de enxaqueca e saiu do controle, e a primeira coisa como médico é pensar besteira, aí eu tive que ir para exames de alta complexidade para poder eliminar coisas piores, foi quando eu passei mal fazendo uma cirurgia, estava com a pressão alta, aí sim fui fazer todos os exames, coisas que era para eu fazer de rotina, fui fazer porque eu passei mal e não era demais, era estresse. Mas fica como lição, se eu tivesse feito os exames de rotina talvez quando acontecesse aquilo eu já ia saber que não era nada demais, mas como eu não fazia tomou-se o susto. Até hoje estou em débito digamos assim (Carlão, médico urologista, Campos).

Carlão, ao reconhecer que é um cuidador que pouco se cuida, evidencia que se trata de uma questão objetiva, talvez que não se pode tratar como necessidade visto que, para o caso, concretamente, de profissionais de saúde, cercados por todo tipo de mecanismos de acesso aos serviços de saúde mas se comportam, objetivamente, dentro dos limites da masculinidade hegemônica. Meu entrevistado, Carlão, foi um dos palestrantes da campanha organizada pelo hospital, no mês de novembro (Azul), sob o lema: *“Cuidar da Saúde também é Coisa de Homem. Aceita o desafio?”*, cujo o incentivo às práticas de prevenção e exames de rotina fez parte do foco da campanha. Não se pretende, aqui, tecer uma crítica ao Carlão, mas ressaltar o quão a virilidade e o machismo se configuram como impeditivos para os homens seguirem uma vida “saudável”, gerando ao mesmo tempo “custos” e danos que poderiam ser evitáveis. Carlão admite que deixou o desenvolvimento da *“enxaqueca e saiu do controle”* e mesmo sendo profissional de saúde produz o autoengano, ele diz: *“e a primeira coisa como médico é pensar besteira”*, conseqüentemente, o problema se agravou e teve que se submeter aos *“exames de alta complexidade para poder eliminar coisas piores”*, visto que uma doença pode progredir e gerar outra. De enxaqueca, Carlão descobre que *“estava com a pressão alta”*, e tudo se resumia pelo simples fato de ele não ter cuidado do estresse. Quando ele se deu conta que *“não era demais, era estresse”* que ele ignorou ou negligenciou e progrediu ao estado de complexidade. De acordo com Santana (2017) as mudanças provocadas pelo estresse podem causar um desajuste orgânico, agravos à saúde, adoecimentos, entre outros.

Não se pretende, com esses relatos, tomar generalizações sobre a categoria em análise, porém, outros profissionais mostraram estar seguindo um estilo de vida e desenvolvendo hábitos de cuidar de si diferentemente de Valter e de Carlão, são, no entanto, os casos de Aromo, médico urologista e o do enfermeiro Raul. Esses profissionais associaram seu desenvolvimento do hábito em ações preventivas e da realização de exames de rotina ao exercício da profissão médica e das facilidades que têm para o acesso aos serviços de saúde:

[...] Sim! Vou! Por essa questão mesmo de trabalhar na área de saúde eu tenho mais facilidade de ter acesso, pelo menos de três a quatro vezes ao ano, eu vou sim (Raul, enfermeiro, Campos).

[...] Eu busco. Porque sou um médico voltado para à saúde masculina, eu faço meus exames todos de rotina, antigamente você ia ter uma consulta com o cardiologista ele era um cara obeso, ficava pregando que você tinha que emagrecer, e ele não fazia o mesmo, isso mudou (Aromo, urologista, Campos).

Esses dois profissionais demonstram a importância de se cuidar e de fazer exames de rotina porque eles são cuidadores que precisam, *a priori*, mostrar “bons” exemplos práticos aos seus pacientes, ou seja, cuida do outro, quem primeiro se cuida e aquele que não se cuida não tem condições de cuidar do outro. Mas o que chamou a minha atenção nos depoimentos de Aromo e de Raul é o fato de eles não relacionarem esse hábito com a demonstração da fragilidade, à perda da masculinidade e ao medo de descobrirem outras doenças. Essa percepção desses profissionais de saúde revela que é possível para os homens desenvolverem hábitos de cuidados de si e da procura por serviços de saúde sem que isso signifique a renúncia da virilidade e dos papéis sociais esperados deles.

Por último, como mencionei, prossigo abordando as experiências colhidas no campo empírico de Maputo, focando, igualmente, apreender e analisar os depoimentos de profissionais de saúde em relação ao hábito de se cuidar e procurar por serviços de saúde.

Se as masculinidades são construídas socialmente e atravessadas por aspectos transversais, é presumível encontrarmos mais semelhanças do que diferenças, e essa realidade pode ser demonstrada pelos achados dos dois campos empíricos. Tal como revelam os relatos de campo, Júnior, profissional de saúde considera que:

[...] O impacto do machismo se reflete no descuido da própria nossa saúde e isso constitui uma barreira, de forma intencional ou não, a nossa sociedade, as nossas crenças e o que nós aprendemos desde a infância, a forma como nós somos moldados influencia até quando estamos a trabalhar, mesmo que a pessoa seja formada em saúde, mas por ser homem acaba a se comportar como os outros (Júnior, clínico-geral, Maputo).

O depoimento de Júnior reforça a ideia da objetividade dos homens em relação aos cuidados de si. Ser profissional de saúde não significa destituir-se de comportamentos associados à virilidade, ao machismo, ao sentimento de invulnerabilidade, que se desenvolvem formando barreiras para os homens se cuidarem ou procurarem por serviços de saúde. Por isso, de acordo Badinter (1993, p. 146), “os esforços exigidos dos homens para se adequar ao ideal masculino provocam angústia, dificuldades afetivas, medo do fracasso e comportamentos compensatórios potencialmente perigosos e destruidores” da própria vida dos homens.

A virilidade se constitui nos campos da sexualidade e da masculinidade hegemonia potencializando os papéis sociais impostos sobre os homens e estabelecendo fortes fronteiras sobre as intocáveis “zonas proibidas”. Os homens “lutam” incansavelmente para proteger e manter seus *status* sociais mesmo em detrimento a própria saúde, priorizando, muitas vezes, o trabalho e expondo-se a maiores riscos que vão gerando, posteriormente, custos elevados para eles mesmos e para seus familiares pela a manutenção da própria saúde.

Zacarias é um dos entrevistados, profissional de saúde, de Maputo, que nos traz também suas experiências sobre o cuidador que não se cuida. Ele aponta a outro fator humano, que denomino por “amnésia perceptível”, que consiste no esquecimento do inesquecível, um sentimento paradoxal que pressupõe anestésiar psicologicamente uma dor ou sentimento de mal-estar. A fala de Zacarias atesta que o cuidador que não se cuida pode estar desenvolvendo a amnésia perceptível que transmite o sentimento de maior preocupação com o cuidar do outro e conseqüentemente se privando dos próprios cuidados. Por outro lado, esse sentimento pode reduzir ou eliminar os sentidos da alteridade dentro do profissional de saúde que se espera dele, durante o exercício do seu ofício, se colocar no lugar do paciente, humanizando os serviços e as relações, realidade que exige do próprio cuidador cuidar-se antes de tudo. Zacarias, mesmo sendo profissional de saúde, posterga a procura por serviços de saúde e admite não fazer exames de rotina. Ele afirma que:

[...] Não, Eu acho que é esquecimento, vamos deixando, deixando e por trabalhar no hospital, nós temos mania de todo mundo, a maioria só procura quando está sentindo alguma coisa, e vai levando a vida. Esta semana mesmo eu estava a pensar em procurar, e vou procurar. Vou até marcar para quinta-feira. Porque na verdade, eu não tenho dia certo de procurar médico (Zacarias, psiquiatra, Maputo).

As experiências compartilhadas pelos profissionais de saúde, Júnior e Zacarias, se assemelham com as colhidas em Campos dos Goytacazes, principalmente, de Valter e Carlão, que aludem que os impactos do custo da manutenção da virilidade, no que concerne ao cuidar de si, são proporcionalmente acentuados nos homens, independentemente da posição hierárquica ocupada por eles ou da formação acadêmica, a condição social ou de classe, o que está em jogo é a construção do gênero.

Dessa forma, a virilidade implica elevado custo de manutenção e é determinante na condição de vida do núcleo familiar. O que me parece, que, manter as crenças e os valores atribuídos socialmente à masculinidade, mesmo em detrimento da própria saúde, torna a dominação masculina mais sustentável e gera conseqüentemente danos inestimáveis que poderiam ser evitados.

A esse despeito, a dominação masculina e a manutenção da virilidade se configuram entre os principais fatores socioculturais que impedem os homens de ter o hábito de realizar exames de rotina, de buscarem os serviços de atenção básica, propiciam sua resistência na mudança de estilo de vida em prol de sua saúde, são a causa da tardia procura por serviços de saúde, e quando eles procuram, normalmente a doença está em um estado mais avançado ou grave, situação epidemiológica que reduz, muitas vezes, as possibilidades de recuperação, cura e manutenção.

Considerações finais

A promoção de cuidados assistenciais para a garantia da saúde integral dos homens exige, cada vez mais, produções científicas multidisciplinares e o envolvimento de atores políticos e científicos com vista a produção de saberes e a sua implementação efetiva. Trata-se de um campo exploratório repleto de desafios e oportunidades para o desenvolvimento de reflexões sobre os impactos da influência cultural na relação homem, cuidados e saúde.

A análise das relações entre modelos de masculinidade, comportamentos e cuidados em saúde permitiram a percepção de aspectos socioculturais determinantes na fraca adesão do grupo pesquisado aos serviços de saúde e possibilitaram a explanação de alguns fatores que propiciam o desenvolvimento de hábitos que, muitas vezes, resultam em danos e custos que impactam negativamente na própria saúde dos homens e dos que a eles acompanham. Essa discussão é amplamente fomentada no âmbito da saúde pública, em níveis sociais e acadêmicas, gerando contribuições que vão subsidiando a pouca literatura produzida até então e ampliando as possibilidades de abordagem da saúde dos homens.

Os comportamentos desenvolvidos pelos homens, relacionados à saúde, estão inscritos na nossa cultura, desde os processos da socialização masculino-infantil, perpassando a fase adulta. Os relatos de campo empírico demonstraram que os problemas de saúde dos homens, na fase adulta, emanam dos processos de socialização primária, e a construção social da masculinidade hegemônica e os papéis sociais atribuídos aos homens são dentre os principais fatores que propiciam a reprodução de práticas socioculturais que interferem negativamente na saúde deles, práticas essas, internalizadas por meio da socialização primária, e que se manifestam na socialização secundária ou seja, na fase adulta. Essa manifestação não pressupõe a transferibilidade das disposições culturais, mas reafirmam a impossibilidade de o indivíduo ser o produto da sua sociedade, que impregna modo de ser e estar, comportamentos e disposições indissociáveis e que eventualmente se manifestam em representação do seu passado socializador.

As prescrições culturais apreendidas nos dois campos empíricos – Campos dos Goytacazes e Maputo - atestaram a existência de mais semelhanças do que diferenças no que concerne aos modelos da construção social da masculinidade e sua relação aos

cuidados de saúde. Fato que, um dos desafios encontrado durante a análise de dados e a elaboração deste trabalho se configurou na identificação das possíveis relevantes diferenças socioculturais. Dito em outras palavras, toda pesquisa comparativa é ancorada sobre polos ou elementos concretos que demonstrem diferenças e semelhanças entre eles, podendo ser em maior ou menor graus.

Entre essas semelhanças socioculturais que potencializam os comportamentos masculinos, com impacto nas relações de gênero e saúde, destaco a virilidade. Segundo Cunha, et al., (2012) “O autocuidado em saúde é influenciado pelo modelo de masculinidade hegemônico, em parte, confirma-se o pressuposto de que o enredo heterossexual ainda permanece como eixo estruturante da masculinidade”, essa influência se manifesta com vista a manutenção da posição dos homens como dominadores, provedores e fortes, que nunca podem demonstrar a fragilidade ou manifestar aqueles comportamentos associados ao feminino. Nesse jogo da manutenção da virilidade e do poder hegemônico, os homens acabam, consciente ou inconscientemente, resistindo o reconhecimento da doença.

Os achados do campo empírico revelaram que a virilidade e o machismo, comportamentos produzidos e reproduzidos nas relações de gênero, são entre os principais fatores que levam os homens a velarem seus sentimentos emotivos e de dor para não perderem a masculinidade, fato que o choro se torna proibido nesse universo, porque é considerado “coisa de mulher”, e “todo” comportamento associado ao feminino é alvo de repreensão.

A repreensão dos sentimentos dos homens traz consigo elevados custos para a saúde física e psicológica. O machismo se apresenta entre os comportamentos masculinos que impedem o autocuidado e a procura por serviços de saúde, principalmente, quando se trata daquelas doenças que não afetam diretamente a saúde sexual, reprodutiva e o exercício das atividades laborais.

Os “custos” sociais relacionados à saúde dos homens resultam, em parte, da resistência do reconhecimento da doença, da “crença” na resiliência e do imaginário da invulnerabilidade. A título de exemplo, a resistência masculina na adoção de hábitos do sexo “seguro”, o uso do preservativo, como prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, e as mulheres “pouco” conseguem influenciar o uso de preservativo em seus parceiros quando estes demonstram resistência, por elas se encontrarem na posição inferior dentro das relações de poder de gênero, e conseqüentemente, eles acabam se tornando vetores ou receptores de doenças de e para suas parceiras.

Em nome da manutenção da masculinidade hegemônica, os homens, sejam eles profissionais ou usuários dos serviços de saúde, desenvolvem comportamentos simétricos que vão desde o não cuidar de si, o autoengano de que não estão sentindo dor numa situação de mal-estar e a amnésia perceptível. Esta última consiste na tentativa de silenciar os alarmes transmitidos pelo corpo quando está acometido por alguma patologia. Um comportamento desenvolvido por aqueles que cuidam dos outros (profissionais de saúde) e ao mesmo tempo fazem um exercício psicológico para se “esquecerem” de que eles precisam também de cuidados.

As narrativas de profissionais de saúde entrevistados em ambos os campos empíricos reafirmaram a poderosa influência dos modelos das masculinidades no binômio saúde/doença e ‘custo’. Realidade paradoxal e intrigante, pelo fato de os próprios profissionais da saúde desenvolverem hábitos de não procura por serviços de saúde e do pouco autocuidado. Se o cuidador dos outros não se cuida, então, me parece que o problema da saúde dos homens tende a tomar outros contornos implícitos que precisam de maior aprofundamento.

Em relação aos determinantes institucionais e aos contornos políticos, foram apontados, igualmente, elementos chaves que impedem o maior acesso dos homens aos cuidados e serviços de saúde devido a lógica da própria formação estrutural e profissional dos sistemas de saúde, sejam esses sistemas organizados de maneira descentralizada como os do Brasil ou centralizada como os de Moçambique, o acesso dos homens aos cuidados assistenciais representa duas vezes menos ou mais baixo que o das mulheres.

Para uma política de atenção integral à saúde dos homens deve-se investir, primeiramente, em pesquisas e estudos empíricos visando aprofundar as raízes e as principais fontes do problema. Tal como, demonstra esta pesquisa, os fatores e os determinantes da morbimortalidade dos homens, como resultado de condutas e comportamentos da masculinidade hegemônica, devem ser analisados e problematizados desde os primeiros momentos da socialização masculino-infantil. Esse debate deve indagar os modelos da construção social do gênero em busca de novas propostas para a erradicação das influências dos aspectos socioculturais na saúde dos homens.

Essas propostas estariam assentadas na perspectiva reconstrutiva e não na desconstrução, pois, “o que se construiu pode, portanto, ser demolido para ser novamente construído. Mas os radicais entre os ‘construtivistas’, inspirados por J. Derrida, só se importam com a demolição” (BADINTER, 1993, p. 29), as possibilidades reconstrutivas devem ocorrer, com “facilidade”, na fase da socialização primária e “difícilmente” na

fase adulta. A virilidade e o machismo resultam de condutas e de processos educativos que os meninos nutrem por meio das pessoas adultas, reproduzindo-os e representando-os nas suas relações de gênero para se manterem na posição hierárquica como dominadores e invulneráveis ao adoecimento.

Fatores ligados à feminilização dos espaços e dos serviços de saúde, ao horário do funcionamento das unidades sanitárias, ao tempo perdido nas filas de espera para uma consulta, aos imperativos do trabalho e aos papéis sociais atribuídos aos homens, foram elencados entre os principais determinantes do fraco acesso dos homens aos serviços de saúde.

No que diz respeito à crítica direcionada à medicalização da vida, e os danos colaterais produzidos pela indústria médica e farmacêutica, tanto das doenças que surgem pela medicalização social e cultural, por conta do superconsumo de drogas, como pela eliminação da autonomia do indivíduo nos processos relacionais médico-paciente, busquei demonstrar que, as políticas de atenção integral a saúde do gênero masculino devem levar em conta, que, a maior inclusão dos homens e ampliação dos processos de acesso aos serviços de saúde não se deve confundir como uma política de medicalização do corpo masculino, dado que, o sentido do termo “maior cuidados em saúde ou o hábito de cuidar de si” não está relacionado, em nenhuma hipótese, com a ideia da “patologização” do corpo e “naturalização” do superconsumo de drogas farmacêuticas. Nesse sentido, sugere-se que, o sentido do termo “saúde e doença” não seja entendido como uma relação de reposição ou conserto de pesos, mas sim como uma disciplina individual, familiar e social, cuja sua conquista depende de múltiplos fatores e atores.

Referências bibliográficas

- ABREU de Jesus W L, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1):161-170.
- ABREU de Jesus, W. L. ASSIS, MMA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência&SaúdeColetiva*, 17(11):2865-2875, 2012.
- ADAY.L.A, ANDERSEN. R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9 (3):208–20.
- ALBASINI, Neyde de Palmeira Ferreira. Saúde Pública em Moçambique no atendimento rural. Unidade Sanitária Móvel. Neyde de Palmeira Ferreira Albasini – São Paulo. 2013.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol.* 4 Vol. 3, Nº 1-3, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de e JUCÁ, Vlória. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2002.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. COELHO, Maria Thereza Ávila e PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. *REVISTA USP*, São Paulo, n.43, p. 100-125, setembro/novembro 1999.
- ALMEIDA, Marlise Miriam de Matos. Cultura, gênero e conjugalidade: as “transformações da intimidade” como desafio. In: lugar comum. Estudo de mídia, cultura e democracia. Núcleo de estudos e projetos em comunicação/ pos-graduacao da escola de comunicação da UFRJ. 1996.
- ALMEIDA, Marlise Miriam de Matos. Masculinidades: uma discussão conceitual preliminar. In: *Mulher, Gênero e Sociedade.* Rio de Janeiro: RelumeDumara/FAPERJ. 2001.
- AMARAL, Ana Marta. Contributos para o planeamento de uma política de Recursos Humanos da Saúde para Moçambique. Dissertação de Mestrado. Universidade de Nova de Lisboa. 2011.
- AQUINO. Rubim Santos Leao de. História das sociedades modernas as sociedades atuais/Aquino. Rubim Santos Leao de (et al.) Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico. 2006.

Atlas da Violência. Atlas da Violência 2019 – Ipea e FBSP.
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784

ÁVILA, Maria Betânia. Saúde das mulheres: Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo. 2000.

BADINTER, Elisabeth(1993). XY: sobre a identidade masculina. Riode Janeiro: Ed. Nova Fronteira.

BANCO Mundial. Atualidade econômica de Moçambique. Tirando proveito da transformação demográfica. Maputo. 2017.

BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009.

BARROS, A. & LEHFELD, N. (2000). Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Makron Books.

BARROS, Alexandre de S. C. você quer ir a Paris? Ou de como passei a entender de disseminação de resultados de pesquisas de ciências sociais entre “policy-makers”. In: Aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método da pesquisa social. (Org.) Edson de Oliveira Nunes. Zahar editores. Rio de Janeiro. 1978.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. in: O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BAUMAN, Zygmunt – *Modernidade Líquida* – Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed 2001.

BEAUVOIR. Simone de. O Segundo Sexo Volume 1Fatos e Mitos - 4.a. EDIÇÃO. TRADUÇÃO DE. SÉRGIO. MILLIET. Difusão europeia do Livro. 1970.

BEAUVOIR. Simone de. O Segundo Sexo, A experiência Vivida. V. 2. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967, 2ª edição.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Trad. Floriano de Souza Fernandes. 5ed. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro. 1983.

BERGER, Peter. Perspectivas sociológicas: uma visão humanista. Tradução de Donaldson M. Garschagen. Petrópolis, Vozes, 1986.

BERLINGUER, Giovanni. Bioética cotidiana. Giovanni Berlinguer. Brasília: Editora UnB, 2004.

BERNI, D.A. (2002). Técnicas de Pesquisa em Economia. São Paulo: Saraiva.

- BIERNARCKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* v. 10, n. 2, p. 141-163, Novembro de 1981. <https://journals.sagepub.com/doi/abs>.
- BOAS, Franz. As limitações do método comparativo da antropologia. In: *Antropologia cultural*. Trad. Celso Castro – 5. Ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.2009.
- BOCCACCIO, Giovanni. Decamerão. Tradução de Torrieri Guimarães. Editorial Abril Cultural, 1979.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. Luc Boltanski. Tradução de Regina A. Machado, organização de texto de Maria Andrea Loyola Leblond e Regina A. Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2004 – 3ª edição.
- BOORSE C 1975. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs*. 1975.
- BOURDIEU, Pierre (1930-2002). *A Dominação Masculina*. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: 2ª. Ed. Bertrand Brasil, 2002.
- BOURDIEU, Pierre. *A Miséria do mundo I* sob direção de I Pierre Bourdieu; com contribuições de A. Accardo (et. Al) 17. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. *Ações de enfermagem para controle do câncer*. Rio de Janeiro. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS) Princípios e conquistas / Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) / Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, princípios e diretrizes. Brasília, 2008.

BRISCOE J. Evaluating water supply and other health programs: short-run vs long-run mortality effects. *Public Health* (3): 142-145. 1985.

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos, In.: Anais do Seminário Internacional de Gênero e Trabalho, São Paulo, USP, 2007.

BURKE, P. HSHIA Po-chia Tradução cultural nos primórdios da Europa moderna. Burke, Peter. HshiaPo-chia (Org.) Tradução de Roger Maioli Dos Santos. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

BUTLER, J. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CAMARGO, Aspácia Alcantara. O ator, o pesquisador, a história: impasses metodológicos na implantação do CPDOC. In: Aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método da pesquisa social. (Org.) Edson de Oliveira Nunes. Zahar editores. Rio de Janeiro. 1978.

CAMERON, D. Desempenhando identidade de gênero: conversa entre rapazes e construção de masculinidade heterossexual. In OSTERMAN, A.C. & FONTANA, B. Linguagem, gênero, sexualidade: clássicos traduzidos. São Paulo: Parábola Editoria, 2010.

CAMPOS, Eugenio Paes. Quem cuida do cuidador? Uma proposta para os profissionais da saúde / Eugenio Paes Campos. – 2ª ed. Teresópolis: Unifeso; São Paulo: Pontocom, 2016.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico / Georges Canguilhem; tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de PiareMacherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6. ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANO, Ignacio. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. Sociologias, Porto Alegre. 2012.

CANO, Ignácio. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. Sociologias, Porto Alegre. 2012.

- CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela M. (1998) – Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. & FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19[3], 2009.
- CARRARA, Sergio. SAGGESE, Gustavo. Masculinidades, Violência e Homofobia. In: *Saúde do Homem em Debate*. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.
- CARVALHO, Helena. VINTÉM, J. M. GUERREIRO, M. das Dores. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal – Uma análise do Módulo “Saúde” do European Social Survey. 2004.
- CASTAÑEDA, Maria. *O machismo invisível*. Maria Castañeda; tradução Lara Christina de Malimpensa - São Paulo: A Girada editora, 2006.
- CHARTIER, Roger. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica. Nota crítica. In *Caderno Pagu*. No. 4. 1995.
- CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro, 3Ed. Livraria Francisco Alves Editora. 1990.
- CLASTRES, Pierre. *A sociedade contra o Estado (investigações de antropologia política)*. Afrontamento. Porto, 1975.
- COELHO. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Elza Berger Salema Coelho [et al] (Organizadores) — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- CONNELL, R. Políticas da masculinidade. In *Educação & Realidade*. Rio de Janeiro, 20[2], 1995.
- CONNELL, Robert W. “Políticas da Masculinidade”. *Educação & Realidade*, 1995b.
- COURTENAY, W. H. *Constructions of masculinity and their influence on men`s well-being: a theory of gender and health*. Social science & medicine, 2000.
- CUNHA, Rosane Berlinski. REBELLO, L, E, Figueiredo de Sousa, e GOMES, Romeu. Como nossos pais? Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1419-1437, 2012.
- CZERESINA, Dina. *Os sentidos da saúde e da doença*. / Dina Czeresina, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel e Rafael Antonio Malagón Oviedo – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

- DESCARTES, René. Discurso do Método. Tradução: Ciro Mioranza. São Paulo, SP: Editora Escala, 2006.
- DURKHEIM, Emile, 1858-1917. Educação e Sociologia / Emile Durkheim; Tradução de StephaniaMatousek. - Petropolis, RJ: Vozes, 2011.
- DURKHEIM, Emile. As regras do método sociológico. Emile Durkheim. Tradução de Maria Ferreira. – Petrópolis. RJ. VOZES, 2019.
- DURKHEIM, Émile. Sociologia. (org.) José Albertino Rodrigues. Coord. São Paulo, Editora Ática, 2010.
- DUTRA, Roberto. Sistema político-administrativo e interações na implementação de políticas públicas. RBCS Vol. 35 n° 102/2020: e3510208.
- DUTTA, A., N. Perales, R. Silva, L. Criville. Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique, 2014–2019. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas de Saúde, 2014.
- ECKERT, P. &McCONNELL-GINET. Comunidades de práticas: lugar onde co-habitam linguagem, gênero e poder. In OSTERMAN, A.C. & FONTANA, B. Linguagem, gênero, sexualidade: clássicos traduzidos. São Paulo: ParábolaEditoria, 2010.
- ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. IN: PRIORE, Mary Del (org). História das Mulheres no Brasil. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- FANCY, N. A. G. Pulmonary transit and bodily resurrection: the interaction of medicine, philosophy and religion in the works of Ibn Al-Nafis (D. 1288). NotreDame, Indiana, 2006.
- FARAH, M. F. J. Gênero e Políticas Públicas na Esfera Local de governo. (2001) Trabalho baseado na Pesquisa “Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo”, financiada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP-FGV, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo.
- FERNANDÉZ. P. M. Masculinidad: Nuevasconstruciones o más de lomismo? Ver. Venez de econ. Y ciencias sociales, 7 (2), 2001. Disponível em: www.hombresigualdad.com/nueva-masculinidad-nueva-construccion.
- FOUCAULT, Michel. 1926-1984. Microfísica do Poder. Michel Foucault, Organização, introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado – 28 ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 3: o cuidar de si. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque – 1ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque – 8ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2019.

FRASER, Nancy. Da Redistribuição ao Reconhecimento? Dilemas da justiça na Era pós-socialista. In: Jossé Souza (Org.) Democracia Hoje: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea, Ed. UNB. 2001.

FRASER, Nancy. Da Redistribuição ao Reconhecimento? Dilemas da justiça na Era pós-socialista. In: Jossé Souza (Org.) Democracia Hoje: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea, Ed. UNB. 2001.

GASPAR, Manuel da Costa, et al. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Calverton, Maryland, USA: Instituto Nacional de Estatística e Macro International Inc. 1998.

GAUDÊNCIO, E, O. Saúde: apontamentos topográficos para a cartografia de um conceito. In ALVES, RF. org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

GAUDENZII, Paula. ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)* vol.16 no.40 Botucatu Jan./Mar. Epub Apr 26, 2012.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. 1ª ed. 13.reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4º ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, R; SCHRAIBER, L. B. & COUTO, M. T. O homem como o foco da saúde pública. *Ciência e saúde coletiva*. 2005.

GOMES, Romeu. Saúde do Homem em Debate. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.

GOMES, Romeu. NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. ARAÚJO, Fábio Carvalho de. 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

GOMES, Romeu. NASCIMENTO, Elaine Ferreira e ARAÚJO, Fábio Carvalho. 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007.

GOMES, Nadirleone Pereira. Implicações da masculinidade para a saúde de homens uma análise sob a ótica de gênero. In: *Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira*. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.

GONÇALVES, et al., Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.* vol.67 no.2 Rio de Janeiro Jan./June 2018.

GRAMSCI, Antônio. *Selections from the Prison Notebook*. London: Lawrence & Wishart. 1971.

HABERMAS, Jürgen. *Consciência moral e agir comunicativo / Jürgen Habermas*. Tradução de Guido A. de Almeida. – Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1989.

HATHOUT, Hassan. *Reading the Muslim Mind*. American trust publications. USA. 1997.

HODSON, Geoffrey. *O homem, na saúde e na doença*. Editora Gráfica Metrópole S. A. 1987.

HOLMES, Stephen. SUNSTEIN, Cass R. *The cost of rights: why liberty depends on taxes*. New York. Norton & Company. 1999.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Tradução de José K. Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO Nacional de Estatística (INE). *Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Ministério da Saúde. Maputo. 2013.

JUNQUEIRA, Mariane Oliveira. Algumas considerações sobre gênero e saúde mental: as mulheres nos manicômios judiciais no Brasil. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto, M. Ramos, M. Valas, S. editores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2003.

KEIJZER, Benno de. La masculinidad como factor de riesgo, em Tuñon, Esperanza, em *Genero y Salud em el Sureste de Mexico*, Ecosur y U. A. de Tabasco. Villahermosa, Mexico. 1998.

- KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. Adolescência Latino-americana. 2001.
- KROLL. Auditoria independente relativa aos empréstimos contraídos pela ProIndicus S.A., EMATUM S.A. e MozambiqueAsset Management S.A. Relatório elaborado a pedido da Procuradoria-Geral da República de Moçambique. 2017.
- LARAIA, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. 14 edição. Rio de Janeiro, Zahar, 2001.
- LATOUR, Bruno. Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica. Trad. Carlos, Irineu da Costa. SP. Editora 34. 3 Ed. 2013.
- LEITE, Francisco Tarciso (2008). Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros. Aparecida – SP: Ideias & Letras.
- LEWIS, Jane. Política familiar e o mercado de trabalho: o caso da gra-Bretanha em uma perspectiva europeia. in: As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho / Margaret Maruani. Helena Hirata (organizadoras); Clevis Rapkiewicz (tradutora). São Paulo: editora Senac, 2003.
- LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- LOCKE, John. Ensaio acerca do Entendimento Humano. Tradução: Anuar Aiex. São Paulo. Editora Nova Cultural. 1999.
- LOURO, Guacira. Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- LUISA, Maria. BUTLER, Judith. La crítica a Beauvoir de: FEMENÍAS, MaríaLuisa. Judith Butler: Introducción a su lectura. Buenos Aires: Catálogos, 2003.
- MACHADO, Liz Zanotta (2001). Masculinidades e violências: Gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. Série Antropológica. Brasília: UnB.
- MARTENS, Imke. O maravilhoso mundo das descobertas da antiguidade ao século XX / Imke Martens. Trad. Constantino Kouzimin-Korovaeff. São Paulo. Editora Escola. 2009.
- MARTINS A. M, Gazzinelli A. Pereira, Almeida S. Santos Lima de, Modena C. Maria. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte – MG – Brasil. 2012.
- MAXWELL, J. A. (2005). Qualitative research design: An interactive approach (2nd ed.). Thousand Oaks, UK: Sage.

- MCKINLAY, E. Men and Health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University, 2005. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/84a6/225662a51b7ae44d1199a1d435e44e780b64.pdf>. Acessado em 10/01/2020.
- MEAD, Margareth. Sexo e temperamento. Tradução: Rosa Krausz. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- MEDRADO, B. LYRA, J. AZEVEDO, M. 'Eu não sou próstata, eu sou um homem!' Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, Romeu. Saúde do Homem em Debate. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.
- MEDRADO, Benedito, et al. 'Eu não sou próstata, eu sou um homem!' por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Saúde do Homem em Debate. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.
- MELO, Eugenia Marques de Oliveira. Incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV entre homens que fazem sexo/Eugenia Marques de Oliveira Melo. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina. Fortaleza. 2012.
- LAHIRE, Bernard. A fabricação social dos indivíduos: quadros, modalidades, tempos e efeitos de socialização. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 41, n. especial, p. 1393-1404, dez., 2015.
- LIPSKY, Michael. ([1980] 2010), Street-level bureaucracy:dilemmas of the individual in public services. Nova York, Russell Sage Foundation.
- MERHY, E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINISTÉRIO da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- MINISTÉRIO da Saúde de Moçambique, Training and Research Support Centre, EQUINET Observatório da Equidade, Avaliação do progresso da equidade na saúde, Maputo e Harare, 2010.
- MINISTÉRIO da Saúde. MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS 2008-2015). Maputo: Direcção de Recursos Humanos. 2008.
- MITANO, Fernando. VENTURA, Carla Aparecida Arena. PALHA, Pedro Fredemir. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016.

- MOÇAMBIQUE Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Resposta Global à SIDA Relatório do Progresso, Maputo. 2016.
- MOÇAMBIQUE. Documento da Estratégia para o País II da Cooperação para o Desenvolvimento entre o Governo de Moçambique e o Governo da Flandres, 2011-2015. Maputo. 2011b.
- MOÇAMBIQUE. Estratégia Nacional de Água e Saneamento Urbano. Maputo. 2011.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da saúde direção nacional de saúde. Departamento de Saúde da Comunidade, Secção de Saúde Infantil. Política nacional de saúde neonatal e infantil em Moçambique. Dezembro de 2006.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde, Direção Nacional de Desenvolvimento dos R.H Saúde, 2008-2015, 2008.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da saúde. Fluxogramas de Atendimento para os Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal. 2014.
- MOÇAMBIQUE. Ministério de Saúde, Direção nacional de saúde pública, Estratégia nacional de promoção de saúde 2015 – 2019 [2024].
- MOÇAMBIQUE. Programa de Ação para Redução da Pobreza (PARP I) 2001-2005. Maputo. 2001.
- MOÇAMBIQUE. Programa de Ação para Redução da Pobreza (PARP II) 2006-2009. Maputo. 2006.
- MOÇAMBIQUE. Suplemento do Relatório sobre o Estado da População Mundial, 2017. Mundos distantes, saúde reprodutiva e direitos numa era de desigualdade. UNFPA, Maputo, 2017.
- MÜLLER, Rita Flores; BIRMAN, Joel. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p. 703-717.
- MULLER, Wunibald. Pessoas homossexuais. Trad Carlos Almeida Pereira. – Petrópolis, RJ: vozes, 2000.
- NASCIMENTO, Marcos. SEGUNDO, Márcio. BARKER, Gary. Reflexões sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. In: Saúde do Homem em Debate. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.
- NHATAVE, Isabel. Saúde Materna em Moçambique. Revisão da Literatura. Maputo. 2006.

- NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. O Campo da Pesquisa Qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 65-73. (2007) <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a09v20n1.pdf>.
- NOLASCO, Sócrates Alvares. *O mito da masculinidade / Sócrates Nolasco*. – Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- O'DONNELL, Guillermo. Horizontal horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política. *Revista Española de Ciencia Política*, 2004.
- ORGANIZATION, World Health (1986). Carta de Ottawa.
- ORGANIZATION, World Health (2000). *Boys in the picture*. Geneva.
- ORGANIZATION, World Health (who, 2000). *Boys in the picture*. Geneve. *Pedagogias da sexualidade*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- PERROT, Michelle. O elogio da dona-de-casa no discurso dos operários franceses no século XIX. *As mulheres ou os silêncios da História*. Bauru-SP: Edusc, 2005.
- PINHEIRO, R e MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.
- PINTO, Louis. Experiência vivida e exigência científica de objetividade. In: *iniciação a prática sociológica / Dominique Merllié... et al*. Tradução de Guilherme Joao Freitas Teixeira. – Petrópolis, RJ. 1996.
- PORCINO, Carlos Alberto. *Corpos (in)visíveis: práticas de cuidados a saúde de homens (transsexuais)* In: *Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira*. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.
- PORTO, et al. *Homens, Práticas e fases dos cuidados*. In: *Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira*. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.
- REQUIXA, António. *História da Urologia da Renascença ao século XIX*. 2002.
- REQUIXA, António. *História da Urologia da Renascença ao século XIX*. 2002.
- RIBEIRO, Helena. *Saúde global: olhares do presente*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2016.
- RICHARDSON, R. (1999). *Pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- SANCHEZ RM, CICONELLI. RM. *Conceitos de acesso à saúde*. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
- SANTA, T. Silva. *Trabalho e vulnerabilidade a saúde de homens: implementando práticas de cuidados*. In: *Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira*. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.

- SANTANA, Thiago da Silva. Trabalho e vulnerabilidade a saúde de homens: implementando práticas de cuidados. In: Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.
- SCHRAIBER, L. B; FIGUEIREDO. Wagner dos santos. Apresentação. Saúde do Homem em Debate. (Org.) Romeu Gomes. – Rio de Janeiro: editora Fiocruz. 2011.
- SCHUTZ, Alfred, 1899-1959. Sobre fenomenologia e relações sociais / Alfred Schutz, edição e organização Helmut T.R. Wagner. Tradução de Raquel Weiss. – Petrópolis. RJ: Vozes. 2012.
- SCHWARZ, Eduardo. Panorama da saúde do homem no Brasil. In: Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados / Anderson Reis, Álvaro Pereira. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2017.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis. Rev. Saúde Coletiva*. [Online]. 2007; 17(1) 29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
- SCOTT, Joan (1990). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*. Porto Alegre, 16 (2).
- SELLTIZ, et al. (1967). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo: Herder.
- SILVA, Luciane Soares da. Funk para além da festa: um estudo sobre disputas simbólicas e práticas culturais na cidade do Rio de Janeiro/ Luciane Soares daSilva. UFRJ/ IFCS. 2009. Tese de doutorado.
- SILVA, Manuel Mendes. “História da Urologia. Visão panorâmica. Breves notas”. *Revista Ordem dos Médicos*. ano 31 n.º 156 Janeiro - Fevereiro | 2015. Portugal.
- SILVA, Marinete dos Santos. ABREU, Cristiane de Cassia Nogueira Batista de. Tudo muda, mas nada muda: o diferencial feminino e a divisão sexual do trabalho. *Caderno Espaço Feminino – Uberlândia-MG*. 2016.
- SILVA, Paulo José Carvalho da; CAVALCANTE, Melina Borges Rosa. Das lágrimas às palavras: manifestações do pathos segundo a medicina da alma moderna. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 283-295, junho 2010.
- SILVA, Luiz Antônio Machado. UFRJ/ IFCS. 2009. Orientador: Luiz Antônio Machado da Silva. Tese de Doutorado.
- SILVA, Sergio Gomes da. A crise da Masculinidade: Uma Crítica à Identidade de Gênero e à Literatura Masculinista. Instituto de Medicina Social/IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2006, 26 (1), 118-131.
- SIMMEL, Georg. *El individuo y lalibertad: Ensayos de la critica de la cultura*. Ediciones Peninsula, Barcelona, 1986.

- SIMMEL, Georg. *Subjective Culture*. In: *on individuality and social forms*. Chicago. The university of Chicago Press, 1971.
- SPINK, MJ. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. ISBN: 978-85-7982-046-5.
- STREY, Marlene Neves. *Gênero*. In: STREY, Marlene Neves (Org.). *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- TESSER, Charles D. *medicalização social e atenção à saúde no SUS*. Editora Hucitec. São Paulo, 2010.
- THE GLOBAL FUND. *Relatório de Auditoria Subvenções do Fundo Global à República de Moçambique*. GF-OIG-17-006. 10 de março de 2017. Genebra, Suíça.
- UNGLERT CVS. *O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde*. *RevSaude Publica* 1990; 24(6):445-452.
- VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto. “O álcool, a droga e a doença”: a atuação profissional em saúde mental a partir da regra e das burocracias de nível de rua. Tese de doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, da universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2017.
- VILLAS-BOAS, Maria Elisa. *O direito à saúde no Brasil. Reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça* / Maria Elisa Villas-Boas – São Paulo: Edição Loyola. 2014.
- VINUTO, Juliana. *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto*. *Temáticas*, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.
- WALBY, Sylvia. *Theorising patriarchy, in sociology: The journal of the British Sociological Association*, vol. 3, n.2, Londres.1989.
- WEBER, Max. *A Objetividade do Conhecimento nas Ciências Sociais*. In: COHN, G. (Org.) *Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 1979. (Coleção Grandes Cientistas Sociais. v. 13.).
- WEBER, Max. *Ensaio de sociologia*. Max Weber: organização e introdução H. H. Gerth e C. Wright Mills: tradução Waltensir Dutra – 5.ed. Rio de Janeiro: LTC. 2010.
- WEEKS, Jeffrey. *O corpo e a sexualidade*. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado*. 2001.
- WEIMER, Bernhard. *Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no setor da saúde em Moçambique*. In: *Moçambique. Descentralizar o centralismo? Economia política, recursos e resultados*. Compress. Dsl. Maputo. 2012.

WELZER-LANG, Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. Daniel Welzer-Lang. Estudos feministas. 2001.

YIN, Robert K. (2001). Estudo de caso – planejamento e métodos. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman.

ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivo: cultura e processos de subjetivação / Valeska Zanello, - 1. Ed. – Curitiba: Appris, 2018.

ANEXO I

Roteiro de entrevistas aplicado em Maputo

Grupo alvo: Profissionais de saúde

Nome: _____, Estado civil _____
Especialidade _____, Idade _____
Instituição _____ data ___/___/___

1. O atual Plano Estratégico do Setor da Saúde pode ser considerado como piloto dentro das políticas públicas. Quais são as prioridades do plano em relação às diferenças de gênero e idade?
2. Toda política pública normalmente apresenta seus desafios em função de vários fatores. Neste caso poderia nos falar dos desafios dos planos estratégicos do setor da saúde?
3. As estatísticas do Instituto Nacional de Estatísticas de Moçambique indicam que os homens representam uma taxa elevada de morbimortalidade em relação às crianças e as mulheres. O que esses indicadores representam para a instituição?
4. Por natureza os homens apresentam alguns comportamentos típicos da masculinidade, como resistência ao tratamento, automedicação ou falta de conscientização. De que maneira as políticas públicas de saúde lidam com esses aspectos?
5. Quais seriam os comportamentos específicos do homem que podem ser considerados inibidores a procura por serviços de saúde?
6. Partindo do princípio da diferença de gênero entre homens e mulheres, qual dos dois grupos acha que tem o hábito de buscar os cuidados médicos? E o que determina essa diferença?
7. Na nossa cultura, diz-se que o “verdade” homem é aquele que não chora, não tem medo e não fica doente. O que o senhor acha com essa afirmação? E que impactos podem resultar dessas práticas culturais em relação a consciência em cuidados da saúde do homem?
8. Que atitude os homens tomam normalmente quando sentem alguma dor ou mal-estar?
9. Dentro das relações familiares, quem geralmente se preocupa ou cuida dos que adoecem?
10. O senhor vai ao médico com frequência? Por quê?
11. Quais são suas recomendações?

ANEXO II

Roteiro de entrevistas aplicado em Campos dos Goytacazes

Grupo alvo: Profissionais de saúde

Nome: _____, Estado civil _____

Especialidade _____, Idade _____

Instituição _____ data ___/___/___

1. Em que medida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) contribui para a saúde masculina?
2. Na prática quais são os desafios enfrentados para alcançar os resultados esperados pela PNAISH?
3. As estatísticas do IBGE indicam que os homens representam uma taxa elevada de morbimortalidade em relação às crianças e as mulheres. O que deve ser feito para reduzir essa taxa?
4. Por natureza os homens apresentam alguns comportamentos típicos da masculinidade, como resistência ao tratamento, automedicação ou falta de conscientização. De que maneira as políticas públicas de saúde lidam com esses aspectos?
5. Existem outros comportamentos que específicos do homem que podem ser considerados inibidores?
6. Partindo do princípio da diferença de gênero entre homens e mulheres, qual dos dois grupos, o senhor acha que tem o hábito de buscar os cuidados médicos? E o que determina essa diferença?
7. Na nossa cultura, diz-se que o “verdade” homem é aquele que não chora, não tem medo e não fica doente. O que o senhor acha com essa afirmação? E que impactos podem resultar dessas práticas culturais em relação a consciência em cuidados da saúde do homem?
8. Que atitude os homens tomam normalmente quando sentem alguma dor ou mal-estar?
9. Dentro das relações familiares, quem geralmente se preocupa ou cuida dos que adoecem?
10. O senhor vai ao médico com frequência? Por quê?
11. Quais são suas recomendações?

ANEXO III

Roteiro de entrevistas aplicado em Maputo e Campos dos Goytacazes

Grupo alvo: Usuários

Nome: _____, Estado civil _____
Profissão _____, Idade _____
Instituição _____ data ____/____/2017

1. Diz-se que o verdadeiro é aquele que não chora, não tem medo e não fica doente. O que o senhor acha com essa afirmação?
2. Qual é o olhar das pessoas para aquele homem que mostra fraqueza quando sente alguma dor ou mal-estar?
3. Como é que as famílias olham para aquele homem que mostra fraqueza quando sente alguma dor ou mal-estar?
4. O que o senhor faz quando sente alguma dor ou mal-estar?
5. Para que o senhor possa expor o que sente com toda a tranquilidade, teria alguma preferência em ser atendido por um médico ou uma médica? E por quê?
6. Qual foi a última vez que o Senhor procurou algum serviço de saúde?
7. Que atitude o senhor toma quando sente alguma dor ou mal-estar durante o trabalho?
8. Na sua família, quem geralmente se preocupa ou cuida dos que adoecem?
9. O senhor vai ao médico com frequência? Por quê?
10. Como descreve seu sentimento quando está no posto de saúde em relação aos serviços oferecidos?
11. Quais são suas recomendações